



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MARCIA PORTUGAL SIQUEIRA

**REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE EM VITÓRIA-ES, sob a perspectiva da análise
institucional.**

VITÓRIA
2010



PORTUGAL SIQUEIRA

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA-ES, sob a perspectiva da análise institucional.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marta Zorzal e Silva,
Co-Orientadora: Prof^ª. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger.



Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Siqueira, Márcia Portugal, 1956-
S618 Regulação assistencial e integralidade na assistência à saúde em
Vitória - ES, sob a perspectiva da análise institucional /
Márcia Portugal Siqueira. – 2010.
146 f. : il.

Orientador: Marta Zorzal e Silva.
Co-Orientador: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde pública. 2. Regulamentação governamental. 3.
Assistência integral à saúde. I. Silva, Marta Zorzal e. II.
Bussinguer, Elda Coelho de Azevedo. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.
IV. Título.

CDU: 614



PORTUGAL SIQUEIRA

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA - ES, sob a perspectiva da análise institucional.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas de Saúde.

Aprovada, em 08 de Julho de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marta Zorzal e Silva
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ao meu filho, Fernando Henrique, amado, muito amado, que apesar de pouca idade, esteve sempre comigo, falando quando entendia ser necessário, se calando, me abraçando e acariciando meus cabelos nos momentos de alguma tensão, e se alegrando com minha alegria.

À minha mãe, Joirta
e ao meu avô Portugal,
sempre sentados ao meu lado,
mesmo que as cadeiras estejam vazias.
Ao meu tio Portugal.
Exemplos de vida e que deram
direção à minha vida.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ao município de Vitória,
À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória,
Aos Secretários Municipais de Saúde de Vitória,
À Maria Lucia Pesente,
por terem presença importante na construção do
Sistema Municipal de Saúde de Vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às Professoras e amigas Elda e Rita Lima e às amigas Josilda e Leonor, por terem me encorajado a percorrer este caminho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marta Zorzal e Silva e à Co-orientadora Profa. Livre Docente Elda Coelho de Azevedo Bussi nger, pelo aprendizado acadêmico e profissional.

Aos examinadores da Banca de Quafiliação do Projeto Dr. Gilson Carvalho, Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo e Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, pelo respeito e sutileza com que fi zeram suas sugestões, que me ajudaram a qualificar este estudo.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória Dr. Pedro Benevenuto Junior, Dr. Wellington Coimbra, Dr. Francisco José Dias da Silva, Dr. Luciano Rezende e Dr. Luiz Carlos Reblin, que tornaram este estudo possível .

Aos colegas e amigos Ângelo Dalmaschio, Lucia Pesente, Jôse, Tião, Sônia Beltrame, Ipojucã, Waldir, Edilson, Wanda e Luiza, por terem tornado possível a coleta de dados e informações.

À minha prima Márcia, pela revisão dos textos.

À Secretaria de Estado da Saúde por ter tornado possível minha participação nas aulas presenciais

À minha amiga-gerente Dr^a. Luiza Maria Augusto de Castro Al varenga pelo acolhimento nos momentos de maior dificuldade, sempre com palavras delicadas, de incentivo, de motivação, de “amor de mãe”.

A todos os s ecretários municipais de saúde com os quai s tive o privilégio de trabalhar enquanto assessora do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espíri to Santo

Ao Ministério da Saúde pela honrosa possibilidade de atuar como consul tora voluntária na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, nas pessoas da Ni na Cordeiro, Débora do Carmo e Claunara Shilling.

Aos colegas do mestrado, ao João e à Layla, que sempre alegravam nossos dias e à Ana Rosa por toda sua dedicação e sempre presente amizade.

Ao Prof. e amigo Dr. Túlio, pela leve presença ao nosso lado e pelos inesquecíveis “pic-nic culturais”.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Meu muito obrigada!

RESUMO

A pesquisa trata da regulação do acesso à rede de prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, contratualizados para a garantia do acesso da população aos recursos assistenciais especializados e sua estreita relação com a diretriz e o princípio da integralidade, no município de Vitória-ES. Focaliza a integralidade, em sua dimensão clínica individual, como eixo, e a regulação do acesso assistencial, como recorte, no âmbito da macrorregulação nos sistemas de saúde pública, bem como a inter-relação entre essas duas dimensões. Toma as diferentes gestões municipais como objeto para examinar o processo de institucionalização das regras e práticas de regulação e seus efeitos em termos de propiciar atenção integral aos munícipes. Para tanto, buscou desvelar o processo de mudança institucional realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória ao longo de vinte anos de implantação do SUS, por meio de estudo de caráter qualitativo, exploratório, descritivo e analítico, apoiado em fontes documentais e entrevistas semiestruturadas, realizadas com os secretários municipais de saúde que atuaram no período de 1989 a 2009. Ancorada no neoinstitucionalismo histórico e no conceito de *path dependency*, a análise dos dados empíricos demonstra que as decisões tomadas no passado impactaram a trajetória futura da política de saúde, ora provocando avanços incrementais, ora provocando estrangulamentos na atenção integral à população e no processo regulatório. Como resultado, os indicadores selecionados e os elaborados apontam avanços incrementais relevantes relativos à integralidade. A *path dependency* se revelou de forma mais marcante nas gestões em que foram propostas inovações institucionais cuja concepção trazia por substrato projetos políticos de diferentes coalizões na direção municipal. Estas se expressaram na condição de habilitação do município junto ao Ministério da Saúde, no modelo de atenção e arranjos organizacionais, no planejamento assistencial e nas relações informais da SESA com a rede de prestadores. Revelou que, num cenário de dependência do setor privado, o SUS exige instrumentos mais eficazes para firmar junto à rede de prestadores a força regulatória do Estado. Indica, ainda, a necessidade de novas investigações para ampliar o conhecimento necessário à construção de meios capazes de mensurar a influência da integralidade regulada na garantia do acesso da população aos níveis secundário e terciário, na realidade concreta dos sistemas de serviços de saúde pública.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Regulação Governamental. Assistência Integral à

ABSTRACT

ASSISTANCE REGULATION AND COMPREHENSIVE HEALTH CARE IN VITORIA – ES, under institutional analysis perspective.

This research deals with the access regulation to the health services workers network, public and private, contracted in order to guarantee the population access to the specialized assistance resources and its close relationship with the integrality guideline and principle, in the district of Vitoria-ES. It focus on integrality, in its individual clinical dimension, as axis, and the assistance access regulation, as cutout, on the macro-regulation scope in the public health systems, as well as the inter-relation between these two dimensions. Seize the municipal different managements as object to examine the regulation rules and practices process of institutionalization and its effects in terms of provide integral attention to the district citizens. In this way this study searched to uncover the process of institutional change that took place in the Vitoria's Municipal Health Secretariat throughout the twenty years of implantation of the Single Health System, through qualitative, exploratory, descriptive and analytical study, supported by documental sources and semi-structured interviews with the municipal health secretaries who managed during the period of 1989 to 2009. Anchored on the historical neo-institutionalism and on the concept of *path dependency*, the empirical data analyses demonstrate that the decisions made in the past impacted on the future trajectory of the health politics, either provoking incremental advances, or provoking embarrassments in the integral attention to the population and in the regulatory process. As results the indicators selected and elaborated point to relevant incremental advances towards integrality. The *path dependency* reveals itself in its most remarkable form in the managements in which were proposed institutional innovations whose conception brought as substrate political projects of different coalitions in the municipal management. These expressed themselves in the condition of municipal habilitation with the Health Ministry, in the attention model and organizational arrangements, in the assistance planning and in the State Health Secretariat informal relationships with the workers network. It reveals that, in a scenery of the private sector dependence, the Single Health System demands more effective instruments in order to firm with the workers network the state regulatory force. It still indicates the need for new investigations to enlarge the necessary knowledge to build capable means to measure the regulated integrality



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ne population access to the secondary and tertiary
e public health services systems.

Keywords: Public Health. Government Regulation. Comprehensive Health Care.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. 2003	35
Mapa 2. Região Metropolitana da Grande Vitória	122



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Regulação em Saúde e suas diferentes dimensões	66
Esquema 2 - Recorte dos elementos que compõem o objeto deste estudo.....	73
Esquema 3 - Relação entre o planejamento e regulação do acesso diferenciado para coletivos e indivíduos.....	75

	pg
Quadro 1 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados, comparativamente nos anos de 1988, 1998 e 2008.....	128
Quadro 2 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados, comparativamente nos anos de 1998 e 2008	131
Quadro 3 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados, comparativamente nos anos de 1998 e 2008	132
Quadro 4 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados, comparativamente em diferentes períodos e séries históricas. Período de 1990-2008.....	133
Quadro 5 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados - Situação em 2008.....	135
Quadro 6 - Indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos selecionados. Período de Período 1991-2008.....	139
Quadro 7 - Mudança institucional e organizacional na SEMUS no período de 1989 a 2009.....	281

LISTA DE TABELAS

	pg
Tabela 1. Crescimento populacional: municípios da RMGV e Espírito Santo. Período 1970 a 2009	123
Tabela 2. Serviços de saúde especializados existentes na rede própria do município e Vitória - Período 1991-2009.....	128
Tabela 3. Serviços de saúde existentes na rede própria do Município de Vitória, por período de vigência - Período 1991-2009.....	129
Tabela 4. Procedimentos ambulatoriais básicos realizados no município de Vitória comparativamente com os realizados pelas unidades básicas de saúde da rede própria do município. Período 1998-2008.....	136
Tabela 5. Procedimentos ambulatoriais especializados realizados no município de Vitória e os realizados pela rede própria do município. Período 1998-2008.....	137
Tabela 6. Produção de serviços para especialidades selecionadas presentes nos Relatórios Anuais de Gestão e Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. Período 1989-2008.....	138

SUMÁRIO

pg

VOLUME I

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 OBJETIVOS	34
1.2 METODOLOGIA.....	34
2 ABORDAGEM TEÓRICO-ANALÍTICA.....	40
2.1 DA INTEGRALIDADE.....	40
2.2 DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....	50
2.2.1 Antecedentes da regulação no sistema público de saúde no Brasil.....	51
2.2.2 REGULAÇÃO: conceitos e concepções.....	60
2.2.3 Regulação dos Sistemas de Saúde.....	66
2.2.4 Regulação da Atenção à Saúde	67
2.2.5 Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial.....	67
2.3 INTERFACES ENTRE INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	70
2.4 A ANÁLISE INSTITUCIONAL	76
3 MARCO REGULATÓRIO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	86
3.1 A SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO DIREITO DE CIDADANIA.....	86
3.2 O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO INFRACONSTITUCIONAL.....	87
3.3 A INTEGRALIDADE ENQUANTO DIREITO, DIRETRIZ E PRINCÍPIO DO SUS.....	88
3.4 A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA LEGISLAÇÃO.....	90
4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA	93
4.1 A PESQUISA DE CAMPO.....	93
4.1.1 A ANÁLISE DOCUMENTAL: abrindo caminhos para a investigação.....	95

	cepção dos gestores.....	97
	4.1.3 O contexto institucional pré e pós criação do SUS.....	99
	4.1.4 Traços da conjuntura política estadual e municipal.....	102
	4.1.5 PROJETOS POLÍTICOS EM CONFLITO: a transição do modelo conservador para o modelo SUS.....	106
	4.1.6 Contexto e constrangimentos para viabilizar a integralidade na assistência no momento inicial do SUS.....	118
5	A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	121
	5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	121
	5.2 20 ANOS DE SUS: dados, informações e indicadores.....	125
6	INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO DO ACESSO: trajetória, contexto e constrangimentos ao longo dos 20 anos de SUS.....	140
	6.1 O SUS SOB O COMANDO DO PT: ruptura e inovações.....	141
	6.1.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde.....	143
	6.1.1.1 Comunidades Epistêmicas: tensões e embates entre os diferentes projetos políticos.....	149
	6.1.2 MUDANÇAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias.....	152
	6.1.2.1 Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças	154
	6.1.3 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO: ações e constrangimentos.....	159
	6.2 O SUS SOB O COMANDO DO PSDB: continuidade e aprofundamento do projeto?	168
	6.2.1 PERÍODO DA GESTÃO 1993-1994: limites e possibilidades	172
	6.2.1.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde	173
	6.2.1.2 Mudanças na Estrutura Organizacional: novos arranjos	

is e suas práticas sanitárias.....	177
Regulação: ações e constrangi mentos.....	179
6.2.2 PERÍODO DA GESTÃO 1994 - 2002: continuidade e aprofundamento do projeto?	183
6.2.2.1 Período da Gestão 1994-2002: estabilidade?	185
6.2.2.2 Período da Gestão 2002-2003: continuidade	209
6.2.3 PERÍODO DA GESTÃO 2003-2004: qual o projeto político?	225
6.2.3.1 Período da Gestão 2003-2004: transição?.....	226
6.3 O SUS NOVAMENTE SOB O COMANDO DO PT: realinhamento do percurso e aprofundamento qualitativo	232
6.3.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde	233
6.3.2 MUDANÇAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias	236
6.3.2.1 Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças.....	237
6.3.3 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO: ações e constrangimentos	239
7 SÍNTESE ANALÍTICA: <i>path dependency</i> e a mudança institucional	256
7.1 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: ações e constrangimentos	258
7.1.1 Integralidade	259
7.1.2 Regulação do Acesso	262
7.2 A PERCEPÇÃO DOS GESTORES: consensos, tensões e conflitos	267
7.3 MUDANÇA INSTITUCIONAL: ajustes no desenho institucional	270
7.4 MOMENTO ATUAL DA GESTÃO: ajustes no desenho institucional	274
7.4.1 <i>PATH DEPENDENCY</i>: heranças do passado influenciando no presente ..	277
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	285
9 REFERÊNCIAS	296

APÊNDICES

A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA EX-SECRETÁRIOS DE SAÚDE.....	311
B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ATUAL GESTOR DA SAÚDE	312
C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	314
D - ARTIGO CONCEITUAL.....	315
E - INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	349

VOLUME II

APÊNDICES

F - ANÁLISE DOCUMENTAL.....	414
G - INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS MUNICIPAL ANALISADOS. 1990-2009	542
H - LEGISLAÇÃO MUNICIPAL ANALISADA. 1973-2009	546
I - PROJETOS MUNICIPAIS DE SAÚDE ANALISADOS	547
J - DOCUMENTOS MUNICIPAIS DO SUS ANALISADOS	548
K - ENTREVISTAS: Período de 1989 a 2009	549
L - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO	627

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
ACACCI	Associação Capixaba de Combate ao Câncer Infantil
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMA	Agência Municipal de Agendamento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individual
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CCR	Coordenação do Complexo Regulador
CEAMB	Central Municipal de Ambulâncias
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CEI	Centro de Educação Integrada
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMC	Central de Marcação de Consultas
CMA	Central Municipal de Agendamento
CME	Centro Municipal de Especialidades
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPTT	Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CRAI	Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
CRE	Centro Regional de Especialidades
CREFES	Centro de Referência Especializado em Fisioterapia do Espírito Santo
CSAA	Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial
DAC	Departamento de Avaliação e Controle e Auditoria
DANTS	Doenças e Agravos não Transmissíveis em Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DECS	Departamento de Educação, Cultura e Saúde
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial de União
DTA	Doenças Transmissíveis pela Água
DSBES	Divisão de Saúde e Bem Estar Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
ECG	Eletrocardiograma
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPG	Escola de Primeiro Grau

Legenda da Família

FNS	Fundação Nacional de Saúde
GERA	Gerência de Regulação Assistencial
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPAB - A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPDI	Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
GRCA	Gerência de Regulação, Avaliação e Controle
GT	Grupo de Trabalho
GTT	Grupo de Trabalho Temático
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
IN	Instrução Normativa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRA	Infecção Respiratória Aguda
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MDDA	Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas
MERP	Metodologia da Estimativa Rápida Participativa
MP	Ministério Público

NACE- CONSILOS	Núcleo de Estudos Sobre Práticas de Saúde Coletiva
NASTS	Núcleo de Análise de Situação e Tendência em Saúde
NESC	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Espírito Santo
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
OS	Organização Social
OSIP	Organização Social de Interesse Público
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto-Atendimento
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PEP	Programa de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual de Atividades
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROFIS	Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-palatal
PS	Pronto socorro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RH	Recursos Humanos
RMV	Região Metropolitana de Vitória
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atenção Móvel às Urgências
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISP	Sistema de Informações em Saúde Pública
SISPRENATAL	Sistema de Informações do Pré-Natal
SISREG	Sistema de Informações para Regulação do Acesso
SISS	Sistemas Integrados de Serviços de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício Físico
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TOL	Taxa de Ocupação dos Leitos
UBS	Unidade Básica de Saúde



[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Federal do Espírito Santo

urgência

- UNICAMP Universidade de Campinas
- UTI Unidade de Terapia Intensiva
- WHO World Health Organization

Este estudo trata da regulação do acesso¹, ou regulação assistencial², da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e sua relação com a diretriz e, ao mesmo tempo, princípio da integralidade, ambos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de sua criação em 1988, na perspectiva dos gestores municipais de saúde no município de Vitória, Estado do Espírito Santo.

Considerando que a regulação se refere à definição das regras de funcionamento e à articulação de vários sujeitos, metodologias e processos de trabalho, com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-se dizer que a definição das regras do SUS, suas diretrizes e seus princípios constituem o marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil. Essas regras estão fundamentalmente definidas na Constituição Federal (CF) de 1988 e nas Leis Federais n.ºs. 8.080, de 17 de setembro de 1990, e 8.142/90, de 19 de dezembro de 1990, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS)³.

Posteriormente, essa regulação geral da CF foi sendo detalhada nas LOS e nas diversas Normas Operacionais (NOB) editadas ao longo da década de 1990 pelo Ministério da Saúde (MS), para onde se deslocou a arena principal de formulação e organização da política de saúde, muitas vezes ferindo a constitucionalidade das diretrizes e dos princípios do SUS. Em conjunto, estes institutos constituem o arcabouço legal que define o âmbito da macrorregulação e dos mecanismos utilizados na organização e no direcionamento da assistência à saúde no Brasil (MENDES, 2005; MENICUCCI, 2005).

¹ Acesso pode ser entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Refere-se à entrada das pessoas nos serviços de saúde e ao recebimento de cuidados subsequentes (ANDERSEN, 1973).

² Segundo Magalhães (2006, p. 72), "o surgimento da regulação assistencial no Brasil tem inspiração francesa que na década de 70 iniciou a organização dos serviços de urgência e emergência pré-hospitalares, com a instituição das centrais de urgência e emergência, instituindo formalmente a figura do médico regulador, trazendo uma dimensão estritamente assistencial, que o Brasil passou a incorporar desde então por meio das tradicionais Centrais de Regulação de vagas e leitos".

³ As Leis Federais (LOS) n.ºs. 8.080, de 17 de setembro de 1990, e 8.142, de 19 de dezembro de 1990, que regulamentam os artigos 196 a 200 da CF são, juntas, denominadas Lei (s) Orgânica (s) da Saúde.

o definir a saúde como direito de todos e dever do Estado [art.196], estabeleceu as diretrizes para a garantia desse direito nos artigos de números 197 a 200. No art. 197, as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua “regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Com isso, a CF determina que a fiscalização e a regulação das atividades de saúde sejam efetivas⁴ e objetivas em relação aos serviços de assistência à saúde no Brasil.

No entanto, a CF não estabelece que os serviços e ações de saúde sejam uma reserva de direito público, ou seja, não os subtraiu da esfera de livre atuação das pessoas privadas, nem impediu a iniciativa privada de neles livremente atuar, nem confiou ao Estado a sua titularidade exclusiva ou privativa [CF, art. 175]. Porém, no âmbito mais geral do marco regulatório, está claro que compete ao Estado uma posição intransferível e indelegável de regulador dos serviços de saúde no Brasil⁵.

Tendo como referência as especificidades das atividades relacionadas ao campo da saúde, Magalhães (2006), citado por Santos e Merhy (2006, p. 26), enfatiza que as ações e legislações voltadas para a regulação do sistema de saúde expressam um sentido bem mais abrangente do que apenas uma função de regulação típica das relações de mercado na saúde. Assim, para efeito de circunscrição do objeto desse estudo, seguir-se-á, em grandes linhas, a concepção de regulação adotada por Magalhães, Santos e Merhy, que sintetizam, nos seguintes termos, a atividade regulatória do poder público:

O ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde (SANTOS e MERHY, 2006, p. 26).

⁴ Para efeito deste estudo, efetividade deve ser entendida como o benefício produzido pela aplicação de uma tecnologia a um determinado problema, sob condições reais, e o quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde é obtido, ou seja, as mudanças no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos.

⁵ Vale ressaltar que, apesar da CF ter sido promulgada em 1988, foi só a partir de 1996 que foi estabelecida uma política regulatória para o segmento privado da assistência no Brasil, processo este realizado de forma desarticulada com a regulação do sistema estatal. Essa regulação, que não é objeto deste estudo, caracteriza-se pela regulação típica das atividades de mercado e tem como finalidade garantir os direitos dos consumidores privados, dado o interesse público envolvido na produção de serviços de saúde. (MENICUCCI, 2005). A regulação do segmento privado da assistência à saúde no país se dá por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

ito como as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de intenso debate, que se reflete nas tensões entre as distintas compreensões existentes acerca do tema e suas variações ao longo do tempo, resultantes de entendimentos diversos dos atores sociais que atuam no sistema de saúde, estes autores, referindo-se ao Brasil, enfatizam que:

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo. Entende-se, aqui, o **processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde** (SANTOS e MERHY, 2006, p. 27, grifo nosso).

Dessa perspectiva é importante ressaltar que o processo de regulação da saúde tem sua trajetória ligada à construção do Estado-nação, que, no Brasil, se efetiva a partir da década de 1930, momento em que se instauram as principais instituições que constituiriam a modernidade do Estado brasileiro. No dizer de Draibe,

O rápido movimento de constituição do aparelho econômico do Estado, de forma centralizada e nacionalmente articulada, entre 1930 e 1945, obedece a um padrão cujas características nem sempre têm sido enfatizadas pela extensa literatura existente. Nessa etapa crucial de constituição do 'capitalismo industrial' e do Estado capitalista no Brasil, condensam-se, simultaneamente, num curto período histórico, as múltiplas faces de um processo de organização das estruturas de um Estado-nação e de um Estado capitalista cuja forma incorpora, crescentemente, **aparelhos regulatórios e peculiaridades intervencionistas que estabelecem um suporte ativo ao avanço da acumulação industrial** (DRAIBE, 1985, p. 82, grifo nosso).

As instituições e aparelhos criados, assim como os mecanismos e tarefas implementados para dar substância ao processo de reforma do Estado nesse período, transformaram o papel que ele exercera até então⁶. Vale ressaltar que há um relativo consenso na literatura quanto ao papel do Estado na conformação da ordem industrial, principalmente nos países que se inseriram tardiamente na modernidade capitalista. Por conseguinte, tanto na tradição europeia como na latino-americana, há consenso em relação ao decisivo papel do Estado na inauguração e expansão das políticas sociais, sobretudo na primeira metade do Século XX. Sobre este aspecto, no que tange ao âmbito da saúde, Labra (1999, p. 4) argumenta que essa expansão do Estado se efetivou “[...] por meio de processos que conduziram à ampliação do estado de bem-estar e à aceitação do acesso a serviços de assistência à saúde como parte dos

⁶ Sobre este aspecto, ver, entre outros: Campello de Souza (1983); Draibe (1985); Sola (1996); Sallum Jr. (1995); Trebat (1983); Weffort (1992); Fiori (1991); Wahrlich, (1983).

As configurações institucionais e regulatórias que o sistema de saúde foi assumindo ao longo do tempo no Brasil, a partir da década de 1930, marcam diversas etapas com distintas ênfases que caracterizaram um período em que a saúde não seria tratada como um direito social, e sim como uma atividade como as de mais do mercado⁸.

Todavia o objetivo dessa pesquisa não é tratar de toda a trajetória da regulação pública da saúde pelo Estado brasileiro, e sim focalizar o processo de regulação contemporâneo e sua relação com a diretriz, e ao mesmo tempo princípio, da integralidade na atenção à saúde, que se estabeleceu na sociedade brasileira a partir da implantação do SUS.

Mais precisamente, tem como eixo a CF de 1988, que inaugurou mudanças significativas no marco regulatório da saúde no Brasil. Assim, considerando os diversos interesses envolvidos, muitas vezes conflitantes, o processo de regulação que se inicia a partir de então é marcado por tensões diversas, avanços e recuos. Portanto, trata-se de uma agenda de decisões e ações políticas, cuja pauta se consubstancia numa arena marcada por conflitos que derivam de várias ordens de fatores. Isto é, tanto das lutas históricas em torno da reforma sanitária, constituída como um movimento político em torno da ampliação dos direitos do cidadão e da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, por um lado, como da natureza do pacto federativo brasileiro, portanto, da questão da distribuição de competências e de recursos entre os entes federados, por outro, e, perpassando essas duas ordens de fatores, estão aqueles constituídos pelas diversas frações de interesses econômicos do setor saúde.

É tendo em mente a dinâmica e a complexidade das ações destes distintos atores, que se pode buscar desvendar os movimentos e as ações no sentido de reconfigurar a política regulatória, levada a efeito a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), formuladas entre 1991 e 2002, para o SUS, até o Pacto pela Saúde em 2006.

⁷ A literatura sobre os fatores que intervieram na configuração dos sistemas de saúde, em particular o papel do Estado, é crescente. Uma boa revisão referida aos países centrais encontra-se em HOLLINGSWORTH; HAGE e HANNEMAN (1990).

⁸ Para uma breve descrição das configurações institucionais do processo de regulação da saúde no Brasil, a partir de 1930, ver, entre outros, SANTOS e MERHY, 2006.

de mudanças partiram dos estados e municípios da federação que, descontentes e inconformados com o caráter autocrático das NOB, por meio das instâncias participativas que os representam, após quase dois anos de discussões e pactuações com o MS e apoiados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), puseram fim à vigência da série de normas operacionais. Foi gestada, assim, uma nova forma de regulação e organização do SUS, que contempla o processo de pactuação entre os entes da federação — União, Estados e Municípios — definindo tanto as responsabilidades sanitárias de cada ente, como estabelecendo as regras e os meios para que o sistema funcione de forma integrada. Tal esforço resultou na Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que institucionalizou o Pacto pela Saúde. A construção desse Pacto tinha a forte intenção de resgatar os princípios doutrinários e organizativos do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população em função da integralidade na atenção.

Considerando, portanto, a trajetória recente do processo de regulação da saúde, pós-CF de 1988, e buscando compreender a natureza das mudanças introduzidas na regulação assistencial a partir da institucionalização da NOAS e do Pacto pela Saúde, é que se tomam como objeto de estudo os temas da *integralidade na assistência* e a *regulação assistencial*. Neste sentido, a integralidade é entendida, nesta pesquisa, como uma diretriz e um princípio doutrinário do SUS, e a regulação do sistema público de saúde como ação mediata tecno-assistencial, que se caracteriza como uma intervenção do poder público na relação entre o cidadão usuário e os prestadores de serviços do sistema de saúde. Ambas as atividades são entendidas como sendo capazes de melhorar e prolongar a vida dos usuários, por potencializar as ações que minimizam a morbi-mortalidade, principalmente nas situações de urgências e emergências.

Dessa forma o foco da análise está centrado na atenção à saúde, tendo por eixo a assistência clínica individual, nos níveis secundário e terciário especializados, a partir da e pela Atenção Primária em Saúde (APS), sobretudo porque a garantia do direito cidadão de acesso à saúde é dada, principalmente, pelo conjunto de ações e serviços que se realizam neste âmbito. Neste sentido, diversos autores afirmam que a APS, como o primeiro nível de atenção, é capaz de propiciar atenção integral para a maioria das necessidades e dos problemas demandados pela população.

Foi a Organização Mundial da Saúde (OMS) quem afirmou, pela primeira vez, que é na

por possibilidade de se propiciar resolutividade para a maioria das necessidades sociais por saúde (WHO, 1978). Para tanto, faz-se necessária a conjugação de ações coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência clínica individual, específicas do setor saúde, mas que por si só não são suficientes para propiciar a atenção integral. Além disso, é preciso uma abordagem mais abrangente para a resolução dos problemas sociais, o que implica a articulação das diferentes políticas públicas, numa ação conjunta, para alcançar efeito sinérgico nestas situações complexas, com vistas à saúde coletiva.

Desse prisma, considera-se que é na APS que essas articulações se dão de forma mais efetiva. Isto porque a intersectorialidade supõe essas articulações não apenas no campo do diálogo e do trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas, sobretudo, pela busca por resultados integrados. Por sua vez, a integralidade é compreendida como um conjunto de intervenções e meios que apoiam a perspectiva da construção de um sistema de saúde mais justo e solidário, com a organização da demanda e do acesso aos serviços, pressupondo uma atenção resolutiva, focada no indivíduo, na família e na comunidade.

Significa dizer, portanto, que as ações com vistas a garantir a integralidade na APS não podem ser compreendidas como um *lugar* para o atendimento aos problemas de saúde de menor complexidade. Para que se efetive, a atenção primária deve ofertar serviços que sejam condizentes com as necessidades locais, levantadas em *diagnósticos de situação*, para um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade e a construção de uma prática resolutiva. Portanto, é a partir da atenção primária que, tendo esgotado sua capacidade resolutiva, inicia-se sua relação com os demais níveis de atenção: secundário e terciário especializados.

Considerando que o processo de adoecimento acomete o indivíduo, o qual requer e demanda atendimento individual pelos serviços de saúde, ora sendo atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis secundário e terciário da assistência, torna-se imperativa a institucionalização de mecanismos que regulem o acesso ao sistema e funcionem como uma ação mediata capaz de viabilizar a atenção ao indivíduo e propiciar resolutividade às necessidades demandadas, contribuindo para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual. Resulta, portanto, que, para prover e garantir a atenção integral aos usuários do SUS, as ações de planejamento e de regulação do acesso exigem da

acompanhamento, que funcionem de forma articulada e sintonizada em toda a rede de serviços.

Tendo sido delineado em grandes linhas o âmbito circunscrito pelo tema objeto deste estudo, cabe destacar que o foco se restringiu ao exame da integralidade na assistência, enquanto um dos princípios valorativos do SUS, e a regulação assistencial, enquanto um dos meios para alcançá-la. Para tanto, tomou-se como referencial empírico o sistema municipal de saúde de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo.

Assim, considerando os distintos aspectos que condicionaram diferentes linhas de tomadas de decisão, ora possibilitando avanços incrementais, ora impondo constrangimentos e limitações, a problemática que se coloca para este estudo pode ser expressa nas seguintes questões: de que forma a trajetória institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), após a implantação do SUS, vem modelando a organização da rede de serviços e o desenvolvimento das ações para prestar atenção assistencial especializada aos usuários sob sua responsabilidade sanitária nos dias atuais? A regulação assistencial, como ação mediadora do acesso desses usuários aos níveis secundário e terciário da atenção à saúde, tem facilitado ou dificultado o seu acesso aos serviços de saúde?

É sabido que no Brasil o acesso da população aos serviços mais complexos tem-se configurado num problema no cotidiano do SUS, pela insuficiência e/ou inexistência de oferta, principalmente de consultas e exames especializados, sendo este o problema central deste estudo e que justifica a opção pelo tema da regulação e da integralidade.

Ademais, de acordo com informações da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), datadas de agosto de 2008, as filas expectantes — que representavam as demandas reprimidas, da ordem de 5.983 pacientes aguardando por consultas, exames, procedimentos especializados e cirurgias — totalizavam 59.465 unidades, até o referido mês. Estes dados mais do que indicam que há dificuldades para a população ter acesso à atenção especializada. Associado a isto está o fato de o município ter em seu território a maior rede de média e alta complexidade assistencial do Estado, ainda que com gestão compar tilhada com a SESA⁹.

⁹ SESA. Relatório fornecido pela Gerência de Regulação Assistencial da SESA, relativo ao mês de agosto de 2008.

ersos foram os motivos que justificaram a realização deste estudo, pois para cada um dos temas — integralidade e regulação do acesso — há um conjunto de elementos associados que interagem produzindo distintas configurações e arranjos organizacionais, que por si só justificariam o investimento na pesquisa.

Em primeiro lugar está a integralidade, uma das diretrizes e um dos princípios constitucionais ilimitados do SUS, razão da relevância desta proposta, pois a integralidade é inspiradora no sentido de orientar que os serviços e ações de saúde sejam ajustados às reais necessidades de saúde dos cidadãos. É igualmente inspiradora no sentido de desencadear ações para a viabilização do processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, para os problemas que não são de competência resolutive desse nível de atenção. Em segundo, do ponto de vista empírico, justifica-se pelo fato de o município de Vitória ter uma cobertura⁹ populacional com a Estratégia Saúde da Família (ESF), em junho de 2009¹⁰, considerada muito boa em relação a outras cidades de porte semelhante no Brasil, da ordem de 77%, e a cobertura populacional pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) de 64%; ter iniciado o processo de implantação dessa estratégia em 1998; estar há dois anos, aproximadamente, implantando a regulação do acesso da população aos níveis secundário e terciário na rede de prestadores de serviços de saúde e por contar com 28 unidades básicas de saúde, das quais 20 com a ESF implantada.

Em terceiro está o fato de Vitória ter sido o primeiro município do Estado a formalizar o Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde 2006, por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), do qual a integralidade e a regulação assistencial são partes constitutivas.

Em quarto lugar, além do conjunto de situações-problema e dos avanços indiscutíveis que o município vivenciou, a maior problemática, entretanto, que reforça a necessidade deste estudo, reside na condição de polo exercido pelo município em questão, com um grau de complexidade de serviços absolutamente superior aos demais municípios do Estado. A regionalização estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), do

⁹ O conceito de cobertura assistencial deveria transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica, implicando a existência de uma relação dinâmica entre as necessidades e as aspirações da população e os recursos de saúde disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais (UNGLERT, 1995, p. 4).

¹⁰ MS. Relatório extraído do SIAB referente ao mês de junho de 2009.

conforme demonstrado no Mapa 1, imputou ao município de Vitória responsabilidades, muito além das necessidades da população residente¹¹, com o referenciamento de outras populações do Estado, que concorrem com a população residente no município. Nesse sentido, Vitória é um polo atrativo natural para a solução de situações-problema de saúde da população estadual e de regiões adjacentes. Para tanto, carece de uma robusta infraestrutura de regulação.

Nesse contexto, o direito à atenção integral é garantido a todos os cidadãos; portanto, a busca de recursos assistenciais por toda a população estadual no município de Vitória, principalmente para a alta complexidade, indicava a hipótese de que a atenção integral da SEMUS aos próprios munícipes ficava prejudicada em função da observância a outros princípios dos SUS, além da integralidade, como a igualdade de direitos e a universalidade de acesso.

Por todas estas considerações, de âmbito mais geral, infere-se que a população de Vitória não vem tendo acesso aos recursos assistenciais mais complexos no momento oportuno e na quantidade necessária, para a atenção integral às suas necessidades. Tal situação conduziu à sub-hipótese de que um dos fatores que contribuem para essa dificuldade é a persistência de um processo de regulação do acesso assistemático e, portanto, pouco efetivo.

Na revisão da literatura retrospectiva aos anos 90, foram encontrados diversos artigos relacionados aos princípios do SUS e a sua inter-relação; nenhum, entretanto, associando atenção integral na assistência individual com regulação do acesso, razão pela qual se reafirma a relevância deste estudo, salvo engano, pioneiro no Estado do Espírito Santo.

¹¹A população do município de Vitória em 2009, segundo estimativas do IBGE, é de aproximadamente 320.153 habitantes. No entanto, Vitória, como capital do Estado e cidade nuclear da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), acaba atraindo grande parte da demanda da RMGV como um todo e sua região de influência: norte do Rio de Janeiro, leste de Minas Gerais e sul da Bahia. Na verdade, trata-se de um contingente populacional, em potencial, da ordem de aproximadamente 3.464.280 habitantes só do estado do Espírito Santo.

O objetivo geral do estudo foi examinar o desenvolvimento da regulação do acesso sobre a rede de prestadores de serviços de atenção especializada no município de Vitória, com vistas a evidenciar sua interface com a integralidade. Como recorte temporal foi definido um olhar retrospectivo a vinte anos do SUS, com a finalidade de identificar o percurso da mudança institucional, sob os refletores do neoinstitucionalismo histórico. Os objetivos específicos são:

- a) desvelar o momento atual de implementação da política de saúde no município de Vitória, no que tange à integralidade e à regulação do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência;
- b) identificar, na percepção dos secretários de saúde que atuaram na Secretaria Municipal de Saúde desde a criação do SUS, se a regulação do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência contribui para a integralidade na assistência dos usuários;
- c) verificar, por meio de análise documental, a trajetória histórica da organização e sua influência no desenvolvimento das ações e meios, para propiciar atenção integral e regulação do acesso dos munícipes de Vitória aos níveis secundário e terciário.

1.2 METODOLOGIA

O universo deste estudo é o município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil. Vitória foi selecionada dentre os 78 municípios do Estado por, além de ser a capital, representar o sistema municipal com maior nível de organização na municipalização da atenção primária e por ser, na regionalização da saúde, o município-polo que mais concentra serviços complexos, conforme o PDR do ES sendo a maior referência estadual para a grande maioria dos recursos assistenciais de média e alta complexidade (SESA, 2003). Ainda que seja identificada enquanto pólo

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



Mapa 1. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. 2003.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (2003).

dos anos, habilitada para a Gestão Plena da Atenção Básica, em conformidade com a NOB/SUS-96 e a NOAS/SUS-02. Não detém, portanto, o comando único sobre a rede de prestadores de serviços de saúde. Encontra-se desde janeiro de 2008 com o TCG do Pacto pela Saúde formalizado, assumindo parte da média complexidade ambulatorial.

O município tem a quarta população do Estado, sendo considerado de grande porte na realidade estadual. Tem importante densidade demográfica, da ordem de 75 hab/km²; concentra grande parte dos serviços de saúde do Estado, sendo que aproximadamente 60% dos serviços de alta complexidade estão nele situados, portanto um cenário favorável para que a integralidade na assistência se efetive. Uma melhor caracterização do município e de sua rede assistencial encontra-se detalhada no item 5.1. Além disso, há vinte anos vem contando com boas e sucessivas gestões da saúde pública.

A partir de uma abordagem qualitativa, exploratório-descritivo-analítica, do tipo estudo de caso, esta pesquisa, tendo como elementos de apoio alguns indicadores e dados quantitativos, buscou conhecer e analisar o desenvolvimento de ações na gestão em vigência, no ano de 2009, para a implementação da regulação do acesso e da integralidade na atenção. Como marco teórico-analítico, utilizou os aportes do neo-institucionalismo histórico, que centra suas atenções em como as instituições, historicamente e socialmente construídas, afetam as estratégias e as metas dos atores, assim como a distribuição do poder entre eles e os resultados em termos de decisões políticas ao longo do tempo. Esta teoria estabelece linhas explicativas sobre o processo de institucionalização das políticas e possibilita a identificação dos elos que conectam as decisões do passado com a realidade atual. Para tal, a análise foi iluminada principalmente pela noção de dependência de trajetória — *path dependency*, de pontos de decisão e pontos de veto — *decision points* e *veto points*. A premissa que presidiu o estudo considera a dinâmica municipal como um espaço subnacional fértil em evidências para explicar a micropolítica no setor saúde. Esta pesquisa, portanto, tem relevância e um caráter estratégico, uma vez que se orienta para problemas sociais vivenciados no cotidiano das pessoas.

Para tanto, a análise se apoiou na sistematização de uma série de dados oficiais e em informações empíricas, valendo-se de três técnicas/estratégias: a) pesquisa documental, por meio dos instrumentos básicos de planejamento e gestão do SUS

Saúde e Relatórios Anuais de Gestão; Programas e Projetos desenvolvidos e suas ações, bem como documentos que relatam a evolução histórica da saúde na municipalidade nos últimos 20 anos; b) entrevistas com os seis secretários municipais de saúde que atuaram no município nesse período; e c) entrevista com o secretário de saúde na presente gestão da saúde municipal, totalizando sete gestores municipais de saúde.

Além disso, foi feita uma revisão da produção científica sobre os temas da integralidade e regulação estatal, ocasião em que se constatou a existência de uma vasta literatura sobre a integralidade e escassez de produção em relação à regulação.

Os dados e informações documentais, sob análise, foram buscados nos centros de documentação da SEMUS da Prefeitura Municipal de Vitória. Entre eles destacam-se documentos oficiais, principalmente os instrumentos básicos de planejamento e gestão do SUS - Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Relatórios Trimestrais em Audiências Públicas, bem como documentos históricos que contam a evolução da saúde pública no município, programas, projetos, documentos-posição, legislações municipais, dentre outros. Recorreu-se, também, aos dados disponíveis nos Bancos de Dados Institucionais: Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), principalmente no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH); do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por meio da Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (GPDI) e seu Núcleo de Avaliação e Tendências em Saúde (NASTS); indicadores epidemiológicos presentes no PDR (proposta de atualização 2000 a 2008) e nos Bancos de Dados da Gerência de Regulação Assistencial (GERA) e seu setor de Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esses dados e informações foram necessários para a construção de indicadores que mostrassem a evolução da disponibilização de tecnologias assistenciais de média e alta complexidade, bem como de cobertura assistencial. Houve a necessidade de se pesquisarem documentos da SESA e do MS, para melhor contextualização dos problemas, o que não havia sido previsto.

A pesquisa documental constitui-se numa fonte rica e estável de informações e de dados, pois os documentos subsistem ao longo do tempo, tornando-se a mais

qualquer pesquisa de natureza histórica. Este tipo de pesquisa apresenta limitações, pois, via de regra, não contém a subjetividade dos atores envolvidos; entretanto, contém pistas sobre os processos, e estas puderam ser verificadas nas entrevistas aos secretários municipais de saúde.

Assim, como forma de esclarecer lacunas e melhor compreender os micro-fundamentos dos processos decisórios que conduziriam a estruturação do sistema, e quais os constrangimentos que estiveram presentes na sua conformação, recorreu-se ao uso de entrevistas com os atores relevantes — os secretários municipais de saúde. Para tanto, utilizou-se dois roteiros semiestruturados, com itens que guiaram o diálogo com os sujeitos deste estudo: um comum a todos os ex-secretários municipais e outro específico para o gestor atual. A escolha por esses sujeitos se deu por considerá-los relevantes para o desenvolvimento deste estudo, em face de seu envolvimento direto no processo decisório para a municipalização e organização do sistema de saúde. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora de acordo com os roteiros presentes nos APÊNDICES A e B.

A análise e interpretação das entrevistas foram de fundamental importância para iluminar o objeto sob análise. A partir das percepções dos atores, bem como o confronto entre o que está registrado e suas explicações, para o sentido do percurso adotado, foi possível compreender a dimensão dos constrangimentos que moldou a escolha estratégica dos atores [*decision points*], assim como a conformação organizacional e institucional assumida pela implementação da política de saúde em Vitória ao longo desses 20 anos.

Para tanto, esta dissertação está organizada em oito capítulos, incluindo este. O Capítulo 2 trata do referencial teórico relativo à regulação e a integralidade, seus conceitos, concepções e dilemas conceituais, bem como suas interfaces, que juntos constituem o tema deste estudo. Este capítulo ainda trata da análise institucional, com ênfase no neoinstitucionalismo histórico que fundamenta a análise da pesquisa. O Capítulo 3 se refere ao marco regulatório, tanto da integralidade quanto da regulação, a partir da CF até a última normativa em 2009. O Capítulo 4 trata do Sistema Único de Saúde em Vitória, observado à luz da análise documental e da percepção dos sujeitos da pesquisa. O Capítulo 5 é dedicado à evolução da saúde pública no município de Vitória, com ênfase na rede de serviços de saúde e em dados, informações e indicadores que demonstram a evolução do sistema de saúde ao longo dos vinte anos

a análise teórico-explicativa a partir dos achados nos documentos e nas entrevistas para responder aos objetivos traçados. O Capítulo 7 apresenta uma síntese analítica das mudanças institucional e organizacional, bem como o momento atual da gestão do SUS em Vitória e, por fim, no Capítulo 8, são apresentadas as considerações finais deste estudo.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 29 de abril de 2009, e concedida autorização da SEMUS de Vitória para que ela fosse realizada, em 21 de agosto de 2009. Todos os entrevistados acataram o Termo de Consentimento Livre e Informado [APÊNDICE C], após terem sido devidamente esclarecidos sobre o estudo. Os resultados serão disponibilizados à UFES — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória (SEMUS). Também será divulgado por meio de um artigo científico, a ser publicado em revista da área de saúde, o qual trata dos aspectos conceituais relativos à regulação e à integralidade [APÊNDICE D]. Ressalta-se que a privacidade e a confidencialidade das informações levantadas nas entrevistas foram preservadas.

ANALÍTICA

A revisão da literatura se relacionou aos temas integralidade e regulação assistencial¹². Para a integralidade há uma vasta publicação abordando seus diferentes matizes; entretanto, em relação à regulação do acesso ou assistencial, o mesmo não ocorre, uma vez que a busca por referenciais teóricos mostrou a escassez de produção científica sobre o tema.

2.1 DA INTEGRALIDADE

A integralidade admite diferentes concepções e dimensões. Sua polissemia por si só explicaria a dificuldade de mensurá-la, e suas dimensões tornariam ainda mais dificultosas essa mensuração. As expectativas de cada usuário do SUS, carregadas de subjetividade, as diferentes visões de mundo, a percepção de que, quanto mais sofisticada e onerosa a tecnologia assistencial, melhor a atenção à saúde, o conceito de saúde e doença, e sua relação com as demais políticas públicas tornam o conceito e a percepção da integralidade absolutamente diversificados. Portanto, mensurá-la seria um desafio improvável. Talvez, dentre os princípios do SUS, a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas desde sua inserção na CF em 1988, exatamente por esta dificuldade de mensuração.

A integralidade, como princípio e diretriz geral para a organização do sistema público de saúde e suas práticas, apesar de estar pautada nos debates desde o final dos anos 70 do Século XX, ainda é uma meta que impõe desafios de várias ordens de dificuldades para que possa vir a ser alcançada no Brasil.

Na realidade, a questão da atenção integral aparece com vigor nos debates desde a

¹² A assistência, segundo a NOB/SUS/96 compreende o conjunto de ações de promoção, prevenção e assistência para cura, controle e recuperação. Para alguns autores assistência refere-se apenas às ações clínicas individuais para cura, controle e recuperação de doentes e suas doenças. Este estudo restringir-se-á a esta dimensão clínica individual, especializada e hierarquizada.

Cuidados Primários em Saúde, reunida em Alma-Ata, em 1978. A partir de então, o tema vem sendo discutido e incluído como diretriz nos documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos países signatários. Nesse sentido, a própria Declaração de Alma-Ata, no inciso VII, item 6, explicita que os cuidados primários de saúde

[...] devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidades (WHO, 1978).

Esses cuidados expressam a necessidade de ação conjunta de todos os governantes e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, com a finalidade de propiciar um ambiente de justiça social. Para dar concretude a esse conceito, a Declaração estabeleceu como meta a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, a partir da APS, como primeiro nível de contato do cidadão com os serviços de saúde, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção, para alcançar os níveis secundário e terciário (ASSIS et al., 2008, p. 297).

O item 7 da referida Declaração segue afirmando que os cuidados primários em saúde:

[...] baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde, e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade ((WHO, 1978; CONASS, 2006).

A saúde é, indubitavelmente, “o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana” (CURY, 2005. p. 147), verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando uma ética em busca da justiça social. Esses movimentos instituintes da atenção integral, que se iniciaram em Alma-Ata em 1978 e que se sucederam em diversos países do mundo no formato de Conferências Internacionais, reforçaram no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária¹³ nos anos 80. Estabelecer com fidelidade o início de um movimento social é por vezes difícil, e até mesmo impossível. Com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira ocorreu o mesmo. Esse movimento social, que teve seu início na década de 70, mais fortemente nos anos finais da década, ganhou força e importância nos anos

¹³ A trajetória histórica do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil não será objeto de discussões e aprofundamento neste estudo; entretanto, é aqui citado, pois foi um movimento instituinte que mudou os rumos da saúde pública no país.

alização de um sistema estatal, único, na CF de 1988, na qual a atenção integral foi elevada ao status de diretriz e princípio do SUS.

A já referida polissemia da integralidade admite, portanto, várias significações, razão pela qual os autores aqui abordados compreendem a integralidade sob várias dimensões, mesmo sendo unânimes no entendimento da integralidade como um dos princípios éticos mais importantes para a consolidação do paradigma da produção social da saúde. Essa polissemia se deve ao fato de a integralidade abranger questões relativas ao biológico, ao ambiental e ao social, as características físicas, mentais e sociais, a integração entre a promoção da saúde, prevenção de doenças e a assistência curativa ou assistência clínica, bem como o autocuidado dos indivíduos, das famílias e das coletividades, configurando-se num conceito contexto-dependente. Contudo essas variações conceituais devem afetar menos o conceito e mais os modelos explicativos de acesso da população ao sistema de saúde e sua operacionalização na prática dos serviços, orientando desenhos integralizantes e mais justos socialmente.

O que se pretende aqui é apresentar, em grandes linhas, o debate sobre as dimensões da integralidade, porém circunscrita ao ponto de vista do atendimento clínico individual¹⁴, para alguns autores denominado simplesmente *assistência*. Esta revisão da literatura teve como eixo a integralidade aplicada à organização e à resolutividade das ações e serviços de saúde especializados, ambulatoriais e hospitalares, hierarquizados em níveis de complexidade; portanto, não se pretende compatibilizar esta dimensão com as de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como com as demais políticas públicas.

Porém, com vistas a situar o campo do debate, ressalta-se que há duas dimensões referidas à integralidade. Uma num plano macro, que comporta o conjunto de ações e serviços que são ofertados pelos sistemas públicos de saúde aos cidadãos, e a dimensão micro, entendida como a articulação entre as ações promocionais, as preventivas e as assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das

¹⁴ O atendimento clínico compreende dois modelos de práticas complementares entre si: o modelo clínico, baseado na clínica anatomopatológica, no qual a doença pode ser admitida como influenciada pela vida de relação do doente, e o modelo epidemiológico, que concebe a doença como fenômeno coletivo e busca controlá-la em escala social relativamente ampla e efetiva (MENDES GONÇALVES, 1992).

competência do setor saúde (MATTOS, 2003. p. 45-48).

Mattos (2009) destaca ainda que:

[...] o direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade enquanto princípio constitucional, tais como: a) expressão de 'um atributo das boas práticas de saúde'; b) expressão de 'um modo de organizar os serviços'; c) expressão de 'um atributo das políticas de saúde específicas' (MATTOS, 2009, p. 87-88).

No entanto, para Machado, Pinheiro e Guizardi (2005, p. 60-61) a integralidade é pensada enquanto um:

[...] princípio educativo, no qual a interação democrática de espaços públicos de participação e controle social – conselhos e MP – **umenta** a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde.

De um modo geral, a integralidade está orientada para a superação da histórica dicotomia entre ações coletivas [promoção e prevenção] e curativas, para a atuação em outras áreas além da assistência clínica individual, extrapolando, inclusive, os muros do setor saúde e suas especificidades para uma ação conjunta com as demais políticas públicas, caracterizando a necessidade de ações intersetoriais¹⁵ para o alcance da integralidade. Andrade (2001, p. 40), Giovanela et al. (2002, p. 37-61) e o Colegiado Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2006, p.147) reafirmam este entendimento, acrescentando a garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência e a abordagem integral do indivíduo e das famílias. Paim, (In: Rouquayrol, 1999) amplia ainda mais as abordagens conceituais desses autores, acrescentando que, para o alcance da integralidade, deve-se também articular às dimensões já citadas o diagnóstico precoce e a limitação do dano e reabilitação sobre o processo saúde-doença.

Bourguignon (2001); Ckagnazaroff e Mota (2003, p. 23-41) e Ckagnazaroff e Mello (2009; *ibidem*), analisando da perspectiva da organização da rede de serviços, afirmam que “com uma ação sinérgica entre vários departamentos responsáveis pelos serviços prestados pelo governo municipal”, as ações intersetoriais devem ser trabalhadas de forma articulada e integradas. Para Mendes (2003, p. 81) esse conjunto de ações deve

¹⁵ Intersetorialidade pressupõe a aliança e articulações do setor da saúde com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político para a construção conjunta de políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às reais necessidades da população.

vigilância à saúde para a solução de problemas e, dentro de cada unidade de saúde, pelas práticas sanitárias para atendimento à demanda e às necessidades. Para Bourguignon e os demais autores, agir segundo este conceito implica:

[...] a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, **interdependência de serviços para garantir a integralidade na atenção** aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal (BOURGUIGNON, 2001, grifo nosso).

Cecílio (2001, In: Pinheiro e Matos), por sua vez, considera a integralidade a partir de uma taxonomia de necessidades de saúde centrada em quatro conjuntos, quais sejam:

[...] 'boas condições de vida', decorrente dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; "vínculos (a) efetivos" entre cada usuário e equipe/profissional de saúde e graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.

Recorrendo às contribuições de Starfield (2002, p. 28; 62), vale destacar a integralidade enquanto um dos princípios da ESF e que a APS, desse ponto de vista, representa uma prática de foco individual e coletivo, que permite o alcance do cuidado integral, na medida em que é o nível de atenção que aperfeiçoa e racionaliza os recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Com essa perspectiva, destaca que "a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las" (Starfield, 2002, p. 314-317). São as decisões sobre a atenção primária, e não sobre outro nível de atenção, que detêm a capacidade de prestar serviços específicos, variando de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações, e a partir dessas diferenças a APS requisita, também, diferentes recursos assistenciais ofertados pelos níveis secundário e terciário da assistência.

Starfield enfatiza, ainda, que a prática da integralidade só é possível mediante a presença das características únicas da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural, e que a APS é desencadeada essencialmente pelos indivíduos, enquanto o acesso desses indivíduos à atenção secundária e terciária é, via de regra, desencadeado pelos profissionais de atenção à saúde. Fica então caracterizada a

níveis de atenção na provisão dos serviços, a partir da APS.

Nesta mesma linha de argumentação, Andrade et. al. (2006), acrescentam que os diferentes serviços de complexidades variáveis devem ter a capacidade de “[...] lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os através da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais freqüentes, seja organizando-os para que os pacientes recebam os serviços que não são da competência da atenção primária” (Starfield, 2002, 62-65).

Em relação à integralidade na APS, estes mesmos autores argumentam que o impacto da ESF sob algumas das dimensões organizativas do SUS passou a abranger a integralidade na medida em que:

[...] houve necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando a Estratégia Saúde da Família – ESF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado. A própria tendência de se buscar a interdisciplinaridade nas equipes da ESF contribuiu para o início do processo de aplicação do princípio da integralidade (ANDRADE et al., 2006, p. 783-830).

Visando dar operacionalidade à dimensão organizativa da assistência em favor da atenção integral, a Secretaria de Estado da Saúde do ES estabeleceu Diretrizes para a Organização da Atenção Primária à Saúde, com forte orientação para a implantação e implementação da ESF, que norteiam as gestões municipais como implementar a atenção integral na atenção primária, a partir das seguintes definições:

1. Entender o território e seu diagnóstico como ampliação e fortalecimento da APS;
2. Ter o compromisso de todos os profissionais;
3. Inserir os determinantes sociais na compreensão do processo de adoecimento;
4. Compreender as competências de todos os níveis hierárquicos da atenção, organização dos fluxos de referência¹⁶ e contrarreferência¹⁷;
5. Conhecer as concepções que indivíduos e grupos têm sobre saúde, hábitos e saber que providências tomam para resolver seus problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades;
6. Identificar serviços que atendam a necessidade local;

¹⁶Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas.

¹⁷Contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é, conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

- o processo de trabalho, tendo como objetivo a produção do cuidado nas diversas formas;
8. Atender a demanda de forma equânime e integral em sua determinada área de abrangência populacional, sem restrição de acesso;
 9. Buscar atender com resolutividade cerca de 80% das demandas oriundas da população;
 10. Encaminhar os casos de maior complexidade para serviços especializados e internações, sempre através de mecanismos de referência e contrarreferência formalizados entre as instituições, visando garantir o atendimento integral;
 11. Definir, a partir de prioridades, o planejamento local das ações e o processo de educação permanente (SESA, 2008, p. 80).

A partir dessas perspectivas de âmbito mais geral, complementares entre si, a integralidade pode ser entendida como a garantia, por meio de sistemas públicos universais, do livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde para ter seus planos terapêuticos atendidos em sua completude. Em contraposição, um conceito de integralidade menos clássico e mais atual, defendido por Carvalho (2006), diz que os serviços ofertados aos cidadãos devem ser definidos por critérios de necessidade, efetividade e aceitabilidade social.

Esta dimensão da integralidade defendida por Carvalho, a que se denomina integralidade regulada, é o cerne deste estudo, cuja definição é estabelecida pelo autor nos seguintes termos:

[...] a **integralidade regulada** se impõe e se expressará na definição e oferta, a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutidos com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços, sanitária e socialmente necessários (CARVALHO, 2006, grifo nosso).

Carvalho (2005), ao fazer um depoimento de como a universalidade e a integralidade foram debatidas nos idos tempos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira,

assim se expressou:

[...] a integralidade para o movimento sanitário brasileiro, era tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Quando discursávamos a integralidade tínhamos em mente um novo modelo de fazer saúde, com sérias críticas ao modelo vigente, no período pré-constitucional, de pensar e fazer integralidade. O modelo vigente à época, já plantado e crescente em sua voracidade, defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações gerais, e de UTI, em equipamentos, materiais e medicamentos [...] o que queríamos ver sepultado saiu revigorado e resplandecente. A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependentes de novos especialistas, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros [...] O capital, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do temo integralidade, dando a ele o conceito pleno de que todos os exames,

as, todas as especialidades, sem o mínimo critério, devam ser dispensadas a todos (CARVALHO, 2005).

Este depoimento emocionante remete à reflexão de que os sistemas de serviços de saúde não devem, nem podem ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis, mas, sim, àqueles que deles necessitem; entretanto, este novo conceito rejeita o racionamento de serviços de saúde, técnica e socialmente necessários para a população (CARVALHO, 2006).

Também vale ressaltar as duas dimensões defendidas por esse autor, cuja abordagem se torna absolutamente necessária quando se discute a integralidade: a dimensão da *integralidade vertical*, do ponto de vista do usuário, que significa não fragmentar a atenção em aparelhos, órgãos, ou patologias, devendo-se incorporar na atenção aos cidadãos também um olhar sobre as questões da subjetividade e do contexto social; não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado contexto ambiental e social, ou seja, um olhar holístico sobre os sujeitos; e a dimensão da *integralidade horizontal*, do ponto de vista do sistema de saúde, que significa dizer que a integralidade é constitutiva de uma rede de serviços [redes assistenciais] que seja capaz de proporcionar atenção ao longo do tempo, configurando-se numa rede de cuidados aos usuários nos vários níveis tecnológicos existentes no SUS e que se dê em todos os serviços e de forma contínua (CARVALHO, 2005). Estas duas dimensões, articuladas entre si, levariam ao que esse autor define como *integralidade necessária*, acompanhada por Magalhães (2006) em suas reflexões sobre integralidade e regulação assistencial.

Isto implica dizer que, para prover a população desses serviços especializados, permanentemente, há que se pautar a disponibilidade de serviços assistenciais baseados em critérios estabelecidos em protocolos de regulação, que respaldem o acesso de acordo com as reais necessidades evidenciadas cientificamente [medicina baseada em evidências] (WEICHERT, 2010, p. 101-141).

Entender que a integralidade na atenção, em seu sentido macro, para o atendimento a todas as necessidades, expectativas e demandas da população é responsabilidade apenas do SUS seria absolutamente irracional, pois esta expectativa não passaria de intenção distante do gesto, de discursos distantes da prática cotidiana dos serviços. A integralidade em seu senso mais geral, portanto abrangendo as demais políticas públicas, além das diferentes dimensões e ações específicas da política pública de

quanto uma utopia ativa, ou seja, quando se alcança determinado nível de organização e adequação no atendimento às demandas da população, este horizonte desloca-se em função das novas expectativas e novas necessidades dessa população, para novamente ressignificar essas necessidades e ousar organizar e executar novas ações e serviços de saúde, num constante movimento em ondas. Acompanhando as visões mais influentes sobre o tema, cabe aqui mencionar que, em consequência, e para organizar os serviços de saúde segundo o conceito de saúde preconizado pela OMS, a literatura aponta que os sistemas de serviços de saúde seriam responsáveis por aproximadamente um terço das demandas sociais por saúde e que às demais políticas públicas incumbiria as demais ações.

Na perspectiva de reforçar o que incumbe ao sistema de saúde, a questão da responsabilidade desse setor está relacionada especificamente com: o acesso aos serviços, à utilização de serviços e aos resultados terapêuticos. Assim, considerando os distintos aspectos que envolvem a integralidade, pode-se dizer que há responsabilidades intransferíveis e indelegáveis que incumbem ao setor saúde aqui referidas, o que não o exime de atuar como indutor e até provocador das demais políticas públicas, para, juntos, caminharem em direção à maior e melhor possibilidade de promover a atenção integral em seu sentido mais amplo, que na verdade configura-se num imaginário social convocante, que nunca será alcançado plenamente, mas que sempre estará sendo buscado nos limites da competência do setor saúde.

Estas últimas reflexões remetem ao entendimento de que mesmo na APS seria uma ousadia, desprovida de possibilidades concretas, afirmar-se que neste nível de atenção se pode resolver até 85% das necessidades da população, conforme o que recomenda a OMS, sem que se estabeleçam claramente os limites da competência do setor saúde. Uma importante questão a considerar se refere ao risco de se comparar realidades de diferentes países na questão da integralidade. A realidade de países desenvolvidos, americanos do norte, europeus e alguns asiáticos, certamente não pode ser comparada com a dos países em desenvolvimento, que é o caso do Brasil, e com os subdesenvolvidos.

As desigualdades sociais das diferentes Regiões Administrativas do Brasil, com ênfase no norte e nordeste, a inaceitável distribuição de renda, o perfil de doenças de cada um desses territórios, dentre outros aspectos, por si só desbancariam a afirmativa da resolutividade em percentuais tão elevados ainda que nos serviços básicos de saúde.

restringisse ao acesso aos serviços, à utilização de serviços e aos resultados terapêuticos que incumbem ao setor saúde, certamente encontrariam amparo no conjunto dos protagonistas do SUS, mas em persistindo este conceito de integralidade ampliada ser de responsabilidade do setor saúde, certamente o nível de tensão que perpassa os serviços de saúde só tende a se manter ou mesmo ampliar-se. Na literatura já começa a surgir dissensos acerca da amplitude da responsabilidade do setor saúde para a atenção integral à população, que não é o foco deste estudo, mas que discute as reais necessidades da população dentro desses limites específicos, e não tudo o que for demandado (AYRES, 2009).

Num esforço de síntese, pode-se afirmar que a integralidade perpassa os três campos da atenção: prevenção, promoção e assistência; nos três níveis de atenção — primária, secundária e terciária, ambulatorial especializada e hospitalar — estes configurando a hierarquização vertical da integralidade; ações intersetoriais com as demais políticas públicas, na perspectiva da horizontalização das diversas ações e serviços. O grande desafio da integralidade é a substituição do conceito clássico, verticalizante, ainda dominante, por um mais justo, técnica e socialmente: a integralidade horizontalizada entre os diferentes serviços e níveis de atenção e regulada por meio de protocolos clínicos e operacionais, baseados em evidências científicas.

Enfim, em se tratando do tema da integralidade, pode-se depreender das diversas reflexões a dificuldade inerente a sua apreensão e operacionalização. Neste sentido, Pinheiro et al. (2008, p. 25) argumentam: “ainda que sua conceituação aponte claramente para a dimensão da organização da assistência, a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização”. Não se deve buscar, portanto, um conceito específico e fechado de integralidade, mas, sim, alguns sentidos que se referem às práticas em saúde que buscam a atenção integral, pois a integralidade é mais um processo de construção social do que métodos e técnicas bem elaborados. Nesta perspectiva, Mattos (2001, p. 61) afirma que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo”.

Desse ponto de vista, a integralidade vem representando, talvez, um dos maiores desafios atuais do SUS, pois implica desenvolvê-la nos diferentes ciclos de vida e nas diversas fases da atenção à saúde, no processo de cuidar e no relacionamento do profissional de saúde com os pacientes e suas famílias e o meio onde vivem e

ta como imagem-objetivo¹⁸ ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de saúde e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho para a garantia do acesso da população a serviços resolutivos e qualificados.

Conforme já ressaltado, nesta pesquisa tomou-se como referência um dos múltiplos sentidos da integralidade, que será observada apenas na dimensão da assistência clínica, entendida como um conjunto de recursos/tecnologias assistenciais e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, ofertados nos níveis secundário e terciário da atenção, para cura, controle e reabilitação, proporcionados individualmente, e sua relação com a regulação assistencial para a garantia de acesso da população a essas tecnologias, considerando que a integralidade, quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço e até mesmo de um sistema de serviços de saúde, com o objetivo de avançar na conquista de mais integralidade no plano concreto de um sistema municipal de saúde.

2.2 DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Para compreensão da abordagem de regulação de que tratará esta pesquisa e para melhor conceituar e situar a regulação no âmbito do setor público da saúde, será feito um relato da origem da regulação no Brasil. Antes, porém, é imprescindível esclarecer que, ao se referir à regulação assistencial, integralidade na assistência e mesmo ao termo assistência, isoladamente, esta autora estará se referindo à assistência clínica individual, para controle, cura e reabilitação dos indivíduos, adotando a linha de pensamento de alguns autores aqui citados e a separação dessa ação preconizada pela NOAS/SUS/02. As outras dimensões da atenção à saúde [promoção e prevenção] não serão aqui tratadas.

¹⁸ Imagem-objetivo, ou objetivo ou, ainda, imaginário-social-convocante, refere-se à visão de futuro de uma organização, aonde se quer chegar com um processo de planejamento.

Brasil¹⁹

Os primórdios do processo de regulação da saúde no Brasil têm suas raízes na Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, que se configurou no marco inicial da Previdência Social na sociedade brasileira. Por quase duas décadas, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) que eram responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. Nesse modelo previdenciário a assistência médica era vista como uma atribuição fundamental do sistema, estimulando a organização de serviços próprios de saúde.

Nos anos 30-45 houve profundas modificações no que se refere à organização e concepção da Previdência Social, e, dentre diversas decisões políticas adotadas, as CAP se transformaram em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), numa concepção muito diferente das antecedentes.

O país, à época, passava por profundas transformações de ordem política, com sérias repercussões na organização da assistência médica e das ações de saúde pública, dicotomizadas, o que culminou com a fusão dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. A criação do INPS pretendia a modernização da máquina estatal, aumentando o poder regulatório do Estado. Permitiu a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população, privilegiando a prática médica curativa, individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública (MS, 2001; CHIORO e SCAFF, [S.l.: s.n., 19--]; MENDES, 2003).

Ao mesmo tempo foi criado e/ou ampliado um complexo médico-industrial que teve como consequência a organização do sistema de saúde orientado pelo lucro e com privilégios para os prestadores privados de serviços de saúde. O INPS priorizava, então, a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios, cuja modalidade de contratualização possibilitou o superfaturamento por parte dos prestadores de serviços contratados. Estes prestadores “[...] utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais

¹⁹ Do ponto de vista político, não cabe aqui neste estudo um relato extenso e detalhado da evolução da saúde pública no Brasil, pois o que aqui se pretende é situar os antecedentes da regulação na história da política pública de saúde brasileira.

cos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos” (MS, 2001, p. 292). Nesse modelo de contratação imperava a corrupção, incontrolável e sofisticada, o que tornava ainda mais onerosa a prestação de serviços assistenciais. Segundo Chioro e Scaff, à época,

[...] desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado (CHIORO e SCAFF, [S.l.: s.n. 19--]).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e, ainda, segundo Chioro e Scaff, a lógica do sistema “[...] que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado [como grande financiador da saúde através da Previdência Social], no setor privado nacional [prestador dos serviços de atenção médica] e no setor privado internacional [produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos]”. O país, durante a década de 70, apresentava e reafirmava o modelo dominante, hegemônico²⁰ — médico-assistencial-privatista — fragmentado, curativo, centrado na doença, hospitalocêntrico e medicocentrado, com privilegiamento das especialidades e dos especialistas. O modelo médico-assistencial-privatista e a crise política apresentavam graves problemas, determinados pela crise financeira; esses problemas eram decorrentes em grande parte das fraudes existentes no sistema de pagamento às unidades prestadoras de serviços, marcados desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo, como a construção de hidroelétricas, pontes, estradas, financiamento de grandes investimentos em hospitais privados a fundo perdido, relevante aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado, dentre outros. Grande parte da população permanecia excluída do sistema de saúde, e os custos crescentes do modelo assistencial adotado tornavam ainda mais insustentáveis sua manutenção. A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam ainda mais o equilíbrio financeiro da Previdência Social (MS, 2001; CHIORO e SCAFF ([S.l.: s.n. 19--]); MENDES, 2003; MENICUCCI, 2005).

²⁰ O modelo hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do “Relatório Flexner”, que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma da formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico (FRANCO, 2003).

, p. 294), as bases que permitiram a hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista, na década de 70, se assentavam no seguinte tripé:

- a) o Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos (Mendes, In: MS, 2001, p. 294).

Em função desse cenário, foram definidos mecanismos de controle dos prestadores de serviços, como, por exemplo, a criação, em 1974, da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o estabelecimento da normatização e criação de novas formas de relacionamento público-privado entre as esferas de governo, por meio de contratos, com pagamento por serviços prestados e convênios, contraprestação de serviços, que no SUS ainda persiste até os dias atuais sob o jargão “pagamento por produção” (MS, 2001, p. 296).

O descontentamento da população excluída do sistema, o esgotamento do modelo assistencial hegemônico, os inaceitáveis níveis de corrupção e impunidade, formulações teóricas, lutas políticas e algumas experiências práticas, deram nascimento a um movimento social que veio mais tarde a se conformar no Movimento da Reforma Sanitária pelos direitos cidadãos. Estabelecer com fidelidade o início de um movimento social é, por vezes, difícil, e até mesmo impossível. Com o movimento que resultou na Reforma Sanitária Brasileira ocorreu o mesmo. A literatura disponível apresenta períodos diferentes para o início desse movimento, mas todos são unânimes em afirmar que teve início na década de 70, mais fortemente nos anos finais da década – 1976-1979, ganhando vigor na década de 80, que veio a se efetivar como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

No início da década de 80, eclodiu a crise anunciada da Previdência Social, sendo possível identificar três diferentes níveis de crise: financeira, ideológica e político-institucional. Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de

na. Com isso o INAMPS assumiu o controle e a normatização da atenção médica, em detrimento do Ministério da Saúde. Surge, então, o que persiste até os dias atuais, o controle e avaliação dos serviços de saúde. O CONASP trouxe para o sistema público uma visão mais racionalizadora, com a finalidade de cortar gasto. Para tanto, propôs mudanças na sistemática de pagamentos, introduziu novos mecanismos de auditoria técnica e propôs “a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais” (MS, 2001, p. 297).

Este processo regulatório na área da prestação de serviços públicos à saúde da população tinha um caráter meramente controlador de metas físicas e financeiras, desconsiderando a qualidade e a oportunidade dos serviços postos à disposição da população.

O INAMPS estabeleceu convênios privilegiados com entidades filantrópicas, incrementou os gastos com o setor público, apoiou os grupos de alta tecnologia e manteve-se a prática clientelista oriunda do sistema político. A tensão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) acentuava-se, em virtude da maior agilidade, aporte de recursos e recusa à unificação por parte do INAMPS. Como resultado, o INAMPS passa de prestador a financiador e gestor do sistema de saúde, ficando a prestação de serviços delegada aos estados. Para a assistência médica hospitalar eram destinados vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto que para a saúde pública eram destinados escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos concedidos por organismos internacionais.

O financiamento por produção de consultas, exames, procedimentos, internações limitava, decisivamente, a expansão das atividades preventivas e coletivas. O país dispunha de uma rede de saúde muito mais focada na produção de procedimentos médicos, para apoio diagnóstico, pouco integrada e mal distribuída segundo as macrorregiões administrativas.

Em 1987 foi instituído o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), quando houve a estadualização das ações e serviços de saúde, pertencentes ao MS e ao INAMPS. Muitos estados da federação aderiram e permaneceram seguindo a cultura institucional do INAMPS, de mero controlador focado no número, enquanto a Assembléia Nacional Constituinte debatia, dentre outros temas, a criação de um

diretrizes e princípios já haviam sido objeto de debates e definições pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, para inscrevê-lo na CF.

Em 1988 o SUS é criado por meio da CF, como coroamento do Movimento da Reforma Sanitária, que se configura na maior conquista política e social que o país já pôde desfrutar no campo da saúde pública, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais fundamentados na cidadania, fortemente orientado pela descentralização, com ênfase na municipalização das ações e dos serviços de saúde. O SUS surge com um conceito ampliado de saúde, cuja tarefa principal “é conceber a saúde como um projeto que iguala a saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida” (MS, 2001, p. 298).

O SUS e suas ações na CF são definidos como sendo de relevância pública, o que significa dizer que lhe é atribuído o poder de regulamentação, de fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da sua execução direta. Nesse sentido Goulart (1991) afirma que:

As competências decorrentes da **relevância pública** envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços (GOULART, 1991, grifo nosso).

A macrorregulação²¹ da assistência à saúde no Brasil parte, então, da Constituição Federal de 1988 e das Leis Federais nºs. 8.080 e 8.142/90, que regulamentam o SUS. Assumindo que a macrorregulação se refere à definição de regras de funcionamento e à articulação de vários agentes com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-se dizer que a definição das regras de funcionamento do SUS constitui o marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil.

Essas regras estão definidas em seus fundamentos básicos na CF de 1988, na LOS e nas diversas NOB editadas a partir de 1991 pelo Ministério da Saúde, para onde se deslocou a arena principal de formulação da política de saúde. Pode-se dizer que esse

²¹Magalhães (2006) conceitua Macrorregulação como sendo a mais estratégica e mais geral do sistema de saúde, mas que têm implicações diretas no campo da atenção propriamente dita. Exemplos são: A ANS, os planos de saúde, as programações anuais, as regras de funcionamento dos serviços inscritas nos códigos de saúde. As regras de financiamento de qualificação da força de trabalho e trabalhadores do SUS. Segundo Mendes (2000), esta seria uma função de reitoria que compreende parte do processo de definição de políticas e de regras para o sistema de saúde em seu conjunto.

delo de regulação estatal do SUS, embora ele conviva em grande parte com a autorregulação profissional.

A Lei 8.080/1990, em seu Art. 1º, “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado”. Essas características exigem do SUS, dentre outras, atribuições de controle e fiscalização. Dentre as atribuições da União, dos Estados, do DF e dos municípios, a lei estabelece a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde; a atribuição dos governos de promover a articulação da política e dos planos de saúde; a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.

Paralelamente ao processo de implementação do SUS, ocorreu o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado da saúde, com definições e um redirecionamento das atribuições públicas, passando a enfatizar políticas voltadas para o mercado, que se expandia e se consolidava como o sistema privado, ou supletivo, de assistência à saúde.

Apesar de a CF ter sido promulgada em 1988, apenas a partir de 1996 foi estabelecida uma política regulatória para o segmento privado da assistência no Brasil, o que foi feito de forma desarticulada com a regulação do sistema estatal. Essa regulação, que não é objeto deste estudo, tem as características da regulação de atividades de mercado, na perspectiva econômica que foca a regulação como uma forma de intervenção do Estado na economia, e tem como finalidade garantir os direitos dos consumidores privados, dado o interesse público envolvido na produção de serviços de saúde. (MENICUCCI, 2005). A regulação do segmento privado da assistência à saúde no país se dá por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com o processo de municipalização da saúde, iniciado a partir do ano de 1993 com a NOB/SUS 93, ampliada pela NOB/SUS 96, abriram-se, porém, novas perspectivas, embora houvesse contrapontos com os dispositivos constitucionais. Foi preciso, em 1993, a extinção dos INAMPS, por meio da Lei Federal 8.689/93, para que as diretrizes e princípios do SUS pudessem ser implementados. Esta Lei, em seu artigo 6º, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com um Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, que diz:

Art. 6º - Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 3º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4º O Departamento de **Controle, Avaliação e Auditoria** será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (grifo nosso).

[...]

O Decreto Federal n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995, regulamentou o SNA no âmbito do SUS, com as seguintes atribuições:

[...]

Art. 2.º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I – controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III – auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas mediante exame analítico e pericial.

[...]

Para este sistema de controle, avaliação e auditoria, em que pese seu importante papel de verificar as ilegalidades e irregularidades que eram abusivamente cometidas por grandes prestadores do segmento privado vinculado ao SUS, parecia ser mais importante impedir o prestador de serviços de transgredir do que induzir processos em defesa da garantia do acesso e da qualidade do atendimento à população usuária do SUS.

Assim, o SUS herdou uma rede de saúde que representava um desafio para a assistência integral. O grande número de centros e postos de saúde no país sofreram com as restrições orçamentárias, as soluções de continuidade na reposição de recursos humanos e sempre estiveram em segundo plano diante da rede hospitalar. Nem ao menos havia um sistema de financiamento para as ações municipais que não estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais para a assistência clínica.

Inquestionavelmente a efetivação da política pública de saúde depende da existência

serviços, que vem se expandindo em função das necessidades sociais. A rede prestadora privada de maior complexidade também vem sendo incrementada, com foco nos lucros, principalmente nos hiatos deixados pelo setor público. A forte penetração dos interesses desses prestadores privados nas instituições governamentais do SUS garantiu que esses interesses fossem protegidos, e não se desenvolveu uma ação reguladora que garantisse a preservação do interesse público na compra de serviços (MENICUCCI, 2005).

Nesse cenário, Lima (2006) amplia essas considerações de Menicucci e, fazendo referência ao sistema nacional de saúde, diz que este se caracterizou pelo desenvolvimento de organizações públicas e privadas que se complementavam na oferta de ações e serviços de saúde, afirmando que a rede assistencial hospitalar e de alta complexidade cresceu sob gestão de organizações privadas, sem que houvesse a constituição de formas eficientes de regulação desses serviços. Argumenta, ainda, que, apesar da extensão dessa rede, tinha-se um governo local destituído de prerrogativas de gestão, inclusive regulação, um dos temas deste estudo.

Uma revisita nos documentos históricos que descrevem a constituição do sistema nacional de saúde, e posteriormente a do SUS, revela que a regulação do acesso da população aos recursos assistenciais mais complexos é de inserção muito recente no sistema. Apesar da dependência do Estado em relação ao setor privado, complementarmente às suas ações, a regulação do acesso da população aos serviços contratualizados nunca foi bem delineada. A trajetória histórica da regulação infraconstitucional restringe-se a uma superlativa edição de portarias ministeriais, a contratos e convênios, desacompanhados da regulação do acesso.

Retomando as reflexões de Menicucci (2005), “Este legado gerou, na atualidade, a necessidade de regulação governamental para publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função de garantir o acesso universal”.

Uma macrorregulação que estabeleça claramente a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde não está na agenda dos gestores do SUS. O que há são legislações infraconstitucionais, na forma de portarias, que tentam regradar o sistema, mas sem muita clareza e consistência.

A regulação no âmbito do SUS, tal como vem recebendo um tratamento específico nos últimos instrumentos normativos, vem desencadeando um conjunto de atividades,

regulação” ou “complexos reguladores”, com destaque para as NOAS 2001 e 2002.

A polissemia conceitual sobre regulação tem-se apresentado, por vezes, de forma abrangente [macrorregulação], sendo utilizada de forma articulada com controle, avaliação, planejamento e, de certa forma, se confundindo com a gestão. Entretanto, também vem sendo aplicada num espaço mais micro [microrregulação]²², a que se denomina regulação assistencial ou de acesso. Esclarecer essa concepção ou mesmo identificar as conexões entre esses processos ou atividades é importante, considerando que este estudo está focado exatamente na regulação do acesso à assistência clínica individual.

Esse esforço regulatório da NOAS/02, e mesmo do Pacto pela Saúde 2006, quando a regulação assistencial ganhou relevo, tem-se limitado à regulação do acesso, voltada para o cotidiano das necessidades do SUS, sendo um dos eixos do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto Pel a Saúde.

A partir de então, várias iniciativas vem sendo experimentadas, com êxito, no Brasil, com ênfase no sistema de regulação do acesso do Estado de Minas Gerais. No Espírito Santo, apenas no final do ano de 2007 iniciativas efetivas foram tomadas no sentido de se iniciar a organização da regulação do acesso à assistência clínica aos níveis secundário e terciário.

Esta breve retrospectiva histórica não expressa a trajetória da política de saúde no Brasil em sua completude, pois tem apenas a finalidade de localizar o controle e a avaliação como precursor da regulação do acesso, ainda que estes persistam até os dias atuais, e enfatizar os efeitos institucionais da dependência da política de saúde prévia e sua repercussão político-institucional no momento atual do SUS.

É importante ressaltar que o estudo da trajetória da política de saúde no Brasil evidencia os estrangimentos objetivos para a consolidação da macrorregulação legalmente estabelecida, bem como da regulação do acesso, pois de algum modo as escolhas do passado se naturalizaram e conformaram a preferência por serviços

²²Magalhães (2006) conceitua Microrregulação como sendo a tradução da macrorregulação na operação no cotidiano do sistema, com o estabelecimento de regras, dispositivos e ferramentas para operar a assistência, daí sua denominação de regulação assistencial.

co regulados, que ainda continuam repercutindo no sistema.

2.2.2 Regulação: conceitos e concepções

Ao SUS, por meio das diferentes instâncias e órgãos de saúde pública, compete o desenvolvimento de instrumentos e metodologias que contribuam para a concretização das diretrizes e dos princípios constantes na CF de 1988, LOS nºs. 8.080/90 e 8.142/90, das NOB e NOAS e, mais recentemente, no Pacto pela Saúde 2006 (MS, 2006). Dentre os diversos princípios organizativos do SUS, ganha relevância na última década a regulação assistencial enquanto possibilidade concreta para viabilização do acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços assistenciais especializados, prestados pela rede pública e privada e necessários para a solução de seus problemas. Portanto, o primeiro pressuposto da regulação é a definição clara da rede a ser regulada.

O conceito e a compreensão do que seria regulação estatal na saúde não tem sido uniforme. Existem noções que tomam a regulação estatal na saúde apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras, normas, leis, decretos. Outras consideram regulação em saúde apenas o conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas enquanto fluxos, protocolos clínicos, protocolos de regulação, centrais de internações, centrais de agendamento de consultas e exames especializados, além dos processos de trabalho correspondentes. Há, ainda, os que entendem a regulação do acesso como o cumprimento das regras gerais estabelecidas na macrorregulação” (MS, 2006; Santos e Merhy, 2006, p. 26-27). Porém, mais do que um conjunto de regras, a regulação implica o reconhecimento dos sujeitos, de suas expectativas e seus projetos de felicidade.

Em função desses diferentes pontos de vista, a seguir serão apresentadas, em grandes linhas, as dimensões da regulação tratadas pelos principais autores que abordam o tema no Brasil.

mais abrangente, Mendes (2005) propõe agrupar as funções dos sistemas de serviços de saúde em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde. A macrofunção de regulação dos Sistemas de Serviços de Saúde está sujeita a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica. A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as *regras do jogo* desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. O que foi considerado neste estudo é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado num sistema público de serviços de saúde.

Santos e Merhy (2006) acompanham essas definições e dimensões macro e micro da regulação e, da perspectiva mais restrita, afirmam que a “microrregulação ou regulação assistencial traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macrorregulação”. Magalhães (2002) complementa esta idéia ao afirmar que, “em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema”.

Menicucci et al. (2005), assim como Mendes (2005), também reconhecem a dimensão *micro* da regulação, descrevendo, ao se referirem à regulação em sistemas públicos de saúde, que o termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, nos quais o Estado é tanto o proprietário quanto o gestor, e o sistema público é responsável pelo financiamento e pela produção da assistência. Menicucci ainda a define como sendo a utilização de diferentes técnicas voltadas para a busca do equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a integralidade na atenção, com equidade.

Magalhães (2002) amplia esse conceito de microrregulação, ou regulação do acesso, afirmando que esta ação mediata “consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços” e, segue afirmando, que “[...], além disto, implica avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a

adora operacional”.

Goulart et. al. (1998, p. 45), referindo-se à regulação, afirmam que:

[...] a atividade de regulação das ações e serviços de saúde tem como princípio o caráter de **relevância pública** destas ações e serviços, a supremacia do interesse público sobre o interesse particular e a complementaridade da participação do setor privado no SUS. Assim, cabe ao Poder Público estabelecer padrões de funcionamento e qualidade para: serviços, estruturas de produção e produtos que interessem à saúde [...] (GOULART et. al., 1998, p. 45, grifo nosso).

A ênfase que Goulart dá à *relevância pública* inscrita na CF de 1988 se justifica na área da saúde em função de que incumbe ao Ministério Público intervir, junto ao Poder Público, em defesa dos direitos e deveres dos cidadãos, quando da indisponibilidade, seja por insuficiência, seja por inexistência, dos recursos assistenciais de que necessitam individual ou coletivamente.

Conforme já abordado na introdução deste estudo, Santos e Merhy (2006), complementando o conceito de Goulart, afirmam que a regulação em saúde é constitutiva do campo da prestação de serviços e tem sua importância dada exatamente pelo modelo de prestação de serviços adotado pelo Brasil ao longo do tempo.

O recente debate sobre regulação do acesso no âmbito da saúde, historicamente com pouca acumulação conceitual, que teve início em 1999, foi inscrito na NOAS/SUS 01/2001, que foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do PDR. Entretanto não houve consenso nesse debate, sendo a NOAS/SUS 2001/01 publicizada sem a devida apreciação pelo CNS. Tanto é verdade que, no ano seguinte, foi editada a NOAS/SUS 01/2002, com modificações importantes, mas que ainda estavam longe de refletir os principais consensos que permeiam este tema.

A regionalização, como estratégia para conformar uma rede intermunicipal de referência especializada, funcional e resolutiva, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de *regulação assistencial*, em substituição às proposições esparsas

controle de vagas e leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB/SUS/93 (MS, 1993; ibidem 2006).

Com isto, o que se verifica é que a partir de então o debate sobre a regulação assistencial é incorporado e passa a ser objeto de pauta constante na arena política do SUS, e, nesse sentido, a NOAS/SUS 01/2002 define a regulação assistencial como sendo:

[...] a 'disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada', que 'deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários' (MS, 2002).

A busca por referenciais teórico-conceituais na área da regulação assistencial mostrou uma escassez de publicações nessa área. Entretanto, essa busca levou à tese de doutorado de Magalhães (2006), cujo conceito sobre esta temática reafirma as possibilidades de realização do presente estudo.

Magalhães (2006) assim se expressa sobre a regulação assistencial:

[...] **a regulação de caráter assistencial possibilita o estabelecimento de uma relação concreta entre a demanda e a oferta disponível**; trata, portanto, dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas com as ofertas do sistema de saúde. **Consiste em oferecer a melhor opção de atenção disponível para determinada demanda**. Trata de organizar e de garantir o acesso do usuário e de suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção.

[...]

A regulação assistencial encontra-se repartida tematicamente em regulação das urgências, regulação do acesso a leitos hospitalares para o controle e utilização dos mesmos, de consultas especializadas, de exames diagnósticos, de tratamentos fora dos domicílios. **O cuidado aos usuários do sistema necessita das ferramentas da regulação em todos os seus passos de forma articulada, para se atingir os objetivos da atenção finalística integral em toda a rede. Este é o sentido mais nobre da regulação: dar conta das demandas do campo da assistência, utilizando de forma inteligente os recursos disponíveis e contribuindo para a integralidade do sistema.**

[...]

Esta regulação assistencial deve estar cercada de inteligência regulatória, que pressupõe o estabelecimento de protocolos, que regem essa relação demanda e oferta, por meio de profissionais devidamente qualificados, e que **foge da cronologia da fila de espera, operando sempre em função dos princípios da equidade assistencial.**

[...] (MAGALHÃES, 2006, p. 77-79, grifo nosso).

A regulação, a partir da NOAS/SUS 02/2002, ganha força e surge como uma das mais importantes diretrizes no Pacto pela Saúde 2006, compondo o eixo quarto no Termo de

deve ser assumido e formalizado pelos gestores do SUS.

Tais assertivas delimitam claramente a ambiência da regulação assistencial para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e recursos assistenciais no momento atual do SUS, trazendo, também, a noção de complexos reguladores, que aqui neste estudo não será abordada.

A despeito de tornar a realidade mais visível, pode-se falar de uma tensão envolvendo a regulação do acesso, às vezes de viés restritivo, com vistas a adequar a demanda à oferta disponível, e uma regulação ampliada, que preconiza a integração com ações de controle e avaliação, planejamento e programação. No entanto, mesmo esta concepção ampliada se restringe à regulação da assistência clínica de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, não tratando, portanto, da regulação na atenção primária em saúde e, muito menos, das ações inerentes à vigilância em saúde.

Este cenário de tensão se justifica pelos diferentes interesses representados, que colocam, numa mesma arena política, de um lado os gestores da saúde a quem cabe zelar pela vida como um valor; de outro lado, os prestadores de serviços, que têm enquanto valor os lucros financeiros com a doença e com os doentes.

A regulação vem assumindo grande importância na presente década, assumindo a centralidade nos debates e nas ações do SUS, ao lado do financiamento e da integralidade, o que levou o MS a editar a Política Nacional de Regulação do SUS, estabelecida por meio da Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008, que vinha sendo debatida desde 2005, buscando superar estas deficiências conceituais, práticas e de finalidades, partindo dos conceitos, práticas e finalidades restritivas *inampianas* de *controle, avaliação, auditoria*, para chegar ao conceito de regulação como “ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde” (MS, 2008).

A partir deste conceito de regulação e da análise da experiência histórica do SUS, as discussões preliminares ao estabelecimento da Política Nacional de Regulação criticavam o conceito de regulação existente no setor público de saúde, propondo uma reformulação dos conceitos existentes para ser entendida como:

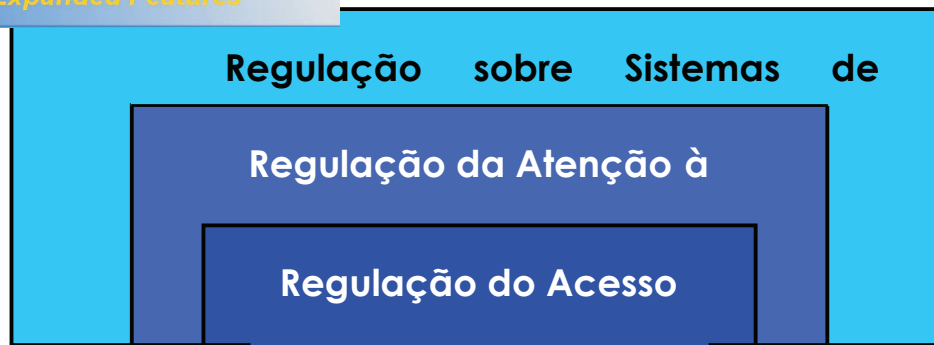
e sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta das ações de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial) (MS, 2006).

Com este conceito, a Política Nacional de Regulação (MS, 2008) busca uma articulação e integração das conhecidas ações de *controle, avaliação e auditoria* com outras ações de regulação, todas tomadas em seu duplo foco: sobre a assistência clínica direta aos usuários [regulação do acesso] e sobre sistemas de saúde [estaduais e municipais]. Propõe uma nova política de regulação sobre a rede de prestadores de serviços para o SUS, onde as ações de regulamentação, fiscalização, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde [incluindo a regulação da vigilância sanitária, a regulação sobre a saúde suplementar e outras ações de controle público da aplicação de recursos] sirvam, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fim da atenção à saúde, que efetivem a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e a integralidade do cuidado, enfim, ações meio que ajudem a criar as condições objetivas para uma atenção à saúde, pautada pelas demandas, necessidades e direitos dos usuários.

Na reformulação dos conceitos de regulação, a regulação estatal no setor saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria, além da regulação do acesso. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo: federal, estadual ou municipal, constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde, intransferível e indelegável a terceiros.

Nesse sentido, é possível compreender a regulação no SUS sendo desenvolvida sobre sistemas, sobre a atenção à saúde e, num espaço mais micro, sobre a rede de prestadores de serviços de saúde, na forma de regulação do acesso à assistência ou, simplesmente, regulação assistencial.

Como forma de discriminar os campos de atuação da regulação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, a reformulação dos conceitos de regulação pode ser representada pelo Esquema 1:



Esquema 1. Regulação em Saúde e suas diferentes dimensões

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Seguem descritas, abaixo, as principais ações que cada uma das três dimensões da regulação da saúde abar ca.

2.2.3 Regulação dos Sistemas de Saúde

A regulação estatal sobre sistemas de saúde comporta ações de regulamentação, estabelecendo as regras do gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, os produtores de bens e serviços em saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar; do gestor estadual sobre os sistemas municipais e os produtores de bens e serviços em saúde; e do gestor municipal sobre os produtores de bens e serviços em saúde, bem como a autorregulação de cada esfera de gestão sobre seus próprios serviços.

A regulação sobre sistemas compreende as seguintes ações: elaboração da regulamentação geral [leis, decretos, normas, portarias], que dizem respeito às funções da gestão, planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde, controle sobre sistemas, monitoramento e avaliação dos sistemas, macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde, auditoria assistencial ou clínica, controle social e ouvidoria, corregedoria, vigilância sanitária e epidemiológica, avaliação e incorporação de tecnologias em saúde e ações integradas com outras instâncias de controle público, bem como a regulação da saúde suplementar.

o à Saúde

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem: cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde, cadastramento de usuários, contratualização de serviços de saúde, credenciamento e habilitação de estabelecimentos para a prestação de serviços de saúde, macrodiretrizes para a regulação do acesso à assistência, elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais, processamento e monitoramento da produção de serviços ambulatorial e hospitalar, Programação Pactuada e Integrada (PPI), utilização de sistemas de informação em saúde que propiciem a avaliação de desempenho dos serviços de saúde, avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde, avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde, utilização dos sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso, bem como o controle da atenção à saúde, aferição da satisfação dos usuários com os serviços que lhe são dirigidos.

2.2.5 Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial

Espera-se que, num sistema de serviços de saúde, a maioria das necessidades da população deva ser atendida e resolvida na atenção básica, e que os problemas e as necessidades de saúde que não possam ser resolvidos nesse nível sejam encaminhados para resolução em outros níveis de atenção, como os ambulatórios especializados, hospitais, emergências etc., necessitando, para tanto, de fluxos assistenciais e de informações bem estabelecidos entre os distintos serviços. Cada um desses serviços deve oferecer um conjunto de procedimentos e apresentar um conjunto de distintos recursos tecnológicos.

Com essa perspectiva conceitua-se a regulação assistencial como sendo:

[...] um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a

usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Configura-se em acordo com os objetivos postos e pode promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar redução de custos, independentemente das necessidades dos usuários, privilegiar o acesso a alguns serviços e dificultar a outros, segundo interesses. Por outro lado, se inscrita nas diretrizes do SUS, deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a se adequar à complexidade de seu problema os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz (MS, 2006).

A regulação do acesso tem como ações principais: observar as regras inerentes à regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; regulação do acesso da população aos leitos disponíveis [e recursos vinculados] e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais, ou de regulação, e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos operacionais pactuados.

Seus principais objetivos são: qualificar os encaminhamentos da população aos diferentes serviços de saúde; realizar a gestão da clínica, classificando as necessidades clínicas do usuário; esgotar e racionalizar todas as alternativas propedêuticas em cada nível de complexidade do sistema de serviços de saúde; estabelecer fluxos assistenciais na perspectiva de rede de serviços funcionais e resolutivos e garantir o acesso do usuário à tecnologia assistencial adequada as suas necessidades no momento oportuno, entendendo-se por oportuno a disponibilidade da melhor opção assistencial demandada, na hora certa segundo a classificação do risco, no lugar certo, na quantidade necessária, de forma humanizada e qualificada.

Conforme já abordado, a Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde e, em seu Art. 2º, inciso III, aponta o objeto da regulação assistencial, transcrita a seguir na íntegra:

[...] III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização[...] (MS, 2008).

A regulação assistencial é um dos instrumentos da gestão do SUS que visa dar maior

ao sistema, no cotidiano das práticas assistenciais dos serviços, para garantia de acesso da população às tecnologias de que necessita, na quantidade certa, no momento oportuno para a solução ou minimização do (s) seu (s) problema (s).

Em outros termos, a regulação do acesso tem relação direta com o princípio da resolubilidade, uma vez que o sistema de saúde deve ser composto por uma rede de ações e serviços organizados de tal forma que, se acaso uma determinada unidade da rede não dispuser de condições para atender às necessidades do usuário, se saiba exatamente para onde encaminhá-lo, viabilizar o acesso aos serviços, ter resposta satisfatória à demanda e tê-lo de volta reencaminhado para a equipe de atenção básica à qual esteja vinculado — sistema de referência e contrarreferência (MS, 2003).

Muito mais do que um conjunto de regras, a regulação implica o reconhecimento dos sujeito. É, portanto, um instrumento essencial para salvaguardar o direito inequívoco de todos os cidadãos a um sistema de saúde mais justo, solidário e equitativo; logo, compete a ele evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu aparecimento, através de uma intervenção que defenda expressamente o direito à vida, cabendo-lhe, também, realçar as não conformidades, sempre amparada em evidências e consensos científicos. Deve estar articulada com a gestão da clínica e de patologias, com vistas a verificar a necessidade de disponibilização de um conjunto de ações e serviços dirigidos aos problemas mais frequentes da população.

Mesmo não se configurando num todo homogêneo, cada uma dessas definições citadas traz o significado de regulação; entretanto, para efeito da elaboração deste estudo, a regulação do acesso à assistência especializada deve ser compreendida enquanto meios e ações para a garantia do direito constitucional da integralidade, de forma equânime, com qualidade no atendimento, amparada em protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados (MS, 2008).

Este estudo, portanto, focalizou a regulação do acesso, ou assistencial, sobre a rede de prestadores de serviços para garantir acesso da população aos níveis secundário e terciário da assistência clínica à saúde dos indivíduos.

INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Neste estudo procurou-se desvelar as relações entre a integralidade e os modos de organização da regulação do acesso da população à rede de serviços de saúde. Na pesquisa empírica, de campo, buscou-se identificar o envolvimento entre esse princípio e essa diretriz organizativa do SUS no município em estudo, uma vez que, segundo Magalhães (2006), “um dos elementos constitutivos da atenção integral é a regulação pública, num ambiente de forte predomínio e dependência do setor privado complementar do SUS.

A integralidade na assistência, segundo o que rege a CF, seguida pelo MS (2003, p. 64), é entendida como sendo:

[...] um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando expostos a qualquer tipo de doença ou agravo (MS, 2003, p. 64).

A regulação assistencial, então, ganha contornos absolutamente essenciais quando esses recursos assistenciais, de média e alta complexidade, estão indisponíveis ou insuficientes nos sistemas de saúde para os tratamentos especializados. Neste cenário de restrições, como garantir o acesso integral dos usuários ao (s) recurso (s) assistencial (is) que necessitar (em)? E, ao contrário, num cenário de excedente de oferta, como garantir que o usuário terá acesso apenas àquele recurso de que realmente necessita e que não fará uso indiscriminado de tecnologias clinicamente inoportunas?

Neste momento decisivo, em face da insuficiência de recursos, a regulação assistencial deve fazer-se presente, valendo-se do enfoque e da classificação de risco, para orientar a definição da atenção à saúde por um ou por outro usuário, segundo sua prioridade e seu quadro clínico, a chamada integralidade regulada, e induzir o sistema e seus reguladores a terem a coragem de constranger o acesso num cenário de oferta excessiva de um determinado recurso assistencial.

Segundo Carvalho (2006), a integralidade sonhada pelos militantes da reforma sanitária era uma integralidade regulada, não para limitar direitos, mas para garantir direitos menos contaminados pelo não científico ou influenciada pelo capitalismo

envolvidos nos debates da reforma sanitária sobre a integralidade regulada residia no estabelecimento de regras éticas e baseadas em evidências científicas para o acesso integral às ações e serviços de saúde e às diferentes tecnologias assistenciais. A integralidade regulada parte da idéia de que devem existir regras do que deve ser feito, quando, com que qualidade e sob que condições para o acesso do usuário aos serviços de saúde. Todos os trabalhadores de saúde diretamente envolvidos com o cuidado, no ato de prescrever e requerer tecnologias para os usuários deveriam seguir normas regulatórias respaldadas em evidências científicas, normas estas presentes em protocolos clínicos, regimentos nos quais caberiam as exceções de base ético-científicas e socialmente aceitas. Sabe-se, entretanto, que não é esta a regra na realidade brasileira.

A regulação assistencial tem como premissa viabilizar a integralidade no cuidado, enquanto orientadora para a organização sistêmica dos serviços de saúde, e é um instrumento essencial para evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu aparecimento através de uma intervenção serena, mas determinada, em defesa do cidadão. Em função desse cenário, a busca da integralidade na assistência clínica assumiu contornos tão críticos que a NOAS/SUS 01/02 promoveu, sob fortes críticas, a separação da assistência dos demais campos da atenção, introduzindo como objetivo a implantação de redes assistenciais, de forma a se constituírem *sistemas funcionais e resolutivos*, tendo como pano de fundo a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a regionalização, fortalecida metodologicamente pela NOAS/SUS/01/02, tornou ainda mais evidente a insuficiência de recursos assistenciais, principalmente os de média complexidade ambulatorial, comprometendo fortemente a integralidade assistencial, emergindo a necessidade de organização e sistematização de mecanismos e ações regulatórias, para viabilizar o acesso à assistência àqueles usuários que efetivamente necessitam.

A relação entre a integralidade e a regulação assistencial vem afirmada na Política Nacional de Regulação do SUS, em seu Art. 8º, quando descreve que:

[...]

As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º **São atribuições da regulação do acesso:**

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - garantir os princípios da equidade e da **integralidade**; [...] (MS, 2008, grifo nosso).

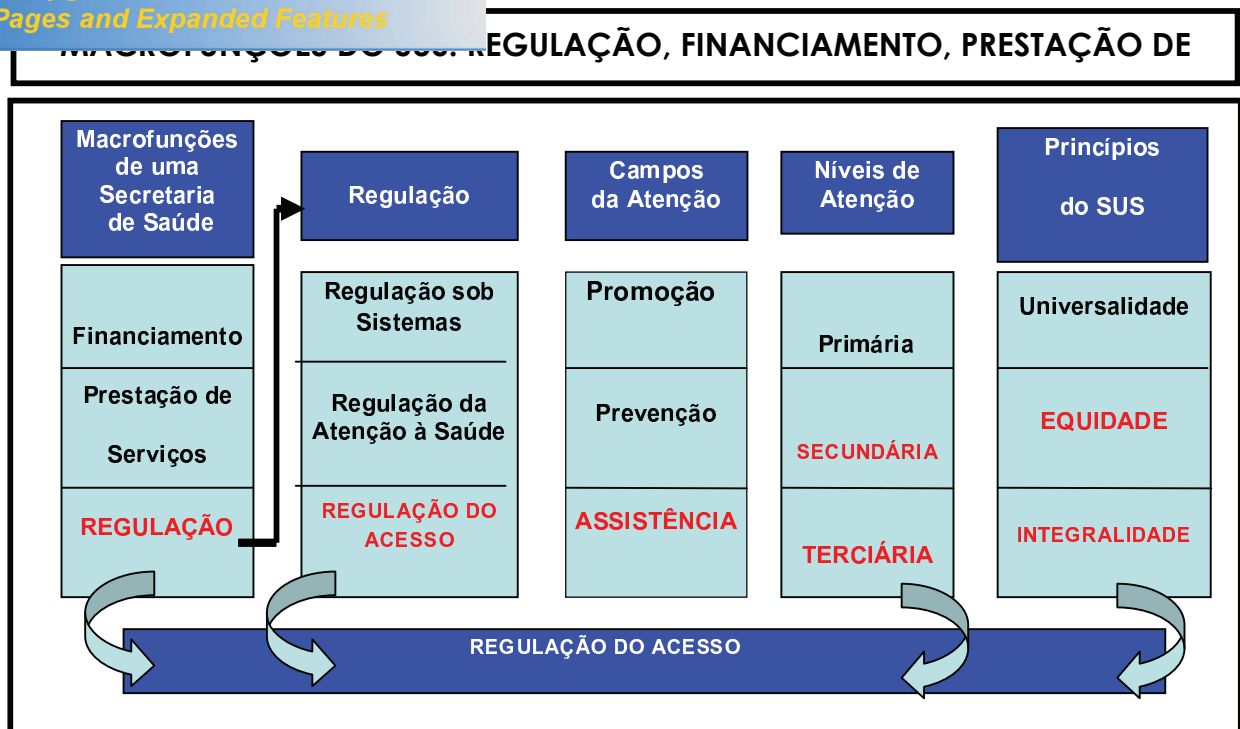
Integralidade e regulação, o Esquema 2 apresenta, esquemática e resumidamente, o recorte que este estudo adota, a saber : dentre as três macrofunções de uma secretaria de saúde, está sendo abordada apenas a função regulação; dentre as diferentes nuances da regulação, é abordada a regulação do acesso ou assistencial; dos três campos da atenção, a abordagem é apenas da assistência clínica individual; dos níveis de atenção o foco é a atenção secundária e terciária, e, dentre os diversos princípios do SUS, o centro das reflexões recai sobre o princípio da integralidade, este apenas na assistência nos níveis secundário e terciário da hierarquia de serviços.

Observando o Esquema 2, a perspectiva da integralidade remete ao raciocínio de que a atenção primária, como parte constitutiva da saúde individual e coletiva, vem se consolidando como o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde quando de suas necessidades. Para que este nível de atenção possa ser resolutivo, principalmente no atendimento às condições crônicas, é imperativo que haja um planejamento e uma programação local, elaborados de tal forma que se possa garantir a saúde individual e coletiva, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência clínica [para cura, controle, recuperação e reabilitação].

O processo de planejamento referido e a respectiva programação das ações e serviços de saúde são elaborados, prospectivamente, para coletivos, principalmente por meio de parametrizações, que sugerem índices de cobertura²³ populacional, enquanto que a regulação assistencial é dirigida para indivíduos, pois nem todos os cidadãos necessitam de todas as tecnologias ao mesmo tempo. O planejamento generaliza a necessidade das ações para grupos populacionais específicos ou para o conjunto dessa população [planejamento global], enquanto a regulação assistencial individualiza essas necessidades.

Portanto, considerando que o processo de adoecimento acomete o indivíduo e que este requer e demanda atendimento individual pelos serviços de saúde, ora sendo

²³ O conceito de cobertura assistencial deveria transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica, implicando na existência de uma relação dinâmica entre as necessidades e as aspirações da população e os recursos de saúde disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais (UNGLERT, 1995, p. 4).



Esquema 2 – Delimitação dos elementos que compõem o objeto deste estudo.

Fonte: Esquema elaborado pela própria autora.

atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis secundário e terciário da assistência, a regulação do acesso entra nesse processo de saúde-doença como uma ação mediadora capaz de viabilizar a atenção ao indivíduo e propiciar resolutividade às necessidades demandadas, contribuindo para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual.

Nesta perspectiva, remete-se a Campos, que afirma que a personalização do atendimento deve ser considerada e "[...] que cada caso é um caso singular e que exige um projeto terapêutico singular" (CAMPOS, 2003. p. 117). Santos (2001, p. 73), acompanha esta posição assumida por Campos, afirmando que "[...] a assistência implica, como se anuncia, atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências e em todos os níveis de complexidade".

Esta reflexão remete ao entendimento de que a saúde coletiva é alcançada por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, formuladas para coletivos, somadas às de assistência clínica dirigidas para indivíduos, esta, portanto, como parte

aúde desses coletivos.

Considerando que a atenção integral aos usuários do SUS pressupõe a articulação das ações de promoção, prevenção e assistência, há uma relação muito íntima entre a função planejamento, a integralidade na assistência e a regulação do acesso, entre a atenção básica e os níveis secundário e terciário, bem como a saúde individual e a saúde coletiva. Significa dizer que o acesso dos indivíduos a esses níveis de atenção deve ser mediado pela regulação assistencial.

O Esquema 3, a seguir, demonstra bem a relação existente entre o planejamento dirigido para coletivos, seus problemas e necessidades, e a regulação do acesso, que individualiza esses sujeitos para a assistência clínica.

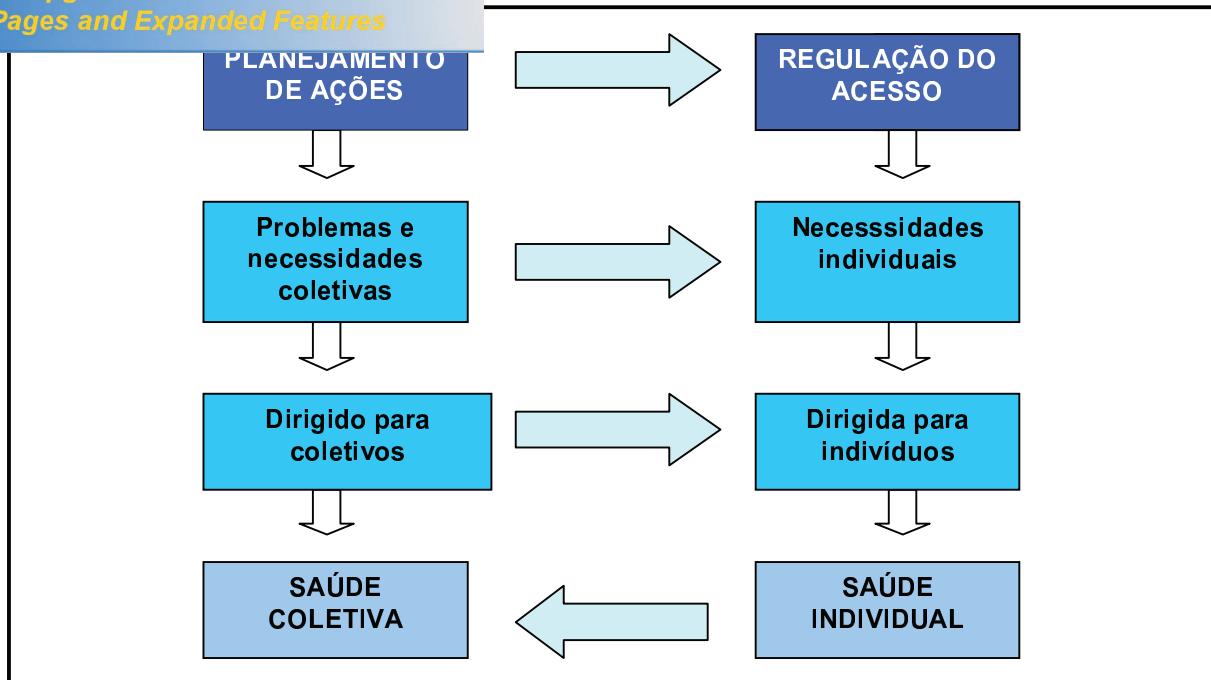
O tema regulação do acesso na saúde pública surge com mais vigor no sistema de saúde no Brasil nos primeiros anos da década de 2000. Anteriormente restringia-se às agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabeleceram regramentos, normas, limitações e constrangimentos no mercado privado da saúde.

No setor estatal havia iniciativas esparsas nos estados e em raros municípios, por meio de centrais de vagas ou de leitos e agências para marcação de consultas e exames especializados, que não consideravam uma visão sistêmica da assistência a partir da atenção primária, nem mesmo contavam com um olhar puramente científico nas decisões pelo acesso às tecnologias assistenciais. Funcionavam, na maioria das vezes, como um balcão administrativo de agendamento.

Foi exatamente a partir do fortalecimento da atenção primária no Brasil e da tomada de decisão dos gestores do SUS em tornar realidade a regionalização proposta na CF, por meio da NOAS/SUS-02, que a regulação, principalmente a regulação do acesso, ganhou importância nos debates e na organização do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência, como meio de integrar os serviços em rede e estas propiciarem o seguimento do usuário em toda a sua trajetória no sistema, de tal forma que a integralidade no atendimento clínico individual possa ser efetivada.

Considerando que a organização da atenção à saúde em redes assistenciais deve estar orientada pela APS e para a APS, para o desenvolvimento deste estudo foi necessário verificar no município se o componente assistencial clínico demandado pela

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



Esquema 3 – Relação entre o planejamento e a regulação do acesso dirigidos para coletivos e indivíduos.

Fonte: Esquema elaborado pela própria autora.

APS, por meio da ESF, vem sendo efetivamente realizado, com a intervenção direta da regulação do acesso como mediadora do acesso dos indivíduos aos níveis hierárquicos e de complexidades assistenciais. Esta intenção, ainda que possa parecer reducionista, encontra amparo no fato de a assistência à saúde individual, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, serem pontos importantes de estrangulamento dos serviços de saúde, o que leva à manutenção do atendimento fragmentado e incompleto aos pacientes.

Apesar de parecer contraditório, após essa vasta conceituação de integralidade e regulação, este estudo assumiu e reforça tratar-se de um recorte da atenção integral, não tendo sido abordados diversos outros elementos constitutivos de uma rede integral de atenção à saúde, e um recorte da regulação - a regulação do acesso.

Após o entendimento conceitual da regulação assistencial e sua relação com o princípio da integralidade assistencial, este estudo baseou-se na suposição de haver dificuldades para que a população tivesse, e ainda tenha acesso integral às tecnologias

adas por ações de regulação do acesso e que a dependência de trajetória institucional pudesse estar influenciando estas ações no momento presente da gestão municipal da saúde.

2.4 A ANÁLISE INSTITUCIONAL

O tema da governança regulatória na América Latina assumiu o centro das atenções em muitos países em virtude das transformações ocorridas no papel do Estado na região, que de estado provedor de bens e serviços tem se tornado também, e fundamentalmente, num estado regulador desde as últimas décadas do Século XX. Com efeito, tais mudanças têm sido acompanhadas de um processo igualmente importante de mudança institucional. Tendo em mente este contexto de mudanças políticas e institucionais é que o presente estudo lançou mão da análise institucional como referencial teórico-analítico que guiou todo o esforço de pesquisa realizado.

Considerando que o foco do objeto de estudo é a análise do desenvolvimento da regulação do acesso sobre a rede de prestadores de serviços de atenção especializada no município de Vitória, com vistas a evidenciar sua interface com a integralidade, foi identificado o neoinstitucionalismo, no âmbito das teorias institucionalistas, como uma das vertentes mais adequadas para iluminar o eixo de questões levantadas. Entre as principais escolas oriundas tanto do campo das ciências econômicas como do campo da ciência política, que buscam trazer aportes explicativos para padrões de relação entre Estado e Mercado e entre Estado e Sociedade Civil, pode-se elencar as seguintes: a teoria do interesse público²⁴, a teoria dos grupos de interesse²⁵, a teoria da captura, *rent-seeking*, escolha pública e suas variações²⁶, e as teorias institucionalistas²⁷. Porém, como o principal interesse é a análise da mudança institucional, os aportes do neoinstitucionalismo parecem conter maior potencial explicativo.

²⁴ Para maiores informações ver: Posner, 1974; Baldwin, Scott e Hood, 1998.

²⁵ Para maiores informações ver: Baldwin, Scott e Hood, 1998.

²⁶ Para maiores informações ver: Stigler, 1975.

²⁷ Para maiores informações ver: North, 1990.

Em meados da década de 80, recolocando o Estado como foco analítico privilegiado. Desse ângulo o neo-institucionalismo “[...] passa a explicar a natureza das políticas governamentais” (ROCHA, 2005, p.11-28). Todavia, não se constitui numa corrente de pensamento unificado, havendo três métodos de análise de escopo diferenciado sob o título de neo-institucionalismo: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico. Todos eles buscam elucidar o papel que as instituições desempenham na definição de resultados sócio-políticos.

Na revisão da literatura foi identificada uma gama enorme de autores que da perspectiva do neo-institucionalismo trazem importantes aportes à compreensão das relações entre Estado, mercado e sociedade. Entretanto, para fins deste estudo foi selecionado alguns como principais referentes, tendo em vista que suas contribuições possuem maior potencial explicativo para as questões tratadas nessa dissertação. São eles: North (1990); Thelen e Steinmo (1992); Hall e Taylor (1996); Immerguth (1994, ibidem 1996); Putnam (1996); Labra (1999); Pires (2002; ibidem 2004) e Rocha (2005).

Nesse sentido, Thelen e Steinmo (1992) afirmam que o institucionalismo histórico²⁸ tem origem com os estudos de política comparada entre países, em especial os estudos de economia política comparada, como os de Hall (1996). Visa construir teorias de alcance médio, que se preocupem em explicar o desenvolvimento político e econômico entre países ou de outras unidades de análise, como estados, regiões, cidades e organizações. Muito aplicado em estudos empíricos, o institucionalismo histórico fornece pontes analíticas para se entender a continuidade e especificidades nas políticas, contribuindo para iluminar os arranjos institucionais que estruturam as relações entre o Estado e a sociedade.

O neo-institucionalismo contempla fatores de relevante importância analítica e de grande valor explicativo, para o entendimento dos processos de tomada de decisões.

²⁸ Numa outra perspectiva, Barembliitt, em suas reflexões sobre o institucionalismo, [...] afirma que a história não é apenas a reconstrução do que já aconteceu e que já esta, de alguma maneira, morto, obsoleto, definido – “o que foi, já foi” -, mas consiste em uma localização daquilo que, de alguma forma, começou e teve início em um passado. Mas o interesse da História institucionalista é o de reconstruir o passado enquanto ele está vivo no presente, enquanto ele está atuante e pode determinar ou já está determinando o futuro. Passado e futuro se constroem e reconstróem incessantemente desde os valores que inspiram a um presente crítico e revolucionário (BAREMBLITT, 1992, p. 38).

lelos mais adequados para a realização de estudos empíricos das políticas públicas de saúde. Constitui-se numa ferramenta aplicável e adequada para estudos de caso como o ora realizado, retomando a importância analítica do papel das instituições políticas e sua influência sobre os grupos sociais. Sampaio e Silva (2009, p. 256) acompanham esta linha de pensamento, acrescentando a influência das instituições nas organizações e nos indivíduos, além dos grupos sociais.

Claro está que para que se possa ter um adequado entendimento da teoria é preciso explicitar as distinções conceituais que os teóricos fazem entre os termos *instituições* e *organizações*. Sobre este aspecto a abordagem de North (1994 [1992]) é particularmente esclarecedora, na medida em que diferencia estes dois conceitos. Desse modo, a concepção de instituições é definida nos seguintes termos:

As instituições constituem as regras do jogo numa sociedade; mais formalmente, representam os limites estabelecidos pelo homem para disciplinar as interações humanas. [...] as instituições são os constrangimentos humanamente impostos que moldam a interação humana e [...] estes constrangimentos definem tanto os limites e cursos de ação possíveis quanto o conjunto de oportunidades (NORTH, 1994 [1992], p. 9).

Já a concepção de organização tem a ver com a forma por meio da qual homens e mulheres se organizam e buscam obter recursos para realização de uma determinada atividade ou fim. Mais precisamente, de acordo com North:

Se as instituições constituem as regras do jogo, as organizações são os jogadores. As organizações compõem-se de grupos de indivíduos dedicados a alguma atividade executada com determinado fim. As limitações impostas pelo contexto institucional definem o conjunto de oportunidades e, portanto, o tipo de organizações que serão criadas. [...] As organizações não só investem diretamente na aquisição de habilidades e conhecimentos como também canalizam indiretamente (através do processo político) os investimentos públicos para as áreas de especialização que, em sua visão, aumentariam suas perspectivas de sobrevivência (1994 [1992], p. 13-14).

Depreende-se, portanto, que as instituições são os constrangimentos formais estabelecidos por atos igualmente formais [leis, decretos, portarias, instruções normativas, etc.], bem como informais: valores, símbolos, códigos de conduta, conceitos, convenções, formados a partir de consensos sociais, tipicamente não-escritos, ou seja, não carecem de atos formais dos governantes para terem validade. São os chamados consensos sociais provisórios ou até mesmo consensos de caráter mais permanente. Em contrapartida, as organizações são estruturas administrativas, que se configuram no mercado [empresas e demais organizações] no Estado [órgãos

istração direta e indireta — Legislativo e Judiciário], e na sociedade civil [partidos, sindicatos, igrejas, ONG, OS, OSIP, associações, consórcios etc.]. Em qualquer âmbito as organizações buscam realizar sua função-objetivo e, por isso, visam, permanentemente, adquirir conhecimentos e especialização que reforcem sua possibilidade de sobrevivência em um ambiente competitivo.

A análise institucional explicita a importância das instituições na compreensão do comportamento dos atores sociais e na produção dos resultados das políticas, pois elas definem e garantem as já citadas *regras do jogo*. Ademais, os diferentes atores agem não somente defendendo seus interesses pessoais, mas também são diretamente afetados pelo cenário institucional no qual estão inseridos.

Assim, é possível afirmar que o novo institucionalismo traz como marca principal a ênfase sobre o papel das instituições no que concerne a sua relação com o comportamento social, tanto de grupos quanto de indivíduos. O neo-institucionalismo busca explicar porque a organização da vida política e do ambiente social ocorre por meio das instituições (PIRES, 2002; *ibidem* 2004) e de que forma elas moldam o comportamento dos indivíduos.

Dessa perspectiva e considerando a função vinculatória do Estado que se expressa nas políticas públicas, Rocha (2005) argumenta que:

As ações do Estado, implementadas por seus funcionários, obedecem à lógica de buscar reproduzir o controle de suas instituições sobre a sociedade, reforçando sua autoridade, seu poder político e sua capacidade de ação e controle sobre o ambiente que o circunda (ROCHA, 2005, p. 16).

A contribuição de Baremlitt (2002), por outro lado, auxilia a compreender melhor o caráter das instituições, na medida em que argumenta que uma sociedade está ordenada por um conjunto aberto de instituições. Isto é,

Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes (BAREMBLITT, 2002, p. 78-79).

Por sua vez, Levi (1991) aprofunda essa noção, definindo o âmbito e a dimensão das instituições formais, nos seguintes termos:

Subconjunto particular de instituições, caracterizadas por arranjos formais de agregação de indivíduos e de regulação comportamental, os quais, mediante o uso de regras explícitas e de processos decisórios, são implementados por um

unto de atores formalmente reconhecidos como portadores deste poder. As regras podem ser escritas e tidas como lei, escritas em geral, ou representar acordos verbais ou costumeiros, pois isto é algo que varia entre instituições (LEVI, 1991).

Em suma, o que se depreende dessas concepções é que as instituições conferem estabilidade às relações sociais, na medida em que elas são dispositivos informacionais destinados a reduzir incertezas. Ao reduzir a quantidade de informações necessárias às ações individuais e coletivas, as instituições viabilizam o funcionamento da sociedade, constituindo padrões de comportamentos compartilhados por toda a sociedade. Mais precisamente, elas fazem com que não seja necessário “começar todo dia a vida a partir do zero, sendo amplamente aceitas como diretrizes para a vida social, independentemente de sua aceitação, em termos ideológicos ou políticos, por cada membro da sociedade” (JOHNSON, 1992, *apud* VILLASCHI, 1996, p. 231).

A caracterização do processo de mudança institucional decorrente da implementação da política de saúde, a partir das diretrizes constitucionais de 1988, consubstanciadas no SUS, constitui um dos eixos dessa dissertação, portanto cumpre circunscrever melhor a noção de mudança institucional. Para tanto é preciso pensar sobre as fontes de mudança e seus vínculos com as mudanças no âmbito do padrão técnico-econômico e organizativo da sociedade, avaliando a dimensão gradual e contínua por meio do qual as instituições sofrem mutações. Trata-se de uma tarefa que exige conhecimento dos fatos e da dinâmica dos processos econômicos, sociais e políticos. O quanto deriva das fontes impessoais e o quanto resulta das ações deliberadas dos atores sociais no sentido de conduzir inovações ou resistência aos processos de mudança, implica na observação empírica dos processos.

Sobre este aspecto, as contribuições de Labra (1999) auxiliam na extração do aporte neoinstitucionalista indicações importantes para a análise, ao afirmar que:

[...] os institucionalistas históricos não só têm como núcleo as instituições enquanto relações padrão subjacentes; também presta igual atenção a outras variáveis. Os jogadores, seus interesses e estratégias e a distribuição de poder entre eles, são colocados no contexto, mostrando como se relacionam entre si ao desvendar a forma de estruturação das situações políticas. As instituições constroem e refratam a política, mas nunca são a única causa dos resultados [...]. No entanto, assim como uma configuração institucional estrutura uma dada situação política, o enfoque histórico institucional estrutura a explicação dos fenômenos políticos ao prover uma perspectiva para identificar como se relacionam entre si diferentes variáveis. (Labra, 1999, p. 144).

Para as organizações e seus atores sociais, no entanto, geralmente é muito mais fácil

instituições] vigentes do que envidar esforços para modificá-las. Uma vez estabelecido um caminho de desenvolvimento, o processo de aprendizagem das organizações e a forma como os atores analisam historicamente suas ações atuam de forma a reforçar as decisões tomadas e em curso.

Ademais, a mudança institucional é vista como um processo por meio da qual arranjos institucionais anteriores dão lugar a novos arranjos, substituindo-se as regras antigas por um novo conjunto de regras e procedimentos, que se efetua por passadas por tensões derivadas de diversas dimensões. Trata-se, portanto, de um processo gradual e contínuo através do qual as instituições evoluem e sofrem alterações. Todavia, esse processo nem sempre conduz a mudança. As distintas correlações de forças instituídas podem, por meio de uma efetiva ação política, evitar que mudanças indesejadas ocorram. Não interferir no curso dos arranjos institucionais reflete no presente, e até mesmo no futuro, os constrangimentos decorrentes das escolhas feitas ao longo da história, intencionalmente ou não (THELEN E STEINMO, 1992). Nesse sentido, Labra (1999) argumenta que os constrangimentos na conduta dos atores podem derivar-se da escassez de recursos disponíveis ou ser institucionais e organizacionais. Em relação aos constrangimentos institucionais destaca, apoiada em Levi (1997), que,

As instituições estruturam as escolhas estratégicas dos atores de forma a produzir **resultados equilibrados, isto é, resultados que ninguém tem incentivo para alterar** (LEVI *apud* LABRA, 1999. p. 141, grifo nosso).

Significa dizer que a ação estratégica dos atores relevantes se efetua em um contexto marcado por um conjunto de regras e sanções que definem o âmbito das interações sociais, cuja existência e aplicabilidade são comumente conhecidas dentro da comunidade sob enfoque. Desse modo, cada ator relevante, ao fazer uma escolha, isto é, ao tomar uma decisão, considera que os outros atores que compõem a arena decisória são também instrumentalmente racionais, o que significa dizer que eles farão as mesmas inferências das informações disponíveis, seja para cooperar ou não, ou mesmo para manter uma postura de "carona" [*free-rider*].²⁹

Nesse sentido, o entendimento dos processos de produção e de implementação das políticas públicas, de acordo com Thelen e Steinmo (1992), encontra na perspectiva do

²⁹ Olson (1965) foi o primeiro a conceitualizar o *free rider* como sendo aquele indivíduo racional que se recusa a aderir a uma ação coletiva e prefere seguir uma estratégia própria de "carona" graças à qual beneficia-se do resultado coletivo sem se comprometer ele próprio.

“análises analíticas” de alcance médio que auxiliam a decifrar as continuidades e especificidades nas políticas, contribuindo, assim, para iluminar os arranjos institucionais que estruturam as relações entre o Estado e a sociedade. Isto porque, ao focalizar “os traços institucionais intermédios da vida política, o institucionalismo provê teoricamente a ponte entre os agentes humanos que fazem a história e as circunstâncias sob as quais eles são capazes de fazê-lo” (THELEN e STEINMO, 1992).

Desse modo, fica claro o entendimento de que não são só governantes e indivíduos que, isoladamente, têm força nas instituições, mas também grupos de interesse têm força relevante e influenciam as políticas públicas e o estabelecimento de regras formais e informais que regem essas instituições. Dentre os grupos de interesse, há os de especialistas de determinada área do saber, que têm papel determinante sobre as políticas públicas, podendo estas assumir diferentes nuances e formas, a depender do tipo de mudanças e propostas no conjunto de idéias que defendem e dos referenciais que orientam a abordagem da realidade por esses especialistas, a natureza dos problemas abordados, a tomada de decisões e os instrumentos aplicados para sua solução.

Esses especialistas formam verdadeiras comunidades epistêmicas³⁰, que trabalham de forma conjunta para utilizar seus conhecimentos como recursos para apoiar a tomada de decisão dos governantes (SUBIRATS e GOMA, 1998, apud PIREZ, 2004). Essas comunidades epistêmicas, carregadas de saberes e concepções, existem em consequência das alianças e coalizões políticas no cerne das organizações. Segundo esses autores, cada comunidade epistêmica tem peculiaridades, requisitos e capacidades próprios, historicamente condicionados, e o poder político desses grupos de interesses depende de suas estruturas e dessas capacidades. Costa (1996, p. 27-28), entretanto, se contrapõe a este conceito de grupos de interesse, pois entende que comunidades epistêmicas não são grupos de interesse, e sim de conhecimento, e afirma que este, por sua vez, não se confunde com profissão ou burocracia, por compartilhar a um só tempo um conjunto de princípios e normas, crenças causais, concepções de validade e horizonte político.

³⁰Comunidade epistêmica é constituída por sujeitos políticos, que compõem grupos de ação política, capazes de definir um objetivo institucional.

neadas, é preciso ainda destacar o conceito de *dependência de trajetória - path dependency* (Thelen e Steinmo, 1992), como um conceito central à teoria, utilizado como eixo condutor das análises. Articulado com ele, diferentes conceitos auxiliaram na composição das explicações das mudanças institucionais, dos constrangimentos, bem como dos avanços incrementais na implementação da política pública de saúde. Nesse sentido, para melhor entendimento da argumentação desenvolvida adiante, faz-se necessário explicitar os conceitos que serão agregados à *path dependency*: pontos de decisão ou *decision points* e pontos de veto ou *veto points* (THELEN e STEINMO, 1992; IMMERGUT, 1994, 1996).

A concepção de dependência de trajetória — *path dependency* — auxilia na compreensão do possível sentido da mudança, na medida em que ilumina sobre a existência de legados de processos históricos de governo ou o estabelecimento de trajetórias políticas em diferentes unidades de análises, influenciando sobre as escolhas presentes e futuras, sobretudo porque a dependência de trajetória “ênfatiza o impacto da existência de legados políticos influenciando sobre escolhas políticas subsequentes” (HALL e TAYLOR, 1996). Sobre este aspecto, Labra (1999, p. 42) argumenta que o entendimento da dependência de trajetória:

[...] é da maior relevância: uma dependência estrutural forte tende a produzir movimentos incrementais de mudança política. Isto significa que certos arranjos institucionais já estabelecidos dificultam a possibilidade de reverter as escolhas e que mudá-las implica custos muito altos (LABRA, 1999).

Afirma ainda a autora que nas organizações essa dependência de trajetória é muito forte, porque elas tendem a elaborar e cultivar interesses que escolherão manter, mesmo quando reconhecidamente são ineficientes, razão pela qual nos estudos de casos, como o que ora se apresenta, importa identificar os atores-chave, suas considerações estratégicas, suas tomadas de decisão, bem como os “constrangimentos tecnológicos, sociais, políticos ou econômicos relevantes” (LABRA, 1999, p. 143), que impediram ou impedem o curso da ação política, neste caso, a implementação do SUS e m Vitória - ES.

Neste âmbito analítico, as concepções de *decision points* e de *veto points* evidenciam as áreas institucionalmente vulneráveis em um determinado processo decisório, no qual a mobilização de oposições pode obstruir a inovação política (pontos de veto) e gerar momentos críticos na cadeia decisória que se estabelece entre as diferentes instâncias governamentais abrangidas por uma determinada política pública

s de decisão — *decision points* — são os lócus institucionais ou arenas decisórias em que os atores envolvidos — governantes, comunidades epistêmicas, grupos de interesses da sociedade civil, técnicos e burocratas do sistema — demonstram suas preferências por uma dada opção, representando escolhas para que se possa alcançar determinados objetivos, em cujo embate se processa a decisão.

Os pontos de veto — *veto points* — estão intrinsecamente associados ao conceito anterior de *decision points* na cadeia decisória. Expressa tanto o veto de determinado ator investido de poder naquele lócus, como também o modo como se podem abrir rotas diferentes para a influência política de atores tomadores de decisão. A compreensão da exata cor relação de forças que se manifesta nessas arenas decisórias é de fundamental relevância para que se possa ter um adequado entendimento das forças em disputa, assim como para perceber de que forma o passado e suas repercussões atuam no momento presente impactando o percurso da mudança futura.

Nesse sentido, a concepção de pontos de veto pode ser desdobrada em duas dimensões: veto direto e veto indireto. O veto direto, via de regra, está diretamente vinculado ao poder político de não permitir que determinados cursos de ação firam os interesses majoritários da coalizão de forças na direção do poder político. Geralmente acontece em determinadas instâncias ao longo da cadeia do processo decisório. O veto indireto, por sua vez, aparece no âmbito da micropolítica, isto é, no interior das organizações responsáveis pela execução da política, estando relacionado com a capacidade dos gestores de impedir ou dificultar que determinadas políticas, objeto de decisão maior, sejam viabilizadas de forma satisfatória no âmbito subnacional ou local de governo, cujas razões têm a ver com a discordância em relação à definição estabelecida. Também pode resultar de constrangimentos derivados da indisponibilidade de recursos — humanos, financeiros, de infra-estrutura para sua execução — o que resulta em impossibilidade de execução (O'DONNEL, 1993, p. 62-87; OSZLAK, 2007, p. 42-63).

Enfim, os aportes teóricos do institucionalismo histórico possibilitam trazer para o centro da análise as instituições enquanto um conjunto de relações formais e não formais, a conduta dos sujeitos diretamente implicados na tomada de decisão, o comportamento dos diferentes atores, dos grupos de interesse e do conhecimento que conduzem à mudança organizacional e institucional. Assim, o arcabouço teórico



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

este capítulo, além de buscar explicitar os principais aportes, visou destacar os conceitos que embasam as reflexões contidas nesta dissertação.

3.1 A SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO O DIREITO DE CIDADANIA

Inegavelmente foi a partir do Movimento da Reforma Sanitária nos anos 80 que o direito à saúde ganhou mais força nos debates e lutas, que culminaram com sua inserção no texto do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Sua importância como marco temporal para o aprofundamento da Reforma Sanitária faz com que se deva considerá-la como uma potente etapa do processo de luta pelo direito à saúde (MS, 2006).

O ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária foi o processo constituinte, no período de 1987-1988, momento em que todo o acúmulo daqueles anos do movimento sanitário tinha, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na CF todo o seu ideário. A luta ganhava novos contornos irreversíveis na perspectiva de inscrever o direito à saúde no marco constitucional do país (MS, 1986).

A saúde vem delineada na Constituição Federal como a única política pública considerada de *relevância pública*. A CF estabelece princípios éticos e doutrinários, principalmente universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção, e princípios organizacional-operativos: descentralização, municipalização, regionalização e hierarquização, dentre outros.

No Título II, dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo I, Dos Direitos e Deveres individuais e coletivos, a CF diz:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...].

Ainda no mesmo capítulo, a CF diz:

Art. 6º. É direito social a educação, a **saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (grifo nosso).

...e com uma afirmação positiva, inscrevendo que:

Art. 196. Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Primeiramente, convém ressaltar que, antes da CF de 1988, não havia acesso universal da população à saúde, sendo esse acesso reservado apenas para aqueles brasileiros que estavam inseridos na economia formal. Somente as ações coletivas de saúde eram universalizantes [ações voltadas para a prevenção de doenças]; portanto, a saúde pública não era reconhecida como direito individual.

Entretanto, no Brasil, desde a promulgação da CF, a saúde passou a ser um dos direitos humanos do povo brasileiro. É um direito complexo, envolve o direito ao completo bem-estar físico, o direito ao completo bem-estar social e o direito ao completo bem-estar mental, não pura e simplesmente ausência de doenças, desafiando o SUS a proporcionar esse direito inequívoco, naquilo que competir exclusivamente ao setor saúde, e provocar as demais políticas públicas para que este direito seja efetivado naquilo que lhes couber, por meio de ações intersetoriais e até mesmo transectoriais.

Na mesma direção, a Portaria MS/GM nº. 675, de 30 de março de 2006 reafirma os princípios constitucionais do SUS, aprovando a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que melhor explicita e comunica, de forma mais inteligível, à sociedade esses direitos e deveres (MS, 2006).

3.2 O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO INFRACONSTITUCIONAL

O direito à saúde no âmbito infraconstitucional traduz-se pelas Leis nºs. 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam os artigos 196 a 200, relativos ao sistema nacional de saúde na CF e às portarias institucionais em que o MS, na condução das negociações e dos pactos entre os gestores, enquanto órgão maior de regulação do SUS, estabelece normas, requisitos, prerrogativas e responsabilidades mínimas inerentes às diferentes condições de habilitação da gestão da saúde, por meio das NOB, NOAS, do

As consequentes que regram, detalhadamente, toda a operacionalização do SUS, por política temática, por tipologia de serviços, por ações estratégicas e até por procedimentos.

A partir de 1991 o Ministério da Saúde deu início à edição de uma série de normas com a finalidade de dar organicidade e operacionalidade ao SUS nas três esferas de governo. Para essas normas operacionais, num total de seis: quatro normas operacionais básicas em 1991, 1992, 1993 e 1996, duas normas operacionais da assistência à saúde editadas em 2001 e 2002, foi para onde se deslocou a arena principal de formulação e organização da política de saúde no Brasil, não raras vezes ferindo a constitucionalidade das diretrizes e dos princípios do SUS.

Descontentes e inconformados com essas normas autocráticas, verticalizantes, os municípios e estados da federação, por meio das instâncias participativas que os representam, após quase dois anos de discussões e pactuações com o Ministério da Saúde e apoiados pelo CNS, puseram fim a série de normas operacionais e fizeram surgir uma nova forma de se evoluir na organização do SUS: o Pacto pela Saúde.

Os estados da federação brasileira, e cada um dos municípios, estabelecem suas Constituições e Leis Orgânicas, respectivamente, e, complementarmente, lhes é facultado estabelecer uma modelagem do SUS, desde que mantidos intocáveis as diretrizes e seus princípios. Também podem complementarmente editar normas, leis, decretos, portarias, códigos sanitários e instruções normativas, respeitadas as características e necessidades locais.

3.3 A INTEGRALIDADE ENQUANTO DIREITO, DIRETRIZ E PRINCÍPIO DO SUS

Os textos que alimentaram os debates na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, já apontavam para o princípio da integralidade, tendo sido contemplado no relatório final dessa Conferência.

A integralidade constitui-se num princípio e, ao mesmo tempo, numa diretriz para a

orienta a CF de 1988. O texto constitucional, ao apresentar as diretrizes do sistema nacional de saúde, descreve, em seu artigo 198, a integralidade como “atendimento integral”, desta forma:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A transcrição integral deste artigo, onde se insere a expressão *atendimento integral*, não é gratuita, pois objetiva chamar a atenção para a compreensão da integralidade no sentido de induzir as gestões municipais e estaduais a uma atitude proativa no sentido de se desenhar um sistema integralizante, preconizado pelo SUS, em detrimento de um sistema fragmentado com raízes firmes e arraigadas, que insiste e persiste em subsistir às necessárias mudanças que prevejam a organização técnica e administrativa, em redes de sistemas de saúde, que compreendam o ser humano como um ser total e não apenas como partes constitutivas de um corpo.

A Lei Orgânica da Saúde conceitua e detalha cada uma das diretrizes e princípios éticos e doutrinários do SUS e os operacionais e organizacionais, explicitando-os em treze incisos descritos no Art. 7º, dentre eles a integralidade na assistência, em destaque no item a seguir:

[...]

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...]

A conquista democrática que representa a legalização e institucionalização do controle social no SUS, resultante de um grande processo de mobilização, articulação e pressão da sociedade sobre os poderes instituídos, está atrelada a um grande objetivo: assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, com acesso universal, com integralidade e equitativo em todos os níveis da atenção à saúde.

ENCIAL NA LEGISLAÇÃO

O Ministério da Saúde estabelece um conjunto de normas infralegais que respaldam os gestores para desempenhar a função de regulação assistencial no SUS, no âmbito dos estados, DF e dos municípios, que a seguir são apresentadas cronologicamente.

A CF de 1988, em seu Art. 97, define que ao SUS incumbe “[...] a regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”, e na Lei Federal nº. 8080/90, a regulação aparece como atribuição comum das três esferas de gestão, com explicitação das competências específicas de cada ente.

As NOAS/01 e 02 estabelecem a organização da regionalização da assistência por meio do PDR, e nelas surge, com maior vigor do que nas NOB da década de 90, o conceito de regulação assistencial. Ainda que passível de inúmeras críticas, esta norma resgata a idéia de sistemas hierarquizados e regionalizados, propondo formas de organizar o acesso da população aos serviços especializados dos níveis secundário e terciário, de média e alta complexidade, com um forte apelo para sistemas funcionais e resolutivos, que reconheçam e respeitem as economias de escala e de escopo na disponibilização dos recursos assistenciais.

A Portaria MS/SAS nº. 423, de 09 de julho de 2002, conceitua a regulação assistencial como regulação do acesso do usuário à assistência e discrimina a competência de cada esfera de gestão.

A Portaria MS/GM nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002, define e sistematiza o funcionamento dos Sistemas Estaduais de Atenção às Urgências, as atribuições e competências das Centrais de Regulação Médica das Urgências e faz referência aos demais componentes do Complexo Regulador. Esta portaria, corroborada pela Resolução 1.671/03, do Conselho Federal de Medicina, define também as funções do médico regulador, nas instâncias gestoras do SUS.

A Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, instituiu o Pacto pela Saúde, fortalecendo ainda mais o processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, propondo a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas, visando melhor qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de

ção integral.

A Portaria MS/GM nº. 494, de 30 de junho de 2006, define os recursos financeiros para a implementação ou implantação dos Complexos Reguladores nos estados e municípios, e a Portaria MS/GM nº 1.571, de 29 de junho de 2007, estabelece as regras para captação do incentivo financeiro para implantação e /ou implementação de Complexos Reguladores³¹.

A já citada Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde como um instrumento que possibilitará a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo, e em seu Art. 5º explicita uma definição de regulação do acesso, bem como suas ações, assim descrita:

Art. 5º. A Regulação do Acesso à Assistência, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes [...].

A Portaria MS/GM nº. 2.907, de 23 de novembro de 2009, dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das unidades de saúde, no âmbito do SUS, estabelecendo que o financiamento destina-se à aquisição de equipamentos para informatização, mobiliário, material permanente, ampliação e adequação de área física e capacitação de recursos humanos, estritamente relacionados à operacionalização do Complexo Regulador, estrutura composta pelas Centrais de Regulação e unidades de saúde.

Apesar de todo este arcabouço jurídico, constitucional e infraconstitucional, de políticas indutoras da atenção integral e da regulação na saúde pública, de financiamento para

³¹ Política Nacional de Regulação do SUS, para a liberação de recursos para Complexos Reguladores, considera *implementação* como sendo o aperfeiçoamento das estruturas já existentes e *implantação* dos projetos para novas estruturas

os sistemas estaduais e também os municipais ainda não conseguem a completude dessas ações.

Análises preliminares levam a crer que as razões para esta situação de dificuldades podem estar ancoradas em diversos fatores, dentre eles: o recente debate sobre regulação no SUS; a falta de financiamento para custeio das estruturas regulatórias; a falta de monitoramento das metas pactuadas pelos gestores na PPI; o baixo envolvimento do controle social no acompanhamento da implantação dessas políticas; e a resistência de prestadores privados à regulação estatal da atenção à saúde.

Ademais, outro fator que pode estar influenciando para que estes regramentos não sejam seguidos pelos municípios reside no fato de a maioria dos estados adotarem atitudes tímidas para a regulação do acesso sobre a rede de prestadores e não realizarem a gestão de forma compartilhada das ações regulatórias com os municípios.

Assim, considerando este rol de possibilidades explicativas, esta pesquisa buscou identificar por que estes regramentos para a regulação do acesso, uma vez estabelecidos, não foram efetivados no município de Vitória. Ou, dito de outra forma: no caso do município de Vitória, que fatores estariam dificultando a efetividade da política de regulação do acesso?

OS SISTEMAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

À luz da análise institucional, este estudo buscou descortinar os constrangimentos legados do passado que estão influenciando a implementação da política de regulação do acesso no presente momento e verificar as dificuldades e/ou insuficiências de regulação de caráter público no município de Vitória. Ademais, e simultaneamente, buscou descrever a trajetória institucional da SEMUS e suas institucionalidades no que concerne à implementação do princípio da integralidade na assistência à saúde no município. Como recorte temporal, foi feito um olhar retrospectivo a vinte anos do SUS.

4.1 A PESQUISA DE CAMPO

Neste momento, procura-se analisar o material empírico obtido das diferentes fontes no percurso do trabalho de investigação, principalmente nos documentos oficiais e nas entrevistas, e apresentar os aspectos mais relevantes à luz do referencial teórico, de modo a buscar respostas para os objetivos pretendidos, já descritos na metodologia (item 1.2).

Nesse contexto, para alcançar esses objetivos propostos e responder às hipóteses iniciais que orientaram a análise explicativa, buscou-se examinar a percepção que os sujeitos, que atuam no cenário da gestão municipal no período do estudo, têm acerca da regulação do acesso como uma das ações mediatas para viabilizar a integralidade. Ou, dito de outra forma: Que fatores estariam dificultando a efetividade da política de regulação do acesso e da integralidade no município de Vitória? Neste sentido, partiu-se do suposto que, a depender da trajetória do sistema nacional de saúde e, conseqüentemente, do sistema estadual de saúde, o município também vem enfrentando os mesmos constrangimentos para a sua implementação. Estes constrangimentos serão adiante abordados em cada um dos períodos de governo. Além dessas questões instigantes por si só, de âmbito mais geral, outras questões subjacentes, que se apresentaram como fundamentais, presentes em toda a análise,

alores, os saberes, as condutas, portanto, quais as instituições e, conseqüentemente, quais mudanças no arranjo institucional perpassaram o setor da saúde pública no município, relativas ao objeto em análise no período em estudo? Como explicar o processo pelo qual a instituição e suas institucionalidades se modificaram na linha do tempo deste estudo? De que forma a trajetória da SEMUS, após a implantação do SUS, vem modelando a organização da rede de serviços e o desenvolvimento das ações para prestar atenção especializada aos usuários sob sua responsabilidade sanitária nos dias atuais? A regulação assistencial, como ação mediadora do acesso desses usuários aos níveis secundário e terciário, tem facilitado ou dificultado o acesso? E ainda, que rede de externalidades ao SUS interferiu nesse caminho? Num cenário estadual, sabidamente assistemático e com muitas restrições de oferta, de acesso e de utilização de tecnologias assistenciais, quais os arranjos organizacionais e estratégias, adotados pelo município, que vem possibilitando o acesso dos usuários a esses recursos assistenciais? E, ao contrário, num cenário de excedente de oferta, como garantir que o usuário está tendo acesso apenas àquele recurso de que realmente necessita e que não está utilizando, indiscriminadamente, essas tecnologias?

Por outro lado, a migração de outras populações do Estado, e até de outros estados para a Capital, levava à hipótese de que a atenção integral da SEMUS aos próprios munícipes ficava prejudicada em função da observância a outros princípios dos SUS, além da integralidade, como a igualdade de direitos e a universalidade de acesso. Então, como o município tratou desta questão ao longo dos anos? Outra questão importante é: Se há tantas regras e normas sanitárias tratando da regulação do acesso e da atenção integral, por que, uma vez estabelecidas, não foram efetivadas no município de Vitória? Ou seja: No caso do município de Vitória, que fatores estariam dificultando a efetividade da política de regulação do acesso?

Assim, esta pesquisa buscou respostas para estas questões, que, juntas, formaram as hipóteses e sub-hipóteses iniciais ao projeto. Por todas estas questões, inferia-se que a população de Vitória não vinha tendo acesso aos recursos assistenciais mais complexos no momento oportuno e na quantidade necessária, para a atenção integral às suas necessidades. Tal situação conduziu à sub-hipótese de que um dos fatores que contribuem para essa dificuldade é a persistência de um processo regulatório

dade difusa da SESA e da SEMUS, portanto pouco efetivo.

Transitando nesse cenário, e a despeito de tornar a realidade mais visível, é que se desenvolveu este estudo de caso no município de Vitória, a partir da teoria neoinstitucionalista e do modelo analítico-explicativo de *path dependency*, utilizando-se como fontes de informações as técnicas da análise documental e entrevistas para a elucidação destas questões. Aqui não se lançará mão de comparações. A intenção é esclarecer que estes períodos de gestão serão olhados pelos constrangimentos e decisões dos atores em ato, sucessivas e acumuladas ao longo do tempo e que foram capazes de criar instituições que deixaram legados políticos quase irreversíveis. Entretanto, isto não quer dizer que novas opções de mudanças não pudessem surgir durante a trajetória. Melhor dizendo, na abordagem de *path dependency*, o pesquisador faz inferências causais nos casos que está investigando, isto é, “aponta uma relação causal que procure dar conta de entender como fatores variados em questão mudam de um caso para outro” (FERNANDES, 2007). Nesse sentido se buscará fazer algumas inferências causais para os fatos, eventos ou momentos onde julgar serem mais necessários e, “com a melhor e mais honesta estimativa de incerteza na inferência” (ibidem), buscados tanto na análise documental quanto na percepção dos gestores entrevistados.

4.1.1 A ANÁLISE DOCUMENTAL: abrindo caminhos para a investigação

Foram de grande valia os aportes derivados da análise documental, pois permitiram iluminar os caminhos percorridos nesta investigação. Esta análise foi sustentada pela teoria neoinstitucionalista, associada ao conceito de *path dependency*, que permitiu uma leitura dos documentos sob outro olhar, diferente do habitual, como se fossem lentes desvelando para além do que estava descrito nos textos e das abordagens feitas nas entrevistas. A leitura atenta desses documentos sugeriu a vivência de distintos momentos na trajetória histórica da organização SEMUS, o que suscitou a curiosidade e a necessidade de esclarecer diversos aspectos no momento das entrevistas. Além da

almente pretendidos, foram incluídos na análise documental os Relatórios Trimestrais de Gestão da SEMUS, desde o primeiro trimestre de 2004 até o segundo trimestre de 2009, realizados em audiências públicas na Câmara Municipal, uma vez que traziam informações mais detalhadas do que as contidas nos RAG. O RAG de 2009 não está inserido nesta análise, pois, até o momento final de elaboração desta dissertação, ele ainda não havia sido concluído pela SEMUS, razão pela qual o último trimestre de 2009 não está contemplado nesta análise. A razão da leitura desses documentos foi buscar indícios de como os sujeitos da pesquisa — atores históricos — se comportaram em suas gestões e as razões pelas quais o fizeram.

Na análise documental, foram identificados três períodos das gestões do Executivo Municipal, representando três momentos político-partidários, ocupadas por prefeitos de diferentes partidos políticos em cada período: o período de 1989 a 1992, sob a direção do Partido dos Trabalhadores (PT); o período de 1993 a 2004, sob o comando do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e o período de 2005 a 2009, novamente sob a direção do PT.

Nestes três períodos, foram identificados sete períodos para as gestões da SEMUS, ocupadas por atores pertencentes aos partidos políticos da coligação que levou o Executivo a ter êxito no processo eleitoral. Esses períodos são: 1989–1992; 1993–1994; 1994–2001; 2002–2003; 2003–2004; 2004 e o último período iniciado em 2005, permanecendo até o presente momento, e é exatamente em cada um destes períodos que se desenvolveu a análise institucional. Estes intervalos de tempo foram marcados ora por mudanças virtuosas, ora por momentos de estabilidade e também por momentos de paralisia, e até mesmo de resistências e retrocessos, que estarão sendo contemplados na análise de cada um desses períodos. Exatamente nesses momentos de inflexão, que levam às rupturas provocando estagnação e retrocessos, cujos reflexos se estendem na trajetória institucional subsequentemente, é que se utiliza o conceito de dependência de trajetória para explicá-los. Portanto, a *path dependency* se manifesta quando uma tentativa de mudanças pelos tomadores de decisão encontra resistências — pontos de veto — o que desencadeia todo um comportamento institucional diferente do desejado, ou seja, os caminhos seguintes são marcados por estas resistências e constrangimentos.

Percepção dos gestores

As entrevistas foram utilizadas como uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados e informações empíricas, complementares à análise documental. Os temas contidos nas entrevistas analisadas versam sobre a regulação do acesso e a integralidade na atenção à saúde da população. Foram utilizados dois roteiros semiestruturados, com itens que guiaram o diálogo com os entrevistados, um dirigido aos ex-secretários e um para o atual. O material coletado em gravações foi transcrito e lido, com a finalidade de se encontrar aquilo que parecia ser o mais significativo na percepção dos gestores, buscando-se, também, identificar as diferenças percebidas entre as falas, e destas com os documentos analisados, almejando obter uma visão de maior completude do processo. As entrevistas foram fundamentais para esclarecer as dúvidas suscitadas nos documentos.

Participaram da pesquisa cinco gestores, quatro ex-secretários e o atual, que estiveram estreitamente vinculados aos processos de decisão e operacionalização do SUS no município de Vitória. Para o exercício de suas macrofunções técnico-político-administrativas, os gestores do SUS têm legalmente atribuída a responsabilidade de direção — comando único — sob o sistema de saúde no qual estão inseridos, o que lhes confere o poder de autoridade sanitária, portanto o poder de decisão. Considerando que a CF estabelece como uma das diretrizes do SUS a participação da comunidade, esse poder de decisão é relativo, pois na grande maioria das vezes a decisão é colegiada, compartilhada entre gestor e o Conselho de Saúde e, no caso de Vitória, também pelos Conselhos Locais de Saúde e pelos Comitês Gestores. Portanto, para efeito de maior clareza, sempre que for mencionado no texto desta dissertação que “o município tomou a decisão”, é preciso compreender que para o setor saúde o gestor é o responsável pela condução desses processos decisórios, ora solidariamente com o CMS, ora individualmente, em observância ao que regem as normas sanitárias. Também vale ressaltar que no texto analítico a apresentação dos fatos e informações foi trabalhada em função da proposta da pesquisa de se pensar os sujeitos em ato, ou seja, como protagonistas do processo estudado. Atualmente a responsabilidade pelo comando do sistema esta reforçada no Pacto pela Saúde, que a denomina responsabilização sanitária.

o material analisado emerge uma visão bem marcada do papel do gestor, como o ator que representa o Governo e as decisões colegiadas. Esses atores estão contextualizados nesta análise como os entrevistados, e quando da citação e inserção de suas falas, estarão identificados como “Entrevistado” e o número de ordem em que foi entrevistado.

Os sujeitos que participaram das entrevistas obtiveram todos os esclarecimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [APÊNDICE C]. O Termo foi elaborado com uma linguagem inteligível e contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº. 196, de 10 de outubro de 1996.

A partir da identificação e do relato dessas instituições consideradas mais relevantes, os movimentos que foram feitos pelos diferentes sujeitos no período de suas gestões para promover as mudanças institucionais estão mais bem detalhados a seguir, por período desses governos. Em cada um desses períodos estarão sendo abordadas as categorias analíticas³³: modelo de gestão; modelo de atenção; modelo de organização; pontos de decisão articulados com os pontos de veto — diretos e indiretos; comunidades epistêmicas e grupos de interesse; uma rede de externalidades³⁴ ao SUS municipal, como: a) migração de populações do interior para a Capital e para os municípios da RMGV; b) aumento de acidentes de trabalho que são atendidos pelo SUS; c) corporações de profissionais; d) prestadores de serviços; e) segmentos da SESA impondo resistências aos pleitos do município; f) aumento da violência social, no trânsito e no transporte de pessoas, levando ao SUS situações cada vez mais críticas de urgência e emergência; g) interesses político-ideológicos e partidários interferindo na gestão; h) leis autorizativas municipal; e j) o subfinanciamento do setor saúde perpassando todas as demais.

Buscou-se identificar dispositivos produtores das inovações ou que geraram os acontecimentos históricos na linha do tempo deste estudo. Nos discursos dos gestores

³³ Algumas categorias analíticas foram pré-estabelecidas na metodologia da pesquisa, outras foram estabelecidas no percurso da análise documental, e outras mais, nas falas proferidas nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

³⁴ Externalidades são aqui tratadas como elementos exógenos ao SUS municipal, interferindo em sua organização para a atenção integral aos indivíduos e na regulação do acesso.

so e de dissenso entre si e buscou-se fazer uma conexão e, até mesmo, um confronto entre suas falas e o que está registrado nos documentos.

4.1.3 O contexto institucional pré e pós-criação do SUS

A situação de crise institucional crônica da assistência médica, já mencionada ao se descreverem os antecedentes da regulação no sistema público de saúde no Brasil, no item 3.2.1, leva à compreensão dos arranjos organizacionais da saúde pública que vigoraram nos tempos do regime militar anteriores à CF, quando o vínculo que se fazia entre a assistência médica e os indivíduos era a sua inserção no mercado formal de trabalho e não por um direito social garantido. Portanto, os não contribuintes para a previdência social não tinham nenhum direito de assistência médica e eram atendidos por misericórdia pelas Santas Casas de Misericórdia distribuídas pelo Brasil.

O sistema de atenção médico-hospitalar brasileiro foi, portanto, constituído e desenvolvido nos moldes de previdência social, sendo organizado a partir das determinações e restrições da cultura organizativa do Ministério da Previdência e Assistencial Social. Esses arranjos organizacionais eram perversos sob o ponto de vista da justiça social, pois só permitiam acesso ao sistema exatamente àqueles que tinham mais recursos financeiros e poder. Portanto, os brasileiros não eram iguais perante a legislação e as regras que imperavam no país, pois havia benefícios diferenciados a partir de sua inserção ou não no mercado produtivo.

A transformação política deste cenário de desigualdade social teve início na década de 70 com a incorporação gradual de trabalhadores não-segurados à previdência social, mas se aprofundou na década de 80, a partir de movimentos sociais descontentes com essa diferenciação de direitos entre os cidadãos, dentre outras motivações. As iniciativas para se corrigir essas desigualdades foram sendo articuladas, com razoáveis custos institucionais, a partir de mudanças políticas nos primeiros anos daquela década e que culminaram, principalmente, pelas orientações emanadas e inspiradas na 8ª

e, de 1986, cujos desdobramentos conduziram à inserção na nova Carta Magna, em 1988, do direito à saúde.

A partir da CF de 1988, para a institucionalização de um novo sistema nacional de saúde — o SUS inaugurou-se um cenário de inovações num novo contexto institucional, que passou a orientar o espaço da saúde pública no Brasil. Nesse novo contexto, muitas oportunidades se apresentavam como favoráveis para que o SUS começasse a promover as transformações tão esperadas pelo conjunto da sociedade, principalmente para aqueles que militaram fortemente na década de 80 para a construção de um novo sistema, sobretudo os movimentos sociais que deram origem a este novo sistema. Entretanto, também interesses e forças contrárias se contrapunham ao SUS, impondo restrições aos recém-conquistados direitos de universalização do acesso, igualização de direitos e integralidade nos atendimentos.

Apesar de o novo sistema insistir em iniciar seu funcionamento sob essas novas diretrizes e princípios, o traço fortemente conservador do INAMPS impedia ou dificultava o processo de mudanças na saúde pública no Brasil. De fato este foi um dos fortes componentes conservadores, que se expressam na dependência de trajetória [*path dependency*] que interferiu nos rumos das mudanças institucionais nesses vinte anos de SUS³⁵.

Estas características do INAMPS, ao lado da fragilidade de um sistema público [SUS] que nascia sob reflexos de um sistema anterior, segmentado e fragmentado, com a predominância de um conjunto de atores políticos que se ancoravam muito mais nos padrões culturais herdados do INAMPS, com forte insulamento decisório, do que nos emergentes da 8ª Conferência Nacional de Saúde e do SUS recém constituído revelam a natureza dos constrangimentos que se interpuseram entre os dois projetos políticos, impedindo que mudanças virtuosas se efetivassem nas relações político- institucionais naqueles primeiros anos do pós-SUS.

³⁵ A noção de dependência de trajetória, como ressaltado no item 02 deste capítulo, refere-se à constatação de que heranças culturais arraigadas penetram as instituições estabelecendo culturas organizacionais resistentes às mudanças, fomenta grupos de interesses dispostos a lutar pela manutenção de seu *status quo*, assim como os agentes individuais pautam seus comportamentos pelos padrões herdados do ambiente anterior as mudanças. Isto significa que a mudança é vista como algo dispendioso do ponto de vista da mobilização de recursos sociais e políticos para sua concretização (NORTH, 1990).

mplo conjunto de cidadãos sem direitos, que passaram a ser portadores desses direitos universais, caberia, urgentemente, ultimar a definição dos meios pelos quais a descentralização se efetivaria. Para tanto, a Lei nº 8.080/90, que regulamentou os artigos 196 a 200 da CF, emergiu como novo regramento sanitário. Também foi necessário aprimorar a articulação público-privada, por meio de uma rede dita complementar ao SUS, para dar sustentação à rápida expansão da oferta de serviços para responder ao abrupto aumento dos atendimentos assistenciais especializados pela universalização trazida à pauta pela CF.

Esta rede complementar carecia ser acompanhada de perto pelo poder estatal, entretanto esses mecanismos se restringiam a contratos frágeis e a um sistema de controle e avaliação que mais se preocupava com números e recursos financeiros do que com a garantia da inclusão qualificada dos cidadãos no sistema. Percebe-se já nesse momento que a recém inscrita atenção integral na CF ainda era um conceito, um valor, um princípio, mas que ainda não se efetivava nas práticas sanitárias.

A partir deste cenário contraditório em relação aos distintos grupos de interesses, as arenas de poder da saúde estavam em constantes disputas e embates, tendo então sido criadas as CIT, as CIB, o CONASS e o CONASEMS, para onde se deslocaram esses debates, negociações e pactuações no início dos anos 90.

Permanecia em ação tanto no nível nacional quanto estadual e municipal, um grupo de gestores e técnicos, com fortes traços de conservadorismo e tradicionalismo político, herdados do modelo *inampiano*, que estavam presentes controlando a agenda da saúde pública e a impor projetos políticos contrários ao que preconizava o SUS. Esses gestores portadores de concepções conservadoras, moldadas nas práticas e nos cargos burocráticos anteriores ao SUS, assim como os diferentes grupos de interesse, se contrapunham aos novos gestores e aos atores técnicos que se inseriam no SUS. Estes últimos cheios de motivação e desejo de mudanças, pautados por conceitos e práticas sanitárias, que emergiram das lutas de pelo menos uma década em função da institucionalização do SUS. Tal situação conduziu a uma arena de conflitos, que em alguns momentos geraram uma situação de estagnação dos sistemas de saúde, estaduais e municipais, deixando fortes marcas nas instituições e organizações de saúde. A mudança desse padrão contumaz de ação governamental no campo da

to que foi necessária a decisão histórica pela extinção do INAMPS em 1993 para, pelo menos, afastar do interior do Estado Brasileiro sua força institucional e os arranjos burocráticos cujos conceitos e práticas permaneciam em seu redor, ainda que o modelo mental de seus adeptos permanecesse influenciando os corredores da política da saúde pública no Brasil.

Com tantos opositores ao SUS, era de se esperar que os recursos financeiros a ele destinados sofressem constrangimentos, o que provocava, a cada ano, oscilações importantes no orçamento da União para o MS. Esses constrangimentos determinaram a fragilidade institucional e financeira que perpassaram toda a década dos anos 90, tendo sido aplainada com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, no ano de 2000. Entretanto, nas arenas políticas de decisão ainda persistem fortemente os debates sobre a regulamentação da EC-29 em busca de mais recursos e maior estabilidade financeira para o SUS, constantemente ameaçado pelo subfinanciamento para o setor nestes vinte anos.

As inovações e, conseqüentemente, os novos arranjos organizacionais começaram a surgir no cenário nacional como forma de superação dessas imposições negativas ao SUS, que expressavam que, apesar das adversidades, dos interesses representados, da falta de recursos financeiros e tecnológicos, ainda era possível criar rotas alternativas para se colocar em prática um projeto tão defendido e esperado por aqueles que militaram nas trincheiras do Movimento da Reforma Sanitária: o Sistema Único de Saúde.

É, portanto, tendo este contexto institucional e sócio político em mente, que é possível pensar no cenário de dificuldades e crises políticas vivenciadas pelo setor da saúde pública no Brasil, tanto no MS quanto nas SES e nos municípios, a partir de 1988, quando da entrada na arena setorial da saúde a agenda pautada pelos ensinamentos da Reforma Sanitária, que foram efetivados pela CF ao criar o SUS.

4.1.4 Traços da conjuntura política estadual e municipal

Enquanto no Brasil ocorria esta situação acima mencionada, ao mesmo tempo, no

nto, situações de constrangimento ocorriam, passando pelos períodos de governo de 1991-1994, 1995-1998, atingindo uma situação insustentável no período de governo de 1999-2002.

Embora o padrão de comportamento dos atores políticos que atuavam na saúde pública nem sempre seguissem o mesmo padrão de conduta dos governantes nesses referidos períodos de governo, sofria pressões e constrangimentos por parte do Governo e do Legislativo, o que levava a restrições nos avanços incrementais pelos quais o setor da saúde pública clamava.

O SUS estadual, para articular, definir e implementar políticas convergentes com os rumos e com a natureza das mudanças que o SUS constitucional preconizava, exigia um grande esforço de seus gestores locais, sobretudo para as atualizações conceituais daqueles que insistiam em suas ações retrógradas em termos de projetos políticos para enfrentar o desafio de uma política pública que estava sendo desenhada e implantada a duras penas, com opositores em todas as esferas do Executivo e Legislativo, tanto no próprio Estado quanto nos âmbitos nacional e municipal. Como consequência, esta situação impôs dificuldades de várias ordens aos gestores do SUS com visão mais de vanguarda que estavam à frente dos sistemas municipais.

Em síntese, a situação de crise política, institucional e organizacional, que marcou os anos oitenta e noventa, principalmente os anos 90, no ES, tem por determinantes um complexo processo de interesses contrários ao SUS e uma forte dependência de trajetória no que se refere aos conceitos sobre saúde pública e às práticas políticas dos atores que estiveram à frente do poder decisório.

Então, pode-se afirmar que a implementação do SUS estadual se fez num cenário que tem por referência heranças de uma cultura política tradicional no setor da saúde, onde assumiam os cargos de secretários de saúde pessoas, em grande parte, despreparadas para o exercício da função, o que significava que o SUS estava nas mãos de aventureiros, ou então, minimamente desprovidos de conhecimento para esse novo desafio de mudar um arranjo institucional esgotado em sua credibilidade e capacidade de responder às necessidades e desejos da população. Esses gestores, além de desconhecer o SUS, ainda o utilizavam para seus interesses pessoais, principalmente como “trampolim político-eleitoral”, com a distribuição de favores

— financeiros e tecnológicos — e não os valores e regras de transparência e responsabilidade que a Carta Magna e a Lei Orgânica da Saúde preconizam.

Neste cenário, fica claro o quanto as instituições e as organizações da saúde pública no Estado entraram num ciclo vicioso de retrocessos e o quanto perderam em potência, incapazes, portanto, de acompanhar minimamente as mudanças que já se processavam em alguns estados e algumas cidades no cenário nacional. Isto é reforçado, como se sabe, pelo fato de no período de vinte anos, de 1988 a 2010, terem ocupado a pasta da saúde estadual vinte secretários. Os registros a que se teve acesso mostram que em dois momentos da trajetória da SESA dois gestores permaneceram no cargo por apenas 26 dias, e o outro por apenas 34 dias. Num outro período o gestor permaneceu por dois meses. Apenas três secretários permaneceram à frente da direção do SUS estadual por aproximados 24 meses, e o que permanece por maior tempo no comando do sistema é o atual secretário, com 64 meses de gestão.

Esta situação denota uma das causalidades de interrupção ou de não definição de projetos políticos mais duradouros, capazes de criar uma cultura institucional de inovações para as necessárias mudanças. Não há projeto político para o setor saúde que se sustente com tanta solução de continuidade.

Transitando num cenário mais voltado para as questões internas do SUS, a regionalização administrativa da saúde no estado do Espírito Santo se configurou historicamente num processo dinâmico e participativo, tendo sido um dos primeiros estados do país a ter uma regionalização extensiva às questões inerentes à saúde pública. Por força da Lei Estadual nº. 4.317, de 04 de janeiro de 1990, o ES tinha definido uma regionalização administrativa, que também foi seguida pela SESA. Em 2002, quando da edição da NOAS, optou-se, à época, de forma pactuada entre SESA e COSEMS-ES, por não serem seguidos os critérios do Estado como um todo, pois os critérios de divisão do espaço estadual em territórios eram meramente administrativos, o que levou à construção de critérios próprios do setor saúde, como, por exemplo, perfil epidemiológico, localização e perfil de serviços, distância entre um município e o polo que atenderia à população referenciada, fluxo de internações, entre outros. Esses critérios, uma vez aprofundados, resultaram no PDR - ES, vigente até o momento

Ainda em 1990, o Decreto Estadual nº. 3.011-N, de 06 de julho, homologou o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, bem como os organogramas funcionais da SESA, do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), das Superintendências Regionais de Saúde e Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES). No estado estavam constituídas quatro Superintendências Regionais de Saúde: Vitória, São Mateus, Colatina e Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim.

Em 1993, foi criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do Espírito Santo, para dar operacionalidade às pactuações intergestores. Vale destacar que, no período de 1997 a 2002, os debates e embates sobre as questões que envolviam a busca pela concretização das ações e serviços do SUS entre o COSEMS-ES e a SESA ocorriam nas arenas políticas decisórias num ambiente absolutamente efervescente, mas que foi se esvaindo até chegar atualmente numa situação de insustentável continuidade, desmotivação e desmobilização.

No cenário municipal, o perfil dos prefeitos que assumiram o poder em Vitória havia mudado radicalmente, diferentemente do que ocorria no Estado. Desde 1988 as coalizões político-partidárias que chegaram ao poder eram constituídas por forças políticas que expressavam maior afinidade com os segmentos sociais mais progressistas em razão das transformações ocorridas no país. Além disso, os prefeitos eleitos em todos os períodos sob estudo possuíam em comum o fato de pertencerem à nova geração de lideranças que estavam surgindo na cena política do Estado e que tinham suas trajetórias vinculadas aos movimentos contrários ao regime militar.

No primeiro período estudado, ocupou o Executivo Municipal um médico, militante do Partido dos Trabalhadores e professor universitário que emergiu no cenário político capixaba no final dos anos setenta, no contexto de emergência dos movimentos populares e sindicais. Foi eleito, em 1986, Deputado Federal Constituinte, exercendo o mandato de 1987 a 1988. Em 1988, foi eleito prefeito de Vitória, onde realizou uma gestão marcada por uma forte atuação nos setores sociais, educação, saúde, cultura e saneamento, obtendo, com isso, altos índices de aprovação e popularidade. O prefeito que o sucedeu iniciou sua trajetória política no movimento estudantil que em 1982 deu

ar, tendo sido eleito por dois mandatos sucessivos como deputado estadual e, posteriormente, eleito prefeito de Vitória para o período de 1993 a 1996 e senador em 1998. Para os dois períodos subsequentes foi eleito e reeleito também um prefeito pertencente a essa nova geração, apesar de possuir uma trajetória distinta em relação aos dois antecessores, vinculada ao exercício de diversos cargos no âmbito do governo federal e estadual, e que tinha vasta experiência em planejamento estratégico. Em 1996 disputou pela primeira vez um cargo eletivo, sendo eleito com grande margem de votos em relação ao segundo mais votado.

Embora esses três prefeitos tivessem distintas orientações e vínculos partidários e tenham imprimido em suas gestões marcas diferenciadas em termos de definição dos caminhos a percorrer e às prioridades para a gestão da cidade, as forças políticas que deram sustentação a esses governos possuíam grandes afinidades em seus projetos políticos. Esses prefeitos atuaram no sentido de qualificar a gestão pública agregando técnicos qualificados nos órgãos municipais, o que no decorrer do tempo foi constituindo efeitos altamente positivos e que resultaram em maiores ganhos para a população.

A cidade de Vitória historicamente concentrou a maior parte dos recursos de saúde mais complexas, assim como a produção e difusão do conhecimento por meio de diversas experiências temáticas exitosas. Estas condições, aliadas ao fato de ser capital e, por isso mesmo, repercutir com maior intensidade as lutas políticas e reivindicações dos gestores da saúde e da população, que permearam os anos 80 e 90, deixaram como legado um diferencial em termos de politização das forças sociais e políticas constituídas em seu território.

4.1.5 PROJETOS POLÍTICOS EM CONFLITO: a transição do modelo conservador para o modelo SUS

O SUS é uma das políticas sociais brasileiras, pública, que é perpassado por diversas diretrizes, princípios éticos e doutrinários e também organizativos-operacionais e por

Elementos essenciais para a viabilidade da formulação e coordenação dessa política.

Levando em conta essas diretrizes e princípios, a CF impulsionou e formalizou um processo de descentralização no setor da saúde pública, que ampliou a autonomia política, administrativa e financeira dos municípios, bem como suas competências e responsabilidades, pois foram elevados à condição de entes federativos autônomos. A partir de então os sistemas locais vêm passando por muitas transformações no que tange às suas responsabilidades frente à população e aos demais entes gestores. Isto implica novos desafios institucionais e ação política, para uma atuação governamental mais democrática e mais próxima do cidadão. Para tanto, a convergência dos desafios com a intensificação da democracia vem abrindo caminhos para a instauração de novas institucionalidades, que em muitos casos vêm definindo as ações entre o Estado e a sociedade (PIRES, 2004). Essas novas institucionalidades surgem a partir da capacidade criativa dos sistemas locais em enfrentar antigos e novos problemas, postos pela dinâmica do processo saúde-doença, apontando soluções criativas e inovadoras. Essas soluções, na maioria das vezes, assumem o formato de novas políticas públicas³⁶ de saúde, que vêm promovendo novos padrões de comportamento dos governantes da saúde e da sociedade como um todo.

Essas inovações nas políticas públicas de saúde têm sido caracterizadas pelo surgimento de novas áreas de atuação, novas formas de concepção das políticas e novas formas de gestão e processos de trabalho. A institucionalização e a implementação dessas políticas incorporam essas novidades ao conjunto de processo e procedimentos no cotidiano dos serviços, que podem ser facilmente aceitas ou provocar resistências individuais ou pelo conjunto de atores sociais, em defesa de seus interesses. Se aceitas, essas inovações provocam novos desenhos e arranjos institucionais; se rejeitadas, podem provocar tensões de diversas naturezas. Essas tensões têm origem naqueles sujeitos ou grupos de interesse que preferem continuar no mesmo lugar onde já estão adaptados às regras do jogo vigente, a modificá-las, ou seja, preferem reforçar o curso iniciado. Decorre daí a relevância do conceito de *path*

³⁶ Políticas públicas para efeito deste estudo devem ser entendidas como um conjunto de ações estrategicamente selecionadas para implementação das decisões tomadas.

de estreitamento conceitual do conjunto de opções disponíveis para esses atores.

O que se pretende neste estudo é verificar essas inovações mais relevantes, mas também as inflexões igualmente relevantes e as consequências, em ambos os cenários, que provocaram nas instituições a partir da análise do processo de implementação, bem como da mudança institucional que produziram, à luz da teoria neoinstitucionalista, que busca mostrar que a organização da vida política e da sociedade ocorre através das instituições, que são, conforme já mencionado, as regras do jogo.

Segundo Levi (1991), “a mudança institucional implica em redistribuição do poder e é fruto do abandono do comportamento de submissão por parte de pessoas ou grupos a arranjos institucionais vigentes”.

A partir de todas essas abordagens, uma noção que perpassará toda esta análise é a de mudança institucional ocorrida no município, pressupondo-se ter havido um processo gradual e contínuo por meio do qual as instituições evoluíram e sofreram modificações, ou seja, as novas regras e procedimentos que surgiram e substituíram os arranjos institucionais anteriores, mas também aquelas ou que não se efetivaram por resistências ao processo ou seguiram um curso diferente do esperado pelos tomadores de decisão. Portanto, será verificado que fatos ou em que momentos as novas instituições tomaram o lugar das anteriores, que eram consideradas estáveis, e quais os efeitos que provocaram estas mudanças na SEMUS e na sociedade, bem como que rumos tomaram as decisões que foram total ou parcialmente vetadas na organização pelos diferentes atores sociais.

Para as reflexões sobre a mudança institucional, buscou-se identificar no material empírico os momentos de inflexão e suas consequências, os momentos de avanços e seus reflexos nas instituições que perpassaram e estão presentes na SEMUS, suas relações endógenas e exógenas no município e como se deu esse processo que provocou novas institucionalidades, enquanto novas especificidades na dimensão institucional e organizacional da Secretaria. Porém, a mudança institucional implica, necessariamente, o reconhecimento dessas instituições enquanto um conjunto de relações subjacentes, pois a mudança ocorre a partir de rupturas, da quebra de

organizações e suas instituições. Este olhar sobre as instituições remete aos conceitos de Labra (1999, p. 139), que afirma que,

[...] as instituições “estruturam situações políticas deixando sua marca própria nos resultados políticos e que os atores, ou os grupos de interesse, conhecem o impacto fundamental das instituições e isso, por sua vez, explicaria as árduas batalhas e disputas em torno delas.

Por sua vez a mudança de paradigma é um processo impulsionado por fatores sociais e quase nunca por fatores estritamente científicos. A mudança é resultante dos embates dos interesses em jogo e expressam a autoridade sobre as políticas governamentais. A mudança de um paradigma é precedida necessariamente de mudanças na esfera de poder e suas institucionalidades.

A análise institucional explicita a importância das instituições na compreensão do comportamento dos atores sociais e na produção dos resultados das políticas, pois a elas incumbe definir e garantir as já citadas regras do jogo. Ademais, os diferentes atores agem não somente defendendo seus interesses pessoais, mas também são diretamente afetados pelo cenário institucional no qual estão inseridos. Então, o modo pelo qual as instituições histórica e socialmente construídas afetam as estratégias, as metas dos atores, a distribuição do poder entre eles e os resultados em termos das decisões políticas, levou ao exame dessas institucionalidades na SEMUS.

A partir deste macro contexto, no qual a política de saúde se insere, é possível perceber a relação entre esta política, seus arranjos institucionais e organizacionais e a mudança institucional.

O município, conforme já mencionado, nesses vinte anos, esteve sob a direção de dois partidos políticos, o PT e o PSDB, cada um com seus projetos políticos, que foram estruturados por escolhas e expressas nas ações desses atores em todas as áreas da administração pública, e com a saúde também ocorreu o mesmo. Identificou-se no período projetos políticos diferenciados para a atenção à saúde; entretanto, todos eles tinham um ponto convergente: promover mudanças no modelo hegemônico que representava o conservadorismo de ação verticalizante. Para tanto, o conjunto dessas novas práticas provocava disputas entre os distintos projetos — o conservador e o inovador — o que levou a saúde municipal a um notável cenário de experimentação e criatividade tecno-política.

ências, pode-se constatar que, afinado com um projeto político conservador, o modelo³⁷ de atenção médico-assistencial-privatista estava hegemonicamente instituído até o ano de 1988, quando houve a promulgação da CF. Como consequência, intrínseca a este modelo, o setor da saúde pública se organizava e executava suas ações centradas nos indivíduos, na doença, no saber e na prática médico-curativa, no modelo clínico [médico-individual] e nas tecnologias médicas. Estava igualmente estabelecido o valor central que se dava aos hospitais, aos especialistas e às especialidades, e que estas eram mais valorizadas que a APS. O padrão de organização da prática médica era orientado pela lucratividade e pela capitalização da medicina. Portanto, imperava o privilegiamento de interesses exógenos à SEMUS, em detrimento dos interesses dos usuários, bem como uma forte desresponsabilização dos tomadores de decisão por esses usuários.

Este modelo hegemônico estava firmemente estabelecido há séculos, inspirado no modelo americano, e a forma como estava sendo desenhado no Brasil [ver item 2.2.1] foi reforçado em 1975 com a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, com forte preferência de destinação de recursos do Governo Federal para o Ministério da Previdência e Assistência Social. Portanto, modificar ou mesmo substituir este modelo por outro afinado com as diretrizes e princípios do SUS — a Saúde Coletiva com suas diferentes vertentes — era um desafio sem precedentes.

A produção teórico-crítica da saúde coletiva se contrapunha frontalmente ao modelo médico-assistencial-privatista, em duas direções: uma sob a influência das ciências sociais, que contemplava o direito à saúde, cidadania, universalidade, equidade e democracia; a outra com influência do movimento preventivista, que preconizava: regionalização, hierarquização, atendimento integral, participação comunitária e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (ALVARENGA, 2005, p.14).

As resistências a estas inovações — um novo projeto político — como é sabido,

³⁷ Para efeito deste estudo e para possibilitar uma maior conexão entre os elos do passado com o momento presente, optou-se por adotar as terminologias: modelo de gestão; modelo de atenção enquanto forma de se prestar atenção finalística aos cidadãos; e modelo de organização aos arranjos institucionais capazes de promover a atenção à saúde desses cidadãos. Em alguns momentos nesta dissertação, a junção destes últimos modelos é denominada de modelos tecno-assistenciais.

ação médica, que trabalhava de forma conjunta entre as organizações que os representavam para utilizar a força de seu conhecimento e da sua presença na sociedade, culturalmente reconhecida por esta, fortemente amparada pela indústria de medicamentos e de equipamentos assistenciais, para a manutenção do modelo, pois temiam pela perda do poder de defender seus interesses capitalistas junto ao setor público, uma vez que o foco da saúde coletiva era a saúde e não mais se restringia à doença, a promoção da saúde e prevenção de doenças e não apenas as ações assistenciais clínicas. Tanto é verdade, que a força dessa comunidade do conhecimento consegue, ainda, nos dias atuais, fazer com que persistam no interior dos novos modelos seu conceito e práticas flexnerianas, utilizando seus conhecimentos como recursos nesse jogo de tomada de decisões. Estas resistências remetem ao conceito de *path dependency* como um elemento explicativo da não inovação ou da inovação parcial nas instituições.

No que tange à saúde coletiva, foi possível identificar diferentes dimensões e arranjos organizacionais — modelos organizativos — no período em estudo, que se diferenciavam na abrangência das variáveis envolvidas na construção do modelo, que, segundo Alvarenga (2005, p. 5), eram: “a concepção do problema; a estratégia de intervenção a ser utilizada; a base tecnológica de suporte do modelo; e os saberes, os trabalhadores, as instituições, os interesses dos grupos envolvidos”. Essas diferentes dimensões identificadas são: o esquadramento do município em Regiões de Saúde, em 1991, na lógica de distritos sanitários, ainda que não tenham sido assim denominadas³⁸; a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS),³⁹ a partir de 1993; as práticas da Vigilância da Saúde⁴⁰, que tiveram início em 1993-1994, preconizada

³⁸ Os Distritos Sanitários funcionavam como unidades operativas, de base territorial, onde eram agregados equipamentos de saúde capazes de resolver a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde e era proporcionada à população a referência para outros níveis de complexidade tecnológica (ALVARENGA, 2005, p. 15).

³⁹ SILOS são conceituados como um modelo de atenção à saúde que contemplam o conhecimento da realidade local e a participação popular. Tinham como princípios: a participação da população; a descentralização; a democratização; a territorialização; a intersectorialidade; e a prática da Vigilância em Saúde. A proposta dos SILOS partia do pressuposto da subdivisão do município e/ou de uma dada região em áreas menores, segundo critérios geográficos, demográficos e sociais, a que se denominou de territorialização em saúde, com a finalidade de se constituir distritos sanitários. Suas finalidades eram: garantir à população de cada território atendimento através de agendamento prévio e redimensionar a oferta dos serviços de cada área/território (UNGLERT, 1995).

⁴⁰ As práticas da Vigilância da Saúde perpassam todos os desenhos organizativos de saúde coletiva, pois a partir dos territórios delimitados adscvem clientela, descortinam os problemas de saúde, estimulam o planejamento local e a intersectorialidade para as necessárias intervenções.

na de Saúde (OPAS); os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS)⁴¹, no início da década de 2000; o Programa Saúde da Família⁴², que teve sua implantação iniciada nos primeiros meses do ano de 1998, e, mais recentemente, a proposta do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas (LAPA-UNICAMP), denominado Cidade Saudável⁴³ e Em Defesa da Vida⁴⁴.

Há registros que afirmam que o primeiro programa implantado em Vitória sob a concepção dos SILOS — Programa Saúde da Criança — não logrou êxito, porque “apesar de bem aceito pelos pediatras da Área de São Pedro, o programa não se consolidou em toda a rede de assistência do município, onde as gerências das unidades impossibilitavam o avanço na construção do novo” (ibidem, p. 28). Isto denota uma resistência ao processo de inovação [veto indireto] por um grupo de interesses com forte penetração no sistema, por se configurarem em atores com vínculos de poder na hierarquia burocrática da SEMUS e de confiança do gestor.

⁴¹ Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde podem ser definidos como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população. A instituição do Sistema Integrado de Serviços de Saúde implica mudanças profundas na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão da atenção curativa e reabilitadora à promoção da saúde e à prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para os de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para a atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e ambulatorial para a atenção domiciliar; da intuição clínica para a evidência; da liberdade clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para a atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado (MENDES, 2001).

⁴² O Programa Saúde da Família foi outra experiência local de importância no Brasil, que teve origem no início da década de 90 no Nordeste do país por meio dos ACS. Em 1992, na cidade de Niterói (RJ), foi implantado seu precursor, como Programa Médico de Família, destacando-se como um modelo mais adequado à Reforma Sanitária, que teve sua ideologia na concepção cubana e depois veio a sofrer influência dos mais diversos similares de APS existentes no mundo. Suas diretrizes operacionais são: caráter substitutivo das práticas tradicionais, integralidade da assistência, programação e planejamento locais descentralizados; e territorialização/adscrição de clientela (ALVARENGA, p.19-21).

⁴³ No enfoque das Cidades Saudáveis, a intersectorialidade para a promoção da saúde é garantida, por meio de um potente processo de planejamento urbano. As principais experiências exitosas desse modelo de saúde coletiva são: Curitiba (PR), Pau da Lima (BA) e Campinas (SP), (ibidem, p.17).

⁴⁴ Em Defesa da Vida é um modelo tecno-assistencial em saúde que tem como princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa individual e coletiva. É uma concepção da epidemiologia social latino-americana, mas valoriza a subjetividade no processo de adoecimento, os interesses da demanda dos serviços e a equipe de saúde para que, a partir destes três aspectos, se tenha uma ampla capacidade de perceber a demanda e oferecer serviços adequados (ALVARENGA, 2002).

ações/estratégias para as pretendidas mudanças e reorganização das práticas em saúde: Programações Locais por território de saúde; Comissões e Conselhos Locais de Saúde em cada um dos territórios, num claro estímulo à participação social e à co-gestão; as Estratégias Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal Coletiva.⁴⁵

No período sob análise, os dados e informações levantados apontam a clara vocação do município para a AB; portanto, os arranjos organizacionais na SEMUS estavam essencialmente voltados para este nível de atenção, uma vez que o município era gestor apenas da AB e que toda e qualquer outra necessidade especializada não era de sua responsabilidade sanitária, e sim da SESA. Também era um paradigma que as ações de saúde fossem organizadas e dirigidas a grupos específicos da população, por patologias específicas, e não por ciclos de vida como ocorre atualmente no município.

A partir de 1990 estas instituições começaram a se deslocar do seu lugar de conforto e estabilidade, quando houve a regulamentação dos artigos da CF pelas LOS, uma vez que a responsabilidade pelo cidadão foi clarificada e não mais se restringia à AB, mas sim à atenção integral.

Já na primeira administração pós-criação do SUS, esses arranjos institucionais e organizacionais começaram a ser questionados, o que gerou conflitos de diversas naturezas: político-partidárias, pois estava na direção do Executivo Municipal o PT, com seus matizes ideológicos, que nunca havia dirigido a cidade; político-ideológicas em relação aos conceitos de saúde pública, saúde coletiva e doença; com os trabalhadores da saúde e seus respectivos sindicatos, uma vez que a relação patrão-empregado começava a se modificar; com as demais políticas públicas, pois o setor saúde começava a se empenhar na conformação de arranjos intersetoriais e interdisciplinares como fundamento primário da integralidade, bem como a estreita integração entre as ações preventivas e curativas.

⁴⁵Cabe aqui explicar que estratégia saúde da família significa que, apesar de toda a rede não estar coberta pelo Programa Saúde da Família, toda a sua organização se dá inspirada nos princípios da SF, ou seja, o que é organizado e disponibilizado à população em um território coberto pela SF também o é para aqueles que ainda estão sob a vigência do modelo antigo. Outra diferenciação foi feita pelo MS ao se adotar a terminologia “estratégia”, para não se igualar a SF aos clássicos programas de saúde.

) afirma que,

[...] quando a iniciativa de integração parte apenas de um dos setores, as ações conjuntas ou são inviabilizadas, ou têm seus resultados muito aquém das necessidades dos cidadãos. E o setor saúde tende muitas vezes a almejar ser o protagonista exclusivo deste movimento, submetendo inadvertidamente as demais políticas públicas à sua condução, tratando-as como apoio às suas iniciativas próprias (MAGALHÃES, 2006).

É provável que a iniciativa da SEMUS tenha provocado algum estranhamento nas demais Secretarias Municipais. Para tanto, era preciso uma articulação entre os vários setores do Município e da sociedade para a formulação e execução de políticas públicas integralizantes, o que não era compreendido pelas demais secretarias, nem mesmo pelas ditas secretarias das áreas sociais.

Em relação ao modelo organizativo, estava instituído o modelo clássico, segmentado em saúde pública e privada [rede complementar], e fragmentado em três níveis de atenção: atenção básica, secundária e terciária, que, por sua vez, não se intercomunicavam, ou seja, cada serviço era uma ilha, ainda que algumas de excelência, melhor dizendo, não havia o desenho de redes que possibilitassem a integração entre os diferentes pontos de atenção e a interlocução entre os profissionais responsáveis pelo cuidado aos usuários. Esse modelo clássico preconizava a atenção às doenças e aos danos, perpassando a atenção básica por meio das três clínicas básicas [clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria] e atenção especializada assistemática; portanto, não havia o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e assistência. A inserção das práticas do vigiar a saúde, por meio da municipalização das ações coletivas desenvolvidas pela Vigilância Sanitária e Epidemiológica, em 1991, começou a instituir uma nova forma de relação com as doenças imunopreveníveis, as doenças reemergentes, as doenças veiculadas pela comercialização e consumo de bens e serviços de saúde e/ou de interesse à saúde, mas as que mais provocaram impacto e resistências foram as ações de promoção, com as quais os trabalhadores da saúde não estavam habituados a lidar nem mesmo tinham conhecimento e ferramentas suficientes para seu desenvolvimento.

Certamente a substituição, ainda que gradual, desse modelo clássico, que defende a manutenção das diferentes disciplinas médicas, pelo modelo generalista, que preconiza o olhar de um médico generalista para o cidadão como um ser total, e não como fragmentos, órgãos, sistemas e tecidos, também criou resistências nos usuários, pois

ês médicos diferentes e passarem a ser atendidos por apenas um representava, a seus olhos, perdas assistenciais. É fato que este foi o maior enfrentamento que se teve entre a gestão da saúde no município e a sociedade quando da implantação do Programa Saúde da Família, em 1998.

Por outro lado, antes da CF de 1988, a gestão da saúde pública tinha contornos de projetos autoritários. Melhor dizendo, caracterizava-se pelo verticalismo e por tomadas de decisões de forma isolada. A partir da gestão da SEMUS de 1989-1992, e também do município, este cenário começou a se transformar, com a firme decisão de mudança deste modelo de gestão para instituir o modelo de gestão democrático-participativo, com o compromisso de construção coletiva das políticas públicas na cidade e com clara decisão pela inclusão do cidadão na formulação dessa política. Surgia, portanto, no cenário municipal um modelo desejável de organização política preconizado pelo SUS. Nesse período foi legalmente constituído o Conselho de Saúde que, mesmo pouco politizado, começava a se manifestar e a reivindicar seus direitos, participando efetivamente das decisões e exercendo seu papel primordial de controle social. Pode-se afirmar, sem receio de erro, que o gestor à época não só compartilhava esse desejo social, bem como o estimulava, capacitando o CMS para o exercício desse compartilhamento do poder decisório. Isto decorria não apenas do desejo de fazer cumprir a exigência constitucional, mas da clareza do grupo político que ocupava o Executivo Municipal — do Partido dos Trabalhadores — na relação com a sociedade, e que, portanto, defendia que a democracia participativa seria a melhor forma de legitimar as políticas temáticas necessárias para o desenvolvimento sócio-político da Cidade. Nesse sentido, a gestão da saúde entendia que, quanto mais qualificado o Controle Social, mais qualificadas seriam as ações e os serviços de saúde que lhes seriam destinados.

Certamente os arranjos institucionais e organizacionais em uma esfera de gestão do SUS não se constituem em elementos isolados para o desenvolvimento da política pública de saúde. Então faz-se necessário apontar algumas situações que estavam no cerne da SESA, mas que tiveram e ainda têm repercussão no município. Exemplo disto é o fato de no setor da saúde o Espírito Santo ser um “estado prestador” e pouco regulador. Esta constatação encontra amparo nos documentos analisados, bem como na fala do Entrevistado 2, que fez esta afirmação com a autoridade de quem foi

de saúde, quando diz que o Espírito Santo sempre é um dos últimos da federação a se habilitar para as condições de gestão mais avançadas do sistema. Por consequência, no município também estava instituída a condição de município prestador, por sua insistência em permanecer apenas gestor da atenção básica e prestador da SESA na área da atenção especializada ambulatorial, já que o município não dispunha de nenhuma unidade própria com internação.

Ainda em relação às ações regulatórias, pode-se afirmar que o Estado, historicamente, vem mantendo relações informais com a rede de prestadores, e, nesse sentido, é sabido que em 2006 o percentual de contratualização da rede sob gestão estadual era da ordem de insignificantes 3%, estando os prestadores apenas cadastrados e/ou credenciados no SUS. Como consequência, nesse período do estudo, estava instituído, na primeira década, que o município também não era regulador do acesso, ainda que diversas atividades já se iniciassem nesse sentido. Entretanto, na segunda década, mais precisamente a partir de 1998, o município tomou a decisão de mudar este paradigma, adotando iniciativas de regulação do acesso, ainda que com baixa capacidade de respostas, em face dos constrangimentos impostos pela GPAB, como, por exemplo, a contratualização da sua rede complementar tão logo foi formalizada a gestão da AB, que nunca havia sido formalizada pela SESA. Atualmente o município pode ser considerado regulador da sua própria rede e da rede complementar, com 100% de seus prestadores contratualizados e em franco desenvolvimento da regulação do acesso, embora ainda permaneçam as limitações impostas pela condição de gestão junto ao MS e pelo gradualismo com que vem formalizando avanços na atenção especializada no TCG.

Também está evidenciado que a SESA, na área do financiamento, é pagadora e pouco financiadora, marca que também acompanhou o município ao longo da primeira década deste estudo, no fim da qual se iniciou o planejamento local que identificava as regiões, territórios, áreas e microáreas e, conseqüentemente, as populações, famílias e indivíduos que viviam em desigualdade social. Uma vez identificadas estas desigualdades, o financiamento das ações e serviços municipais eram orientados por estas condições. Iniciativas como o Projeto Terra, coordenado pelo Executivo Municipal, o Projeto Integrar, sob gestão da SEMUS e, concomitante a este, o Programa Saúde da Família investiram vultosos recursos para a diminuição dessas

maior inclusão social nos serviços ofertados pela SEMUS.

Esta reflexão também encontra amparo nas falas dos Entrevistados 3 e 5, quando se referiram à PPI como um instrumento inercial, de cunho estritamente financeiro, que não se atualiza em função das necessidades sociais desde sua formulação em 2003.

Com esta moldura de constatações, a ideia de mudança institucional pressupõe essencialmente este processo gradual e contínuo através do qual as instituições evoluem e sofrem alterações, com substituição ou modificação dos arranjos institucionais anteriores por novas regras e procedimentos. Nesse sentido, Thelen e Steinmo (1992) afirmam que a mudança institucional altera os constrangimentos moldados pelos agentes sociais por meio de suas escolhas e do desenho institucional, e remodela os objetivos e ideias que motivam a ação política, pois exerce influência sobre a ideologia, atitudes, comportamentos e as preferências desses agentes.

Sampaio e Silva (2009, p. 252) explicitam que “a análise do desenho institucional mantém articulação com outras variáveis e, assim, não adquire um *status* ou poder explicativo de caráter unilateral”, ou seja, afirmam as autoras que, “além do desenho institucional, é preciso considerar o contexto social e político no qual se inserem as inovações introduzidas na gestão pública”.

As mesmas autoras (Thelen e Steinmo, 1992) também citam que as mudanças indesejadas poderiam ter sido evitadas por uma efetiva ação política, ou, simplesmente, que essas mudanças refletem exatamente o que os atores políticos esperavam transformar. Não interferir em seu curso reflete no presente, e até mesmo no futuro, os constrangimentos decorrentes das escolhas que as organizações ao longo da história fizeram, intencionalmente ou não, ou seja, a noção de *path dependency* estaria presente em face dos impedimentos dos avanços pretendidos pelos tomadores de decisão.

Por estas considerações, depreende-se “que as políticas públicas e suas instituições corporificam trajetórias históricas e momentos decisivos” (PIRES, 2002), que vão influenciar positiva ou negativamente a vida das organizações. Parte-se, então, do suposto que a trajetória do sistema nacional de saúde e, conseqüentemente, do

em relação à regulação do acesso e aos arranjos institucionais e organizacionais, com foco na atenção integral, trouxe reflexos no município, que também enfrentou os mesmos constrangimentos para a sua implementação. Então a questão que se colocava como fundamental em toda a análise do processo institucional era como explicar o processo pelo qual a instituição se modificou na linha do tempo deste estudo, e isto será mostrado nos itens adiante.

4.1.6 Contexto e constrangimentos para viabilizar a integralidade na assistência no momento inicial do SUS

Até a década de 80 havia um enorme distanciamento entre as ações assistenciais e as preventivas, estando as primeiras sob a gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social, e as preventivas sob gestão do Ministério da Saúde. Havia, portanto, uma dicotomia entre as ações de saúde. Mesmo após a junção dessas ações no Ministério da Saúde, o sistema de saúde permanecia fragmentado em atenção básica, secundária e terciária, e as ações assistenciais sobrepujavam as preventivas, e estas as ações promocionais da qualidade de vida às pessoas.

No momento inicial definido para este estudo, anos 88-89, a integralidade no máximo era o desejo dos militantes no movimento da reforma sanitária. Imperavam à época os programas de saúde, como resultado de ações afins voltadas para uma patologia ou uma situação momentânea na vida das pessoas. Exemplos desses programas são: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. Só aqui já se percebe a desconexão entre os dois programas. E a mulher gestante? Não perpassaria estes dois programas? Na verdade esses programas que se diziam integrais focalizavam doenças ou situações típicas de determinada faixa etária, preocupando-se mais em cura e controle do que em prevenção e promoção. Os Programas de Controle da Hipertensão Arterial e o Programa de Controle do Diabetes são exemplos de separação de patologias que têm forte vinculação entre si, tanto nas ações preventivas como nas ações de controle, daí atualmente se configurarem no Programa de Controle da Hipertensão Arterial e

programa de Atenção ao Idoso, da Saúde do Homem, por exemplo. Ou seja, além de aqueles que existiam nos serviços de saúde serem fragmentados, outros sequer eram formulados e colocados em prática. O que havia de fato eram recortes das ações de saúde do que se considera hoje como atenção integral, que eram desenvolvidas isoladamente com altos custos sociais e financeiros. Na verdade não se está aqui fazendo críticas aos recortes necessários, como, por exemplo, em situações com forte potencial epidêmico e/ou de alta letalidade. O que se coloca é que ações que poderiam ser desenvolvidas de forma integrada eram fragmentadas para um mesmo ciclo de vida, criança, por exemplo, para as quais havia programas e ações dirigidas para Infecções Respiratórias Agudas (IRA), o Programa de Imunização, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa de Monitoramento das Doenças Diarréias Agudas, Programa para Redução da Mortalidade Infantil, etc. Outro exemplo, por gênero, era o da saúde da mulher, que dispunha minimamente dos Programas de Climatério, Planejamento familiar, Programa da Mulher Gestante, Programa de Prevenção e Cura do Câncer de Colo de Útero, Programa de Controle e Prevenção do Câncer de Mama. Neste caso de programa por gênero, como seriam atendidas as mulheres adolescentes?

Percebe-se, de forma cristalina, que o sistema de saúde era excludente, ou seja, para aqueles usuários que não se enquadravam em nenhum dos programas existentes não havia atenção à saúde garantida.

Esses velhos programas do Ministério da Saúde aos poucos foram sendo reescritos na trajetória do SUS, a duras penas, com o objetivo de promover a integração dessas ações e se configurarem num olhar único quando do contato com o usuário.

Outra situação que merece destaque é que, apesar de ter havido uma explosão incremental no número de estabelecimentos de saúde na década de 80, como apontado no item 5.2 e no APÊNDICE E desta dissertação, isto não refletiu em maior integralidade na atenção, pois, na verdade, estes novos serviços de saúde reproduziam e reforçavam a fragmentação, desenvolvendo apenas intervenções específicas assistenciais, além do que apresentavam resolutividade insuficiente, horário de funcionamento restritivo ao acesso, vazios assistenciais no interior dos estados e dos municípios com grandes extensões territoriais. Tudo isto era agravado pela falta de



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

dos gestores de cada esfera de governo, além, obviamente, do subfinanciamento sempre presente quando se debatia questões ligadas à disponibilidade de tecnologias biomédicas.

Naquele momento a integralidade não se dava nem na dimensão constitutiva de uma rede de serviços que pudesse proporcionar um aparato de cuidados integrais ao usuário nos vários patamares tecnológicos assistenciais existentes, nem na dimensão da saúde coletiva e suas tecnologias sanitárias, que envolvem o cidadão produtor de saúde, o saber sanitarista e interdisciplinar, as ações preventivas de doenças e promocionais de saúde, includente e operando sobre problemas e grupos populacionais prioritários. A indisponibilidade de recursos tecnológicos para a continuidade da atenção era um grande entrave à atenção integral.

MUNICÍPIO DE VITÓRIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Conforme foi ressaltado no item 1.2, o município de Vitória foi tomado como referente empírico para a realização do presente estudo. Em termos de localização espacial o município faz parte da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que, ao lado de mais seis municípios: Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari, compõe a metrópole. O Mapa 2 mostra a RMGV e sua área de influência para os serviços de saúde de Vitória.

Silva e Nascimento (2006), ao analisarem o processo de urbanização alcançado pela RMGV na década de 1990, assim se expressaram em relação ao crescimento sócioeconômico e populacional dos municípios:

A partir dos anos 90 a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) passou a se constituir em um espaço urbano que não apenas abriga o maior contingente populacional do Estado, bem como não se restringe a ser um mero receptáculo de migrações decorrentes de alterações da estrutura sócio-econômica, mas que se apresenta, sobretudo, como uma região detentora de atributos necessários à realização de atividades de produção e consumo que ampliam suas potencialidades de gerar os meios necessários à gestão e distribuição coletiva de serviços e mercadorias (SILVA e NASCIMENTO, 2006).

Esta referência mostra a importância política e sócioeconômica da RMGV, no contexto estadual, uma vez que no âmbito de seu território estão concentradas diversas organizações governamentais e privadas e um variado leque de atividades de comércio de bens e serviços, o que demonstra suas potencialidades, com forte presença na economia estadual e seus vínculos e inter-relações com os mercados externos.

As transformações ocorridas na economia e na sociedade capixaba, nas últimas décadas do Século XX, levaram a RMGV, e a cidade de Vitória, a apresentar, no início do Século XXI, relevantes níveis de concentração populacional, renda, produção e consumo, caracterizando-se como polo atrativo para o consumo de: educação formal, cultura, lazer, bens e serviços, e também dos serviços de saúde, privados e públicos. Ainda, segundo as referi das autoras,

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Mapa 2. Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV

Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves – ES (2008).

stendeu sua proeminência para além de seus próprios limites, influenciando políticas governamentais nas áreas econômica e social, conquistando importância cada vez mais significativa frente à economia nacional e internacional (SILVA e NASCIMENTO, 2006).

Este processo de mudanças e crescimento populacional se verificou a partir de um modelo de crescimento econômico excludente e elitista, como de resto ocorreu em todo o país, o que produziu intensas desigualdades sociais que se expressaram de diferentes formas na territorialidade dos municípios da RMGV. O crescimento acelerado foi acompanhado pelo empobrecimento da população e concomitante ocupação desordenada e desigual dos espaços urbanos (SILVA e NASCIMENTO, 2006). Estas desigualdades também repercutiram no setor saúde, gerando iniquidades de duas naturezas: de acesso da população aos serviços de saúde e de utilização desses serviços.

Na tentativa de diminuir estas desigualdades sociais e promover maior inclusão social, a partir de um conceito ampliado de saúde, os governos, embora tenham investido recursos no sentido de ofertar moradias e infraestrutura urbana, por meio da implantação de conjuntos habitacionais nos municípios que compõem a RMGV, ficaram muito aquém da de manda exponencial criada a partir dos anos 70. A Tabela 1 mostra a distribuição da população da RMGV, de Vitória e do Estado ao longo do período de 1970 a 2009.

Tabela 1 – Crescimento populacional: municípios da RMGV e Espírito Santo. Período 1970 a 2009

Municípios	População - Ano				
	1970	1980	1990	2000	2009
Fundão	8.170	9.215	10.204	13.009	16.429
Guarapari	24.105	33.500	61.719	88.400	104.532
Viana	10.529	23.440	43.866	53.452	60.823
Cariacica	101.422	189.099	274.532	324.285	365.860
Serra	17.286	82.568	222.158	321.181	404.689
Vila Velha	123.742	203.401	265.586	345.965	413.547
Vitória	133.019	207.736	258.777	292.304	320.153
Total RMGV	418.273	718.959	1.136.842	1.438.596	1.686.033
Espírito Santo	1.599.324	2.023.338	2.600.618	3.097.232	3.464.280

nte, 1.686.033 pessoas, conforme demonstra a Tabela 1, o que representa 48,35% da população total do Estado. Dada a centralidade do município e o fato de aproximadamente 60% dos serviços de alta complexidade da rede estadual estarem nele situados, a grande maioria da população da RMGV recorre aos seus serviços pela proximidade e acesso facilitados geograficamente. Com isso, a população de Vitória [aproximadamente 320.153 habitantes, que corresponde a 9,2% do total do Estado] encontra mais dificuldades para esse acesso, na medida em que compete com todo o contingente da RMGV e também do Estado.

Relativamente à evolução da organização do sistema de saúde municipal, há vinte anos, portanto imediatamente após a promulgação da CF e a constitucionalização do SUS, Vitória vem contando com boas e sucessivas gestões na saúde pública, tendo sido, portanto, reconhecida e premiada pelo MS em 2004, como um dos municípios do Brasil com melhor qualidade na atenção primária.

Apesar de Vitória estar, ao longo da última década, habilitada para a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), em conformidade com a NOB/SUS-96 e a NOAS/SUS-02, sua prestação de serviços de saúde à sociedade nunca se restringiu à atenção básica. Em função disto, encontra-se desde janeiro de 2008 com o TCG do Pacto pela Saúde formalizado, assumindo a gestão de parte da média complexidade ambulatorial, não sendo, ainda, a gestora plena de toda a rede de prestadores de serviços localizados no território municipal.

Dessa forma, o município dispõe de vinte e oito unidades básicas de saúde, das quais cinco são unidades que atuam segundo o modelo convencional de atenção à saúde, três com a EACS e vinte são unidades com a ESF implantada, estas últimas cobrindo 77% da população, 64% com a EACS e 31% com a Estratégia de Saúde Bucal na ESF⁴⁶. A rede básica municipal de serviços é complementada por duas Unidades de Pronto-Atendimentos (PA), que atendem às urgências básicas.

A rede de serviços assistenciais própria é composta, além das unidades básicas, por: um laboratório de análises clínicas com vinte e seis postos de coleta descentralizados para a coleta de material biológico, um laboratório de manipulação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e diferentes centros de referência especializados: para

⁴⁶ Relatório extraído do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do DATASUS referente ao mês de Junho de 2009.

ção física, contando com nove módulos de Serviços de Orientação ao Exercício Físico (SOE); especialidades odontológicas; saúde mental; prevenção e tratamento aos toxicômanos; Centro de Testagem e Aconselhamento para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV); centro de especialidades para consultas e exames especializados, dentre outros. A rede se completa com um Centro de Controle de Zoonoses.

O APÊNDICE E mostra, detalhadamente, os dados, informações e indicadores que melhor caracterizam o perfil da rede assistencial no território municipal de Vitória, os indicadores epidemiológicos selecionados, bem como alguns dados sócio-econômicos. Os Quadros 1 ao 6, adiante, apresentam um consolidado desses dados, informações e dos indicadores selecionados.

Esta caracterização da rede de serviços assistenciais demonstra que há um cenário favorável, sob o ponto de vista das estruturas assistenciais, para que a integralidade na assistência clínica individual se efetive.

5.2 20 ANOS DE SUS: dados, informações e indicadores

Para apoiar a análise deste estudo, foram utilizados alguns dados e indicadores, principalmente de estrutura organizacional e assistencial, que visam demonstrar a evolução das condições de saúde pública no município de Vitória e evidenciar como a integralidade na assistência clínica está sendo ampliada, na linha do tempo deste estudo. Muitos desses indicadores foram construídos a partir dos dados e informações coletados nos documentos analisados e nos bancos de dados oficiais.

Os indicadores aqui apresentados são de ordem mais geral, com a finalidade de mostrar um cenário mais amplo da saúde no município. Dentre eles, alguns foram selecionados, pois são inerentes ao objeto deste estudo, ou seja, indicadores assistenciais e de cobertura populacional. Esses indicadores são de duas naturezas:

permitted a judgment of value over the evolution of the municipal health system, its actions and services⁴⁸, in which, primarily, the integral attention and, for that, are listed the relevant elements for the emission of this judgment of value.

It is worth highlighting that it was not possible to give the same treatment to all indicators relative to the historical series, since the official data banks and the information collected in the official documents do not keep the same period delimited in this study [1988 to 2008]. These historical series can be observed in light of their evolution in absolute numbers in Tables 2 to 6, as well as in APPENDIX E.

It is highlighted that, for several selected indicators, there was a significant increase, shown by the historical series that they represent; for many of them, however, one observes a large oscillation, varying, now for more, now for less, comparatively, between the years of the historical series. It is not intended here to make a circumstantial analysis, nor even an interpretation of the causalities of the advances or constraints of these actions represented by their respective indicators, but simply to show their evolution, involuement or their oscillations that can be compromised by integral attention. The data, information and indicators presented were organized by the author and extracted from the sources described in the methodology [item 1.2].

Considering the nature of the sources, the indicators were grouped keeping a certain homogeneity in the periodicity. In the impossibility of having a complete historical series in the twenty years under study, it was chosen, when possible, for the following periodicities in the historical series: period understood between 1988 and 2008, period understood between 1998 and 2008; 2004 and 2008. There are also indicators relative to the year 2008, which demonstrate the current situation.

⁴⁷A search for references in the literature that could lead to the measurement of integrality in its objective dimension led to a work by COSTA, C. M.; POLIGNANO, M. V. Integralidade da Saúde no Programa Saúde da Família: proposta de um indicador. 2008.

⁴⁸Works with the concept of health service as a provider of care to individual and collective. Part of the classic classification of these establishments by the Ministry of Health, according to levels, in basic, specialized of medium and high complexity, ambulatory and hospital, of secondary and tertiary level.

um consolidado dos dados e informações, organizados pela autora deste estudo, em forma de indicadores, que foram construídos ou selecionados [dos diferentes documentos analisados] nos períodos citados, com uma breve análise da situação da oferta dos serviços em Vitória, apenas para contextualizar as facilidades ou as dificuldades no acesso da população residente aos serviços localizados no âmbito do território municipal.

Portanto, o objetivo deste texto é caracterizar a rede de serviços de saúde de Vitória, por tipo de unidades, bem como a sua distribuição, que evidencia as potencialidades para se prover atenção integral aos cidadãos de Vitória.

O Quadro 1 mostra a evolução do número de serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar nos vinte anos sob estudo, apresentando uma importante evolução, ainda que para alguns serviços não se tenha tido acesso às informações.

A grande maioria desses estabelecimentos presta Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), são caracterizados como estabelecimentos de saúde onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação do diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação de doentes, incluindo laboratórios, policlínicas, clínicas radiológicas, hospitais especializados e centros de referência especializados (CRE).

Nos últimos 20 anos ocorreu no Brasil um expressivo crescimento do número de estabelecimentos de saúde, sendo que as unidades públicas de saúde passaram a representar a grande maioria desses serviços. A participação dos municípios nesse crescimento foi relevante em função da municipalização das ações de saúde a par tir de 1993, com a edição da NOB/SUS 93.

A maior parte desses estabelecimentos de saúde, tinha, de certa forma, algum vínculo com o SUS. No Espírito Santo, seguindo a tendência nacional, há evidências mostradas no PDR-ES (SESA, 2003) de que existem desigualdades regionais de oferta de serviços. A distribuição dos serviços de saúde responde a uma organização espacial conforme redes urbanas hierárquicas, com prevalência desses serviços nas capitais.

Vitória vem atendendo, de forma também desigual, à demanda por serviços de saúde, em função de a oferta de serviços especializados ainda não estar em articulados em

**Indicadores de saúde do município de Vitória,
selecionados comparativamente nos anos de 1988, 1998 e 2008.**

Indicadores	1988	1998	2008
	nº.	nº.	nº.
Número populacional de residentes no município	244.939	269.136	317.817
Número de unidades básicas de saúde existentes	25	28	28
Número de hospitais existentes	11	11	09
Número de leitos hospitalares existentes	SI	SI	2109
Número de leitos hospitalares contratualizados com o SUS	SI	1105	1401
Número de clínicas especializadas	15	25	209
Número de policlínicas	0	14	11
Número de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	SI	49	75
Número de laboratórios de análises clínicas cito-histo e anatomopatológicas	12	19	22
Número de centros de referência especializados	2	08	10
Número de serviços de odontologia existentes	SI	37	36

SI – Sem Informação

Fonte: Dados e informações organizados pela autora.

Tabela 2 - Serviços de saúde especializados existentes na rede própria do município de Vitória - Período 1991-2009.

Documento Analisado	Período de Vigência	Centros de Referência Municipais											
		CPRF	CCZ	CPTT	CAPS	CAPSi	DST/AIDS	CRAI	CRST	SOE	CRAD	CME	CEO
PMS	1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PMS	1991-1994	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PMS/RAG	1997-2000	-	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-
PMS/RAG	1998-2001	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim	-	-	-
PMS/RAG	2002-2005	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-
PMS/RAG	2006-2009	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	-	Sim

Varição 1991/2009 = 333,33%

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1990 a 2009 e respectivos Relatórios Anuais de Gestão.

LEGENDA:

CPRF - Centro de Promoção e Recuperação Física (inclui os Serviços de Orientação ao Exercício e Salvamento Marítimo).

CCZ - Centro de Controle de Zoonozes.

CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

DST/AIDS - Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

CRAI - Centro de Referência de Atenção ao Idoso.

CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

SOE - Serviço de Orientação ao Exercício.

CRAD - Centro de Referência aos Desnutridos.

CME - Centro Municipal de Especialidades.

Esse processo coordenado pela SESA teve início em março de 2008, bem como em função da baixa capacidade regulatória do Estado. Todavia, o município apresenta um bom grau de adequação da oferta em relação aos parâmetros de cobertura estabelecidos pela Portaria MS/GM nº. 1.101, de 12 de junho de 2002, propiciando boas condições de acesso aos serviços. Há escassez de oferta para algumas tecnologias assistenciais, como, por exemplo, para algumas consultas especializadas e exames especializados de média complexidade.

Seguindo a tendência de expansão dos serviços de saúde observada no país, em Vitória, entre 1988 e 2008, também cresceu o número de estabelecimentos de saúde,

Tabela 3 - Serviços de saúde existentes na rede própria do Município de Vitória, por período de vigência - Período 1991-2009.

Documentos Analisados	Períodos de Vigência	Serviços Ambulatoriais								
		UBS-M	UBS-E	CS-U	P. A.	LAB A.CLI.	LAB FITO	FIL	PRI	SIN
PMS	1991	20	07	04	-	01	-	03	09	08
PMS	1998-2001	25	-	-	02	01	-	02	-	03
PMS	2002-2005	-	-	-	-	-	01	-	-	-
PMS	2006-2009	28	-	-	02	01	01	03	-	-

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1990 a 2009 e respectivos Relatórios Anuais de Gestão.

Nota: A partir de 1992 as unidades de saúde pertencentes à União e ao Estado foram municipalizadas.

LEGENDA:

UBS-M – Unidade Básica de Saúde Municipal.

UBS-E – Unidade Básica de Saúde Estadual.

CS-U – Centros de Saúde da União (Ministério da Saúde).

P. A – Pronto Atendimento às Urgências Básicas.

LAB A. CLI – Laboratório de Análises Clínicas Municipal.

LAB FITO – Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos.

FIL – Filantrópico.

PRI – Privado.

SIN – Sindicatos.

passando de 67 para 202 unidades. O número de consultórios privados isolados em 2008 era da ordem de 510 unidades (MS/DATASUS, 2008). Na verdade esse aumento do número de estabelecimentos públicos, ocorrido a partir de 1993, reflete a política de

o dos serviços de saúde, com a implementação do SUS.

O número de unidades básicas evoluiu de 20, em 1991, para 28, em 2008, conforme demonstrado na Tabela 3; porém, mais do que ampliar o número de unidades, importante foi a nova concepção dessas unidades, que foram construídas de forma a propiciar conforto, humanização e resolutividade nos atendimentos.

Paralelamente, os segmentos estadual e federal deixaram de fazer a gestão de suas unidades com a municipalização, o que resultou na recomposição da esfera pública municipal, já que efetivamente ocorreu a transferência de sete serviços estaduais e quatro federais para a esfera municipal. Mas também se verificou a criação de novas unidades em resposta à demanda de atendimento à saúde no município, como consequência da política de municipalização implementada.

Houve um expressivo aumento dos pontos de atenção assistenciais denominados de Centros de Referência Especializados: de três centros de referência municipais em 1991 para dez em 2009, o que corresponde a uma taxa de crescimento superior a 333% no período, conforme mostra a Tabela 2.

Além disso, o município conta com nove hospitais e três clínicas com internação, contabilizando 2.109 leitos, dos quais 1.401 são contratualizados com o SUS; uma expressiva rede de laboratórios de análises clínicas e anatomopatológicas, unidades ambulatoriais de média complexidade, localizadas nos hospitais públicos e filantrópicos, sendo que quase a totalidade dos serviços especializados ainda se encontra sob gestão estadual.

Em relação aos leitos, conforme se pode observar, há uma grande concentração em Vitória, o que torna este cenário favorável ao acesso da população residente às internações. O total de leitos localizados em Vitória representa 56,95% em relação ao total da Região Metropolitana e 25,02% em relação ao total de leitos do Estado.

Quanto às ações e serviços básicos de saúde prestados pela rede própria da SEMUS, pode-se afirmar que, desde o início da implantação da ESF, no ano de 1998, vem ocorrendo significativa ampliação da qualidade dessas ações, o que é demonstrado pelo indicador denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

Quadro 2 – Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados comparativamente nos anos de 1998 e 2008.

Indicadores	1998		2008	
	nº.	%	nº.	%
Atenção Ambulatorial Básica:				
Número de pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família	23.653		243.262	
Número de Equipes de Saúde da Família implantadas	05		71	
Número de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde implantadas	39		324	
Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas	0		29	
Cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família		6,45		77,25
Cobertura populacional pelos Agentes Comunitários de Saúde		8,38		58,75
Cobertura Populacional pela Saúde Bucal Coletiva		0		31%
Número de procedimentos ambulatoriais básicos realizados no município	1.617.208		2.469.451	
Número de procedimentos ambulatoriais básicos realizados pela rede própria do município	984.136		2.341.232	
Número de consultas básicas realizadas no município	760.270		509.576	
Número de consultas básicas realizadas pela rede própria do município	470.387		508.978	
Número de receitas médicas dispensadas pelas farmácias da rede própria do município	346.405			
% de Tratamentos completos dispensados pelas farmácias da rede própria do município		72,67		
Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:				
Número de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no município	2.597.519		4.179.759	
Número de procedimentos ambulatoriais especializados realizados pela rede própria do município	454.619		1.019.479	
Número de consultas especializadas realizadas no município	434.691		513.985	
Número de consultas especializadas realizadas pela rede própria do município	92.208		137.878	
Número de exames de análises clínicas realizados pela rede própria do município	326.740		1.078.797	
Número de internações da população residente	14.919		16.732	
% de internações da população residente		5,5		5,2
Número de internações da população residente ocorrida em hospitais localizados em Vitória	13.084		15.241	
Número de internações da população residente ocorrida em outros municípios	1.835		1.491	
Número de internações realizadas em Vitória para a população residente e outras populações	40.674		33.951	
Número de internações para populações de outros municípios	53.758		49.192	
Produção física total de serviços ambulatoriais e hospitalares realizados em Vitória	17.970.762		56.294.090	
Produção financeira total de serviços ambulatoriais e hospitalares realizados em Vitória	28.891.793,13		222.214.158,53	

Quadro 3 - Elenco de indicadores de saúde do município de Vitória, selecionados comparativamente nos anos de 1998 e 2008.

Indicadores	2004		2008	
	nº.	%	nº.	%
Atenção Ambulatorial Básica:				
Número de Equipes de Saúde Bucal existentes no município	17		29	
Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde Bucal				31,0
Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:				
Número de exames de radiodiagnóstico realizados para a população residente	12.009		293.829	
Número de exames citoanatomopatológicos realizados para a população residente	22.326		26.326	
Número de procedimentos odontológicos especializados realizados para a população residente	37.845		100.412	

Fonte: Dados e informações organizados pela autora.

Básica (CSAA), que em 1988 era da ordem de 14 % e, em 2008, de 10%, sendo que em 2007 chegou ao valor de apenas 7% do total de internações da população própria.

Os dados contidos no Quadro 1 permitem a comparação dos indicadores em três momentos distintos: ano de 1988, ano de 1998 e o ano de 2008. Em todos estes indicadores selecionados observa-se uma variação incremental importante no intervalo de dez anos.

Por sua vez, o Quadro 2 mostra indicadores de atenção ambulatorial básica e de atenção especializada e hospitalar para os anos de 1998 e 2008, e o Quadro 3 traz alguns indicadores de cobertura, para os anos de 2004 e 2008, o que permite, em ambos os casos, comparar e avaliar o crescimento da produção desses serviços no período⁴⁹. Já os Quadros 4 e 6 apresentam outros diversos indicadores, cujos dados estão disponíveis, entre 1990 e 2008.

⁴⁹ Para os anos anteriores não foi possível localizar os dados para a construção dos respectivos indicadores.

**Indicadores de saúde do município de Vitória,
selecionados comparativamente em diferentes períodos e
Séries históricas. Período 1990-2008**

Indicadores	Ano	Valor
Número de programas de saúde desenvolvidos pelo município	1990	13
	2008	47
Número de Centros de Referência existentes no município	1990	0
	2008	10
Número de crianças até 12 anos atendidas pelo programa de saúde bucal	1997	25.867
	2004	48.435
% de cobertura de crianças até 12 anos atendidas pelo programa de saúde bucal	1997	36%
	2004	65%
% de medicamentos padronizados atendidos	1999	67,08
	2007	82,35
Nº. de pacientes atendidos nos ambulatórios de alta complexidade no município	2000	45.905
	2007	178.447
% de pacientes atendidos em alta complexidade no município em relação ao total do Estado	2000	59,45
	2007	45,97
% de procedimentos realizados em alta complexidade no município em relação ao total do Estado	2000	70,99
	2007	47,38
Nº. de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados no município	2000	907.203
	2007	5.125.773
% de recursos financeiros próprios aplicados em saúde	2000	11,01
	2008	15,42
Despesa per capita com o total de recursos da saúde no município	2000	125,55
	2008	481,54
Despesa per capita com recursos próprios do município	2000	100,48
	2008	415,42
Índice de CPO-D em crianças aos 12 anos de idade	2007	1,47
Número de receitas atendidas pelas farmácias da rede própria do município	1994	181.112
	2006	662.020
% de tratamentos medicamentosos completos	1994	64,67%
	2006	89,55%

Fonte: Dados e informações organizados pela autora.

O Quadro 3, relativo à saúde bucal, traz dados significativos. Na medida em que na ESF foi implantada a saúde bucal coletiva, com uma cobertura de 31% em 2008, houve uma explosão incremental no número de procedimentos odontológicos

35%, aproximadamente, ao mesmo tempo em que ocorreu um salto quantitativo nos exames de radiodiagnóstico da ordem de 2.446%, no período de cinco anos. Estes dados são importantes, pois evidenciam que os exames especializados — radiodiagnóstico em geral e cito-anatomopatológicos — são os mais requisitados pelos profissionais generalistas, ao lado dos exames de laboratório de análises clínicas, que já vinham num crescente, evoluíram em 146% no mesmo período.

No Quadro 4 pode-se observar que houve uma ampliação absolutamente relevante das políticas temáticas desenvolvidas pelo município, representadas pelo indicador Programas de Saúde Desenvolvidos no Município, que deu um salto incremental de 13 para 47 no período de 1990 a 2008, representando 361,53%.

Outros indicadores que merecem destaque são os relativos à política de medicamentos básicos, que assim se comportaram: percentual de medicamentos padronizados atendidos que, em apenas sete anos, evoluiu de uma cobertura de 67,08% para 82,35%. Em relação ao número de receitas atendidas pelas farmácias da rede própria do município, houve uma evolução vertiginosa de 181.112 para 662.020 receitas atendidas no período compreendido entre os anos de 1994 e 2006. Ainda tratando de indicadores relativos a medicamentos, o percentual de tratamentos medicamentosos completos partiu de 64,67% em 1994 para, em 2006, chegar a 89,55%. Este indicador demonstra efetivamente a expansão vigorosa de atendimentos em medicamentos, contribuindo com a ampliação da atenção integral à população.

Na mesma linha de análise, pode-se observar que o número de pacientes atendidos nos ambulatórios de alta complexidade no município evoluiu muito no período de 2000 a 2007, representando um crescimento da ordem de aproximadamente 178%. Este número em relação ao total do ES representava, em 2007, 45,97%, conforme demonstrado no Quadro 4.

Num outro campo de análise, agora de ordem financeira, pode-se observar que a despesa *per capita* decorrente dos gastos públicos municipais com saúde, utilizando apenas os recursos próprios do município, evoluiu de R\$ 100,48 no ano de 2000 para R\$ 415,42 em 2008. Embora ainda seja um valor não muito apropriado para as necessidades da população, comparando-se com outras realidades do Brasil e do

Indicadores de saúde do município de Vitória, Selecionados - Situação em 2008.

Indicadores	Valor
Número de consultórios de clínicas básicas/10.000 habitantes	11,9/10.000 hab
Número de consultórios de clínicas especializadas/10.000 habitantes	28,3/10.000 hab
Número de consultórios odontológicos/10.000 habitantes	8,2/10.000 hab
Número de consultórios de não médicos/10.000 habitantes	17,3/10.000 hab
Número de leitos existentes	2.109
Número de leitos SUS existentes	1.401
Número de Leitos existentes/1.000 habitantes	5,8/1.000 hab
Número de Leitos SUS existentes/1.000 habitantes	4,0/1.000 hab
Número de Mamógrafos em uso/100.000 habitantes	7,2/100.000 hab
Número de Mamógrafos SUS/ 100.000 habitantes	2,2/100.000 hab
Número de Aparelhos de Raios X existentes/ 100.000 habitantes	123,0/100.000 hab
Número de Aparelhos de Raios X SUS/100.000 habitantes	16,4/100.000 hab
Número de Tomógrafos Computadorizados existentes/100.000 habitantes	4,1/100.000 hab
Número de Tomógrafos Computadorizados SUS/100.000 habitantes	2,5/ 00.000 hab
Número de Ressonâncias Magnéticas existentes/100.000 habitantes	2,5/100.000 hab
Número de Ressonâncias Magnéticas SUS/100.000 habitantes	0,6/100.000 hab
Número de Ultrasons existentes/100.000 habitantes	30,2/100.000 hab
Número de Ultrasons SUS/100.000 habitantes	7,2/100.000 hab
Número de Equipos Odontológicos existentes/ 100.000 habitantes	177,5/100.000 hab
Número de Equipos Odontológicos SUS/ 100.000 habitantes	11,6/100.000 hab

Fonte: Dados e informações organizados pela autora.

mundo, verifica-se um incremento de 413,0% em oito anos. O percentual de recursos financeiros próprios aplicados em saúde, da ordem de 11,01%, no ano de 2000, início da EC nº. 29, que preconizava um mínimo de 7,0%, evoluiu para 15,42%, quando o mínimo era de 15,0%.

O Quadro 5 apresenta indicadores relativos ao ano de 2008, que mostra um panorama mais atual de cobertura assistencial para diferentes tecnologias mais complexas.

realizados pelas unidades básicas da rede própria de Vitória sofreram uma explosão de crescimento da ordem de 237,89% em apenas 10 anos, conforme Tabela 4, o que demonstra inclusão de uma parcela considerável da população, principalmente se se considerar que foi no ano de 1998 que teve início a implantação da Estratégia Saúde da Família no município. Isto faz supor que a busca principalmente por serviços de média complexidade deve também ter sofrido um grande incremento de demanda.

Tabela 4 - Procedimentos ambulatoriais básicos realizados no município de Vitória comparativamente com os realizados pelas unidades básicas de saúde da rede própria do município. Período 1998-2008.

Ano	Procedimentos ambulatoriais básicos realizados no município de Vitória	Procedimentos ambulatoriais básicos realizados pelas unidades básicas da rede própria
1998	1.617.208	984.136
1999	2.074.366	1.407.684
2000	1.672.855	1.285.759
2001	2.261.340	1.931.142
2002	2.569.390	2.180.832
2003	2.470.859	1.204.902
2004	2.329.441	2.041.970
2005	2.652.274	2.376.330
2006	2.162.058	1.868.356
2007	2.172.062	1.902.669
2008	2.469.451	2.341.232
Varição 1998/2008	152,69%	237,89%

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Secretaria de Estado da Saúde.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

A Tabela 5 apresenta uma evolução no período de 1998 a 2008, que foi da ordem de 224,25% nos serviços próprios da rede própria da SEMUS para os procedimentos de média complexidade, enquanto que os serviços sob gestão da SESA, realizados no

Procedimentos ambulatoriais especializados realizados no município de Vitória e os realizados pela rede própria do município. Período 1998-2008.

Ano	Procedimentos especializados de média complexidade realizados no município	Procedimentos especializados de média complexidade realizados pela rede própria do município
1998	2.597.519	454.619
1999	2.680.590	474.290
2000	2.861.318	577.680
2001	3.033.814	555.211
2002	2.985.467	420.504
2003	3.233.901	665.362
2004	3.573.927	887.924
2005	3.497.340	693.201
2006	3.651.876	713.813
2007	3.587.871	708.063
2008	4.179.759	1.019.479
Variação 1998/2008	160,91%	224,25%

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

território municipal, no mesmo período, tiveram um incremento de 160,91%, o que confirma a iniciativa da SEMUS de ter realizado diversas parcerias, contratos e convênios, compondo sua rede complementar de serviços mais complexos.

A Tabela 6 apresenta as séries históricas extraídas dos RAG, relativas às consultas especializadas, aos exames de análises clínicas e exames especializados que também tiveram um grande incremento, com destaque para os exames laboratoriais, que evoluíram de 18.926 unidades em 1989 para o valor impressionante de 1.078.797 unidades em 2008. Por se tratar de documento para o qual não se exige o mesmo padrão a cada ano, muitas informações não estavam presentes nos RAG, como, por exemplo, em 1997.

dados para especialidades selecionadas presentes nos Relatórios Anuais de Gestão e Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. Período 1989-2008.

Documento analisado	Período de Vigência	Especialidades selecionadas		
		Consultas Especializadas	Exames de Laboratório	Exames Especializados
RAG	1989	98.011	18.926	SI
RAG	1990	126.565	53.473	SI
RAG	1997	SI	SI	SI
RAG	1998	92.208	326.740	SI
RAG	1999	67.633	363.027	SI
RAG	2000	SI	429.830	55.151
RAG	2001	53.979	519.865	44.458
RAG	2002	63.146	572.177	53.051
RAG	2003	SI	707.996	60.206
RAG	2004	128.749	736.001	SI
RAG	2001/04	SI	795.843	SI
RAG	2005	145.659	937.450	31.584
RAG	2006	SI	924.829	94.541
RAG	2007	126.341	1.061.331	102.081
RAG	2008	137.879	1.078.797	120.635

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão no período de 1990 a 2008 e Relatórios de Gestão Trimestrais em Audiências Públicas 2004-2008.

Por fim, no Quadro 6, são apresentados alguns indicadores epidemiológicos e/ou sócioeconômicos que demonstram a evolução das políticas temáticas, como, por exemplo, a política voltada para a criança menor de um ano, que em quatorze anos caiu pela metade, com um decréscimo absolutamente significativo do Coeficiente de Mortalidade Infantil de 21,66/1000/NV em 1994 para 10,93/1000/NV em 2008, tendo em 2002 chegado a 8,34/1000/NV [APÊNDICE E].

Alguns dos indicadores epidemiológicos e sócioeconômicos selecionados apontam o quanto a cidade vem evoluindo em seu conceito de cidade saudável. O IDH-M exemplifica essa afirmação, colocando Vitória num lugar confortável no ranking dentre as cidades com melhor qualidade de vida do país.

O indicador de Expectativa de Vida ao Nascer da população de Vitória, mostrado no Quadro 6, também reflete a evolução da qualidade de vida da população; mas também

população, o que requer maiores esforços financeiros para as ações que se fazem necessárias para atender à cronicidade de doenças, muito comuns nas pessoas acima de 60 anos, principalmente em medicamentos de custo mais elevado, consultas e exames especializados.

**Quadro 6 - Indicadores epidemiológicos e sócioeconômicos selecionados.
Período 1991-2008.**

Indicadores	Ano	Valor
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M	1991	0,797
	2000	0,856
Expectativa de vida ao nascer da população de Vitória	1991	67,8
	2000	72,4
	2008	74,5
Número de óbitos de crianças menores de 1 ano	1988	183
	1998	78
	2008	48
Coeficiente de Mortalidade Infantil	1994	21,62
	2008	10,93

Fonte: Dados e informações organizados pela autora.

INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO DO ACESSO: trajetória, contexto e constrangimentos ao longo dos 20 anos de SUS

Este capítulo versa sobre a trajetória institucional e organizacional constituída no município de Vitória pela Secretaria Municipal de Saúde, visando implementar o SUS em sua esfera de competência. Para tanto, busca mostrar os graus de confluência e de afinidades entre os distintos projetos políticos dos diferentes prefeitos e suas respectivas coalizões de apoio com o SUS, em termos de suas diretrizes, seus princípios e orientações básicas. Também analisar as relações intergovernamentais do município com a instância governamental estadual, no que concerne à dimensão da integralidade e regulação, tendo em vista que o SUS é uma Política Pública que define competências distintas para cada ente federado: União, estados, DF e municípios.

Desse modo, a intenção é mostrar os principais fatos e processos decisórios que moldaram a estrutura institucional e organizacional que a SEMUS foi assumindo ao longo desses 20 anos de SUS. Importa destacar nas análises os indícios de inflexões que conduziram às mudanças virtuosas, assim como os fatores e heranças arraigadas que teriam impedido ou dificultado a construção do SUS. Para tanto, a análise da percepção dos atores responsáveis pela implementação da Política — Secretários Municipais de Saúde das diferentes administrações e do corpo técnico da SEMUS — constitui um dos elementos privilegiados da abordagem.

Tomando os períodos de governo municipal como unidade de análise no interior da trajetória de 20 anos do SUS, foram identificados três subperíodos, tendo em vista as coalizões políticas que estiveram no comando do executivo Municipal. São eles: o período de 1989 a 1992, que esteve sob a direção de Vitor Buaiz [PT], eleito por uma coalizão de esquerda nucleada pelo PT; o período de 1993 a 1996, sob a direção de Paulo Cesar Hartung [PSDB], e de 1997 a 2004, sob a direção de Luiz Paulo Velloso Lucas [PSDB], ambos eleitos por coalizões de centro-esquerda, e, finalmente, o período de 2005 a 2009, sob a direção de João Coser [PT], eleito por uma coalizão de esquerda, nucleada pelo PT.

Em cada um dos distintos períodos do Partido dos Trabalhadores, a pasta da saúde foi ocupada por apenas um dirigente na SEMUS, entretanto nos doze anos sob o comando

al contou com cinco diferentes gestores da saúde⁵⁰, sendo que um deles permaneceu por aproximados 8 anos no cargo, inicialmente como subsecretário e, sequencialmente, como titular.

6.1. O SUS SOB O COMANDO DO PT: ruptura e inovações

“Naquela época havia um momento de compreensão social razoável por parte da nova gestão do Executivo Municipal sobre os direitos sociais, mas não havia a cultura da sociedade de ocupar esse espaço do ponto de vista mais democrático, da discussão mais democrática”.

(Entrevistado 1)

Este período da gestão compreende os anos de 1989 a 1992. O secretário indicado para a direção da Secretaria Municipal de Saúde permaneceu à frente do cargo durante todo o mandato, por tanto por quatro anos consecutivos. Além de ser um militante do PT, o que imprimia à gestão todo um modo de pensar e praticar a saúde pública diferente das anteriores, sua gestão promoveu profundas rupturas em relação aos conceitos e às práticas em saúde. O gestor é médico sanitário, militante ativo da saúde pública, dos movimentos que geraram a Reforma Sanitária no Brasil, tendo atuado como gestor no SUS nas três esferas de governo e, também, como gerente de serviços. Embora já tivesse tido uma trajetória política anterior e, como gestor, uma experiência em um dos municípios da Região Metropolitana de Vitória, o gestor enfrentou importantes desafios à frente da SEMUS. Portanto, pode-se afirmar que a arena de poder da saúde estava mediada pelos interesses organizados em torno do PT.

No ano de 1989, início dessa gestão, apesar da CF já ter sido promulgada, ainda estavam em vigor as Normas Complementares referentes ao funcionamento do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), instituído a partir de 20 de julho de 1987, por meio do Decreto Federal nº 94.657/87. Somente em 1990 os artigos da saúde na CF de 1988 foram

⁵⁰As considerações mais relevantes feitas pelos gestores estão identificadas e inseridas nos textos/parágrafos entre aspas e com letras em itálico, além das citações diretas feitas por eles, que estão em destaque, recuadas da margem.

Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080/90; portanto, esta gestão, sob o ponto de vista da aplicação prática da legislação sanitária, caminhava por caminhos incertos e obscuros, ainda fortemente marcados e operacionalizados sob a perspectiva conceitual do INAMPS. Vale ressaltar que a LOS nº. 8.080/90 foi publicada com vetos feitos pelo então Presidente Fernando Collor de Mello à participação da comunidade e às questões relativas à descentralização dos recursos financeiros do SUS, que suscitou um movimento de retorno à arena política dos defensores da Reforma Sanitária, o que possibilitou a publicação, no final daquele mesmo ano, da Lei nº. 8.142/90, complementar à anterior, ambas publicizadas a um só tempo.

Neste cenário, a trajetória institucional da política de saúde brasileira foi marcada por um centralismo decisório e financeiro, fruto da lógica administrativa dos governos autoritários, que eclipsou a participação dos governos locais, levando a governos historicamente destituídos de capacidades institucionais e administrativas no que tange à formulação e ao financiamento da política de saúde no âmbito de seu território.

Foi nessa conjuntura de turbulência e de disputas em função das visões acerca do padrão de atuação do Estado neoliberal, que o Presidente Collor tomou a decisão deliberada de não possibilitar a descentralização do poder do MS; portanto, a gestão tecnoadministrativa da saúde pública e os respectivos recursos financeiros. E era nesse cenário que também caminhava a gestão da saúde pública no município. Não fora a participação ativa no movimento que deu origem à Reforma Sanitária Brasileira, o gestor teria tido muito mais dificuldades para compreender, para situar-se e transitar por aqueles caminhos tortuosos.

As dificuldades manifestadas no contexto nacional indicam que a crise estrutural no setor da saúde pública na primeira década do pós-SUS, principalmente nos primeiros anos, foi decorrente do déficit de legitimidade criado pela destruição e/ou tentativas de destruição dos arranjos institucionais propostos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e inscritos e desenhados na CF de 1988 e nas LOS, por grupos de interesse que temiam pela perda do poder e que penetravam nas arenas políticas do SUS para impor resistências a sua legalização e aos seus avanços.

Visando contrapor as resistências às mudanças derivadas da CF, no ano de 1993 foram criados, como uma das estratégias democrático-participativas no SUS, o CONASS e o CONASEMS, a CIB e a CIT, em substituição às estruturas anteriormente existentes, que

institucionais, através desses colegiados intergestores, para o deslocamento do poder central do MS. Estes órgãos colegiados amplificaram as teses anticoncentralistas preconizadas pelo SUS.

6.1.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde

A análise da mudança no desenho institucional, como já foi ressaltado, está fundada na premissa de que as políticas públicas são definidas pela interação entre atores distintos no interior dos ambientes institucionais e relacionais presentes nas articulações entre Estado e sociedade. As ações políticas resultam das dinâmicas dessas interações levando em conta os constrangimentos das instituições e das redes de relações pessoais e institucionais presentes no âmbito de determinada esfera de atividades e relações. No caso desta pesquisa, a política de saúde.

Significa dizer que as políticas públicas são influenciadas por legados historicamente construídos, os quais definem possibilidades e instrumentos de poder diferenciados para os atores políticos potenciais, tornando alguns deles capazes de fazer valer seus interesses do que outros, além de conduzir alguns atores potenciais em direção a condições de irrelevância. Todavia, apesar da existência de grandes desproporções de poder entre os diversos atores, os resultados dos conflitos políticos são sempre indeterminados. Porém, isto não quer dizer que seja impossível prever os resultados, e sim que as probabilidades de ocorrência em determinado sentido, e não em outro, são proporcionais à desproporção de poder entre os atores.

Dessa forma, embora o *poder* não seja o foco deste estudo, para melhor entender as mudanças no desenho institucional e nas concepções adotadas pelos dirigentes e por determinados grupos de interesses, é importante compreender que as mudanças institucionais certamente ocorrem em função do *poder*. Estas se distinguem em duas grandes dimensões: o poder exógeno, que neste estudo se denominará de *externalidades*, e o *poder endógeno*, que aqui se refere à capacidade de grupos de interesse ou *comunidades epistêmicas* de influenciar nos rumos das instituições.

A depender da posição e do lugar que ocupam no cenário político, os sujeitos tanto

no quanto um poder exógeno. O poder endógeno encontra fulcro principalmente nas *fontes informais de poder*, também chamadas *poder pessoal*, que se constituem na maior fonte natural de influência. Este poder provém das qualidades da pessoa e também do papel que desempenha na organização e na sociedade. Esses atores interagem no espaço das organizações e não têm os mesmos interesses, e esses interesses distintos organizam-se a partir de estratégias que esses atores constroem, consciente ou inconscientemente, no processo de interação. O *poder ideológico* e o *poder político* fazem prevalecer a concepção e a forma como esses interesses se manifestam, que pode ser considerada com base em diferentes enfoques teóricos, existindo diferentes formas de compreensão do significado desse poder (SILVA, 2003, p. 98-99).

Essa dinâmica da atividade política possibilita diferentes formas de interação entre os atores sociais e pode ser marcada por dificuldades nas escolhas, na definição dos problemas e competências, na busca de soluções para esses problemas, e promover mudanças nas preferências e alternativas. Instala-se, portanto, um processo de substituição ou superação de arranjos institucionais anteriormente vigentes. Sob esse ponto de vista Pires argumenta que “uma política pública, seja qual for, envolve, cria, mantém e muda instituições” (PIRES, 2001).

Focalizando a análise na SEMUS, no momento inicial de implementação do SUS, o que se verifica é que os arranjos institucionais e organizacionais caracterizavam-se tanto pela precariedade da estrutura da rede física de serviços de saúde como pelo desconhecimento dos trabalhadores da saúde e parte dos gerentes de serviços, sobre o que teria sido o Movimento da Reforma Sanitária e sobre o que era o SUS. Tal contexto indicava os constrangimentos estruturais que estavam colocados, o que mostra a grande distância entre o projeto político pretendido para a saúde e as práticas no dia a dia do SUS municipal. O fato de o corpo técnico não ter conhecimento suficiente para executar suas ações alinhadas com o novo sistema público de saúde recém instituído era um grande obstáculo, uma grande limitação. Sobre este aspecto o depoimento do Entrevistado 1 é elucidativo em relação às dificuldades iniciais na gestão da SEMUS,

Os primeiros tempos da gestão foram difíceis, muito sacrificantes do ponto de vista da compreensão do projeto político para a saúde, mas depois foi se ajustando [...] o desconhecimento dos técnicos era um obstáculo muito grande. Não adianta só vontade política se você não tem um corpo executivo, operacional, que pelo menos hegemonicamente pense razoavelmente na mesma linha (Entrevistado 1).

lesconhecimento, ou baixo conhecimento, da política pública de saúde, todo o corpo gerencial e de trabalhadores da saúde, bem como da sociedade, careciam conhecer a nova proposta de modelo de saúde. Então, como meio de comunicação e uniformização de conceitos e de linguagem acerca desse novo projeto político e de aproximação dos diferentes atores sociais desse conhecimento, em 1990 a SEMUS elaborou o primeiro Plano de Ação, com o apoio de técnicos de todas as áreas da Secretaria, inclusive dos trabalhadores que atuavam no nível local. O Plano de Ação trazia a intenção de que suas ações seriam desenvolvidas em articulação e apoio com as demais secretarias do município, do Estado e do nível federal, durante aquela administração. Pode-se observar que esta iniciativa de envolver diversos técnicos na elaboração de um Plano de Ação, representava o início de um processo de gestão democrático-participativa, em observância ao que rege a CF e as LOS. Este aspecto merece destaque, considerando que esta iniciativa de gestão participativa, ainda que tímida, era uma primeira tentativa de aproximação de um processo co-gestão⁵¹, como um tipo de gestão organizacional na qual os diferentes atores, independentemente de suas posições hierárquicas e poderes diversos, participavam efetivamente dos debates, das negociações e pactuações em conjunto, para tomadas de decisão (BAREMBLITT, 1992).

Nesse Plano de Ação a SEMUS está explicitado que a SEMUS tomou a decisão [*decision point*] de territorializar o município em quatorze Regiões de Saúde para: garantir a **atenção integral** ao cidadão o mais próximo possível de sua residência; garantir o acesso aos serviços localizados em seu território de abrangência; propiciar a organização regional das ações de vigilância em saúde; e reconhecer a população no meio em que viviam e os condicionantes e determinantes do seu processo de viver e adoecer. Portanto, a primeira referência sobre arranjos organizacionais no município a partir da diretriz e princípio da **atenção integral** ocorreu no PMS datado de 1991, assim descrita:

⁵¹ No conceito de co-gestão todos os atores sociais participam do governo, decidindo em processo de negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros interesses e com outras instâncias de poder, partindo do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação. Na co-gestão todos participam das decisões de governo, entretanto as funções de dirigente ou de liderança não estão eliminadas neste modo de governar. Os colegiados ou comitês têm função operacional, interna na organização e, também, são mecanismos que dão capilaridade a este sistema de participação, de governar junto, não somente de ser governado (CAMPOS, 1998).

oração das concepções que entendem atenção a saúde como integral, buscando a ruptura da dicotomia entre as ações de caráter coletivo e as individuais, trazendo para o âmbito do Estado e dos Municípios controle das ações, antes realizadas sob o domínio da união (sic) passaram a se tornar o aspecto central para as reformulações na saúde [...] (SEMUS, 1991, p. 24, grifo nosso).

A regionalização intramunicipal partia da ideia de que cada Região de Saúde contasse, minimamente, com serviços básicos de saúde, não na concepção que se tem atualmente no Brasil. Tratava-se de uma visão mais ampliada de atenção primária em saúde, mais complexa do que pura e simplesmente uma “cesta básica” de procedimentos, como foi concebida a AB no ano de 1998, com 151 procedimentos, consultas, ações educativas, etc. A nova lógica institucional para a atenção básica não era apenas de se ter médico nas três clínicas básicas à disposição da população, pois o conceito de atenção básica é muito mais do que isto. Trata-se de prover o sistema e a população do que é epidemiologicamente necessário. Nesse sentido, se em determinada comunidade houvesse a necessidade de um cardiologista, isto seria considerado básico.

Em Vitória, havia em cada unidade de saúde um médico clínico geral, um ginecologista-obstetra e um pediatra, no mínimo e, em algumas unidades, havia cardiologista, neurologista, pois já se trabalhava com essa visão de necessidade. Quando Vitória adotou o modelo de Saúde da Família, segundo o Entrevistado 1, “*isso minimalizou o processo, havendo uma regressão na organização do sistema*”, pois na sua percepção teria que ser implantada a ESF nas unidades que contassem com aqueles especialistas e não selecionar dentre eles um profissional que fosse realizar o manejo clínico de todas as situações que se apresentassem como necessárias, segundo a lógica generalista da atenção básica. O Entrevistado 1 entende que, em outras localidades onde haja dificuldades de contratação de médicos e onde não haja especialistas para a atenção básica, “*o modelo PSF normal, básico, pode melhorar muito*”, mas compreende que “*em capitais que já tenham uma estrutura como tinha Vitória, desmontar, para minimalizar o processo, foi um erro estratégico*”.

Na verdade, o depoimento do gestor corrobora a análise de Alvarenga, ao afirmar que,

[...] as práticas envolvendo o PSF “reproduzem os modelos anteriormente estabelecidos no Brasil [...] com alguns conceitos utilizados de forma inadequada, que com pouca análise nomeiam ações na perspectiva de mudança, mas deixam de revelar o verdadeiro direcionamento do objeto das práticas (ALVARENGA, 2005, p. 90).

dezembro de 1992, a partir das ações que foram implementadas pelos profissionais que atuavam na Vigilância Epidemiológica dos Centros de Saúde, emergiu a primeira proposta de Vigilância em Saúde em Vitória, configurando-se, como já mencionado, no primeiro arranjo institucional e organizacional para desbancar a histórica dicotomia entre ações assistenciais e as preventivas e promocionais. Esta experiência foi absolutamente exitosa, conforme registros, entretanto foi aperfeiçoada à medida que os conceitos e concepções também foram sendo aprimorados. Tanto é verdade que, em dezembro de 1996, o Município estava dividido em sete Áreas de Vigilância da Saúde e em vinte e dois Territórios de Saúde, contando com equipes de sanitaristas e agentes de saúde pública regionais, tendo cada Unidade Básica de Saúde responsabilidade sanitária sobre a população de sua área de abrangência.

Cabe aqui destacar que as Áreas de Vigilância em Saúde, em sua origem, não correspondiam às quatorze Regiões de Saúde do Plano Municipal de Saúde, bem como “não correspondiam às áreas administrativas das demais secretarias municipais, mas era a possibilidade de se iniciar a regionalização, conforme a organização do trabalho das visitadoras sanitárias [...]” (ALVARENGA, p. 26). Este desencontro geográfico não encontra explicação nos registros, a não ser que as Áreas de Vigilância da Saúde tinham fundamentação conceitual e de práticas na epidemiologia, no entanto a não observância à regionalização intramunicipal sugere um veto indireto à regionalização do Executivo Municipal (ibidem, p. 26).

Vale lembrar que, no final da década dos anos de 80 e no início nos anos 90, o modelo de atenção em desenvolvimento era o médico-assistencial-privatista, hospitalocêntrico, médico centrado, focado nas especialidades e nos especialistas, fortemente orientado por equipamentos médicos e medicamentos, comumente denominado de *modelo tradicional*, que privilegiava os relacionamentos micropolíticos [clientelismo], cuja cultura não era a de participar da formulação das políticas, mas de conseguir benefícios pessoais. Desta forma, o modelo de gestão não privilegiava a participação social, as decisões eram centralizadas, autocráticas, embora já houvesse pequenas iniciativas de participação como consequência do Movimento da Reforma Sanitária e já do novo sistema estatal instituído pela CF.

Naquele contexto e em convergência com a agenda da transição brasileira na saúde, foi formulada uma agenda municipal em torno das propostas de gestão colegiada e

do Conselho de Saúde, com caráter permanente e deliberativo, paritário, para atuar na formulação e no controle da execução da política. Também foi criado o Fundo de Saúde, e estimulado o controle social sobre a aplicação dos recursos, que encontrou a partir de então a continuidade do controle do público sobre a “coisa pública” até os dias atuais.

No que concerne ao modelo de atenção, verifica-se que a gestão buscava orientar as ações da atenção básica com os conceitos hoje denominados da Saúde da Família, ou seja, a noção de territorialidade, não apenas como espaço geográfico, mas como um território-processo onde se dá a dinâmica do processo saúde-doença, a vigilância da saúde e as ações que envolvem o meio ambiente onde vivem e trabalham as pessoas. Para tanto, a SEMUS realizou um curso de Especialização em Saúde Pública, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) para os trabalhadores da saúde, multiprofissional, com a intenção de formar sanitaristas, para que cada Território de Saúde contasse com um desses trabalhadores, com uma percepção mais globalizada do processo de saúde e doença, justamente para se ter uma visão mais integral do sistema — uma visão holística — um modelo que buscava se aproximar das diretrizes e dos princípios do SUS, ainda que nem todos os meios e instrumentos para se desenvolver um novo jeito de se fazer atenção em saúde estivessem disponíveis.

Esta iniciativa de formar trabalhadores sanitaristas foi pioneira e ímpar na trajetória da SEMUS. Esta decisão tinha a intenção de responder às reais necessidades da população, uma vez que se pressupunha que as necessidades de saúde poderiam ser satisfeitas com estratégias e práticas sanitárias preventivas e promocionais da qualidade de vida, pois a atenção médica hegemônica não mais respondia às demandas da população, o que requeria novos arranjos institucionais e novas institucionalidades. À época ratificava-se que esse modelo de medicina hegemônica seria inadequado à realidade sanitária do município, pois a prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada seria incapaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade, no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. É fato que entre os anos de 1996 e 1998 esta corporação de profissionais foi sendo extinta do quadro funcional da PMV, passando a pertencer a um quadro à parte de cargos que seriam extintos na vacância. Porém, ainda persistem na SEMUS, em 2009, alguns poucos trabalhadores sob a denominação de sanitaristas, agora reencontrando seu lugar estratégico, estimulado pela atual gestão.

ção, o município era desprovido de um plano de ação que orientasse os rumos da política, sendo que este processo de planejamento e planificação foi elaborado nessa gestão, tendo sido denominado de Plano de Ação 1991. Esta ausência de definição de um projeto político para a saúde pública no município vai muito além da simples elaboração de um documento. Sua consequência é que demonstrava uma total ausência de rumos da política, ou, pelo menos, que a visão de futuro para a saúde pública estava limitada às intenções não registradas em documentos pelos governantes da SEMUS.

Ademais, de acordo com informações disponíveis, o modelo de organização adotado pelo município focalizava a atenção primária, entretanto a intenção da SEMUS era ampliar seu universo de ação em busca da integração dos diferentes serviços em uma rede interna no município, de tal forma que propiciasse a inter-relação entre as unidades básicas e as especialidades médicas que se encontravam dispersas por várias unidades de saúde. Interessante esta iniciativa municipal, considerando-se que o debate da integração dos diferentes pontos de atenção em redes assistenciais só veio a ser manifestado na NOB/SUS/96, e seu aprofundamento veio a ocorrer com a NOAS/SUS no ano de 2002.

Para evoluir na condição de habilitação de gestão junto ao MS, como forma de possibilitar novos arranjos organizacionais que levassem a uma maior qualificação dos serviços de saúde disponíveis no âmbito do território municipal, a SEMUS firmou o primeiro convênio com a SESA para a municipalização das vigilâncias epidemiológica e sanitária no ano de 1991.

6.1.1.1 Comunidades Epistêmicas: tensões e embates entre os diferentes projetos políticos

Conforme já abordado no item 3.4, não são só os governantes e os indivíduos que, isoladamente, têm força nas instituições, mas também grupos de interesse têm força relevante e influenciam na formulação de projetos políticos. Dentre os grupos de interesse, há os de especialistas de determinada área do saber, que têm papel

es, que moldam os novos arranjos institucionais e organizacionais, a partir de suas ideias e dos referenciais teóricos que defendem. Esses especialistas se valem de seus conhecimentos como recursos para influenciar e/ou apoiar a tomada de decisão dos governantes.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a primeira comunidade epistêmica⁵², historicamente com maior poder para influenciar a política pública de saúde, é a dos médicos. No início desse período sob estudo e anteriormente a ele, esse poder era praticamente absoluto. Todavia, a partir da gestão do PT [1989-1992], momento em que tem início a implementação do SUS, uma nova forma de pensar e agir em saúde foi introduzida na arena política. Com isso entrou em cena na SEMUS outra comunidade epistêmica com possibilidades para orientar uma nova concepção no processo de mudanças institucionais e organizacionais que se iniciava. Caracterizou-se, então, um momento histórico sem precedentes na SEMUS, de tomar a decisão de inserir no sistema o pensar e o agir sanitaria, a partir de *“uma visão de mundo e do processo saúde-doença, que já era holística, de saúde coletiva”*.

Os registros apontam que à época já se podia falar em saúde voltada para coletivos, e não mais apenas para indivíduos, na SEMUS, ainda que restrito a um pequeno grupo de técnicos, como os trabalhadores das vigilâncias sanitária e epidemiológica, que foram os norteadores da transformação da visão do processo de saúde-doença nas Regiões de Saúde. Esse saber que despontava no cenário nacional não encontrava amparo pela totalidade dos trabalhadores, em face do pouco conhecimento conceitual dos profissionais acerca de modelos de atenção, de organização e de gestão, decorrendo daí a importância dessa comunidade epistêmica — os sanitaria.

A hegemonia da comunidade dos médicos e a dos odontólogos, segunda corporação com mais força na SEMUS, provocou tensões na definição e defesa de seus projetos políticos a partir da inserção do saber sanitaria. É fato que esta comunidade sofreu grandes resistências no início de suas atividades, pois, de certa forma, passaram a ser o

⁵² Vale ressaltar que uma *comunidade epistêmica* tem como principal fonte de poder a autoridade do conhecimento técnico-científico aplicado à definição e instauração de políticas. Costa (1998), acompanhado por Menicucci (2005), diz que “a contribuição de comunidades de especialistas aparece bem definida em certas arenas de políticas de desenvolvimento institucional complexo.

acuidade de definir objetivos institucionais para além da atenção clínica individual, causando desconforto principalmente à corporação médica, até porque os sanitaristas representavam um mix de profissionais de saúde e não apenas uma comunidade de médicos, ampliando ainda mais as resistências a essa inovação institucional.

A presença desses sanitaristas no município teve como consequência o já citado processo de territorialização do município em quatorze Regiões de Saúde para: garantir a atenção ao cidadão o mais próximo possível de sua residência; garantir o acesso aos serviços localizados em seu território de abrangência; propiciar a organização regional das ações de vigilância em saúde; e reconhecer a população no meio em que vivia e os condicionantes e determinantes do seu processo de viver e adoecer. As ações foram implementadas por iniciativa desses *sanitaristas* que atuavam na Vigilância Epidemiológica do nível central da SEMUS e dos Centros de Saúde, que em dezembro de 1992 deu origem à primeira proposta de Vigilância em Saúde em Vitória.

Vale destacar que esse novo conceito operante de saúde coletiva no Brasil surgiu em 1978, como um marco originário de quando a saúde pública brasileira foi rebatizada de saúde coletiva, porém, mais do que uma troca de nomes, houve uma redefinição de valores e do modo de se conceber o processo saúde-doença. Seu objeto de intervenção era a promoção e a prevenção dirigidas para alguns problemas sanitários. Na verdade esse pensar e agir dos sanitaristas sacudiu a lógica do modelo hegemônico. Daí a ousadia do município em iniciar um debate e organização do sistema a partir desse novo conceito e práticas sanitárias, ainda sem contar com todos os instrumentos necessários para as mudanças institucionais e, conseqüentemente, suas novas institucionalidades.

Também, no final desse período de gestão, outra comunidade epistêmica começava a surgir — a dos médicos gerais comunitários⁵³. O ano de 1992 foi marcado pela concepção e a inserção da visão da medicina comunitária no município, tendo sido formalizado um convênio com a UFES, por meio do Departamento de Medicina Social, com o objetivo de se capacitar os médicos da rede municipal. Esses trabalhadores, a

⁵³ A medicina Comunitária tinha como elementos estruturais as intervenções coletivas na prática médica; atividades de promoção, prevenção e cura; ações de saúde simplificadas; desconcentração de recursos por meio de uma organização hierarquizada; revisão crítica do uso de tecnologias da medicina flexneriana; inclusão de práticas médicas alternativas; utilização de equipes de saúde com reestruturação da prática médica e de outras profissões; e participação comunitária.

em um final de semana/mês na Medicina Comunitária da UFES, na Unidade de Saúde Tomaz Tomazzi, passando por um processo de capacitação com aquele novo perfil de atenção, com a finalidade de desenvolver competências e habilidades para lidar com a comunidade e suas necessidades. Este processo se deu abrangendo quase a totalidade dos médicos, pois não houve tempo hábil naquela gestão para que todos pudessem participar desse processo em função do final do mandato do Executivo Municipal e, conseqüentemente, da gestão da SEMUS, que fez esta aposta de mudança nas práticas médicas.

Afirma o gestor da SEMUS que,

Não havia naquela época nada em termos de saúde coletiva e de saúde da família, e o que havia de mais basal do ponto de vista da atenção primária era a medicina comunitária. Posteriormente, como o avanço das visões e da experiência, tudo aquilo foi se tornando insuficiente; era uma visão de pé no chão, muito de aceitar a condição da pobreza absoluta e lidar com a pobreza absoluta. Então foi necessária uma revisão de conceitos para se tentar fazer proposições mais ousadas do ponto de vista da realidade do município de Vitória, e não da realidade orçamentária e financeira (Entrevistado 1).

A partir do conhecimento da medicina comunitária, foi desenvolvida, juntamente com o Departamento de Medicina Social da UFES, uma proposta que impactaria na mudança do entorno da Unidade de Saúde Tomaz Tomazzi, enquanto sua área de influência, situada na Região de Saúde de Maruípe, que, em vez de aplicar apenas os princípios da medicina geral comunitária, agregaria a concepção da saúde coletiva. Apesar de todas essas iniciativas, o Entrevistado 1 entende que os médicos gerais comunitários não podem ser considerados uma comunidade epistêmica em sua gestão, pois pelo seu saber e seu poder do conhecimento não provocaram mudanças relevantes nos arranjos institucionais vigentes no município, provavelmente pelo pouco tempo de gestão que ainda lhe restou, ou seja, não ganha visibilidade, nem nos registros dos documentos oficiais nem na percepção do gestor, nenhum arranjo institucional que possa ser efetivamente atribuído a esta comunidade epistêmica, portanto ainda permanecia o conceito e as práticas dos médicos baseados na medicina científica.

6.1.2 MUDANÇAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias

...fios, a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde não mais comportava as novas funções e respectivas ações, requerendo um processo de desenvolvimento institucional, que se dava de forma assistemática, uma vez que se fazia necessário à gestão testar novas estruturas para dar conta desse novo objeto — a implantação do SUS. A SEMUS efetivamente não dispunha de uma estrutura organizacional capaz de sustentar todos os novos serviços, ações e atividades decorrentes da municipalização. Foi, então, iniciado o processo que visava à municipalização da saúde, que culminou com a aprovação da reforma administrativa por meio da Lei Municipal nº. 3.983/1993, no ano seguinte ao término do período de gestão, quando foram criadas as estruturas condicionantes da gestão exigidas pela Norma Operacional em vigor.

Naquela ocasião, cada setor da SEMUS discutiu propostas inovadoras, apontou necessidades e entraves aos avanços da saúde pública, com o objetivo de identificar as diversas interfaces de articulação do processo de trabalho, visando romper com as intervenções emergenciais, empíricas e estanques, e possibilitar a otimização dos recursos existentes para atingir o objetivo final de oferta de serviços de qualidade aos usuários, provocando um impacto positivo no perfil epidemiológico de Vitória, por meio de uma intervenção planejada.

Nesse sentido, ficou entendido que a Vigilância em Saúde deveria ser um instrumento de definição e ação para implementação do modelo organizacional de saúde no município de Vitória. Para tanto, foram realizadas reuniões setoriais para definição, em termos operacionais, das linhas de ação, tirando-se como instrumento básico de trabalho o Diagnóstico de Saúde a ser realizado em cada região de saúde, que seria o orientador dos arranjos organizacionais nas Unidades Básicas de Saúde.

A criação do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde era exigência legal da CF e da Lei 8.142/90 nas estruturas das três esferas de governo, e na SEMUS foram estruturadas para responder para além das exigências legais; melhor dizendo, para orientar a priorização de ações para o processo de planejamento e o financiamento segundo as necessidades apontadas nos Diagnósticos Regionais de Saúde, assim como fortalecer a participação e o controle social — o controle do público sobre o que é público.

da rede SEMUS levou a uma nova caracterização das unidades integrantes do sistema municipal de saúde, que foram classificadas em Unidade de Saúde Tipo 2, Unidade de Saúde Tipo 3A e Unidade de Saúde Tipo 3B, em função da complexidade dos serviços de que dispunham. Essas unidades estavam interligadas ao sistema de referência e contrarreferência e dispunham de equipes mínimas, qualificadas gradualmente, função das características epidemiológicas locais. Esta classificação das unidades de saúde em diferentes tipologias começava a delinear novos arranjos organizacionais da rede de serviços no município, a partir das poucas especialidades médicas e exames para apoio diagnóstico já existentes.

Todas estas decisões visavam fortalecer as estruturas da SEMUS, principalmente aquelas que pudessem estar interferindo na disponibilidade das ações que visavam à integralidade.

Essas mudanças não ocorreram linearmente e sem conflitos; ao contrário, muitas nuvens permeavam essas mudanças, pois esta tipologia no perfil das unidades implicava remanejamentos de servidores de local de trabalho, mudanças internas nas unidades de saúde e até de cargas horárias de trabalho, o que gerava conflitos de toda sorte e natureza.

6.1.2.1 Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

Não bastassem todos os enfrentamentos internos que a gestão da saúde vivenciava, em função das necessárias mudanças, forças externas também estavam mobilizadas em defesa de seus interesses⁵⁴ individuais e coletivos.

⁵⁴ Os grupos de interesse podem ser endógenos na SEMUS: trabalhadores, comunidades epistêmicas, gerentes, consultores, conselheiros de saúde, dentre outros. Os grupos de interesse exógenos ao SUS municipal podem ser: da indústria farmacêutica e material médico-cirúrgico, dos produtores e revendedores de equipamentos e instrumental aplicados à assistência; do Poder Legislativo, do Ministério Público, da SESA, dos demais poderes executivos, dos demais municípios do Estado. Portanto, esta expressão nesta dissertação é contexto-dependente e que perpassará todos os períodos políticos sob análise.

eratura, pode-se perceber que no Brasil há diversos fatores que interferem na efetivação do SUS. Assim, tendo em mente o cenário mais geral de implantação do SUS no país e nos estados, em Vitória, à semelhança do cenário nacional, foi possível identificar elementos externos ao SUS que contribuíram, ao longo do tempo, para constranger as possibilidades de inovações em busca da prestação da atenção integral e para a regulação do acesso. Essas externalidades se localizam nas demais esferas de gestão do SUS, no setor privado da saúde, em outros poderes além do Executivo, setores conservadores e grupos de interesses organizados, dentre outros.

As citadas externalidades tinham origens diversas, mas todas organizadas em grupos de interesses que insistiam em influenciar os rumos da gestão, ora tentando impor a aquisição de bens e serviços, buscando embargar licitações ou até mesmo buscando favorecimentos e para tanto ofertando pagamento de *propinas*, principalmente nos processos de aquisição de medicamentos, equipamentos assistenciais e, até mesmo, material de consumo diário nos serviços. Felizmente, até onde se sabe, estas gestões estiveram imunes a essas pressões. Também esses grupos de interesse se faziam representar por corporações profissionais, que pressionavam a gestão ora pela redução de cargas horárias, ora por ameaças de greves nos serviços essenciais, ora por melhores condições de trabalho. O Legislativo também buscava a homologação de leis autorizativas à SEMUS para disponibilizar tecnologias assistenciais para grupos específicos da população e até mesmo de clientela fechadas, contrariamente ao princípio da universalização do acesso preconizado pelo SUS. Em períodos pré-eleitorais alguns legisladores e governantes do Executivo Estadual e Municipal buscavam conseguir favorecimentos para seus eleitores, tanto por meio de prescrições médicas quanto por requisições de exames. Muitos destes fatores externos estavam localizados nas demais esferas do SUS, principalmente a estadual, e tentavam impor ao SUS municipal normas, ações e serviços verticalizantes, contrários à postura democrático-participativa adotada pelo município e pela SEMUS.

Uma das dimensões que merece ser destacada é o crescimento populacional do Estado, que pela taxa de natalidade e pelo crescimento industrial atraiu populações interioranas para o município de Vitória, sem que, em contrapartida, houvesse a criação de uma infraestrutura para dar sustentação à atenção à saúde dessa população. Este desenvolvimento desordenado no município trouxe implicações de relevância no setor

gravos ambientais causados pela industrialização, pelo aumento de acidentes de trabalho, a agudização do problema de moradia, insuficiência de escolas, violência, entre outros, que são fatores condicionantes do processo saúde doença, exógenos ao setor da saúde pública. Melhor dizendo, as citadas consequências dessa migração populacional, o adoecimento individual e coletivo, é que se configuram em externalidades, pois ampliaram, ainda mais, as desigualdades sociais no que tange ao setor saúde: desigualdades no acesso aos serviços e de utilização desses serviços, ainda que se tenha o entendimento de que as diretrizes e os princípios do SUS, associados à solidariedade intergestores que perpassa o SUS impõem que todas essas populações sejam atendidas. Muito da falta de integralidade do sistema de saúde se deve à falta de solidariedade entre os gestores. A integralidade na atenção à população passa por uma solidariedade institucional, e enquanto não houver este entendimento entre os gestores, vai-se continuar apenas com uma integralidade conceitual. Portanto, por todas essas considerações, o fluxo de população para Vitória, na percepção da gestão desse período, não interferia diretamente na organização do sistema de saúde.

Este processo de migração de populações desassistidas pelo setor da saúde pública, em seus municípios de origem, para o município de Vitória, permanecia nos idos dos anos 90 e era denominado, à época, de *invasão de clientela*. Essas populações, além dos municípios capixabas, eram provenientes de outros estados e buscavam a rede de serviços de Vitória pela (re)conhecida qualidade de seus serviços. O Entrevistado 1 entende que esta migração populacional não interferia na organização do sistema e na integralidade da atenção aos munícipes de Vitória, uma vez que em sua percepção o SUS é nacional e que *“nós temos um sistema público de saúde, e não vários sistemículos municipais; se o sistema é único, eu não considero que é invasão de clientela”*. Na verdade, o que se faz necessário é organizar o acesso da população residente aos diferentes serviços e propiciar arranjos organizacionais que possibilitem acolher a população oriunda de outras localidades. O gestor assim se manifestou sobre a problemática,

[...] não se pode negar atendimento a pessoas que são de outra família, de outro bairro, de outro município, de outro Estado, uma vez que o acesso e o atendimento são universais, conforme determina o SUS; essa história de pedir atestado de residência, eu nunca trabalhei com esse conceito, e tem mais: por pior que fosse a nossa condição municipal, ainda assim, era muito melhor do que a dos municípios que nos cercam (Entrevistado 1).

Ainda sobre a migração de população de outros municípios, o gestor afirmou:

stringi acesso de ninguém; eu trabalhava ao mesmo tempo na
assinatura de clientela para inserir as pessoas nos programas, projetos, e
propiciava condições para ter um relacionamento mais próximo da comunidade,
sem restringir clientela. Para mim essa restrição no atendimento de clientela, do
ponto de vista municipal, e que hoje em dia ocorre até por bairro, é injusta e
inconstitucional (Entrevistado 1).

Vitória, enquanto estrutura de Capital, com um orçamento também de uma Capital, certamente muito maior do que o dos outros municípios, tinha o entendimento de que *“a distribuição de renda não é só a distribuição de dinheiro, de salário, mas também a distribuição de oferta de serviços”*. O conceito com o qual se trabalhava à época é que essa migração populacional não era *invasão de clientela*, mas, sim, um fluxo natural de pessoas em busca de atenção quali ficada.

Outro fator exógeno ao SUS que interferiu na qualidade da atenção foi *“as constantes greves nos hospitais públicos, que tiveram repercussões negativas no atendimento do cidadão de Vitória”*, principalmente porque atingiram o Hospital São Lucas, especializado em traumatologia de urgência e emergência, o Hospital dos Funcionários Públicos de Vitória e outros hospitais estratégicos para o sistema.

Segmentos de prestadores de serviços, principalmente de medicamentos e equipamentos médicos, conforme já mencionado anteriormente, também fizeram incursões sobre o sistema de saúde de Vitória, pois a SEMUS passava a desenvolver suas ações com foco nas necessidades da população e nunca em defesa dos interesses dos prestadores. Isto se dava porque muitos prestadores que se contrapunham às novas regras da gestão municipal insistiam na defesa de seus interesses capitalistas e sequer consideravam os interesses sociais.

Outras forças externas estavam localizadas nas corporações de profissionais de saúde. Dentre as corporações, destacaram-se a corporação médica e a dos dentistas, em particular, que muitas vezes se posicionavam contrariamente à gestão por motivos diversos. Os dentistas *“porque quando a gente assumiu, tinha meia dúzia de cadeiras de dentista espalhadas pelo município, nem eram tantas cadeiras, mas algumas estavam inativas porque os próprios dentistas iam lá e quebravam [...]”*, e os médicos, porque a gestão adotou providências que fixavam os profissionais nas unidades, em cumprimento às cargas horárias previstas nos contratos de trabalho, bem como a nova forma de trabalhar com equipes multiprofissionais, *“numa quebra da hegemonia da categoria no fazer saúde”*. Estes enfrentamentos provocaram grandes conflitos no cotidiano do SUS municipal.

ais de saúde, de alguma forma, tentaram interferir negativamente nas ações e decisões da gestão, pois,

[...] quando se começou a mexer em interesses escusos e arraigados há muito tempo, houve uma forte reação por parte das corporações, apoiadas por seus sindicatos. [...] Agradar a todo mundo significa que você não está fazendo a gestão, assim como também desagradar a todo mundo você não está fazendo a gestão. Tem que ter um equilíbrio (Entrevistado 1).

Considerando a difícil relação com alguns segmentos da SESA, principalmente com a Superintendência Regional de Saúde de Vitória, à qual o município estava vinculado, de acordo com o Entrevistado 1, apesar de considerar que a relação com o Secretário da pasta era razoável, argumenta que as relações interpessoais com a Superintendência Regional de Saúde era de difícil trânsito, o que de alguma forma interferiu na implementação do sistema. Nesse sentido, assim se expressa:

[...] apesar de ter tido uma relação bastante razoável com o Secretário de Estado na época, uma relação até de respeito, apesar das diferenças ideológicas, de visão de sistema, de tudo, o município de Vitória estava submetido à Superintendência e ao Superintendente Regional de Saúde Vitória, que era uma pessoa que na época não tinha a mínima condição de diálogo, mesmo o que se combinava com o Secretário, a Superintendência Regional de Vitória interferia no processo para dificultar (Entrevistado 1).

Percebe-se que, certamente, esta relação intergestores se configurava numa externalidade ao sistema de saúde municipal, e o não cumprimento dos pactos entre a SEMUS e a SESA, devido a atitudes do Superintendente, provocaram constrangimentos aos avanços da municipalização das ações e nos novos arranjos institucionais que estavam se conformando.

Considerando os embates político-ideológicos ocorridos entre o gestor municipal e o estadual, algumas iniciativas de ambas as partes podem ter-se configurado enquanto pontos de veto indiretos às iniciativas da SEMUS. Há indícios que apontam que os vetos indiretos se davam porque aquele período era marcado por uma luta ideológica relativamente à política pública de saúde e aos projetos político-partidários de ambas as secretarias e às esferas de governo. Isto se dava pelo fato de estar presente no Executivo Municipal um partido político de esquerda, que conflitava ideologicamente com o partido que ocupava o Executivo Estadual, um partido de direita. Também estas disputas arraigadas se davam em função dos diferentes projetos políticos para o setor saúde: a SESA defendia um modelo conservador de gestão, atenção e organização

na inovação, ou seja, em novos arranjos institucionais que preconizava a saúde coletiva.

Em relação às interferências do Legislativo na organização do sistema de saúde, o Entrevistado 1 afirmou que havia alguns interesses na Câmara de Vereadores, na época, que se configuravam como externalidades ao SUS municipal, representadas principalmente por um dos médicos, que era vereador e que pertencia à própria rede de saúde do município, tendo sido autor de muitos projetos afetos ao setor saúde, nem sempre desejáveis sob o ponto de vista da organização do sistema. Como forma de contornar essas externalidades, todas essas questões eram debatidas no Conselho Municipal de Saúde, e, na maioria das vezes, conseguia-se impedir que uma legislação inoperante ou que ferisse frontalmente a organização do sistema fosse aprovada, mas que *“as que não conseguia segurar, mesmo que passassem por aprovação na Câmara, não eram operacionalizadas — se a gente não concordava, a gente não cumpria”*, numa demonstração de veto direto à legislação homologada.

6.1.3 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO: ações e constrangimentos

Anteriormente ao SUS, o sistema público de saúde atendia a uma população muito restrita, sem direitos, e que passou, a partir de 1988, para um cenário com universalização e igualização desses direitos inscritos na CF. A fração da população que tinha o direito à assistência garantido anteriormente ao SUS, por ser trabalhadora ou seus dependentes, ou que recebiam como benefícios a assistência médica privada proporcionada pelos empregadores, começou a migrar dos planos e dos seguros saúde, abandonando o antigo INAMPS, e *“passaram a povoar esse novo cenário do SUS e suas áreas físicas, que anteriormente eram povoadas apenas por pessoas que não tinham nenhum direito, que se constituíam na parte mais desorganizada socialmente e com menos poder político”*, segundo o Entrevistado 1. Já naquela época havia uma compreensão social razoável por parte da nova gestão do Executivo Municipal sobre esses direitos sociais, *“mas não havia a cultura da sociedade de ocupar esse espaço do ponto de vista mais democrático, da discussão mais democrática”*.

mpo em que a gestão da saúde preocupava-se em promover as mudanças institucionais e organizacionais que entendia como sendo necessárias, também exercia um papel de motivar e inserir a sociedade nos grandes debates que envolviam a saúde pública, como forma de intensificar a participação e o controle social sobre as ações e os serviços de saúde e a aplicação dos recursos financeiros. Ou seja, buscava criar uma massa crítica na sociedade para que esta pudesse fiscalizar os próprios serviços que a gestão estava organizando e desenvolvendo.

Tendo em mente a diretriz e o princípio da integralidade como norteadora da organização de serviços, a SEMUS formalizou uma proposta à SESA de um processo de municipalização, da forma mais avançada de gestão do SUS segundo as normas vigentes, o que provocaria mudanças importantes nos arranjos organizacionais vigentes e desencadearia novos e mais complexos arranjos institucionais. Esta proposta envolvia o desafio do município em assumir a gestão e a gerência de todas as unidades públicas que se encontravam sob gestão e gerência do Estado. Segundo o Entrevistado 1, diante dessa proposta a SESA até aceitava municipalizar as unidades básicas, mas não se propunha a descentralizar a direção política do sistema de saúde — o comando único — o que implicaria que todos os serviços localizados no território municipal passassem para a gestão municipal. Em face dessa negativa, o município fez a proposição de assumir gradualmente a gestão sobre todo o sistema, iniciando pelos hospitais públicos estaduais. Primeiramente seria municipalizado o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e o Hospital São Lucas, pois este último já havia sido estadualizado, uma vez que antes pertencia ao MS. Esta intenção ia ao encontro do desejo do município em criar um Centro Único de Saúde, onde hoje estão sediados o Hospital São Lucas e o prédio administrativo da SEMUS. Para dar concretude a tal propositura a SEMUS elaborou e apresentou à SESA um projeto arquitetônico que propunha a construção desse Complexo de Saúde, com interligação entre os dois prédios, *“para facilitar o trânsito dos funcionários e das pessoas de um lado para o outro”*. Foi feita, também, uma proposta à administração municipal para isolar a rua em frente ao Hospital São Lucas, ficando reservada apenas para os veículos de transporte sanitário. Também foi idealizado um projeto arquitetônico de um Centro de Referência Especializado, onde atualmente funciona o estacionamento da SEMUS, todas estas iniciativas *“já com o pensamento nesse processo de integralidade”*. Sem esta ideia de integração física, de gerência de serviços e de gestão, segundo o Entrevistado 1,

... poderia compreender como fazer acontecer a integralidade com vários gestores, gerindo pedaços do sistema público de saúde. Naquela época essas propostas eram consideradas ousadas demais, tanto pelos atores internos da SEMUS como pelos da SESA (Entrevistado 1, grifo nosso).

A ousadia de integrar num mesmo espaço a atenção básica, por meio da Unidade Básica de Saúde Forte São João, ainda existente, as ações hospitalares de urgência e emergência por meio do Hospital São Lucas e a construção de um Centro Municipal de Especialidades, formando um Centro Único de Saúde, tinha como foco a integralidade. Com a agregação de todas essas estruturas — Hospital São Lucas, Unidade Básica e um Centro de Especialidades — ter-se-ia a “porta da atenção básica aberta” para favorecer e referenciar a população para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, como primeiro passo em direção à integralidade na atenção à saúde da população, e aos poucos todas as unidades básicas seriam referenciadas para esta estrutura complexa. Esta iniciativa da gestão mostrava claramente que os arranjos institucionais vislumbrados pela municipalidade efetivamente buscavam organizar os serviços e o acesso da população em afinidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Resultou de todas estas negociações que esta proposta não foi aceita pela SESA, a despeito da insistência do município. A primeira inferência que se pode fazer a este respeito é que a municipalização horizontalizaria os mecanismos de regulação, controle e avaliação, ao enfatizar os resultados dos serviços, e não apenas os procedimentos de caráter contábil-financeiro, o que seria desastroso para a esfera estadual, considerando que seus resultados não eram efetivos e sentidos pela população, e, certamente, a SEMUS traria resultados melhores e visíveis aos olhos dos diferentes segmentos sociais. Outra inferência que se faz é a de que a municipalização pleiteada, naquele momento, serviu para identificar alguns atores sociais contrários à municipalização por puro receio de perda do poder político e financeiro com a descentralização — os executivos e burocratas estaduais. Mas, também, outros atores pertencentes a uma rede de externalidades poderiam estar influenciando nesta decisão de “não descentralização”, como, por exemplo, os produtores de serviços privados, que mantinham relações com a SESA e viam seus interesses representados ameaçados; corporações de trabalhadores com vínculo trabalhista supramunicipal — vinculados funcionalmente à SESA e ao MS — que temiam que com a municipalização passassem, por termo formal de cessão de pessoal, para a gestão municipal, sendo, portanto, deslocados de um *lugar* de conforto e estabilidade política para um *lugar* incerto, sob a

com o qual muitos deles não se afinavam no campo das ideias. Esta situação ora relatada não se encontra registrada em nenhum dos documentos analisados neste estudo, sendo, apenas, inferências feitas por esta autora.

No entanto, apesar das resistências na esfera de relações de competência da SESA no que concerne à organização da gestão dos serviços, o município, no âmbito das relações com a União, adotou todas as providências para evoluir na condição de habilitação junto ao MS. A norma vigente que estabelecia as regras de organização do sistema e as condições de gestão à época era a NOB/SUS/92, uma republicação da NOB/SUS/91. Dessa forma, o município formalizou a municipalização, parcial, naquele momento, por meio de convênio, conforme explicitado nos documentos. Esse convênio iniciou o processo de municipalização por meio das ações coletivas de saúde: vigilância epidemiológica e sanitária.

Com isso, depreende-se que no município prevalecia um modelo de atenção dual, marcado pelo modelo conservador médico-assistencial-privatista, e o modelo defendido pelo SUS, que se iniciava; um modelo alternativo e substitutivo, o modelo da saúde coletiva.

Todas estas considerações sobre os modelos de gestão, de atenção e de organização, que, complementares entre si, levam aos denominados modelos tecnoassistenciais, remetem às visões mais influentes, como as de Celina Souza, que em diferentes publicações, nos anos de 2001, 2006 e 2007, avalia que as instituições têm convivido com várias lógicas de conteúdos diversos e que, portanto, não apenas uma única lógica tem prevalecido. Lógicas, ou gramáticas aparentemente antagônicas, também podem conviver, em contraposição à defesa de apenas uma lógica modeladora das relações políticas e sociais.

Essas lógicas, entretanto, podem, sim, em algum momento prevalecer sobre outras, a partir de *coalizões políticas* que visam viabilizar a adoção e a manutenção de uma linha ideológica ou de pensamento — projetos políticos. Essas *coalizões* levam claramente, ou mesmo subliminarmente, ao controle que seus atores políticos desejam exercer sobre as instituições. Embora reconhecendo que inúmeras variáveis influenciam as trajetórias das instituições, não se pode ignorar que a formação dessas *coalizões políticas* influencia na (re)definição das *regras do jogo*, ou seja, dos arranjos institucionais e suas institucionalidades.

s, valores e ideias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas, e “cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e idéias (sic) e pelos recursos de que dispõem”.

No campo da saúde pública essas *coalizões* políticas têm-se definido a partir de diferentes interpretações do ato de cuidar. Grupos de interesses que aderem à linha ideológica mais assistencialista defendem essa lógica como a mais adequada para a cura e controle das doenças. Linhas ideológicas mais de vanguarda, com destaque para os sanitaristas e adesos à saúde coletiva em todos os seus matizes, defendem fervorosamente uma diferente forma de cuidar do cidadão em defesa da vida. E assim, a partir de posições diferentes, de projetos políticos diferentes, de retrocessos e momentos de estagnação, mas também de adesão às inovações, é que se construíram esses novos arranjos organizacionais possibilitadores da ampliação da integralidade na atenção no município, nesse período de gestão.

Em relação à integralidade, um dos projetos da SEMUS era implantar uma boa rede básica, começando pela região onde havia os piores indicadores sócioeconômicos e epidemiológicos do município, que era a Região da Grande São Pedro. Nesse bairro existia um lixão, e a população vivia em torno e em função dele. Já na tentativa de aplicar o princípio da equidade, ofertando serviços a quem mais precisava, pois viviam em desigualdade social, foi elaborado um projeto de uma Policlínica para a Região, não com o conceito do que lá existe atualmente [Pronto Atendimento 24h], mas a ideia original era o de se ter um hospital municipal naquela localidade, pois,

Havia ali uma população de mais de 40 mil pessoas, muito carente, e o único acesso à maternidade que eles tinham era a Maternidade Pró-Matre ou era o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com muita dificuldade de acessibilidade por falta de transporte adequado à época (Entrevistado 1).

Naquela Região da Policlínica, não havia disponibilidade para o deslocamento de veículos, então a opção da gestão era instalar uma maternidade e, associada aos nascimentos, um serviço de internação infantil, pois a ideia era tentar absorver aquela população de crianças que se deslocavam para o Hospital Infantil de Vitória e que se deslocam até hoje. A intenção clara era a de proteção social, de propiciar **atenção integral** e de reduzir a mortalidade infantil. Com o passar do tempo o projeto inicial da Policlínica foi se transformando num Pronto Atendimento, que atendia e encaminhava os casos mais graves para os hospitais. Na realidade o projeto inicial era um equipamento

o X, laboratório de análises clínicas, com toda uma infraestrutura de um hospital. Este ideal infelizmente se perdeu no tempo, pois nenhuma administração que sucedeu a esta conseguiu transformar aquele serviço num hospital-maternidade e infantil. Explicitou o Entrevistado 1 que *“sob esse ponto de vista, houve uma involução no município”*.

No que tange à regulação do acesso na SEMUS, os primeiros registros datam de 1991. Estes foram observados no PMS, que se referia ao sistema de referência e contrarreferência da população do município junto à SESA, para a Central de Internações e para o Centro Regional de Especialidades de Vitória (CRE). Sugere este registro que não havia regulação do acesso da população desenvolvida pelo município, e sim pela SESA, não por mecanismos próprios do município, mas pelo ente estadual, ainda que de forma muito incipiente. Esta constatação é relevante considerando que a organização do sistema de referência e contrarreferência se deu no ano de 1991, haja vista a recente promulgação da CF e sua recente regulamentação por meio das Leis Federais nºs. 8.080 e 8.142/90. Embora recente, a gestão municipal já começava a desenhar arranjos organizacionais que fossem capazes de dar as respostas de que a população carecia.

Avaliando a organização da regulação do acesso à época, depreende-se que eram muito restritas as ferramentas de gestão e regulação e a forma de pensar o sistema estadual de saúde naquele momento. E, em função da condição de gestora apenas da atenção básica, a estrutura municipal, inserida nessa estrutura estadual, tinha limitações e restrições para interferir na organização dessa função da gestão. Em consequência, o município não tinha como interligar seus pontos de atenção, de forma mais organizada, estabelecer fluxos bem definidos àqueles serviços sob gestão do Estado.

A regulação, que na verdade era mais uma intermediação de internação sem nenhuma ciência, sem protocolos de regulação, portanto sem utilização da medicina baseada em evidências, sem nenhuma classificação de risco para se presumir a gravidade de cada caso clínico, naquela época restringia-se às Centrais de Vagas, inerentes aos leitos hospitalares, sob gestão estadual. Havia, também, as chamadas Centrais de Marcação de Consultas (CMC) sob a gestão da SESA, e o Estado já havia realizado um primeiro desenho para os municípios, a que se denominava de Agências Municipais de Agendamento (AMA). Essas CMC e AMA não agendavam apenas as consultas, mas também exames especializados, de modo muito insuficiente e incipiente. Não havia,

percepção que se tem atualmente, ainda que não esteja no melhor dos rumos, mas atualmente o sistema de agendamento é melhor do que era naquela época.

Nos idos anos de 1989-1992 o Estado havia estabelecido a organização do sistema estadual em Regiões Administrativas, por meio de uma lei, também aplicada ao setor saúde, que já estabelecia um desenho administrativo razoável por meio das Superintendências Regionais de Saúde e de um modelo de organização do território regional. O processo de regulação, ainda que incipiente, estava presente em cada uma das Superintendências, o que levou o município a se inspirar e a iniciar um trabalho de regulação com aqueles conceitos de facilitação do acesso. O Entrevistado 1 considerou que a regulação em sua gestão *“deixou muito a desejar porque era um processo de iniciar. Na época não tinha debate, não tinha cultura de regulação, não tinha estrutura, não tinha ferramentas discutidas e suficientes para se implantar este processo”*.

Do ponto de vista da organização dos serviços em redes assistenciais e com regulação do acesso, depreende-se que não havia condições objetivas para se organizar os serviços internos da SEMUS e em rede, muito menos havia em relação à SESA, haja vista o modelo de gestão, atenção e organização dos serviços adotados pelo Estado.

Assim, considerando esses distintos aspectos, há indícios de que o processo para se interligar as unidades foi difícil, pois estavam habituadas a desenvolver suas ações isolada e autonomamente. Uma unidade não conhecia e não reconhecia a outra; desconheciam, mutuamente, a oferta de serviços, ou seja, o que havia em uma e o que havia em outra, para, numa lógica de atenção integral, uma complementar as ações e os serviços da outra. Entretanto algumas iniciativas foram adotadas, discutidas com cada equipe, e uma dessas iniciativas foi a organização do acesso da população via telefone, o que não reuniu adesão por parte da equipe, que era frontalmente contrária, sob a alegação de que se estaria simplesmente escondendo a fila e que o usuário não mais ficaria “em pé na fila”, mas ficaria na fila dentro de suas casas. Pode-se perceber que era complexo o processo de discussão entre as equipes que trabalhavam com esta perspectiva de organização do acesso e as que se posicionavam contrariamente a este processo, ainda que incipiente, de organização da regulação do acesso.

Interessante ressaltar que faltava a percepção, por parte da equipe, de um conceito muito firmemente defendido nos dias atuais, que é o de humanização, pois o fato de a

...ia telefone, e de o cidadão aguardar pelo atendimento em seu domicílio já, de certa forma, propiciava a humanização na relação da gestão com o usuário dos serviços — HumanizaSUS⁵⁵. É sabido que os usuários passavam noites, madrugadas e dias aguardando por um agendamento nas filas de cada uma das unidades, principalmente as que dispunham de atenção especializada, ao relento, expostas ao sol, calor e demais intempéries.

Há, portanto, fortes indícios de que parte da equipe gerencial e dos trabalhadores impunha resistências a este processo, introduzido pela primeira vez por um gestor municipal em Vitória, numa demonstração clara de falta de apoio desses atores às mudanças inovadoras propostas e de desejo pela manutenção desse *lugar* incômodo tanto para o gestor quanto para a sociedade. Ainda que com todas as resistências internas da equipe, mas com apoio do Conselho de Saúde, que compreendeu a proposta, a gestão conseguiu formalizar este processo, ainda que em alguns momentos o CMS também verbalizasse que “a fila apenas tinha mudado de lugar”.

Abrem-se, aqui, parênteses para reflexões sobre esta situação: A quem interessava que os usuários permanecessem reféns das filas? A quem interessava a manutenção da desorganização do acesso da população aos serviços de saúde? A quem interessava que o agendamento não ocorresse com horários de atendimento pré-agendados? Para esta última questão, pode-se afirmar, sem receio de erro, que interessava aos profissionais médicos, pois, como é sabido, a maioria deles realizava todos os seus atendimentos rapidamente e, antes mesmo que sua jornada de trabalho diário se encerrasse, deixavam seu posto de trabalho na UBS, e os usuários que chegassem após sua saída ficavam desassistidos, tendo que novamente se submeter à humilhante e indigna fila “da madrugada”. Isto sem considerar situações de urgência, que fatalmente eram direcionadas para os hospitais, ainda que por condições sensíveis à atenção ambulatorial básica.

Na verdade o que se constata no início desse período de gestão é que a oferta de consultas era de 1,5/consultas/habitante/ano, conforme análise documental, e evoluíram para 3,0/consultas/habitante/ano já no primeiro ano da gestão. Este dado mostra a grande evolução na oferta de serviços, o que indica que, quanto maior a oferta de

⁵⁵ Para maiores esclarecimentos sugere-se a leitura da Política Nacional de Humanização do SUS.

que a gestão tinha de organizar a regulação do acesso da população a esses serviços.

Em relação aos mecanismos regulatórios do acesso da população às tecnologias biomédicas, foram formalizados alguns convênios e contratos como um avanço qualitativo da gestão, haja vista que havia um cenário de relação do SUS Estadual com a rede de prestadores sem qualquer vínculo contratual formal. Foi formalizado um convênio com a Maternidade Pró-Matre, em que o município prestava apoio material, com o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com a Casa da Esperança, uma Organização não Governamental, quando surgiram os primeiros casos de AIDS, por meio do Centro de Referência das DST/AIDS. Portanto, já se ensaiava, naquele momento, as primeiras iniciativas de regulação do acesso sobre a rede de prestadores de serviços complementar ao sistema municipal de Vitória.

Relativamente às decisões que a gestão municipal possa ter adotado e que efetivamente tenha provocado mudança institucional na área da regulação, percebe-se que essa gestão contribuiu para desinstituir modelos, métodos antigos e instituir novos conceitos, novas atitudes e comportamentos no corpo gerencial e dos trabalhadores da SEMUS, novos arranjos institucionais, mas, sobretudo, na sociedade, que, segundo o gestor,

[...] passou a se entender como partícipe desse processo de construção de uma nova forma de se fazer saúde no município, por meio de uma participação mais efetiva nas decisões, por meio do Conselho de Saúde e nos Conselhos e Comissões Locais de Saúde, que começaram a ser implantados em sua gestão (Entrevistado 1).

Tudo isto provocou, efetivamente, importante mudança institucional, organizacional e na saúde pública do município de Vitória nesse período de gestão, marcada por rupturas, embates, inflexões, tensões em alguns momentos, mas, principalmente, por desafios, ousadias, inovações e avanços incrementais, com repercussão positiva nas gestões da SEMUS, subsequentes.

Concluindo, este período de gestão trouxe para a cena política as ideias e visões mais de vanguarda de um partido político de esquerda, que sempre contestou os modos conservadores de se fazer política no país e, conseqüentemente, de colocar em prática as políticas públicas setoriais, principalmente as da área social. Com esta diferenciação das gestões anteriores, o PT, no Executivo e na SEMUS, primeiramente preocupou-se em fazer cumprir os mandamentos da CF para o SUS e, para tanto, deu início ao

ações e serviços de saúde e da força de trabalho; instituiu o Conselho de Saúde e criou o Fundo Municipal de Saúde; fez profundas mudanças no modelo tecnoassistencial; no compartilhamento das decisões da gestão com os mais variados segmentos sociais; no vigiar a saúde por meio da adscrição de população em territórios-processo de saúde e de doenças; de ousar romper com o poder unilateral da corporação dos médicos e dentistas e propor e iniciar um trabalho em saúde por meio de equipes multiprofissionais, ainda que esta categoria tenha resistido a esta iniciativa do gestor. Também desfocou o saber da medicina científica, introduzindo o saber sanitário e incorporando à gestão o saber sócio-cultural dos usuários. E, por fim, para dar concretude ao SUS, a SEMUS promoveu mudanças no desenho institucional e organizacional, como forma de dar sustentação às estruturas condicionantes de suas novas responsabilidades de gestão.

6.2 - O SUS SOB O COMANDO DO PARTIDO DA SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA: continuidade e aprofundamento do projeto?

Este período foi marcado por doze anos de direção municipal — 1993 a 2004 — consequente de coalizões que se firmaram em torno das ideias do PSDB, coalizões que eram constituídas por forças políticas que expressavam grande identidade com a gestão anterior. Também este cenário se aplicava ao setor da saúde pública. Pode-se constatar que muito do que havia evoluído na gestão anterior em termos de projeto político para o setor saúde foi reconhecido, e feita a clara opção pela continuidade e pelo incremento da maioria dos projetos e ações.

Vale destacar que no final do período de 1993-96 foi formulado o Projeto Vitória do Futuro, ancorado nos princípios da Agenda 21, enquanto um Plano Estratégico para a Cidade para o período de 1996 a 2010, que visava definir o imaginário social para a cidade desejável no futuro e os caminhos a serem trilhados, a partir de uma ação coletiva envolvendo o poder público e a sociedade.

Este Plano “pode ser considerado o resultado mais expressivo do amadurecimento de uma cidade democrática e cidadã” (VITÓRIA, 1996, p. 9), que representou o abandono do planejamento clássico ou planejamento convencional, que se dedicava ao

, para apostar no planejamento estratégico, com participação popular, com “uma **visão integral** e abrangente da cidade, considerando suas dimensões: econômica, social, uso e ocupação do solo, meio ambiente, qualidade de vida, infra-estrutura, administração pública” (ibidem, 1996, p. 9, grifo nosso). Ou seja, era bandeira de luta do PSDB tornar a cidade de Vitória uma cidade saudável e segura para se viver, inspirado no modelo de Cidades Saudáveis adotado pelo município de Curitiba — Saudicidade — no estado do Paraná, também sob a gestão do PSDB à época.

Esse projeto tomou como referência e como pressuposto a ideia-força de que o futuro se constrói a partir de decisões tomadas no presente. Para tanto, para o setor da saúde pública, foi identificado que esse era o segmento da administração pública que mais se ressentia da falta de um atendimento adequado e que requereria da gestão esforços importantes para o ganho qualitativo que a cidade exigia. O SUS, mesmo se constituindo numa proposta institucional moderna, democrática e justa socialmente, ainda não conseguia corrigir as deficiências maiores do setor, reflexos do modelo conservador que imperava até o ano de 1988.

Decorridos oito anos da constitucionalização do SUS, o município reconhecia que eram necessários esforços para a concepção de saúde como expressão de qualidade de vida, que pressupunha a construção de uma cidade saudável, no sentido da melhoria das condições de vida, com equidade. Nesse sentido, incluiu como imagem-objetivo para o futuro da cidade a intensificação da municipalização das ações e serviços básicos de saúde, com valorização da promoção da saúde e da vigilância da saúde em um sistema territorializado, sempre com a participação da comunidade. Estes esforços incluíam o enfrentamento do problema agudo de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, principalmente às urgências e emergências, o financiamento da saúde e a distribuição de responsabilidades entre os municípios que compõem a RMGV, em busca de soluções para os problemas comuns

Para a tarefa de pensar e projetar os rumos futuros do desenvolvimento da Capital, foram estabelecidas estratégias e projetos prioritários⁵⁶. As estratégias incluíam a articulação dos municípios da RMGV para o enfrentamento de questões comuns; intensificar a municipalização para alcançar sua forma mais avançada de

⁵⁶ Para maiores informações sugere-se a leitura do Plano Vitória do Futuro – Plano Estratégico da Cidade 1996-2010; Plano Estratégico da Cidade – Relatório de Balanço 1997-2000.

e fortalecer a territorialização da saúde intramunicipal, em que cada unidade de saúde seria responsável por uma população adscrita, visando à **atenção integral** em afinidade com a concepção de vigilâncias da saúde. Os projetos relativos ao objeto deste estudo — integralidade e regulação — eram:

[...]

2. Criar um Centro de Diagnóstico, para complementar a resolutividade da rede e aliviar os hospitais de pacientes que são internados para a realização de exames;
3. Articular a criação de consórcio entre os municípios da Grande Vitória e o governo estadual para divisão de responsabilidades no atendimento dos serviços de emergência;
4. Ampliar o atendimento nas unidades de saúde para abranger serviços de especialidades médicas;
5. Implantar um sistema informatizado de controle da área de saúde; e
6. Ampliar o Projeto de atendimento odontológico Sorria Vitória, para abranger a totalidade das crianças de 0 a 14 anos do Município; [...] (ibidem, 1996, p. 88-90).

Estes projetos são autoexplicativos, entretanto o intitulado “Implantar um sistema informatizado de controle da área de saúde” carece de uma reflexão. Tratava-se, na verdade, de um processo de regulação, cujo conceito, à época, não estava bem definido, conseqüentemente, não era da compreensão de todos os trabalhadores da saúde.

A versão atualizada do Plano Estratégico Vitória do Futuro, em 2002⁵⁷, tratava do Projeto Terra para, dentre outros, o enfrentamento da questão da pobreza e as condições sociais de vida da população, tendo como um de seus objetivos “Implementar **ações sociais integradas** visando à (sic) melhoria dos indicadores sociais e à (sic) participação popular em todas as fases de implementação do projeto” (VITÓRIA, 2002, p. 15, grifo nosso).

O Projeto Vitória do Futuro 2002 reforçava as ações do setor saúde do Vitória do Futuro anterior, mas mostrava as novas intenções políticas e os desafios para o setor, em face de um perfil epidemiológico ainda adverso. Esses desafios incluíam a superação dos limites para a atuação do município, que estavam diretamente vinculados apenas à Gestão Plena da Atenção Básica; portanto, era imperativo que o município avançasse na direção da Gestão Plena do Sistema Municipal, para definir a gestão da atenção especializada ambulatorial mais complexa e hospitalar e se responsabilizar por ela.

⁵⁷ Para maiores informações sugere-se a leitura do Projeto Vitória do Futuro – Versão 2002 – Agenda 21 da Cidade de Vitória.

projeto que diz que há uma oferta de serviços na rede municipal de Vitória muito superior aos atendimentos efetivamente realizados, o que aponta uma inadequação dos instrumentos gerenciais, particularmente daqueles relacionados à regulação do acesso, cuja situação parece contribuir para a subutilização do potencial assistencial existente.

Ainda analisando este cenário, constatou-se que havia uma crise institucional na área de saúde no Governo do Estado, com [...] “diversos problemas de ordem legal e gerencial que levavam a ineficiências e desperdícios de recursos na rede hospitalar de responsabilidade do Governo Estadual, e uma incapacidade de atender às demandas da população” (VITÓRIA, 2002, p. 28). Decorre deste cenário de dificuldades que a organização da atenção especializada era ineficiente e ineficaz, principalmente para o acesso da população aos Serviços de Urgência e Emergência Hospitalares, com baixa oferta de leitos de retaguarda, com superlotação dos leitos para internações de U & E, bem como dos pronto-socorros.

Podem-se constatar, na percepção dos formuladores desse Projeto, diversos pontos *fracos e fortes*⁵⁸, entendidos como possibilidades de gerar oportunidades e inovações no projeto político de saúde pública para a cidade. Em relação ao objeto deste estudo, o Projeto contemplava enquanto estratégias a implantação de um “Sistema de Informação Gerencial para a saúde, com **regulação** das informações nos setores público e privado” (grifo nosso). Enquanto Projeto e Ações, contemplava,

Dotar a atenção primária à saúde de meios tecnológicos e cognitivos de modo a torná-la, permanentemente, resolutiva;
Implantar o Sistema Integrado de Serviços de Saúde;
[...]
Melhorar a gestão dos pontos de atenção à saúde visando facilitar o acesso da população aos serviços existentes;
Induzir o estabelecimento de sistemas Funcionais e Resolutivos para a urgência e emergência em conjunto com o Estado e demais Municípios da Região Metropolitana;
[...]
Assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e imprimir qualidade aos serviços de saúde do SUS de modo a torná-los competitivos e uma opção ao Sistema de Atenção Médica Supletiva e ao de Desembolso Direto; (ibidem, 2002, p. 68).
[...]

⁵⁸ Cf. no Projeto Vitória do Futuro – Versão 2002 – Agenda 21 da Cidade de Vitória, p. 28.

projeto em análise finaliza afirmando que,

Para que a população de Vitória tenha uma adequada atenção integral à saúde, o Município precisa se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, assumindo as macrofunções gerenciais de **financiamento, compra de serviços e regulação** (ibidem, 2002, p. 28, grifo nosso).

Considerando as diretrizes estabelecidas pela coalizão de forças à frente da direção municipal, a intenção é analisar em que medida esses projetos foram viabilizados e implementados ao longo dos 12 anos de gestão. Neste sentido, é que se pretende analisar quais aspectos desses projetos evoluíram, em quatro das cinco gestões nesses doze anos⁵⁹.

6.2.1 - PERÍODO DA GESTÃO 1993-1994: limites e possibilidades

“Nós já temos a cultura de saúde, o SUS é um patrimônio brasileiro, é um patrimônio cultural e institucional brasileiro, que precisa ser aprofundado até para que a gente possa servir também de história”.

(Entrevistado 2)

O secretário que atuou neste período permaneceu no cargo por quinze meses, quando se desincompatibilizou do cargo a fim de participar do processo eleitoral em 1994, como candidato a deputado estadual. O gestor é médico sanitário, oriundo do debate e do movimento que gerou a Reforma Sanitária no Brasil e a Constituição de 1988, tendo participado do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); especializou-se em saúde pública no estado de São Paulo. Foi Subsecretário de Estado da Saúde em 1988, no momento em que os grandes debates sobre um novo sistema estatal estavam fervilhando nas arenas políticas do país.

⁵⁹ Optou-se por não realizar a entrevista com o gestor do período de abril a dezembro de 2004, uma vez que a análise documental apontou que nesse período não ocorreu nenhuma inovação institucional ou organizacional relativa à integralidade e à regulação do acesso que justificasse uma análise. Apenas se repetiu o fato de ao final do ano terem sido feitos altos repasses para a rede hospitalar filantrópica, sob a alegação de manutenção da disponibilidade e ampliação do acesso a consultas, exames e procedimentos especializados.

NOB/SUS/92, a qual foi substituída, logo em seguida, pela NOB/SUS/93. Esta última, que tinha como premissa a determinação política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, veio a constituir-se no referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento. Para tanto, procurou sistematizar e aprofundar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os estados e municípios e diferentes condições de gestão: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena (sic).

A NOB/93 tinha como eixo central disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS. Entretanto, reconhecia que a descentralização era complexa e, por isso, propunha que ela deveria se dar como um processo, sem bruscas rupturas. Com isso visava estabelecer diferentes níveis de gestão, possibilitando situações e períodos de transição no processo de descentralização do SUS, entre a "situação atual" e a "situação desejada", imagem-objetivo de sua intervenção, considerando as complexidades e responsabilidades a ela inerentes.

O município de Vitória fez, à época, a opção pela modalidade de Gestão Incipiente, segundo a análise documental; permanecia, portanto, na condição de prestador de serviços, igual a qualquer um dos prestadores privados — gerente de serviços — e não de gestor, para o comando único sobre toda a rede de prestadores públicos e privados de saúde.

6.2.1.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde

Como se pode ver, o modelo de atenção nesse período ainda tinha fortes marcas do modelo médico-assistencial-privatista, haja vista que o modelo alternativo de saúde dirigida para coletivos, herdado da gestão anterior, ainda não se configurava com toda a sua potência, capaz de substituir o anterior, enraizado há séculos no mundo e no

algumas características em processo de mudança, até mesmo de substituição por uma nova forma de pensar e de praticar a saúde pública, como, por exemplo, a vigilância epidemiológica e sanitária, que já tinham sido municipalizadas na gestão anterior. A territorialização do município em regiões de saúde começava a se consolidar de fato, ainda que as práticas assistenciais individuais para cura e controle de doenças se ressentissem da forte marca do modelo convencional. Pode-se dizer que esse modelo permanecia na cultura institucional da SEMUS e que a proposta, absolutamente ousada, da gestão anterior ainda não tinha logrado êxito suficiente para a mudança institucional pretendida nesses conceitos e os arranjos organizacionais conservadores. As mudanças propostas pela gestão anterior de um modelo alternativo, que preconizava a adscrição e o reconhecimento de clientela, de saúde coletiva, portanto de vigiar os ambientes e seus determinantes sobre a saúde humana, de vigiar a saúde e prevenir e controlar as doenças e agravos, ainda era mais conceitual do que propriamente práticas incorporadas no fazer e agir em saúde. Portanto, naquela época, mesmo a alta gerência da SEMUS tendo claros os conceitos e concepções, na prática não havia a cultura institucional sanitarista, até para gerar novos instrumentos e se contrapor ao modelo *inampiano*, historicamente dedicado à atenção hospitalar e à remuneração contraprestação de serviços.

O desenho institucional da SEMUS havia passado por mudanças, inclusive formais, na gestão anterior. O Entrevistado 2, em relação a esse desenho, assim se manifestou:

[...] nós evoluímos muito na gestão pública, em geral, o que influencia diretamente no SUS e, em particular, na integralidade, no acesso universal e na interação entre os diversos níveis da atenção. Estamos muito longe do que nós desejamos, mas estamos muito longe de onde nós estávamos. Nós já temos a cultura de saúde. O SUS é um patrimônio brasileiro, é um patrimônio cultural e institucional brasileiro que precisa ser aprofundado até para que a gente possa servir também de história (Entrevistado 2).

Ressalta-se que neste período havia uma forte presença do modelo institucional do INAMPS, que apesar da CF ter sido promulgada em 1988, em 1993 o SUS ainda não conseguia deslanchar por causa desse conceito e do fazer do INAMPS. Foi preciso, em 1993, a extinção dos INAMPS, por meio da Lei Federal 8.689/93, para que as diretrizes e princípios do SUS pudessem ser implementados. Esta presença cultural do INAMPS representava um veto direto à CF e aos arranjos institucionais e organizacionais dele decorrentes.

Diferentes projetos políticos na direção municipal

Os sanitaristas, que atuaram de forma importante na gestão anterior, promovendo inovações nos arranjos institucionais e organizacionais, com marcantes mudanças na SEMUS, de acordo com o Entrevistado 2, não representavam de fato uma comunidade epistêmica, mas apenas representavam uma comunidade de pensamento e de formulação, com viés muito restritivo ao conceito da atenção integral, pois, ao mesmo tempo em que tinham uma capacidade, uma cultura que se iniciava na sua formulação institucional, tinham estreitamentos culturais por preconceito, no entendimento quanto aos elementos formadores da integralidade. Sobre os sanitaristas, o Entrevistado 2 assim se manifestou:

[...] essa comunidade não gerou efetivas transformações no modelo; ela começou a discutir, a debater, mas não deixou marcas. Naquele momento ela fez ensaios teóricos, mas ela não tinha a informação instrumental prática capaz de gerar conhecimentos que remodelassem com vigor os conceitos e as práticas naquele momento. A integralidade estava em outro andar, até porque a inteligência que foi financiada no Brasil foi a hospitalar, a inteligência de procedimentos de maior custo. Aí você tem, também, ao mesmo tempo, a cultura sanitarista, que tinha restrições e preconceitos com o andar de cima, no sentido que era o andar rico. Também o andar de cima tinha restrições e preconceitos com os sanitaristas... muito interessante, porque apesar das diferenças ambos se olhavam [...] (Entrevistado 2).

Cabe aqui ressaltar, conforme já mencionado, que na gestão anterior os sanitaristas foram considerados uma comunidade epistêmica, conceitual e institucionalmente fortalecida, que emergiram a partir do gestor, que era sanitarista, e de um Curso de Especialização em Saúde Pública. Esses sanitaristas foram os maiores responsáveis pela territorialização do município em Regiões de Saúde e realização do Diagnóstico Situacional em todas elas, por meio da metodologia da Estimativa Rápida Participativa (MERP), onde, dentre outras intenções, estava o planejamento local das intervenções necessárias no território, o de vigiar a saúde das pessoas, vigiar os estabelecimentos de saúde e os de interesse à saúde coletiva, definir as áreas de abrangência e de influência das Unidades Básicas de Saúde, provocar a intersectorialidade junto às demais políticas públicas municipais e propiciar a ampliação do acesso para ampliação da atenção integral à população adscrita.

Este contraponto verbalizado pelo gestor sugere indícios de diferenciação nos projetos político-partidários e ideológicos, estes em relação à saúde pública, entre o PT e o PSDB, ainda que o gestor desse período fosse um médico dedicado à saúde pública e

Reforma Sanitária brasileira. A causalidade dessa divergência pode ter origem, também, no fato de o seu antecessor, do PT, e responsável pela introdução dos sanitaristas na SEMUS estar ocupando o cargo de gestor na SESA, uma vez que o PT estava na direção do Executivo Estadual. Melhor dizendo, os partidos se revezaram nas duas instâncias executivas, um sucedendo o outro. Os registros documentais e as falas do gestor não são esclarecedores desse aparente litígio de ideias.

Uma questão interessante que cabe aqui ser focalizada refere-se ao fato de na análise documental surgir como outra comunidade epistêmica, que começava a delinear novos conceitos institucionais e organizacionais — a dos epidemiologistas — que em nenhum momento o Entrevistado 2 citou como uma possibilidade, ainda que com movimentos iniciais. Esses epidemiologistas se aliaram posteriormente aos sanitaristas, reforçando os conceitos e as práticas da saúde coletiva. Cabe aqui destacar que os epidemiologistas se fizeram representar por poucos profissionais, com especialização em epidemiologia e, mais especificamente, alguns em epidemiologia social.

Pactuações intergestores: projetos políticos em disputa

Ainda que as relações entre as direções da Prefeitura Municipal, a anterior e a em exercício, fosse cordiais e respeitadas, no campo da saúde pública há indícios de tensões perpassando as relações e os projetos políticos. O Entrevistado 2 explicitou que, ao assumir a gestão na SEMUS, seu antecessor não fez a transmissão do cargo e transição da gestão, e sobre isto assim se posicionou:

[...] meu antecessor decidiu por não me passar a Secretaria; então eu tive que navegar em ponto cego por uns dois a três meses até que me apropriasse do que havia de realidade, de informações que eu pudesse compreender, a partir dali os instrumentos que eram ofertados. Então, eu considero aí os doze meses de presença importante, embora a gestão anterior tivesse algumas coisas que foram positivas (Entrevistado 2).

Esta revelação sugere conflitos ideológicos no campo da política partidária, considerando que a gestão que assumia o Executivo pertencia ao PSDB e a que deixava o poder, ao PT, este com um traço ideológico muito peculiar, de partido de

ornado a cidade e que se despedia da gestão com alto índice de aceitação pela sociedade.

Vitória, como é sabido, tem uma trajetória histórica de boas e sucessivas gestões no Executivo e na saúde pública, o que foi reconhecido pelo Entrevistado 2, ao afirmar que:

[...] a gestão do Executivo que me antecedeu foi muito bem avaliada pela população, assim como procedeu muitos avanços na saúde pública, pois já havia assumido compromissos importantes na expansão dos serviços de qualidade nas unidades básicas; uma administração que na saúde teve uma boa presença e uma boa participação, então, ao assumir a pasta da saúde, encontrei um ambiente onde já havia um projeto de expansão que foi entendido como correto, então **meu primeiro desafio era dar continuidade a um projeto de expansão** daqueles atributos básicos que poderiam ser feitos pela rede municipal. Entretanto, naquele momento o principal desafio era a organização da atenção especializada, pois havia uma limitação muito grande de acesso da população às clínicas especializadas ambulatoriais e, do ponto de vista da relação com o ambiente hospitalar, essa relação era absolutamente em aberto [...] (grifo nosso).

Naquele momento de gestão, segundo o Entrevistado 2, a SEMUS era uma instituição muito frágil, por causa do formato organizacional que atendia a interesses externos. Portanto, esses interesses, segundo o gestor, que não representavam as necessidades da população se configuravam em interferências importantes na gestão, pressionando o sistema para ceder a seus interesses. Esta consideração é absolutamente relevante, uma vez que os registros nos documentos, além da verdade sabida, apontam em sentido contrário. Ou seja: a gestão antecessora rompeu com o clientelismo, fortalecendo todos os meios e instâncias de participação e controle social, capacitando e politizando os conselheiros de saúde para o exercício dessa função, de tal forma que o foco das ações e serviços de saúde nunca se desviasse dos interesses dos cidadãos de Vitória. O Conselho de Saúde se configurava numa estrutura de possibilidades políticas que propiciavam a inserção de grupos sociais que sempre estiveram excluídos do processo participativo.

Há claros indícios de que, apesar das diferenças nos projetos político-partidários, o projeto político para a saúde pública era de continuidade, certamente com algumas diferenças.

6.2.1.2 Mudanças na Estrutura Organizacional: novos arranjos organizacionais e suas práticas sanitárias

o estado do país a formalizar a adesão ao chamado Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, e o gestor municipal [Entrevistado 2] foi um dos protagonistas dessa experiência. Algumas das limitações que faziam com que o Estado e, conseqüentemente, os municípios não aderissem ao SUDS eram: a não isonomia na autonomia dos entes federados; o acesso não isonômico aos recursos financeiros; a não isonomia dos salários entre os trabalhadores de nível universitário, o que gerava conflitos interinstitucionais e interrelacionais no cotidiano do trabalho entre servidores municipais e os que viriam a ser municipalizados, ou seja, os instrumentos para sua operacionalização no Estado e em Vitória ainda eram muito insuficientes à luz do que se dispõe hoje.

Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

Durante a gestão da saúde nesse período, diversos fatos e elementos externos ocorreram de forma importante na organização do sistema municipal. Interferências dos prestadores de serviços de saúde, insaciáveis em sua insistência em impor seus produtos e serviços à SEMUS; pressões corporativas, representantes da indústria farmacêutica e de equipamentos assistenciais, as fontes imprecisas de financiamento, dentre outras. Mas, uma menção do Entrevistado 2 despertou reflexões mais profundas, uma vez que considerou que a ocorrência de doenças reemergentes, como a dengue, que surgiu em sua gestão e desencadeou a história que se tem há 19 anos, com repercussão importante no sistema e na sociedade até os dias de hoje, e um surto de cólera, na época, que mobilizou muito a SEMUS. Essa mudança no perfil epidemiológico foi considerada pelo gestor como uma externalidade ao SUS, localizada nos ambientes, com repercussão direta sobre o sistema de serviços de saúde.

Esta autora não entende que essas epidemias se configurem em externalidades por diversos motivos. Primeiro porque o surgimento dos primeiros casos de cólera na América Latina ocorreu em 1992, chegando ao Brasil pelo município de Altamira, localizado no estado do Amazonas; portanto, apesar de todas as “barreiras” preventivas que foram feitas nas entradas do Estado por terra, ar e água, de viajantes e dos meios de transporte que utilizavam, já era esperado que em algum momento o cólera chegasse ao ES, o que acabou ocorrendo em 1993. Ora, só o fato de se prevenir a

“barreiras”, claro está que esta é uma ação inerente à Vigilância em Saúde, mais precisamente Epidemiológica e Sanitária, portanto intrínseca ao SUS e não uma externalidade. A segunda situação se refere à dengue, obviamente valendo-se de outros meios de prevenção. As doenças reemergentes e as inusitadas fazem parte de um contexto epidemiológico sobre o qual não pairam dúvidas das responsabilidades imanentes ao SUS, na prestação da atenção integral aos cidadãos.

6.2.1.3 Integralidade e Regulação: ações e constrangimentos

A integralidade na atenção à saúde dos cidadãos, naquele período, era ainda muito recente, após a institucionalização do SUS e sua regulamentação pela LOS, segundo o que se percebeu por meio do Entrevistado dois:

[...] existia como conceito, não existindo e nem interferindo na organização do sistema, e mesmo hoje, com todos os instrumentos e modelagens que foram feitos, ela ainda sofre de poucas possibilidades tanto pela oferta quanto pela referência e contrarreferência e todos os instrumentos que estabelecem uma atenção integral à saúde.

Os indicadores de cobertura assistencial apurados desde o início do período sob análise, presentes nos Quadros 1 a 6 apontam um incremento quantitativo muito significativo na produção de serviços assistenciais, o que demonstra que o projeto de expansão referido pelo gestor de fato ocorreu na atenção primária, que, naquele tempo, era o arcabouço institucional da SEMUS. O município tinha muitas limitações financeiras, não havendo condições para suportar nem mesmo essa modelagem estrutural, mas dentro do conceito de ações básicas, segundo o gestor,

[...] o desafio naquele momento era ofertar ao maior público possível um conjunto de regiões e bairros, os atendimentos em pediatria, ginecologia com pré-natal, a clínica geral, e começava-se a esboçar um esforço na clínica odontológica. A seleção de medicamentos era muito incipiente, pouco suficiente e com poucos efeitos terapêuticos, pela inconstância na disponibilização dos mesmos.

Este cenário de dificuldades sugere que a integralidade ainda era uma utopia, até porque o nível de atenção especializada era fragmentado, sofria solução de continuidade, o que levava a população a buscar espontânea e erraticamente o acesso aos serviços de saúde, com uma presença pífia do Estado nesse cenário.

o município deu continuidade ao processo de expansão iniciado na gestão anterior, tendo implantado um Centro de Prevenção e Tratamento de Doenças Mentais e Toxicomanias (CPTT). Posteriormente foi implantado um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dedicado aos transtornos mentais, exceto toxicomanias, que permaneceram sob atendimento na estrutura do CPTT.

Havia um debate esperado pelos militantes na saúde pública, enquanto expectativa localizada em relação à gestão que assumia o município, político-ideologicamente identificada com outra cor partidária [PSDB], que era um debate sobre a manutenção ou não da adscrição de clientela já firmada na gestão anterior do PT. Isto estava posto naquela realidade, haja vista que, quando o município-capital melhorou o seu desempenho na saúde pública, a população de outros municípios, que ainda não tinham seus serviços organizados, migrava para Vitória, o que era e é uma migração natural, pela sabedoria popular em reconhecer sistemas qualificados. Entretanto essa migração poderia colocar em risco a territorialização/adscricão de clientela, pela competição dessas populações pelo acesso aos serviços de saúde com a pertinente ao território. Havia à época uma discussão importante sobre a universalização do acesso, de como os municípios-polo poderiam programar e projetar a integralidade na atenção, em função do universo de serviços dedicado a um público flutuante que, a princípio, não era da sua responsabilidade organizacional e que criava demanda além daquilo que se poderia oferecer de serviços de saúde. Esta situação de dificuldades e de dilemas, apontada na análise documental, foi confirmada pelo gestor como um debate desafiador por que:

O debate era importante... e que ao longo do tempo foi se confirmando na cultura institucional, que é a idéia de que a integralidade não se aplicava apenas aos serviços de saúde, mas também a concepção da doença no seu conjunto, sem a separação da doença de caráter físico da social, que se dava por questões relacionadas ao saneamento básico, requerendo regulações hídricas e relações intersetoriais. As questões decorrentes do envelhecimento, [...] que vinha se dando a cada dia no Brasil nos últimos 30 anos, envolvendo a taxa de fecundidade e envolvendo a expectativa de vida ao nascer, um conjunto de agravos e procedimentos que vão se dando na terceira idade, que vão demandando uma rede de atendimento hospitalar, faziam parte dos debates entre as diferentes secretarias (Entrevistado 2).

A migração de populações entre municípios e estados sempre existiu e persistirá, sem dúvida. Foi assim na gestão anterior e também foi assim neste período. Essa *invasão de clientela* de outros municípios em relação ao princípio da integralidade, na percepção do Entrevistado 2, foi assim explicitada:

ação como agente público, como médico sanitário, mas muito mais como agente público, é que você não consegue dar conta, responder a essas demandas, se não se tiver o mínimo de definição do contingente populacional. Na época teve uma discussão sobre esta questão, que para mim foi muito penosa, porque eu começava a me apresentar como agente político, na expectativa de ter a dimensão de votos, e não se tinha pela legislação instrumentos de interrupção disso. Mas ao mesmo tempo a gente se perguntava... para que público você vai ter? Como é que o sistema contempla este financiamento? Esta resposta nunca foi dada, então ela passou a ser tratada no campo da resposta fraterna, na resposta social, da responsabilidade legal, porque se alguém procura é porque precisa, daí o princípio da universalidade. E o princípio da integralidade, como você entrou no sistema você deve receber tudo o que precisa e sair dele de volta para sua vida normal e para o mercado de trabalho (Entrevistado 2).

Constata-se que esta questão da integralidade para populações não municipais de Vitória ficou sem resposta, à época, e permanece fazendo parte dos problemas do sistema, pois essa questão cai no campo do debate da universalidade no acesso e na adscrição de clientela, da responsabilidade plena que cada município tem por seus municípios e da responsabilidade solidária que todos têm pela vida. Enquanto a universalidade é uma porta em aberto, absolutamente com geração de imprevisibilidade sobre a demanda e para o que se pode ofertar, a integralidade na atenção leva ao caminho dos interstícios dos serviços até que o cidadão tenha seu plano terapêutico completado. Então, depreende-se que naquele momento não se tinha os instrumentos para dar sustentação a esses debates, não se tinha a clareza que hoje se tem sobre esses instrumentos de gestão, principalmente a regulação do acesso.

Caminhando ainda por este cenário de dificuldades, foi perguntado ao Entrevistado 2 se havia tomado alguma decisão que pudesse restringir o acesso da população a qualquer tecnologia no período de sua gestão. Esta questão foi dirigida intencionalmente ao Entrevistado 2, haja vista se ter tido acesso a uma portaria datada de junho de 1993, que restringia o acesso da população a medicamentos. O secretário, sobre este tema, argumentou que:

[...] foi iniciado um debate para analisar a restrição de acesso da população de outros municípios, mas apenas em áreas de maior custo, como medicamentos, serviços de odontologia, e como minha gestão sucedia uma administração muito bem avaliada pela população, lidar com isso politicamente acabou sendo muito complicado, nós jogamos no ar. Como diz um amigo: "Entre a razão e a felicidade, muitas vezes fica-se com a felicidade (Entrevistado 2).

Prosseguiu afirmando que:

Naquele momento nós enfrentávamos, dentro do debate conceitual, que a adscrição de clientela não era possível, porque não havia instrumentos, porque a lei previa o oposto, mas esse debate era necessário. Se não dava para adscrever, tinha que negociar isso entre municípios e entre estados; isso tem que

em algum tempo que não é agora, mas no futuro será. Do ponto de vista do município, nunca pensamos uma medida restritiva, mas a necessidade de restringir sim por causa do teto financeiro. Se não podemos dar 100, podemos dar 80, se 100 nos procurarem 20 vão ficar de fora. Você acabava, já que não havia instrumentos legais para a definição de meios para os que vinham de fora e os que vinham de dentro (população), nós os fazíamos pela restrição do uso de meios materiais e financeiros (Entrevistado 2).

Um contraponto merece ser feito em relação a estas declarações, uma vez que a referida portaria estabeleceu exatamente o contrário, ou seja, foi oficialmente publicada uma restrição de acesso a medicamentos para as populações flutuantes, de não munícipes, que acabou por atingir frontalmente a população de Vitória, uma vez que essa norma estabelecia que só fossem atendidos os portadores de prescrições de medicamentos com receituário próprio da SEMUS, estritamente sob a apresentação de documento de identidade pessoal e comprovante de residência, não sendo aceitas prescrições de outros serviços públicos vinculados à esfera estadual e federal, o que gerou uma enorme exclusão social, totalmente contrária ao princípio de inclusão universal preconizado pelo SUS. Interessante ressaltar que a municipalidade mantinha convênios e contratos com instituições filantrópicas e privadas, complementarmente ao SUS municipal, para ampliação da integralidade na atenção; portanto, incompreensível esta decisão, pois ao mesmo tempo em que se ampliava a oferta de serviços por meio desses prestadores, suas prescrições de medicamentos e requisições de exames eram barrados nos balcões das farmácias municipais. Esta portaria não teve seus termos e atos consequentes cessados, apesar desse cenário de dificuldades, vigorando por seis meses até a expiração da data prevista em seu escopo.

Nos idos dos anos 1993-1994, o município de Vitória por si só não era capaz de prestar atenção integral a todos os munícipes, ofertando todas as tecnologias, fossem elas consultas especializadas, exames, ou cirurgias e transplantes. Assim incumbia ao Estado garantir que a população, que era bem atendida no nível primário de atenção, tivesse acesso aos níveis secundário e terciário. Sobre este cenário o Entrevistado 2 assim se manifestou:

Sem uma integração no sistema, por meio de um sistema de referência e contrarreferência..., por busca da população, que ao precisar de um oftalmologista, de fazer uma cirurgia de mioma, um procedimento A, B ou C, procedimentos específicos como um exame colpocitológico que pudesse identificar um carcinoma in situ, o procedimento que era necessário daquele achado não era um procedimento obrigatoriamente garantido adiante. Havia outra fila, por demanda espontânea, pois o paciente já estava orientado para aquilo; ele entrava numa outra fila, num outro momento, numa outra agenda (Entrevistado 2).

leções sobre duas dimensões, pelo menos. Uma, reafirmando que a integralidade estava comprometida por falta de organização de um sistema de referência e contrarreferência da população entre os serviços, até mesmo em situações de gravidade como as neoplasias. E outra, embora à época não se falasse em regulação do acesso com o conhecimento que se tem atualmente, que era a falta de mecanismos regulatórios para a garantia de acesso que contemplassem inclusive a classificação de risco das situações clínicas que se apresentavam nas portas do sistema.

Igualmente ao período da gestão anterior, pode-se afirmar que a integralidade e a regulação do acesso ainda não se configuravam em arranjos institucionais e organizacionais capazes de garantir o acesso da população às tecnologias necessárias.

6.2.2 PERÍODO DA GESTÃO 1994-2002: continuidade e aprofundamento do projeto?

Este momento é representado por duas gestões: 1994-2002 e 2002-2003, portanto aproximadamente nove anos de gestão, e por um longo tempo de permanência do gestor do primeiro período, de aproximadamente oito anos, à frente da SEMUS e sucedido por seu subsecretário, por mais nove meses.

Nestes dois períodos de gestão, ocupava o Executivo Municipal o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). A gestão da saúde municipal nesse período teve início sob a égide da NOB/SUS/93, que foi publicada logo após a extinção do INAMPS, e, apesar do SUS já contar quase 5 anos de existência, as heranças do INAMPS insistiam em permanecer, principalmente o modelo médico-assistencial-privatista, ações de controle contábil e auditorias médicas.

Essa NOB/SUS trouxe profundas modificações na lógica da descentralização/municipalização político-administrativa das ações e serviços de saúde, e sua substituta, a NOB/SUS/96, também foi editada no percurso desse período de gestão, aprofundando ainda mais as questões inerentes à descentralização. O cenário de recursos financeiros insuficientes permanecia, entretanto a NOB/SUS/96 trouxe maior aporte de recursos

o e Incentivos Variáveis à AB. Ainda que estes recursos representassem avanços significativos no financiamento, permanecia a prática da indução de implementação política pelo MS junto aos demais entes federados, por meio de financiamento fragmentado, em vez do estímulo à formulação de políticas e à responsabilização plena pela população. Entretanto, os incentivos institucionais possibilitados pela NOB/SUS/96 favoreciam a ampliação incremental dos gastos do município com a APS, portanto nada mais esperado que a ação de grupos de interesses organizados para influenciar na decisão alocativa da SEMUS, principalmente a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Neste cenário de restrições e oscilações financeiras foi criada a Contribuição Provisória sobre Circulação Financeira (CPMF), no ano de 1995, que veio, posteriormente, a se tornar um imposto, sob a argumentação ministerial de que esta nova contribuição seria uma opção para não desativar um sistema que atendia à população de baixa renda. Esta Contribuição pode ser considerada uma grande inventividade na inovação política, que desencadeou novos arranjos institucionais no SUS, entretanto provocou forte oposição dos Ministérios do Planejamento e da Fazenda. Em 2000 foi feita uma emenda à CF, por meio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), que tinha como finalidade maior a garantia de estabilidade financeira para o SUS, bem como gerar um gradual incremento nesses recursos no período de 2000 a 2004, período de sua vigência. Em 2001/2002 foi editada a NOAS, que tratava essencialmente da regionalização da saúde, promovendo importantes mudanças no sistema de saúde pública.

As regras da NOAS/SUS/2002, recentemente editada, que trazia em seu escopo uma ruptura drástica em relação à NOB/SUS/96, gerando críticas infundáveis pelos militantes da saúde pública, pois promoveu a separação das ações assistenciais das coletivas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, que a NOB/SUS/96 havia conseguido unir num esforço inusitado em relação às demais que a antecederam. Os arranjos institucionais que se haviam formado em torno da atenção integral preconizada pela NOB/SUS/96 precisaram ser revisitados pelas esferas estadual e municipal, pois um novo cenário se apresentava enfatizando a organização da atenção especializada secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar

O município optou por permanecer habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), tendo evoluído apenas para a forma substituta que a NOAS propunha: a

Ampliada (GPAB-A), conforme se pode constatar na análise documental.

É neste cenário que se analisará estes dois períodos de gestão, com base apenas na análise documental para o primeiro período, uma vez que não foi concedida entrevista pelo gestor⁶⁰. Os documentos a que se teve acesso oferecem elementos para se produzir esta análise, ainda que em alguns momentos possa assumir certa característica descritiva dos fatos e momentos que marcaram este período de gestão.

6.2.2.1 Período da Gestão 1994-2002: estabilidade?

O gestor desse período é médico geral comunitário, tinha ocupado o cargo de subsecretário na gestão que o antecedeu e até então não havia ocupado nenhuma posição de gestão ou gerência no Executivo Municipal. Foi assessorado diretamente por três médicos gerais comunitários.

Este cenário de um longo período de gestão leva à noção de estabilidade na organização e suas instituições. O que ocorreu na SEMUS foi consequência de dois mandatos que se sucederam no Executivo Municipal, sob a direção do PSDB, o que em parte foi importante sob o ponto de vista das mudanças institucionais que ocorreram no período. Esta situação remete a North (1990, 1993), que, ao se referir às instituições, descreve que “as instituições eficientes [...], ao longo do tempo, adquirem estabilidade, o que as faz conservar sua estrutura normativa, tornando qualquer caminho ou rota de mudança dependente desta estrutura preestabelecida”. Levi (1991) amplia esta reflexão, acrescentando que as “instituições representam uma barganha social a partir da qual emergem retornos de obediência” e que “sua estabilidade se baseia na capacidade de manter a obediência de grupos e pessoas”.

⁶⁰A autora deste estudo buscou insistentemente realizar a entrevista com o gestor, no período de novembro de 2009 a abril de 2010, não obtendo êxito. O ex-secretário municipal de saúde é o atual Secretário de Estado da Saúde.

ional e nas concepções de atenção à saúde

Este período foi marcado por avanços na saúde pública do município, principalmente nas questões envolvendo a implementação do modelo tecnoassistencial para a atenção à saúde da população, bem como na maior disponibilidade e oferta de recursos tecnológicos assistenciais especializados. Foi um período de relativa estabilidade política, de concepções sobre saúde e doença, entretanto muito diferenciado em relação às práticas sanitárias, com importantes momentos de inflexão que levaram, por exemplo, ao retrocesso da descentralização da Vigilância em Saúde, cujos fatos, eventos e momentos estarão sendo explicitados no item a seguir.

Quanto ao modelo de atenção, segundo as ações de saúde, o município de Vitória desenvolveu as políticas de saúde direcionadas para a solução dos principais problemas incidentes e prevalentes na população, que estavam agrupados em três categorias distintas:

- 1) Doenças crônico-degenerativas: hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, etc.;
- 2) Causas externas: homicídios, acidentes de trânsito, acidentes diversos, etc.;
- 3) Doenças infecciosas e parasitárias: dengue, tuberculose, hanseníase, etc., por meio do Programa de Atenção à Saúde do Cidadão, que priorizava a atenção à saúde nos diversos ciclos de vida do cidadão; e Programa de Ações Coletivas, que realizaria ações de promoção e proteção à saúde, com as práticas de vigilância à saúde (VITÓRIA, 2001, p. 45).

Pode-se perceber que o município desviava seu foco do atendimento às situações de urgências e emergências para, sem desprezá-las, passar a enfrentar a questão das doenças crônico-degenerativas, principalmente pelo fato de a população de Vitória começar a apresentar uma mudança na pirâmide etária, com um maior número de pessoas idosas, que requerem muito mais cuidados, tanto tecnológico-assistenciais quanto financeiros. Havia à época uma crônica sobrecarga dos serviços de urgência/emergência na Região Metropolitana, agudizada periodicamente por crises relacionadas à escassez de recursos humanos, leitos de retaguarda, bem como por repetidas greves de servidores públicos, principalmente no único hospital universitário federal localizado em seu território. Importante ressaltar que muitas das internações e dos atendimentos hospitalares ocorriam por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial Básica (CSAA), que chegaram a 26,0% em média nos atendimentos realizados nos hospitais de Vitória, relativos à população residente.

o momento estava em processo o projeto Vitória do Futuro, que fortalecia o planejamento estratégico, com vistas ao delineamento de uma cidade democrática e cidadã, o que exigia modernização da gestão pública, com a adoção de novas técnicas de gerenciamento, na perspectiva de conseguir níveis superiores de eficácia nas suas ações. Para tanto, a administração municipal aprimorou seu relacionamento democrático com a sociedade, multiplicando as relações institucionais do Poder Público Municipal com a sociedade civil organizada.

Na SEMUS essas diretrizes macro da administração municipal foram seguidas, fortalecendo seu processo de planejamento estratégico, que foi adotado como técnica de gerenciamento, descentralizadamente, o que se afinava com a proposta dos SILOS. O planejamento estratégico se constitui numa metodologia que tem como exigência básica a participação da sociedade, bem como visa formar uma visão integral e abrangente sobre os espaços territoriais, ou seja, nas suas dimensões social, econômica, qualidade de vida, meio ambiente, infraestrutura, dentre outros. E foi neste cenário que a SEMUS buscou desenvolver ações integradas internamente, com ações intersetoriais, e externamente junto às demais esferas de gestão da saúde, na perspectiva de ampliar a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, para contribuir com a política macro da cidade, buscando diminuir as desigualdades sociais nos diferentes Territórios de Saúde para uma cidade saudável e segura.

Nessa perspectiva a SEMUS reforçou o modelo da Saúde Coletiva, em sua dimensão Cidade Saudável, inspirada no modelo curitibano de “Saudicidade”.

Mudanças na Estrutura Organizacional: novos arranjos organizacionais e suas práticas sanitárias

A análise documental desvelou diferentes modelos organizacionais para as práticas sanitárias nesse longo período de gestão, tendo si do possível identificar pelo menos três desenhos. Em relação ao modelo organizativo da atenção à saúde, no final de 1994 foi iniciada a implantação de um novo modelo, na forma de SILOS, que contemplava os princípios e as práticas da saúde coletiva, com ênfase na Vigilância em Saúde. Para

so de elaboração dos diagnósticos locais de saúde nas Regiões de Saúde do município, num total de sete, tendo início pela Área de Vigilância em Saúde de São Pedro. Esse processo foi desenvolvido utilizando-se a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa (MERP)⁶¹ com a potência de mapear nas Áreas de Saúde os territórios vulneráveis, identificar problemas e necessidades de saúde para subsidiar o planejamento local das ações a partir da análise de risco.

Visando dar operacionalidade à reformulação do modelo tecnoassistencial, no mesmo ano foi realizado um grande movimento na SEMUS para a elaboração do projeto de intervenção à luz da Vigilância em Saúde; portanto, um novo arranjo organizacional estava em processo e tinha como objetivo imprimir mudanças do paradigma dominante da atenção à saúde para um novo paradigma⁶²: o da promoção da saúde, em detrimento do vigente à época — modelo assistencialista médico-hospitalocêntrico, unicausal e biologicista — ainda que desde 1990 já tivessem sido iniciados movimentos em direção ao modelo alternativo, à época, o da Saúde Coletiva. Para dar concretude a esta decisão, no ano subsequente foi iniciado o processo de territorialização das Regiões de Saúde, com o objetivo de implantar os SILOS, que adscriviam populações a cada uma das Unidades Básicas de Saúde, e isto era percebido como um processo/método viabilizador de profundas mudanças na relação da administração municipal com a sociedade. Vale destacar que os SILOS estimulavam o fortalecimento dos vínculos entre Governo e Sociedade, de tal forma que a UBS reconhecesse aquela população adscrita como sendo de sua responsabilidade sanitária, ao mesmo tempo em que estimulava a população a ela adscrita a reconhecer a UBS como seu primeiro contato com o sistema, criando fortes vínculos de corresponsabilização no processo saúde-doença.

A mudança de paradigma foi permeada pelo embate dos interesses em jogo, expressando a configuração da esfera de autoridade sobre as políticas de saúde; portanto, essa mudança de paradigma foi precedida de mudanças na esfera do poder. Rocha (2005) assim se manifesta em relação à concepção de paradigma: “O papel da experiência com as políticas anteriores aparece na medida em que a não resolução dos

⁶¹ MERP. Para mais informações sugere-se a leitura de: Unglert (1995), Silva Junior (2006) e Novaes (1990).

⁶² Em relação à mudança de paradigma, é importante salientar que este processo é impulsionado por fatores sociais e quase nunca por fatores estritamente científicos.

ctiva de um determinado paradigma ameaça o poder das autoridades que o sustenta” (ROCHA, 2005, p.19).

Neste cenário, e a partir da apropriação pelas UBS de todas as particularidades do território, teve início o processo de planejamento estratégico, local, para que fossem desenhadas as propostas de intervenção nos SILOS, sendo que até setembro de 1996 todos os diagnósticos locais estavam finalizados, com os principais problemas locais identificados e explicados em suas causalidades. Naquele momento, o caráter estratégico do processo de planejamento possibilitou a incorporação da percepção da comunidade, que passou a ter um papel determinante na priorização dos problemas a serem trabalhados. Por sua vez, as equipes começaram a trabalhar com a população, percebendo-a sob um novo enfoque: o de agente colaborador. Assim, a SEMUS começou a implementar, de fato, as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, **integralidade** e participação social. Vale destacar que este processo de planejamento local, que tinha como foco a atenção integral, ainda assim sofreu resistências por parte de gerentes e trabalhadores, pois o efetivo planejamento das ações de saúde exigia mudanças nos arranjos organizacionais das unidades básicas. Como estratégia para a superação desses conflitos e para a difusão desses novos conceitos, foram organizadas oficinas de sensibilização em todos os serviços de saúde.

É necessário aqui fazer uma ressalva, no sentido de apontar a existência de um fato que se contrapôs totalmente aos caminhos que a SEMUS estava trilhando para fortalecer as práticas da Vigilância em Saúde. Apesar da experiência exitosa da Vigilância em Saúde desde a territorialização do município em 14 Regiões de Saúde no período de 1989-1992, as equipes de vigilância em saúde no segundo trimestre de 1997 foram remanejadas para o nível estratégico central da SEMUS, num processo de recentralização da Vigilância em Saúde, por decisão do gestor. Este fato se caracterizou num retrocesso à construção do modelo baseado nas propostas de descentralização, **atenção integral** e construção dos SILOS, não existindo registro documental que justifique esta mudança de rumo (ALVARENGA, 2006, p. 28-29). Esta decisão unilateral provocou um momento crítico no interior das equipes de vigilância em saúde, pela incoerência em se apostar na descentralização por meio do fortalecimento dos SILOS e se recentralizarem ações e equipes que deveriam estar exatamente intervindo nos espaços locais. Atualmente o município está dividido em 6 Regiões de Saúde com 22

des Básicas de Saúde, com e sem serviços de Saúde da Família.

Ampliando a governança da SEMUS sobre a atenção à saúde, em 1996 foi tomada a decisão pela municipalização das Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Estado e as da União que estavam estadualizadas, tendo o município passado à condição de gerente dessas UBS, num total de sete. A SEMUS, nesse momento, reforçava sua vocação para a atenção primária, identificada desde a gestão de 1989-1992, bem como reafirmava a decisão pelos SILOS, com a realização de uma Pré-Conferência Municipal de Saúde, que forneceu subsídios para a realização da IIª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema central foi: “Sistemas Locais de Saúde: construindo a saúde que queremos”.

Como consequência dos SILOS e com a intenção de maior inclusão dos usuários no processo de planejamento, conforme já citado, a SEMUS fez a opção pela ampliação da gestão democrático-participativa em cada um dos SILOS, com a criação dos Conselhos/Comissões Locais de Saúde, enquanto estratégia para fortalecer a participação da comunidade na formulação e condução das políticas locais de saúde. Pode-se afirmar que, ao instituir estes Conselhos e Comissões Locais, a SEMUS recorreu ao aprimoramento do processo de participação, a partir das *mudanças incrementais* que se desejava, inspirada em uma linha que deu certo em outros locais, como Curitiba e Fortaleza. Essas instâncias de participação conformaram novos arranjos institucionais e novas institucionalidades nos SILOS.

Merece destaque que a existência de Conselhos Locais de Saúde, intramunicipais, não é exigência legal do SUS⁶³, portanto sua presença na estrutura institucional em Vitória se configura numa decisão e inovação local. O mesmo se aplica aos Comitês Regionais e ao Conselho Diretor da SEMUS, implantados em 1998. Então, pode-se afirmar que a implantação dos SILOS impulsionou novos arranjos institucionais, por meio dos citados colegiados, que provocaram algum deslocamento do poder, ainda que muitas das decisões estratégicas permanecessem no “gabinete” do gestor, até pelo seu próprio perfil gerencial de buscar exercer a prerrogativa do poder de decisão.

⁶³ A CF e a LOS nº 8.142/90 exigem a criação legal de Conselhos de Saúde em cada esfera de governo do SUS.

do Considerações acerca da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória — Cenário de Dificuldades, fazia reflexões sobre o pleito do município à GPSM, segundo as regras da NOB/SUS/96. Este documento mostra que em novembro daquele ano o município solicitou à Comissão Intergestora Bipartite do Espírito Santo (CIB) sua habilitação para a GPSM, tendo sido aprovado em fevereiro de 1998 e, ao enviar a resolução à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), esta devolveu o processo recomendando que se aguardasse a regulamentação da NOB/SUS/96, o que só veio a ocorrer em dezembro de 1998, por meio da IN nº. 01/08. Esta referência tem grande relevância, pois demonstra claramente a intenção do Município e o gesto que ele fez para romper com a pouca presença na atenção especializada, em direção aos avanços na condição de gestão junto ao MS, para ampliar seu espectro de ação na integração entre os serviços e, conseqüentemente, em direção à ampliação da integralidade.

O mesmo documento aponta, dentre as diversas dificuldades para exercer o papel de gestor pleno, a insuficiência de teto financeiro para as ações ambulatoriais e hospitalares de MAC, com extrapolação sistemática do Teto Financeiro Global do Estado, principalmente para as internações hospitalares, o que vinha sendo financiado com recursos próprios da SESA. Caso o município assumisse a GPSM, este valor deveria ser assumido pelo orçamento de Vitória, que, segundo consta em documentos, seria da ordem de aproximadamente R\$ 800.000,00 por mês, totalizando R\$ 9.600.000,00 por ano, uma vez que a SESA concordava em municipalizar as ações, entretanto não garantia o repasse de recursos próprios que vinha utilizando para complementar o déficit nas transferências governamentais originadas do MS. Esses recursos não seriam destinados apenas à população residente, mas também às populações procedentes dos demais municípios do Estado e de outros estados, principalmente sul da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro, de seus municípios limítrofes com as fronteiras do Espírito Santo, decorrendo daí a insistência do município em ter a garantia do aporte de recursos de origem estadual.

Em dezembro de 1997 o MS publicou as portarias regulamentando a NOB 96 [e a Instrução Normativa 1998 (IN)], que mudou as *regras do jogo*, segundo o explicitado no documento. O MS declarou que “não haveria dinheiro novo no sistema”, decorrente de um corte de R\$ 3,4 bilhões no orçamento da saúde em nível federal, e um exemplo disto é que o Piso da Atenção Básica (PAB), prometido pelo MS que seria de R\$ 1,00 per

cido em R\$ 0,83 per capita, entretanto com significativa ampliação das responsabilidades da atenção básica, ou seja, além de os recursos serem menores do que o esperado, ampliaram-se ainda mais as responsabilidades dos municípios nesse nível de atenção.

Resumindo, um conjunto de fatores levou o município a tomar a decisão [*decision point*] de recuar no pleito feito anteriormente, tais sejam: corte no orçamento do Ministério da Saúde; desconhecimento do teto financeiro para a assistência por parte do município, devido ao não fornecimento de informações pela SESA; desconhecimento dos valores do PAB Variável, da Vigilância Sanitária e Epidemiológica; déficit no teto financeiro do Estado, de origem desconhecida; desorganização do sistema nos municípios que compõem a RMV; e déficit no quantitativo de recursos humanos para assumirem as novas responsabilidades da gestão, bem como de qualificação para essas novas funções. Esta decisão se constituiu num veto indireto à normativa e um constrangimento à garantia da integralidade das ações de saúde, pois em relação à média e alta complexidade não havia garantia de acesso do usuário aos demais níveis do sistema, sob gestão estadual. Isto ocorreu após a já citada tentativa frustrada, em 1997, de o município pleitear a GPSM, que havia sido aprovada pela CIB-ES e foi rejeitada pela CIT, fato que se constituiu num constrangimento ímpar na história da gestão municipal da saúde, sob o argumento de que ainda não havia sido editada a respectiva IN da NOB/96. O mesmo fato se repetiu em 2001, quando foi editada a NOAS/SUS/01, que estabeleceu que as capitais deveriam ser habilitadas para a GPSM pela posição de polo no PDR; entretanto, o município não acatou esta decisão e optou por pleitear a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), o que também se constituiu num veto indireto à normativa, com sérias consequências à garantia da integralidade das ações de saúde.

Estas considerações levam a reflexões sobre os impedimentos de o município pleitear e ser habilitado para a GPSM. Uma das inferências que se pode fazer está localizada no volume de recursos financeiros, próprios do município, necessários à ampliação do acesso das populações referenciadas pelos demais municípios. Associada a esta situação está a segunda reflexão que aqui se faz, que é a relativa a essa ampliação massiva do acesso da população do ES, que impunha dilemas regulatórios muito mais estruturais do que conjunturais, relacionados aos mecanismos de repartição e compensação de recursos financeiros entre os municípios considerados área de

ória. A terceira reflexão está localizada exatamente na regulação do acesso, objeto deste estudo, para garantir a disponibilidade de oferta a todas as populações referenciadas além da própria. Estes dilemas se tornaram temas “crônicos” nas agendas e nas arenas públicas de decisão e persistem até os tempos hodiernos, haja vista a baixa capacidade conceitual e de práticas regulatórias permeando os sistemas municipais e estadual, bem como a PPI inercial, que, se “viva”, possibilitaria estes pactos compensatórios financeiramente entre os municípios que encaminham populações e os que realizam esses atendimentos, e destes com o Estado. Estas reflexões, de duas naturezas, mas com interfaces entre si, já seriam suficientes para explicar o porquê de o município ter feito a opção pela habilitação em GPAB e, posteriormente, pela GPAB-A, entretanto, somando-se a elas, a crise de credibilidade que se instaurava no Governo e no Legislativo Estadual e as questões ligadas ao *jogo do poder*, que já foram abordadas em outro momento nesta dissertação, com a clara explicitação de vetos a alguns pontos substantivos da política, relacionados, principalmente, à repartição do poder decisório entre a SESA e o Município.

Esta situação ganha relevo, pois comumente nas arenas políticas de negociações, de maneira sistemática, o município de Vitória é veementemente criticado por não ter ousado a GPSM, entretanto percebe-se que este fato não chegou ao conhecimento dos demais gestores do sistema estadual de saúde, ou seja, o município pleiteou o avanço na condição de habilitação da gestão, teve seu pleito vetado pela CIT em função de uma normativa que só veio a ser formalizada dois anos depois e, quando o município novamente se manifesta para refazer o pleito, situações de ordem financeira impedem seu avanço. Pergunta-se, então, qual a intencionalidade de diferentes atores sociais imputarem apenas ao município a permanência na condição de gestor da AB. Há fortes indícios de que essa intencionalidade tinha a finalidade de desviar o foco dos problemas de gestão e organização do sistema estadual de saúde, localizados na gestão da SESA, que foi um dos últimos estados da federação a assumir a gestão mais avançada do SUS e, também, nos municípios de maior porte, adversários políticos do grupo que dirigia a Capital, alegando que, se Vitória, “que tem tanto dinheiro,” não assume a GPSM, por que os demais o fariam?

Na verdade, estavam localizados em Vitória, à época, 66% dos serviços de alta complexidade do Estado e aproximados 50% da média complexidade; portanto, se o município assumisse a GPSM, a SESA se desincumbiria da gestão desses serviços, o

mento de municípios sob a esfera estadual, bem como a aplicação de recursos financeiros próprios do Estado.

Outra análise se localiza na Programação Assistencial, pois foi apontada no mesmo documento a ausência da PPI enquanto um instrumento que desse luz à pactuação intergestores, principalmente da RMGV, onde se concentrava a maior parte das tecnologias mais complexas do Estado, no que se refere ao referenciamento de recursos entre os municípios. Esta situação se agravava com a falta de instrumentos que possibilitassem a identificação da procedência das populações, indispensável para essas pactuações, com base em dados oficiais e fidedignos. A PPI já havia sido contemplada na NOB/SUS/96, entretanto sem a concepção que veio a ser aprofundada na NOAS/SUS/02 e sem que o MS disponibilizasse as ferramentas para a sua elaboração e para dar sustentabilidade às novas estruturas indispensáveis ao seu monitoramento e regulação.

Outro nível de dificuldades residia na micropolítica do poder envolvendo os municípios da RMV à época. As arraigadas diferenças político-partidárias e seus projetos políticos para o setor da saúde pública, presentes nos municípios, não propiciavam o estabelecimento de pactos para a gestão solidária da saúde, ainda que houvesse uma relação cordial entre os secretários de saúde; conseqüentemente, a RMGV não respondia nem política nem operacionalmente às necessidades e deliberações definidas nas instâncias intergestoras.

Decorridos dez anos da criação do SUS, as atividades de assistência permaneciam ligadas aos programas específicos e à demanda organizada por esses programas. Entretanto os registros mostram que era nítida a dificuldade em se mudar a lógica de trabalho dentro das unidades, onde o modelo médico-assistencialista insistia em gerar produtividade em vez de gerar sujeitos saudáveis, que para tal requeria atividades de promoção da saúde. Esta constatação dá a impressão de que havia uma paralisia na arquitetura mental dos gerentes de unidades e dos trabalhadores da saúde e, como consequência, do sistema como um todo, haja vista que na gestão de 1989-1992 essas ações tinham sido iniciadas com muito vigor. É bem verdade que esta análise não pode ser feita deslocada da realidade que imperava naquela época, considerando-se a alta rotatividade de gerentes e da força de trabalho nas UBS, cuja precarização apresentava um índice em torno de 75% dessa força de trabalho vinculada aos serviços por meio de

ária. Perdia-se, portanto, sistematicamente, a massa crítica que se formava em torno do projeto político para o setor saúde.

Acompanhando o estímulo nacional [do MS] para a adesão dos municípios à organização e fortalecimento da APS, por meio do Programa Saúde da Família, em 1998 se deu o início da implantação da Saúde da Família como estratégia de inversão/substituição do modelo organizativo conservador, em consonância com a NOB/96, ampliando a adscrição de clientela que já havia sido definida pelos SILOS, implementando a vigilância da saúde, promovendo as ações intersetoriais e ampliando o acesso aos serviços de saúde nos territórios e fortalecendo o vínculo com as comunidades. A ESF visava garantir a atenção integral à saúde da população, intervindo no âmbito do indivíduo, das famílias e da coletividade, atuando, ainda, como facilitadora de políticas intersetoriais.

Esta estratégia de SF mexeu profundamente nas estruturas organizacionais da SEMUS, pois este modelo organizativo de âmbito mais geral foi sendo implantado em cada Território de Saúde, respeitando-se as suas peculiaridades locais; múltiplas institucionalidades foram, portanto, se firmando nos espaços locais de saúde. Como é fato em todo o país, o processo de implantação da ESF não vem se dando de forma amena. Há insegurança por parte da população, que se vê reduzida em suas possibilidades de escolher o médico de sua confiança, ao mesmo tempo em que esses profissionais, em sua maioria especialistas, optaram pela atuação na clínica enquanto generalistas. Também é fato que esses especialistas, pela própria formação, não reuniam todas as competências e habilidades para lidarem com aproximadamente trinta e quatro patologias mais comuns. Isto certamente ameaçava a atenção integral ao usuário, não pelo não acesso, mas pela qualidade do manejo clínico localizada em alguns profissionais, o que gerava desigualdades nas respostas terapêuticas entre as diferentes populações. Então, o município optou por dar início a um processo de capacitação desses profissionais pertencentes à ESF, por meio do Programa de Educação Permanente (PEP), em face da evidente necessidade de reconversão laboral desses especialistas em generalistas. Para superar estas limitações, O PEP constituiu-se num intenso processo de desenvolvimento de habilidades clínicas das ESF, como processo permanente e sistemático de reflexão crítica e avaliação da prática profissional, conduzida por um grupo de tutores com notória especialização, com o intuito de se obter um contínuo aprimoramento na qualidade da atenção ao paciente.

SEMUS, por meio das metodologias *peer-review*⁶⁴ [revisão entre pares] e rodas de Educação Permanente. Essa mudança institucional levou à necessidade de se constituir novos arranjos institucionais no cotidiano das unidades de saúde, pois essas agendas se davam durante o período de funcionamento e de atendimento aos usuários, requerendo um grande esforço junto aos Conselhos Locais de Saúde para que essa prática fosse instituída e que não se transformasse em *enfrentamento entre pares*.

Posterior e quase que imediatamente, tendo a ESF como importante suporte para a integração de serviços, a SEMUS optou pela implantação de um novo modelo de organização da rede de serviços — o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), com a finalidade de integrar todos os pontos de atenção, a partir da APS, com vistas à atenção integral aos usuários do SUS municipal. Melhor dizendo, para as ações de APS a ESF foi o modelo organizativo adotado, e para integrar esse nível de atenção com os demais especializados, foi adotado o SISS, ou seja, conviviam em caráter complementar dois modelos organizativos, para a APS e pela APS, que tinham como imagem-objetivo a integração do sistema em rede intramunicipal e intermunicipal.

Como uma das estratégias para dar viabilidade ao SISS, a SEMUS tomou a decisão de constituir um Conselho Diretor, composto pelos representantes dos fóruns das Regiões de Saúde e gerentes do nível estratégico central, sob a coordenação do secretário de saúde. Esse Conselho tinha como função a macrocondução do processo de implantação do projeto nas seis Regiões de Saúde. Foram, também, instituídos os Colegiados Regionais, responsáveis pela condução local dos trabalhos para a implantação do SISS nas Regiões. Essas decisões mostram claramente a intenção do município em aprofundar a co-gestão com os diferentes sujeitos da SEMUS. Vale destacar que, quanto mais uma instituição contribui para resolver dilemas de forma coletiva, ou quanto mais ela torna possível os ganhos resultantes de trocas, mais ela será robusta.

Ao mesmo tempo em que o SISS era desenvolvido nas Regiões de Saúde, foi iniciado no nível estratégico central da SEMUS o processo de redefinição de suas macrofunções, para o fortalecimento de sua capacidade institucional e organizacional,

⁶⁴Esta metodologia pressupunha que um médico de notório saber especializado pudesse apoiar os médicos generalistas na gestão da clínica, gestão das patologias e gestão dos casos.

per às novas responsabilidades colocadas pelo SISS e pela GPSM, que era a intenção do município.

Ao final de 2001 o SISS estava organizado na Região de São Pedro e se configurava na “primeira experiência municipal — Projeto Integrar — com o objetivo de possibilitar o atendimento integral à população da Região” (SEMUS, 2001). Observa-se que o “nome fantasia”, que é dado ao SISS de São Pedro, encerra, por si só, sua intencionalidade. A partir dessa experiência exitosa, o SISS começou a ganhar cópias regionais, iniciando-se pela Região de Saúde de Maruípe.

Comunidades Epistêmicas: tensões e embates entre os diferentes projetos políticos

Por meio do saber dos epidemiólogos, a SEMUS decidiu implementar as práticas da Vigilância em Saúde nas Regiões de Saúde; portanto, os epidemiólogos foram o dispositivo de definição e ação para a implementação do novo modelo de atenção à saúde no município a partir de 1994. Pela análise documental não se pode afirmar que este grupo de conhecimento específico tenha se constituído numa comunidade epistêmica à semelhança dos sanitaristas, mas há fortes indícios de que seus conhecimentos e ensinamentos provocaram mudanças institucionais e organizacionais importantes, talvez não tão profundas quanto os sanitaristas, mas certamente contribuíram para essas mudanças.

Nessa análise documental, havia indícios de que os médicos gerais comunitários⁶⁵ se configuraram em mais uma comunidade epistêmica. Esta situação estava presente de forma muito tímida nos documentos analisados, suscitando dúvidas, pois havia médicos gerais comunitários no quadro funcional da SEMUS, mas ainda não havia sido possível perceber sua influência na mudança do modelo de atenção e das práticas sanitárias deles decorrentes. Conforme já mencionado, havia no “alto escalão” da SEMUS quatro

⁶⁵Medicina Comunitária consiste em cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1979). Esta proposta corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular (SILVA JUNIOR, 2006).

inclusive o secretário, que, como era de se esperar, induziram reflexões na Secretaria inspirados nos fundamentos teóricos dessa visão epistêmica, que deixou experiências exitosas em alguns municípios do Brasil, como Montes Claros [MG] e Pau da Lima [BA].

Conforme citado anteriormente, foi instituído na SEMUS um importante processo de Educação Permanente, por meio do Programa de Educação Permanente. Esse programa teve seu início pela corporação dos médicos e depois foi incorporado à prática dos Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família. Os servidores que realizavam a função de tutoria eram considerados como detentores de um “saber maior”, portanto tinham possibilidades de desenvolver capacidades junto aos demais profissionais para o manejo clínico das principais patologias. Ainda que não haja registros, há fortes indícios de que esses profissionais compunham uma comunidade epistêmica que provocou profundas mudanças nas práticas médicas e de enfermagem.

Ainda nesse campo de análises, a interação das equipes técnicas da SEMUS com os consultores dos diferentes projetos de cooperação técnica conformaram a implantação dos SISS e da ESF e seus diversos arranjos institucionais. Em diversos períodos e para a formatação de diversas políticas temáticas, esses consultores que prestavam serviços à SEMUS também agregaram conhecimento ao sistema de saúde em desenvolvimento. Observando que, para cada uma das propostas de modelos organizativos desenvolvidos pelo município, a SEMUS contava com um ou mais consultores, que, pelo seu caráter inovador, traziam para o sistema toda uma linha de pensamento ou corrente ideológica e propunham a organização do sistema e de suas práticas a partir de seus conhecimentos individuais ou mesmo das academias nas quais estavam inseridos, os consultores da SEMUS também podem ser considerados não como comunidades epistêmicas pelos diferentes conhecimentos, mas como representantes de diferentes comunidades epistêmicas e suas tendências teóricas, com capacidade de transformação institucional e operacional da realidade municipal.

Mudanças na estrutura organizacional: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias

ngente de população flutuante, conforme inscrição no escopo do PMS de 1997, e, além de sua população residente, o número de pessoas circulando era da ordem de 570.000 pessoas/dia, o dobro da população residente, que totalizava à época 250.013. Esta constatação é interessante, uma vez que se pretendia organizar os serviços e implantá-los na lógica dos SILOS. Ainda sobre as populações, o Plano afirma que a “demanda a estes serviços é constituída por populações oriundas de diversos municípios, já que Vitória é referência para todo o Espírito Santo e até para algumas regiões de Minas Gerais e Bahia” (SEMUS, 1997, p. 11-25). Este cenário de migração populacional suscitou o conhecimento dessa clientela, o que resultou em uma pesquisa de acessibilidade naquele ano, por Região de Saúde, que mostrou claramente a *invasão de clientela* de outros municípios no sistema municipal de saúde de Vitória, conforme a procedência dos usuários a seguir demonstrada: usuários: Vitória 51,8%; Cariacica 30,2%; Serra 10,0%; Vila Velha 5,0% e Viana 3,0%. Claro está que a importante migração de outras populações para a rede de serviços de Vitória, além de tornar inócuo qualquer processo de planejamento e programação assistencial, provocava evidentes interferências na organização e no acesso da população de Vitória aos serviços.

No PMS em vigor, havia uma referência à cobertura assistencial ambulatorial, em estudos realizados pelo município, que mostrava um superávit de consultas em todas as clínicas básicas; entretanto, como o município recebia um grande fluxo de pacientes oriundos de outros municípios, especialmente os da RMGV, havia uma sobrecarga nas unidades de saúde, o que provocava *rechaço* de sua demanda própria.

O ano de 1998 foi marcado pela implantação do PSF logo nos primeiros meses, conforme já citado nesta dissertação. A princípio, a implantação do PSF representou a ampliação do mercado de trabalho para algumas corporações de profissionais, alteração no sistema de remuneração para médicos e enfermeiros que aderissem à proposta, pois era sabido que a defesa pelo PSF não refletia, na prática, o verdadeiro entendimento da complexidade na organização dos serviços, agravado pelo fato de o modelo médico privatista ainda ter fortes raízes dentro do município, provocando um distanciamento entre as inovações desses novos arranjos institucionais, dos anseios da gestão e de alguns defensores da pretendida mudança na organização. É fato que a co-existência desses dois modelos, díspares entre si [flexneriano e da saúde coletiva], gerava conflitos de toda sorte e natureza: entre os trabalhadores; entre os trabalhadores e as

e nível local e as de nível central, responsáveis pela formulação desse novo conceito e de todos esses atores com a sociedade. Na verdade o sistema não foi previamente alertado e preparado para as profundas mudanças que ocorreriam nos arranjos institucionais vigentes para dar lugar a novos arranjos institucionais e suas institucionalidades, principalmente os localizados nos modelos tecnoassistenciais. Esta questão está relacionada com o fato de a gestão ter ignorado, em alguns momentos, e em outros não ter tido habilidade suficiente, para o debate com os beneficiados — usuários — ou os afetados pelas mudanças — os trabalhadores e corpo gerencial — para não sofrerem a possibilidade de veto, como o que acabou ocorrendo no início da implantação do PSF e a cada inserção de novas(s) equipe(s) nas áreas e microáreas.

Num outro campo de análises, dando encaminhamentos ao que preconizava a NOAS/SUS/ 2001 e depois a que veio a sucedê-la — NOAS/SUS/ 2002, a SESA coordenou o processo de elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão da Regionalização: PDR, PPI e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). No PDR foram estabelecidas 3 Macrorregiões e 8 Microrregiões de Saúde, sendo que Vitória foi incluída como polo Macrorregional, Microrregional e Estadual. Isto implicaria, em 2001, obrigatoriamente, Vitória assumir a GPSM; em 2002, entretanto, a norma flexibilizou esta exigência, com uma forte recomendação do MS: que as capitais formalizassem o pleito para a habilitação nessa condição de Gestão. Embora este fato já tenha sido explicitado anteriormente, retorna-se com ele para que se amplie a reflexão de que a SESA naquele momento insistia para que o município estivesse habilitado em GPSM, pois esta decisão teria um forte impacto na organização do sistema estadual, uma vez que Vitória seria gestora de aproximadamente 66% dos serviços especializados mais complexos, o que desoneraria a SESA dessa responsabilidade. Por outro lado, o município teria que arcar com todo o ônus dessa decisão, não só nas ações finalísticas, como também nas estruturas condicionantes da gestão, que à época eram normalizadas pela NOAS.

Esta regionalização, que colocou Vitória no centro dos debates, em face da relação entre várias formas de interesses organizados e representados, propiciou, nas arenas decisórias do Município, descentralizadas e multicentradas [seis regiões de saúde], a oportunidade de debaterem e se posicionarem em relação aos avanços da gestão, que culminaram com uma Conferência Municipal de Saúde que tomou a decisão colegiada,

00 atores sociais, pelo pleito apenas da GPAB-A. Esta decisão representava um veto direto à NOAS, portanto ao MS, bem como um veto indireto à SESA, que buscava, no campo das negociações, estimular o município a rever sua posição. É sabido que esta decisão dividiu internamente a SEMUS. Um grupo de interesses entendia que a Secretaria deveria ousar mais em direção à GPSM, pois permanecer em GPAB configurava-se num constrangimento ao SISS, em franco processo de implantação, e outro grupo, que, olhando de forma mais racional para as estruturas condicionantes da gestão mais avançada, ainda não preparadas para o enorme desafio, bem como para as questões financeiras que envolviam o enorme “rombo” no Teto Financeiro Global do Estado, no que tange à alta complexidade ambulatorial e hospitalar, optava pela manutenção de um *lugar* de estabilidade, portanto pela manutenção da vocação do município pela GPAB. De qualquer sorte, em maior ou menor grau, a decisão tomada pelo município fazia nascer uma nova configuração institucional, em função do comportamento assumido pelos dois grupos de interesses.

Conseqüentemente à Regionalização instituída pela NOAS/SUS/02, Vitória foi um dos municípios que mais sofreu com a realocação dos recursos na PPI 2003, pois continuou a prestar serviços para as diversas populações, sem a respectiva compensação financeira, atendendo a um pacto ético, feito entre os gestores da saúde, de continuar procedendo à assistência a seus munícipes, sendo que muitas vezes essa *invasão de clientela* ameaçava o desenvolvimento da reorganização do modelo e da gestão municipal da saúde, e, principalmente, a atenção integral à população residente, ainda que, à luz do SUS, não se possa restringir o acesso da população a qualquer serviço de saúde.

Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

A arena do poder no setor saúde estava atravessada por interesses organizados numa rede de externalidades, que buscavam exercer a defesa de seus interesses junto aos gestores, mas também tentavam influenciar as instâncias de menor poder de decisão; entretanto, em qualquer nível que fosse, tinham enorme poder de barganha. É sabido que uma destas situações estava localizada nas Vigilâncias Sanitárias Estadual e

mesmo grupo de interesses, convergindo em seus interesses escusos, que utilizavam a *coisa pública* para arrecadar e usufruir benefícios financeiros de forma inescrupulosa, situação que levou a constrangimentos institucionais sem precedentes na trajetória do município.

O Legislativo cometia equívocos ao indicar em leis, decretos, ou em qualquer outra norma, recursos assistenciais que eram destinados a funcionários públicos municipais [clientela fechada], uma vez que esta distinção após a promulgação da CF se contrapunha, e ainda se contrapõe, ao princípio da universalidade. Também faziam ingerências no setor da saúde pública visto que extrapolavam seus limites de competência propondo ações e serviços que interferiam, muitas vezes negativamente na organização dos mesmos. Esta iniciativa caracteriza-se como uma externalidade ao SUS municipal, interferindo no seu desenho institucional e organizacional.

Analisando as regulamentações relativas ao setor saúde no município de Vitória, publicadas no formato de leis ou decretos, pode-se observar que muitas delas se referiam a ações, serviços e/ou procedimentos de média e alta complexidade. A maioria dessas regulamentações foi de iniciativa e por indicativos dos vereadores, que, na maioria das vezes, eram avaliadas pela SEMUS, à luz das necessidades da população e do modelo organizacional; para algumas, entretanto, o setor saúde manifestou-se contrário a sua execução, o que se caracterizava como um veto direto à legislação. Esses legisladores alegavam que suas iniciativas se davam em função de dar respostas às demandas e necessidades sociais, entretanto a análise dessas legislações, ao longo dos 20 anos, apontava indícios de interesses localizados na indústria farmacêutica e de equipamentos assistenciais.

Integralidade e Regulação: ações e constrangimentos

O modelo do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, escolha feita pela SEMUS para organizar a atenção integral, pode ser definido como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população. A instituição do

das na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão: da atenção curativa e reabilitadora para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para serviços de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para a atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para a atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o autocuidado (MENDES, 2001).

A construção do SISS, que vinha sendo desenvolvida em Vitória, tendo como piloto a Região de Saúde de São Pedro, desde 2001, baseava-se, enquanto diretriz conceitual, nas reflexões de Mendes, que orientava que estes pontos de atenção fossem estruturados pela própria rede SEMUS ou fossem providos por meio de parcerias com outras instituições de saúde, como a Secretaria de Estado da Saúde, hospitais públicos, filantrópicos e outros (SEMUS, 2001, p. 45). O SISS representava uma mudança profunda na concepção e na organização dos sistemas de serviços de saúde, consideradas as dimensões política, cultural e tecnológica. Representava, também, um processo de muitas dificuldades, especialmente por ser um esforço pioneiro no Brasil e na América Latina, o que significava construir uma proposta nova, na ausência de modelos de referência. Consequentemente, era um projeto que se consolidaria em médio e longos prazos, entretanto o trabalho já realizado havia lançado bases sólidas que permitiriam à SEMUS evoluir no sentido de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

A partir da experiência piloto na Região de São Pedro, a expansão do projeto para as demais Regiões de Saúde estaria na dependência de se atingirem coberturas próximas a 100% da população com Equipes de Saúde da Família, porque este era o suposto sobre o qual se assentaria o SISS. A implantação do SISS exigia um processo de desenvolvimento institucional na SEMUS para que se criasse uma capacidade institucional capaz de sustentar esse novo objeto⁶⁶ — o Sistema Integrado de Serviços

⁶⁶O termo *objeto* se refere aos sistemas finalísticos e de apoio logístico, que, conjuntamente, davam sustentação a essa metodologia para integrar todos os pontos de atenção em SISS. O SISS preconizava que a SEMUS deveria resgatar o equilíbrio entre esse *novo objeto* e as necessárias estruturas organizacionais, para serem capazes de dar sustentação ao SISS – o novo *objeto*.

abilidade sobre o sistema municipal de saúde, com a habilitação da SEMUS para a GPSM. Essa conformação desse novo objeto, expresso no SISS, exigiria um esforço institucional que permitisse estabelecer uma coerência entre o objeto, as estruturas, os sistemas teoadministrativos e os recursos, especialmente os recursos humanos (SEMUS, 2001, p. 46-47).

Vale ressaltar que o SISS carecia ser implantado, pois na trajetória da SEMUS diversas outras experiências tinham sido tentadas, mas ainda não se podia afirmar que a atenção integral estava garantida, principalmente pela falta de processos regulatórios que garantissem o acesso da população às ações e aos serviços de saúde. Um exemplo desta reflexão foi a decisão, no ano de 1996, da SEMUS ter elencado, dentre trinta e dois projetos prioritários de governo, os relativos à regulação do acesso: “Implantar a Central de Agendamento de Consultas Ambulatoriais Especializadas e de Apoio Diagnóstico; implantar a Central de Internações e implantar a Central de Ambulâncias”. Destas três centrais de regulação, a única que não teve suas atividades iniciadas foi a de internações, uma vez que o município não reuniu as condições objetivas para pleitear à GPSM prerrogativa para ampliar seu campo de atuação em direção às ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC).

No ano de 1998, ao assumir a GPAB, o município optou por contratualizar, em caráter precário, toda a rede prestadora de serviços básicos de saúde. Esta foi uma importante decisão regulatória, considerando que a rede estadual dispunha de poucos serviços contratados/conveniados e a SEMUS já havia iniciado o processo de municipalização de forma regular e legal. Entretanto, o município também tomou a decisão de não renovar os contratos com os prestadores de serviços básicos que resistiram à universalização do atendimento, após vencidos os prazos de vigência do contrato emergencial original. Esta força reguladora do acesso e em defesa do SUS foi um marco na história da municipalização da saúde em Vitória, apesar, como é sabido, de tentativas desses prestadores utilizando inclusive o poder de Deputados Federais e Estaduais para exigirem que a SEMUS retrocedesse em sua decisão.

Ainda em 1998, a SEMUS assumiu o desafio de organizar um sistema de referência e contrarreferência formal intramunicipal, articulando um sistema hierarquizado nos três níveis da atenção [primária, secundária e terciária], acompanhando o fluxo de acesso dos pacientes à rede ambulatorial especializada e hospitalar, e, ao mesmo tempo, realizando avaliação de oferta e utilização de diversos procedimentos, consultas,

foi tomada a partir do entendimento de que a regulação é uma das macrofunções do SUS. Novamente esta experiência não logrou êxito pelos constrangimentos impostos pela GPAB.

No que concerne à integralidade, foi adotada uma medida regulatória, infelizmente restritiva ao acesso, por meio da Portaria nº. 017/98, que estabeleceu normas técnicas e administrativas sobre a prescrição e dispensação de medicamentos na SEMUS. Este fato reproduziu, de forma mais cuidadosa, mas nem por isto menos ilegal, uma iniciativa similar em 1993, e tinha como motivação a restrição do acesso de populações de outros municípios, bem como da população de Vitória que não portasse o receituário padrão da SEMUS. Em seu artigo 10, estava estabelecido que:

“Fica suspenso pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o aviamento de receitas originadas em outras instituições, para que neste período, sejam definidos, pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde/PMV, os critérios necessários para que os usuários atendidos nas mesmas possam ter acesso aos medicamentos na rede municipal de saúde” (SEMUS, 1998).

Esta suspensão na dispensação de medicamentos, cujo usuário estivesse portando prescrição médica de outra instituição que não fosse da SEMUS, ainda que temporária, feria os princípios da universalidade, igualdade, equidade e **integralidade**. Vetar o acesso da população e desconsiderar que, se as demais instituições são públicas ou, se são conveniadas ou contratadas com o SUS, fazem parte da rede complementar ao SUS e estão sob as mesmas regras regulatórias, constituem uma contradição com o processo de contratualização, e ainda maior, considerando-se os princípios e diretrizes do SUS.

Embora Vitória não tenha pleiteado nem assumido a GPSM, a regulação do acesso era uma das estruturas iminentes à GPSM e, à época, bastante frágil sob o prisma de soluções de informática, mas já importante, ainda que realizada manualmente. Vale a pena imaginar o cenário de GPSM, em que Vitória teria potencialmente a responsabilidade de atender, na condição de polo estadual, às referências de aproximadamente 3.460.000 habitantes, a operacionalização da regulação do acesso de forma precária e manual a este contingente populacional. Seria impraticável regular o acesso sem arranjos organizacionais fortalecidos e sem uma ferramenta de informação e informática robusta e ágil.

Apesar desse cenário, começaram a surgir iniciativas claramente descritas nos documentos analisados sobre a necessidade de o município assumir a posição de

estadores assistenciais especializados, o que se pode constatar a partir do surgimento da proposta de regulação médica das urgências, que estava sendo discutida e implantada em alguns municípios brasileiros desde a primeira metade da década de 90, principalmente a partir do modelo francês, e Vitória participava dessa discussão. A regulação médica é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. O médico regulador de urgência é a autoridade sanitária pública que, por delegação do gestor do SUS, ordena e coordena o uso de todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências, devendo, para isso, contar com a articulação e integração dos recursos de outros setores, públicos ou privados, que prestem socorro à população. Esse serviço só é viável se contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização, formalmente pactuada entre os gestores do sistema loco-regional, entretanto Vitória tinha governança limitada sobre esse processo.

Com base nessas considerações, a SEMUS entendia como indispensável, urgente e prioritária a definição de um projeto de organização do Sistema Metropolitano de Atendimento às Urgências/Emergências, como elemento ordenador e orientador do sistema de saúde, e propunha a mobilização pactuada de recursos dos seis⁶⁷ municípios da RMGV, da SESA e outros órgãos afins, para a implantação de uma Central de Regulação Médica das Urgências. Isto implicava desenvolver, em articulação com os demais municípios da RMGV, a construção de uma rede especializada, funcional e resolutiva, para atendimento às urgências e emergências, descritas a seguir:

1 - Implantação de uma Central Metropolitana de Regulação Médica das Urgências, nos termos da Portaria nº. 814/GM do Ministério da Saúde, de 04/06/2001 (DOU), com custos de instalação, custeio e normalização técnica-administrativa, pactuados entre a SESA e municípios da Região Metropolitana e com programação assistencial incluída na PPI 2001.

2 - Instituição de uma Câmara Técnica de Urgência e Emergência na Região Metropolitana, com participação da SESA, municípios e parceiros afins e técnicos de representação dos níveis de atenção à urgência: ambulatório básico, P.A. e P.S., pré-hospitalar móvel e hospitais, para formulação e acompanhamento das operações relativas ao projeto proposto.

[...]

⁶⁷O sétimo município, que atualmente compõe a RMGV, ainda não havia sido estabelecido por Lei Estadual.

urgência, garantir a consolidação de uma rede estratégica especializada de referência para urgência e emergência entre os prestadores, coordenada pela Central de Regulação Médica.

5 - Implantação de um P.A. municipal 24h em Vitória, em área centralizada, com alta resolubilidade, incluindo leitos de observação e mecanismos eficientes de referência e contra-referência, articulados com a Central de Regulação Médica [...] (SEMUS, 2001).

Nesse mesmo período, também se pode observar nos documentos registros da intenção da gestão municipal em iniciar as discussões sobre a regulação assistencial de consultas e exames especializados e também que o município deveria contar com um sistema autorizativo de procedimentos⁶⁸ — Central de Regulação de Leitos [atualmente denominada de Central de Internações] e Central de Ambulâncias, articulando-se com as centrais de regulação da assistência municipais, regionais e estadual, garantindo o acesso aos serviços de saúde, dentro e fora de seu território, controlando a eficiência e eficácia do processo regulatório.

Cita, ainda, o mesmo documento que as macrofunções informação, financiamento/compra de serviços e regulação são atividades exclusivas de Estado e, portanto, deveriam ser exercitadas diretamente pela SEMUS através de suas estruturas e de seus funcionários. A função prestação de serviços constitui-se numa função não exclusiva de Estado, que poderia ser desempenhada por entes estatais, entes públicos não estatais e/ou entes privados, lucrativos e não lucrativos. Caberia, portanto, à SEMUS optar pela melhor forma de intervenção nos serviços de saúde, por meio da provisão ou da prestação de serviços. Esta descrição, ainda que subliminarmente, levanta a possibilidade de privatização da prestação de serviços especializados, mas este não é o objeto desta dissertação. Entretanto, deixa-se aqui uma interrogação: a quem interessaria a privatização da prestação de serviços?

Havia, também, a proposta de a regulação assistencial se organizar nos diferentes níveis e etapas da assistência, gradualmente, até alcançar um Complexo Regulador Municipal, com inserção harmônica no Sistema de Regulação Estadual. Este Complexo Regulador seria composto por diversas unidades de trabalho, dentre elas a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados; Central de Controle de Leitos [atualmente denominada de Central de Regulação de Internações Hospitalares]; Central de Atendimento às Urgências e Emergências e outras unidades específicas de trabalho, todas interligadas para proporcionarem um completo controle sobre o fluxo da demanda,

⁶⁸O sistema autorizativo de procedimentos é um processo de competência da função Controle e Avaliação e não de Regulação do Acesso, conforme descreve o Plano Municipal de Saúde.

ado, além de assegurar as condições necessárias ao alcance dos resultados estabelecidos pela gestão municipal da saúde. O Sistema Único de Regulação Municipal abrangeria os serviços públicos de saúde e a rede complementar contratada e conveniada [rede privada com e sem fins lucrativos].

Registros no Plano Municipal de Saúde apontavam que a regulação municipal seria concebida enquanto instrumento de gestão, de modo a responder às necessidades e demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, com base no interesse social e coletivo, resguardando o princípio da equidade. Estava explicitado, também, que o processo regulatório propiciaria o gerenciamento das demandas assistenciais da população e seu atendimento, e estaria articulado com os processos de programação da assistência — PPI; disponibilidade de serviços programados, cadastrados e contratados; a localização dos serviços; sua inserção na rede hierarquizada e resolutiva intra e intermunicipal, garantindo a equidade de acesso da população à melhor alternativa terapêutica do momento oportuno, qualificada e humanizada, de acordo com suas necessidades.

Por fim, no Plano de Saúde sob análise, pode-se constatar que a atenção integral era uma das prioridades do Município, conforme descrito a seguir:

Priorizar a **atenção integral à saúde** nos diversos ciclos de vida do cidadão, de acordo com o perfil epidemiológico;
Realizar ações de promoção e proteção à saúde com práticas de Vigilância à Saúde;
Prover a Secretaria de meios para a implementação e gestão de seus programas finalísticos;
Assumir a gestão da totalidade de ações e serviços de saúde (VITÓRIA, 2001, p. 38, grifo nosso).

Enfim, nesta gestão houve muitos avanços, mas o que mais marcou esse período foi a implantação do SISS na Região de Saúde da Grande São Pedro e posteriormente em Maruípe, propiciando o acompanhamento do usuário em todo o sistema sob gestão municipal e, mais especificamente, regional. A ampliação da participação da população em nível local, por meio dos Conselhos Locais de Saúde, também foi marcante, principalmente na proposta de planejamento local ascendente. O desenvolvimento institucional exigido pelo SISS ocorreu de forma bastante participativa, o que levou a um novo desenho no organograma da SEMUS, com a finalidade de resgatar a coerência entre as estruturas e o novo objeto da SEMUS — o SISS. Entretanto, apesar dos

ativo foi a recentralização das ações de Vigilância em Saúde, principalmente as de Vigilância Sanitária.

6.2.2.2 Período da Gestão 2002 -2003: continuidade

“Acessar os serviços de saúde dependia muito mais de o indivíduo lutar por esse acesso do que por meio de um fluxo organizado pela gestão do SUS, o que levava o indivíduo a ser, ele mesmo, o responsável pela garantia do seu cuidado na rede pública... e o usuário quase que disputava de forma isolada o acesso, em cada ponto de atenção, nos serviços de urgência, um leito de internação ou uma consulta especializada, um exame”.

(Entrevistado 3)

O secretário que atuou neste período permaneceu no cargo por dez meses. O gestor é médico geral comunitário, tendo feito a opção por dedicar-se inteiramente à saúde pública desde o ano de 1985, não tendo tido nenhum outro vínculo de trabalho que não fosse público. O Poder Executivo à época de sua gestão permanecia sob a direção do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O Entrevistado 3 ocupa atualmente o cargo de Subsecretário de Estado para Assuntos de Organização da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Este período de gestão foi marcado pela continuidade da que a antecedeu, até porque naquela gestão ele ocupou durante oito anos o cargo de subsecretário, responsável pela organização da atenção à saúde e pela macrorregulação do sistema municipal. Pode-se dizer que esta gestão se coadunou ao que já vinha sendo traçado e construído pela gestão anterior, com a decisão estratégica de não interromper uma política pública que tinha aceitação e legitimidade junto à comunidade.

Esta gestão teve seu início sob as regras da NOAS/SUS/2002, recentemente editada, que trazia em seu escopo uma ruptura drástica em relação à NOB/SUS/96, gerando críticas infundáveis pelos militantes da saúde pública, pois promoveu a separação das ações assistenciais das ações coletivas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, que a NOB/SUS/96 havia conseguido unir num esforço inusitado em relação às demais que a antecederam. O município optou por permanecer habilitado para a

para a forma que a NOAS propunha: a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), conforme se pode constatar na análise documental.

Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde

Conforme já explicitado, o modelo de gestão não se alterou nesse período, uma vez que era o próprio gestor o condutor dos projetos políticos para a cidade, sob o aspecto técnico. A SEMUS já tinha uma trajetória de gestão participativa quando do início desse período, sendo esta uma das grandes variáveis que compõem a história da SEMUS de Vitória, com um processo participativo de longa duração; em nível local, esta participação se mostrava de forma mais profunda, por meio da participação direta da comunidade na organização dos territórios de saúde, por meio dos Conselhos Locais de Saúde. A marca dessa gestão era a presença da comunidade nos processos decisórios e na formulação das políticas. Outra vertente de participação instituída naquele momento era um Comitê Gestor, composto por uma equipe estratégica com atores do nível local de serviços e central da SEMUS, que trabalhava conjuntamente nas agendas estratégicas e decisórias da Secretaria, num processo de, semanalmente, avaliar a semana anterior e planejar a que se iniciava. Havia um compromisso democrático de construção coletiva das políticas públicas na cidade, e no setor saúde isto aparecia em sua face mais visível. A SEMUS, à semelhança das demais secretarias das áreas sociais, desenvolvia suas atividades sob a concepção de saúde como expressão de qualidade de vida, o que pressupunha a construção de um município saudável e seguro. Portanto, permanecia o Modelo de Gestão das Cidades Saudáveis, iniciado na gestão anterior.

Relativamente ao modelo de atenção, essa gestão permanecia focada na organização da atenção primária, entendendo que era essencial ter este nível de atenção bem organizado e bem estruturado para garantir a integralidade no cuidado e para que, a partir desse nível de atenção, fosse possível organizar os outros espaços especializados de atenção da saúde, as ações de saúde coletiva, a regulação assistencial vinculada à

atenção, com vistas ao fortalecimento da gestão municipal.

Naquele momento, a SEMUS já tinha alcançado na atenção primária um bom nível de qualidade, o que se percebe nos registros documentais, a necessidade de incorporar responsabilidades mais abrangentes da gestão do SUS. Havia uma certa estabilidade incômoda para uma parte dos trabalhadores e gerentes da SEMUS que desejavam o avanço para a GPSM, mas para outros a GPAB era confortável, segura, sem grandes inovações, pois tinham receio das enormes responsabilidades que adviriam com a GPSM. Esse momento gerou uma expectativa naqueles que apostavam na inovação e no avançar da gestão em direção à GPSM, o que veio a se confirmar com a publicação da NOAS/SUS/02, pois já havia a intenção do município em pleitear a habilitação junto ao MS, para o comando único do sistema. Nessa direção, naquele ano a SEMUS tomou a decisão de realizar uma Conferência de Saúde, cujo temário central era a estruturação da SEMUS com vistas à GPSM — “Gestão Plena do Sistema Municipal: esse é o caminho”, para discutir esse novo modelo de gestão, que ampliaria sobremaneira as responsabilidades do município. Naquele momento a decisão era, portanto, manter-se o ritmo de organização de uma boa atenção primária e a construção do necessário conhecimento dentro da equipe, com toda a lógica de reflexões voltadas para o novo processo de trabalho que a GPSM iria requerer.

Depreende-se, de toda a análise, que o sistema de atenção à saúde partiria da atenção com um alto grau de resolutividade, com foco na integralidade, mas que, quando carecesse de referenciar os usuários para atendimentos mais complexos, não encontraria barreiras para completar essa atenção integral. Vale a pena lembrar que o modelo do SISS ainda vigorava nesse momento, portanto essas decisões acompanhavam o modelo vigente, organizando os pontos de atenção na lógica da integração dos serviços para a prestação de atenção integral à saúde da população.

A organização interna da atenção à saúde no município, fundamentada no método do SISS, provocava reflexões nos demais municípios; esses municípios, porém, dispunham de arranjos institucionais e organizacionais completamente diferentes dos de Vitória, além de incompatibilidades nos distintos projetos políticos. Logo, não era um desafio menor propor uma organização conjunta.

inização do sistema de saúde pela metodologia do SISS padeceu de limites na atenção à saúde e sofreu constrangimentos políticos quando a SEMUS propôs aos demais municípios a adesão ao SISS. Essa inter-relação municipal era absolutamente necessária, uma vez que a SEMUS tinha governabilidade limitada em relação a todos os pontos de atenção localizados no território municipal, e, para ampliar esta governança, era imperativo evoluir na condição de gestão e realizar pactos intergestores. Os demais municípios da RMGV não se solidarizaram com a proposta de organização do SISS, para o enfrentamento dos problemas comuns metropolitanos. Nesta perspectiva, o município promoveu uma reunião entre todos os secretários municipais de saúde, para apresentar a proposta de que todos juntos assumissem a GPSM e implantassem o SISS e se ajudassem mutuamente; mas, não contou com a adesão a esta desafiadora e ousada proposta, mesmo assim, foi realizada a citada Conferência de Saúde, para que o conjunto de atores sociais da cidade pudesse debater as grandes questões que envolviam a decisão pela GPSM, conforme registros encontrados nos documentos durante a análise documental.

O não aprofundamento do processo de municipalização por meio da GPSM nessa gestão, além de todos os demais motivos sempre presentes em todas as gestões anteriores, deu-se por embates e algumas divergências entre a SEMUS e a SESA, bem como internamente no próprio município, do ponto de vista da governabilidade que o município tinha naquele momento para esse desafio. Havia uma insegurança institucional, maior ou menor, dependendo do ator que se encontrava à frente do Executivo Estadual e da pasta da SESA. Ainda assim, a SEMUS, representada por um grupo de interesse no aprofundamento da GPSM, até reforçando um espaço democrático de decisão coletiva, reavaliou o grau de possibilidades de pactuação com a gestão estadual, efetiva e construtiva, para que o município incorporasse naquele momento algumas responsabilidades de gestão, principalmente quando se falava de serviços de atenção hospitalar, envolvendo urgência e emergência, alta complexidade. Mas mesmo esta iniciativa não logrou êxito; então, foi tomada a decisão definitiva de não ousar assumir a GPSM, deixando este desafio para um momento em que houvesse maior segurança na relação institucional, até porque a Conferência de Saúde realizada sob esse tema evidenciou uma Secretaria dividida entre o desejo de avançar na gestão e o receio de aquele não ser o melhor momento político para fazê-lo.

álise documental, com registros encontrados em dois documentos-posição elaborados pela SEMUS. Segundo o Entrevistado 3, este talvez tenha sido o fator mais determinante naquele momento de gestão; apesar disto, o município continuou se organizando internamente em relação aos diversos recursos estruturais e cognitivos inerentes à GPSM, principalmente na área de regulação, nas ferramentas de controle e avaliação, de auditoria e também políticas temáticas e experiências positivas em áreas temáticas, como a assistência farmacêutica. Havia muitas experiências exitosas, inovadoras, que poderiam ser agregadas no eventual e futuro avanço de gestão e dos serviços a serem incorporados, mas, segundo o entendimento do gestor, o maior determinante naquele momento para não ousar a evolução da condição de habilitação para a GPSM foi a instabilidade político-institucional na relação Estado-município.

Comunidades Epistêmicas: tensões e embates entre os diferentes projetos políticos

Tecendo considerações sobre os grupos de interesse e de conhecimento internamente na SEMUS, percebe-se que o modelo tecnoassistencial tinha influências dos sanitaristas, dos epidemiólogos e também dos médicos gerais comunitários. Permanecia na SEMUS o grupo de assessores do Secretário anterior, que eram médicos gerais comunitários, ou seja, o comando da política pública do município era feito por esses profissionais. O Entrevistado 3 entende que os médicos gerais comunitários podem ser considerados muito mais uma comunidade acadêmica no interior do Departamento de Medicina Social da UFES do que propriamente uma comunidade epistêmica naquela época. Ele afirmou que esses atores que passaram pela gestão municipal tinham uma formação de medicina comunitária, com uma influência muito forte desse passado na UFES e que, *“com certeza interferiram na construção desse conceito na SEMUS, pois esses atores tinham lugar de poder para interferir, tinham ideologia e o conceito que vinha se construindo no Programa de Medicina Geral Comunitária da UFES desde 1993”*, ainda que as práticas não tenham sido manifestamente suficientes seguindo este traço ideológico.

marcante no município, porque muito das práticas de serviços que foram construídas no final da década de 1980 e início de 1990, a partir da interação entre os serviços da Universidade e diversas unidades de saúde do município, puderam ser vivenciadas pelos médicos na prática da medicina comunitária na unidade piloto Tomaz Tomazzi, que, após a extinção do Programa pela UFES, foi incorporada pelo município à sua rede básica, fazendo parte até hoje da rede municipal de saúde de Vitória.

O Entrevistado 3 defende a idéia de que a comunidade dos médicos gerais comunitários, que, no momento de transição em que se buscava uma nova forma de se efetivar o trabalho em saúde, nos idos de 1980-1990, tinha uma influência muito grande na saúde pública, pois era uma comunidade com uma força muito grande, *“que não foi percebida pela Universidade, que deixou se perder na história a vivência desse projeto e desse conceito, que teria sido muito rica na Região Metropolitana”*. Os atores que participaram desse processo chegaram a lugares de poder, e com certeza a trajetória de conhecimento dessas pessoas, o saber acumulado, a forma de pensar, a importância dada à atenção primária no município naquele momento têm a ver com esse saber. Entretanto o gestor diz: *“Eu diria que ali naquele momento não era uma comunidade mais estruturada, mais organizada, se posicionando como uma comunidade epistêmica, pois era mais uma comunidade acadêmica na Universidade”*.

Ainda que essa comunidade do saber não tenha deixado marcas tão perceptíveis nos arranjos institucionais e organizacionais na SEMUS, a medicina geral comunitária em diversos municípios do país constituiu-se numa efetiva comunidade epistêmica, provocando profundas transformações nos sistemas onde estava sendo exercida, como, por exemplo, em Montes Claros – Minas Gerais, com reconhecimento nacional pelas transformações que provocou, e, talvez, por este motivo, o secretário não a reconheça como uma comunidade epistêmica em sua gestão, e sim como uma comunidade acadêmica, uma vez que suas transformações e sua mudança institucional não tiveram a mesma potência de Montes Claros.

Interessante ressaltar que o gestor fez uma citação importante em relação aos consultores externos que atuaram no município, afirmando que representavam uma forma de pensar, mesmo não sendo atores do cotidiano, mas que com seu conhecimento podem, sim, ter-se configurado em representantes de comunidades do conhecimento, capazes de influenciar a mudança institucional, ainda que não possam

comunidades epistêmicas, mas, conceitualmente, representam uma forma de coalizão entre os atores sociais em função de afinidades político-ideológicas e cognitivas.

Mudanças na Estrutura Organizacional: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias

Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

Num outro nível de reflexões, possíveis situações podem ter interferido na gestão da saúde municipal em função dos interesses em jogo e as resistências às mudanças, como, por exemplo: o relacionamento intergestores, a migração de populações para o município, a não organização da regulação do acesso por parte da SESA e as proposições de leis por parte do Legislativo. Com esta moldura de afirmações, vale então descrever algumas situações, como, por exemplo, as divergências com a SESA no ponto de vista da governabilidade da gestão que o município tinha naquele momento para pleitear a GPSM e a crise de insegurança institucional localizada no Estado, configurando-se em importante externalidade ao SUS municipal, que gerou limitações para os necessários avanços na gestão do sistema municipal de saúde. À época, a gestão do Executivo estadual ganhava, a cada dia, contornos que aprofundavam esta insegurança no município, em face das denúncias de corrupção que pairavam no Palácio Anchieta e que ganharam, inclusive, repercussão altamente negativa na mídia nacional.

Em relação às interferências do Legislativo na gestão da saúde, o Entrevistado 3 explicitou: *“a gente convive com isso o tempo todo na gestão pública; eu acho que é até uma externalidade positiva; a presença do legislativo municipal nesse processo de modo geral é muito positiva”*. Lembra o gestor que, à época de sua gestão, as dificuldades eram exceções que,

[...] se davam muito mais por conflito de interesses de caráter eleitoreiro e pontuais, de um ou outro legislador, mas que de modo geral quando surgiram

leis, na grande maioria das vezes, elas referendavam o que a gente estava fazendo na política e não se desviava para outros caminhos (Entrevistado 3).

Continuando suas reflexões acerca do tema, o secretário disse que este processo de indicativos de leis mostrava legitimidade dessa construção junto à sociedade, de um ator que era do Legislativo, que tem um papel de representação, de interlocução entre a sociedade e o Executivo. Entretanto na percepção do gestor nem sempre havia uma relação pró-ativa e construtiva, pois,

[...] muitas vezes havia oportunismo do legislador em aderir a um processo que a SEMUS estava desenvolvendo e que eles percebiam que tinha legitimidade muito grande pela adesão da população, e ao propor na Câmara um indicativo de lei autorizativa, com indicativo que consolidava a proposta em andamento, o Legislador o fazia em seu nome (Entrevistado 3).

O secretário afirmou que acha que este processo *era* positivo no sentido de que referendava o que se estava fazendo, *“muito mais do que tenha saído de lá propostas inovadoras, que se agregaram à construção do projeto político da SEMUS”*.

Interessante ressaltar que naquele momento havia o processo do orçamento popular, e muito do que a comunidade desejava era decidido junto com o Executivo Municipal na forma da aplicação dos recursos. Este processo representa um dos motivos que tornava a influência negativa do Legislativo muito pequena, em termos de interferir em qualquer direção contrária à política em desenvolvimento.

Ressaltou que, quando a gestão recebia determinada indicação de lei, buscava dialogar com o legislador mostrando que *“aquela indicação não batia com o projeto da secretaria, que era pouco consistente”*. O legislador ouvia e discutia com a secretaria, acatava e mudava a proposta. Discutia-se dentro do Conselho de Saúde, como forma de fazer com que o Legislador entendesse que a proposta não estava em consonância com a política municipal. Afirmou o gestor não lembrar-se de nenhuma situação de conflito entre a SEMUS e a Câmara Municipal por este motivo, por não se ter acatado alguma indicação, ter proposto mudanças, ter reorientado o projeto, entendendo que as contribuições eram muito positivas.

Num outro cenário, a migração de populações de outros municípios do Estado, principalmente os da RMGV para Vitória, sempre ocorreu e, se há duas décadas ocorria de forma intensiva e agora ocorre em menor escala, continuará a ocorrer. Diante desse quadro, é possível argumentar que essa migração não se constituiu num problema, e sim numa condição com a qual o município conviveu e necessitará conviver. Essa

ritiva para a organização dos serviços se o município dispuser de metodologias adequadas de organização e de acolhimento a esta demanda externa. Do ponto de vista do cuidado à saúde da população, o Entrevistado 3 acredita “que o volume de demanda externa não seria capaz de gerar competição no acesso entre as diferentes populações e os munícipes de Vitória”, até porque naquela época se identificava, e até hoje se identifica, insuficiência no uso da oferta disponível, havendo, portanto, “muitas fragilidades em mecanismos de gestão para se usar integralmente os recursos potenciais de acesso e utilização de serviços que a rede municipal dispunha”. É mais importante se ter regras bem estabelecidas e pactuadas na relação intergestores do SUS do que se restringir ou abrir o acesso à população, pois,

[...] a população tem o direito de buscar o serviço onde ela entende que será melhor atendida. Se as regras são claras entre os gestores, pode-se criar mecanismos de barreira que não sejam restritivos para a atenção a situações de urgência, mas que poderiam ser negociadas nos casos que não se configurem em urgências (Entrevistado 3).

Há indícios de que essa migração de populações para Vitória não tenha influenciado negativamente no acesso da população residente aos serviços próprios e, conseqüentemente, na integralidade na atenção.

No que se refere à regulação do acesso e à problemática que a envolve, deve-se inicialmente citar a dificuldade, reafirmada pelo gestor, de que, na medida em que a SESA se ausentou da organização efetiva desse processo, organizado em articulação com o PDR, a PPI e a contratualização, esta é uma externalidade ao SUS municipal interferindo de forma negativa na organização do processo regulatório municipal e, conseqüentemente, no acesso da população às tecnologias biomédicas.

Integralidade e Regulação: ações e constrangimentos

Refletindo sobre situações ou decisões que se configuraram em tomadas de decisão que possam ter restringido o acesso da população de Vitória a qualquer recurso assistencial, pode-se perceber que, no sentido de organizar o acesso e preservar o conceito de equidade em defesa da igualização entre os usuários e da integralidade [argumento utilizado pela SEMUS], foram tomadas medidas nessa gestão em relação ao

entos. Portanto, para a dispensação de medicamentos foram estabelecidas normas, com uma padronização própria, com regras muito claras de como o usuário teria acesso.

Também foram tomadas decisões em relação ao apoio diagnóstico, como uma maneira de se estabelecer, de forma pactuada, uma clientela preferencial para cada serviço em função da sua perfilização clínica. Esses mecanismos de organização podem até ser entendidos como restritivos à integralidade, dependendo da ótica com que o cidadão e grupos de interesse os olham, mas, na verdade, eram estratégias de organização do processo de trabalho em saúde, segundo registros documentais e a percepção do Entrevistado 3.

No que se refere à ampliação do acesso da população às tecnologias assistenciais e, conseqüentemente, à ampliação da integralidade na atenção, foi realizado um incremento na criação de pontos de atenção, em melhorias na estrutura física das unidades de saúde existentes, na construção de novas unidades e em melhorias do ponto de vista das respostas resolutivas e qualificadas dos serviços de cada unidade. Havia um franco movimento de ampliação da rede de serviços municipal, e esse processo de ampliação, que havia sido iniciado na gestão anterior, estava em andamento, garantindo um acesso muito maior da população aos serviços.

Numa outra perspectiva, a clara opção da SEMUS em não pleitear a GPSM pode ser considerada um constrangimento à integralidade e um veto direto à norma. Todavia, importa salientar que o MS recomendou firmemente, porque não poderia impor, que as capitais se habilitassem para a GPSM, pela condição de polo estadual que o PDR lhes imputava, mas Vitória ousou não acatar esta recomendação.

Ainda em relação às contraposições — vetos diretos e indiretos — que o município pudesse ter feito às decisões maiores, estadual e federal, lembrou-se o Entrevistado 3 de um processo de construção muito próprio da SEMUS, do ponto de vista da saúde coletiva, envolvendo as vigilâncias sanitária e epidemiológica, quando, por mais que já houvesse um processo normativo federal, a SEMUS ousou atuar nessas áreas de forma diferente. A SEMUS passou a adotar uma política de relacionamento com os setores

lagógica do que punitiva, o que até pode ser percebido como um veto indireto à forma de atuar das demais esferas do SUS, mas para a qual o gestor assim se manifestou: “*Eu não penso em veto, eu penso este processo mais como o exercício da autonomia do gestor local*”. Esse *fazer diferente* foi vivenciado em Vitória e se tornou um modelo no Brasil, pela forma diferenciada de se lidar com as ações de vigilância sanitária. A tendência da vigilância sanitária é ser extremamente normativa, presa a regras e, segundo o gestor,

Vitória construiu num processo muito rico de melhoria, todo tipo de pactuação; as normas eram implantadas através de um processo de pactuação, uma relação muito menos punitiva, muito menos policalesca e muito mais de construção de qualidade, de qualificação do serviço prestado, [...] ai tem um pouco da subversão da norma, dizer que não quero fazer desse jeito. A tendência naquela época era modelos a serem importados, de centralização de vigilância sanitária (Entrevistado 3).

É ilustrativo também o que se passou com a implantação da ESF, quando a SEMUS ousava ampliar seus horizontes normativos, por exemplo, por meio da formalização de ato para a protocolização da prescrição de enfermagem, com vetos veementes a sua implantação por grupos de interesse. Em relação a esta situação o gestor assim se posicionou:

[...] por causa da Estratégia de Saúde da Família, nós ousamos regulamentar a prescrição da enfermagem, que foi documentada, e isto foi uma decisão importante, mesmo com muitos contrários, pois não havia uma normatização nem federal nem estadual sobre o tema.

É sabido que a corporação que mais se contrapôs a esta decisão foi, sem dúvida, a médica, que levou a gestão a ter que participar de audiências no Conselho Regional de Medicina para se explicar em relação a esta decisão contrária aos interesses desse segmento de servidores públicos, segundo percepções daquele Conselho.

Outra situação que merece relevo foi o reposicionamento dos pediatras dentro das equipes da atenção primária, pois, quando da implantação da Estratégia Saúde da Família, foi institucionalizado outro lugar para esses profissionais, mas não como um confronto com a norma estabelecida, e sim como um arranjo institucional e organizacional muito próprio do município. Colocar os profissionais de primeira linha de atendimentos na atenção primária, intimamente ligados com os da Estratégia de Saúde da Família, naquele momento, segundo o gestor,

⁶⁹Os Serviços de Vigilância em Saúde do ES denominavam de setores regulados todos aqueles segmentos de saúde e/ou de interesse à saúde, passíveis de desenvolverem suas atividades de mercado sob as regras da Vigilância Sanitária.

que não pode, não tem pediatra e ginecologista na equipe de PSF; nos integramos, num modelo próprio de integração municipal, os pediatras com os médicos generalistas em que eles interagiam diretamente com a equipe da Estratégia de Saúde da Família e num lugar próprio dentro da rede de atenção primária [...] havia naquele momento uma cultura institucional, um modo de ação que sobrevivia mais para a inovação do que para a rede de gestão estável ao longo dos anos (Entrevistado 3).

Esta decisão aqui relatada pode, então, ser considerada como um veto indireto ao que estava instituído nacionalmente sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família. Veto indireto porque não se contrapunha frontalmente às normas estabelecidas para a implantação da ESF, mas encontrava uma forma diferente de dar potência a essa estratégia segundo as percepções locais, já com uma trajetória histórica importante de qualificação da atenção primária.

Em síntese, pode-se afirmar que a metodologia do SISS, adotada pelo município como forma de organização e integração dos serviços, não foi capaz de potencializar a pretendida integração entre os diversos pontos de atenção municipais com os do Estado, já que esta era sua finalidade maior, uma vez que internamente tinha obtido ganhos importantes neste processo de integração. Os registros encontrados no Projeto Integrar, nome fantasia dos SISS, levam claramente ao entendimento da intenção do município em exercer seu papel regulatório, uma vez que pretendia facilitar o cidadão, garantir o acesso a ele e acompanhá-lo em todo o seu percurso nos diferentes pontos de atenção, como se fora acompanhado por um radar. Starfield (2002) denomina este processo, na Atenção Primária, de coordenação [do cuidado], e para os níveis secundário e terciário o Brasil vem adotando a denominação de regulação do acesso, associado a um sistema de referência e contrarreferência.

Para que esta integração se efetivasse,

[...] o condicionante era que o município tivesse governabilidade sobre todos os pontos de atenção, o comando único sobre toda a rede de prestadores e, para tanto, a Gestão Plena do Sistema Municipal, ou, na impossibilidade da GPSM, um processo de pactuação muito bem construído e metodologias de trabalho similares entre o Estado e o município, entretanto não havia essa interlocução com a SESA (Entrevistado 3).

Para superar estas dificuldades e não cair em inércia de gestão, o município buscou, para efetivar o SISS, consolidar seu conceito, estabelecer pequenos sistemas integrados de saúde intramunicipais, como, por exemplo, a linha de cuidado da mulher e da criança. Para tanto o município optou pela Maternidade Pró-Matre como sua

habitual, entrando num processo de co-gestão com esse prestador de serviços, que estava sob gestão estadual, e,

[...] mesmo sem a participação formal do Estado, ou seja, mesmo sem a transferência de gestão, o município passou a influenciar e a se aproximar de alguns serviços de média e alta complexidade sob gestão estadual, pactuando alguns processos de trabalho à revelia de uma construção intergestores. Esta iniciativa de dar início a um processo de integração entre os pontos de atenção municipal e estadual tinha como foco a integralidade na atenção ao cidadão (Entrevistado 3).

Esta iniciativa municipal, ainda que perfeitamente compreensível, se contrapunha às normas vigentes à época, pois um gestor não podia e não devia fazer ingerências na gestão de outra esfera de governo sem prévia pactuação. Na verdade, a SESA é quem deveria realizar a contratação do serviço para o município ou sob sua liberação formal. Assim também deveria acontecer quando um município decidisse contratar um prestador localizado em outro município, mas isto efetivamente nunca chegou a ser respeitado e concretizado na prática dos serviços.

Relativamente à organização das estruturas administrativas para a regulação do acesso, foi revelado um quadro de dificuldades, de desorganização e de descontinuidade dessa função estratégica para a gestão do SUS por parte da SESA, com importantes reflexos no acesso da população vitoriense. Para o enfrentamento destas questões em nível municipal, foi introduzido no sistema, desde que o município foi habilitado para a GPAB pela NOB/SUS/96, um sistema de contratualização assistencial, sob responsabilidade do Departamento de Avaliação e Controle, por meio de contratos, convênios e parcerias no sentido de ampliar o acesso da população à rede prestadora de serviços, ampliando seu universo de gestão junto à rede complementar ao SUS.

Enquanto rede complementar ao SUS municipal, novos serviços foram contratualizados pelo município, em substituição à evidente ausência do Estado, com o objetivo de se estabelecerem normas claras de relacionamento institucional, que não mais seriam meros produtores de serviços, mas com regras bem estabelecidas que estivessem voltadas sempre para buscar resultados integrados e medidas de impacto junto à população. Foi estabelecida uma nova forma de contratação — os chamados contratos de gestão — com ações e metas bem estabelecidas e passíveis de monitoramento sistemático. Essa ampliação de tecnologias e de pontos de atenção se dava em atenção especializada, principalmente em média complexidade, pela ausência da SESA ou

serviços, visto que este nível de atenção encontrava-se sob sua gestão direta.

Na percepção do gestor, a regulação do acesso da população a todas as tecnologias assistenciais de nível secundário e terciário era extremamente restritiva dessa intenção de integralidade. Pensava-se mais no fluxo do indivíduo no sistema, do nível da atenção primária para a secundária e terciária, mas sem este foco de integralidade. Vitória, por conta de não ter assumido a GPMS,

[...] começou a buscar soluções internas, dentro da própria rede, principalmente na oferta de serviços de urgência e os ambulatoriais especializados, para apoio diagnóstico de média complexidade, mas faltou, e até hoje ainda falta, a posição da SESA na construção do Sistema Estadual (Entrevistado 3).

Neste cenário de dificuldades, a SEMUS não conseguiu dar conta do uso de boas ferramentas para garantir esse fluxo de usuários entre os serviços de diferentes níveis, de forma mais gerenciada pelas instâncias gestoras, porque, sem a gestão compartilhada com a SESA, qualquer iniciativa nessa direção seria inócua ou de baixa potência. Portanto, à época, não havia uma construção conceitual de redes assistenciais na gestão da SESA e *“o usuário quase que disputava de forma isolada o acesso em cada ponto de atenção, nos serviços de urgência, um leito de internação ou uma consulta especializada, um exame”* (Entrevistado 3).

Percebe-se, de forma cristalina, que naquele período de gestão havia a falta de uma política de regulação, o que se constituía num fator limitante do acesso da população às tecnologias necessárias, e isto levava a constrangimentos importantes entre a gestão municipal, estadual e os usuários. *“Acessar os serviços de saúde dependia muito mais do indivíduo lutar por esse acesso do que por meio de um fluxo organizado pela gestão, o que levava o indivíduo a ser ele mesmo o responsável pela garantia do seu cuidado na rede pública”*, afirmou o Entrevistado 3. A SESA não cumpria o papel de reguladora do sistema nem tinha iniciativas de gestão compartilhada, *“pois o Estado era, e ainda o é, ausente e ineficiente nessa área”*.

Mais do que um conjunto de regras, a regulação do acesso implica o reconhecimento dos sujeitos e de suas necessidades assistenciais. Para tanto, um dos meios que mais possibilitam o atendimento a essas necessidades é a PPI. Neste aspecto, a regulação do acesso sobre a rede de prestadores, para garantia do acesso da população às tecnologias biomédicas, requer uma pactuação consistente entre os gestores municipais, com a finalidade de organizar e ampliar o acesso, materializada pela

PPI, então, seria uma ferramenta indispensável ao processo de regulação, entretanto reconhece o Entrevistado 3 que *“aqui no estado do Espírito Santo acho que em poucos momentos ela sobreviveu; falar o termo sobrevivência mostra como ela era frágil, nunca sobreviveu como uma coisa viva, como uma PPI dinâmica”*.

Para a elaboração da PPI em 2002, houve um processo de pactuação que representou muito mais a distribuição dos recursos existentes à época do que efetivamente a construção de mecanismos de acesso da população a essas tecnologias que se consolidassem em operações efetivas para o processo de regulação. A PPI se mantém inalterada em sua programação física desde 2003, apenas sendo alterada em relação aos recursos financeiros, sendo que as metas físicas são calculadas burocraticamente a partir dessa disponibilização de recursos financeiros pelo MS, e é isto que a torna estática, sem vida, sem repercussão na vida das pessoas que precisam dessas tecnologias. Essas programações assistenciais *congelavam* muito rapidamente, devido ao principal parâmetro utilizado em sua elaboração — o período da série histórica selecionado [2001-2002] — cuja base foi a utilização nos serviços com mais de um ano de defasagem e, a partir daí, *“passando apenas por remendos pontuais, por movimentos isolados de um ou outro ator, de um ou outro gestor que individualmente fazia esses movimentos”*, conforme afirmação do Entrevistado 3..

Sobre a efetividade da PPI, o depoimento a seguir é ilustrativo, pois trata-se do gestor que atualmente na SESA é um dos responsáveis pela articulação dos meios e a coordenação do processo para a atualização da mesma, e sobre este processo assim se manifesta,

[...] era uma ferramenta muito pouco expoente, que só servia naquele momento em que foi concebida e que estabelecia um determinado recurso per capita, difuso e igual para todo o Estado, colocando todos os municípios e suas populações em igualdade, e que, passado o momento inicial, esse rateio de cotas físicas e financeiras se perdia pela ausência de mecanismos de acesso, se perdia na priorização dos recursos e na oferta de novos recursos. [...] talvez tenha havido uma reflexão séria durante o processo de pactuação, uma boa expectativa em torno da PPI, mas do ponto de vista de gestão ela não daria conta efetivamente do que estava sendo pactuado (Entrevistado 3).

Essas reflexões sobre a natureza estática da PPI, ou pelo menos *pouco viva*, e a forma como era gerenciada tornava-a pouco expressiva como ferramenta-base para a regulação; ela poderia, entretanto, ser muito mais útil se efetivamente fosse utilizada como mecanismo de gestão de processos, se fossem construídos realmente os

íduos, se fossem estabelecidas redes assistenciais que definissem o perfil e a posição de cada estabelecimento de saúde nesse tecido assistencial, para ser efetivamente uma ferramenta de regulação do acesso a ser utilizada de forma viva e dinâmica.

Em suas considerações, o Entrevistado 3 entende que a PPI “em função de sua defasagem, não torna inúteis todos os demais mecanismos de regulação”. Entende o gestor que Vitória vem amadurecendo ao longo do tempo, mesmo com muito pouca governabilidade sobre a Programação Assistencial, pelos poucos pontos de atenção que faziam parte da pactuação sob sua gestão, “mesmo assim o município conseguiu construir uma inteligência regulatória e provocar uma consciência regulatória dentro da Secretaria Estadual, levando-a, inclusive, a enxergar esta dificuldade, durante a minha gestão e a que me antecedeu”.

Em relação à integralidade, o Entrevistado 3 afirmou que o foco da sua gestão era a atenção integral à população. Era uma diretriz muito clara, e toda a construção do sistema não se desviava desse caminho, “ainda que muitas vezes os tempos de construção dos processos não se efetivassem no sentido da operacionalização da integralidade”. Segundo o gestor, “foram colhidos muitos frutos naquele momento, nessa direção de integralidade”, organizando sistemas logísticos [assistência farmacêutica, análises laboratoriais, transporte sanitário, dentre outros]; organizando os pontos de atenção primária; estruturando algumas redes até o nível de média complexidade, “mas com restrições por conta da limitação da condição de gestão do município”. A ausência da GPSM, em sua percepção, dificultava à época a prestação da atenção integral à população pela falta de comando único sobre a rede de prestadores de serviços, e “a não decisão até hoje de se consolidar esse processo de Gestão Plena na Capital é determinante, mais do que para o avanço da integralidade no município o é para o avanço da integralidade da gestão da saúde no Estado”.

Ainda sobre a atenção integral, o gestor explicitou que o município de Vitória por si só não era, e ainda não é, capaz de propiciar a atenção integral a sua população, havendo uma interdependência entre os municípios, para se consolidar a integralidade, e destes com a SESA. Quando se pensa em integralidade no cuidado, não necessariamente esses serviços têm que estar disponíveis na Capital. Há exemplos claros em que, para a resolutividade das necessidades sociais, os serviços estão localizados em outros municípios do Estado, como, por exemplo, a cirurgia cardíaco-pediátrica, cujo serviço de

do no município de Cachoeiro do Itapemirim, que é um polo localizado no sul do ES, que tem condições de ampliar seu atendimento para todo o Estado e que poderia perfeitamente ser um exemplo de alta complexidade, de que o município de Vitória tem necessidade e que, em vez de criar seus próprios serviços, pode perfeitamente referenciar a população para o referido município.

6.2.3 PERÍODO DA GESTÃO 2003-2004: qual o projeto político?

Este período é marcado por duas gestões que aqui serão chamadas de “transição”, considerando que ocorrem no período pré-eleitoral. O gestor do período de 2003-2004 era pré-candidato a Prefeito de Vitória e, como é costumeiro nesse período, necessitava estar presente no cenário político-partidário em situação que propiciasse sua visibilidade junto aos eleitores. O gestor do segundo período, 2004, veio a substituir o anterior, exatamente porque ele havia se desincompatibilizado do cargo executivo, na condição de candidato à Prefeitura.

Estes dois períodos também foram marcados por gestores com perfis completamente diferentes, entretanto com uma identidade: mandatos curtos, desprovidos de inovações institucionais, mas, sim, de manutenção das atividades, com pequena ressalva para o gestor do período 2003-2004, que deu ênfase absoluta às ações para controle da dengue e de coalizões com as instâncias que representavam as arenas de decisões políticas — Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.

Vale destacar que a entrada desses novos atores no cenário da gestão da SEMUS e pelas cristalinas intenções político-partidárias, pode-se dizer que a Secretaria registrou uma razoável inflexão em relação aos conteúdos dos discursos de inovação das gestões de 1994-2002 e 2002-2003, uma vez que no Executivo Municipal permanecia o mesmo Prefeito, já no final de seu segundo mandato eletivo.

O período de 2004 não será objeto de análise, uma vez que relativamente à integralidade e regulação do acesso nenhuma decisão foi tomada e nenhuma ação diferente foi realizada.

-2004: transição?

“Como o sistema é único e a forma como vem sendo organizado no país, ele tem que ser solidário. O cidadão não tem a menor noção do que é municipal, estadual; ele quer ser atendido”.

(Entrevistado 4)

O secretário que atuou nesse período permaneceu no cargo por treze meses. O gestor é médico e já havia atuado no sistema municipal de saúde no período de 1989 a 1993, e, anteriormente, ocupou a pasta da Secretaria Municipal de Educação. Foi vereador na Capital por diversos mandatos e Presidente de Comissão de Saúde na Câmara Municipal. Atualmente ocupa o cargo de Secretário de Estado de Esportes.

Mudanças no Desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde

Nesse período não se observou nenhuma mudança importante relativa aos conceitos e concepções de saúde e doença, permanecendo, portanto, os herdados das gestões anteriores. Também não se percebeu nenhuma nova linha ideológica defendida pelo gestor ou pelas equipes técnicas, melhor dizendo, nenhuma comunidade do saber foi identificada, além das já institucionalizadas enquanto saberes e práticas [sanitaristas e epidemiologistas]. Entretanto, este período foi marcado por uma decisão que mudou o desenho institucional e, principalmente, o desenho organizacional no processo de integração dos pontos de atenção em rede, ainda que não haja nenhum registro da intencionalidade dessa decisão. Trata-se da interrupção da implantação do SISS. Aproximadamente quatro meses após o início dessa gestão, o consultor que apoiava o desenvolvimento do SISS desligou-se da SEMUS, pois não encontrava terreno fértil para sua manutenção. É fato que o gestor, que não acompanhou este processo iniciado em 2001, não tinha a percepção da grandiosidade deste projeto em direção à ampliação da integralidade na atenção e dessa tomada de decisão.

O modelo SISS foi interrompido, entretanto nenhum outro projeto político foi desenvolvido em sua substituição. Permanecia institucionalizada a implementação da

, mas sem sua principal sustentação, que era o modelo integrador em rede propiciado pelo SISS.

Certamente este foi um momento de profunda inflexão na gestão da saúde pública municipal, com grupos de interesses em embates, pois havia os que defendiam a permanência do SISS e os que apoiavam esta decisão. Nesse cenário houve, efetivamente, um retrocesso na instituição com sérias restrições ao gestor e a sua gestão.

Mudanças na Estrutura Organizacional: novos arranjos organizacionais e práticas sanitárias

Nas primeiras considerações, o Entrevistado 4 entende que a estrutura da rede de serviços de saúde própria do município era muito boa, com ações qualificadas e de excelência na atenção básica, e que, entretanto, os demais níveis estavam e estão em permanente construção.

Nesse período de gestão não foi percebida nenhuma medida restritiva ao acesso; ao contrário, houve ampliação no horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, o que foi feito pela primeira vez no município, tendo este processo sido iniciado pela Policlínica de São Pedro, localizada em bairro do mesmo nome. Esta decisão foi tomada em função da distância para o deslocamento da população dos bairros do entorno da Policlínica para os hospitais e Pronto Atendimento 24, localizados centralmente em Vitória [barreira geográfica], tendo o horário de funcionamento da unidade sido estendido até as vinte e duas horas. Segundo o entrevistado 4, *“atualmente todo mundo atende até as dez horas [sic], mas naquela época era a quebra de um paradigma”*. Essas iniciativas tinham foco na ampliação do acesso e, conseqüentemente, no atendimento integral às necessidades da população.

As teses de diversos autores e pesquisadores que se dedicam ao estudo de acesso e acessibilidade⁷⁰ afirmam que a acessibilidade aos serviços se relaciona diretamente com

⁷⁰ Sobre este aspecto, ver, entre outros: Travassos e Martins (2004); Donabedian (1973); Andersen (1995); Penchansky e Thomas (1981); Frenk (1985); Unglert et al. (1987); Assis et al. (2003).

outros, que necessitam ser transpostas para que o cidadão adentre o sistema e utilize os serviços, e, nessa linha de raciocínio, o horário convencional de funcionamento das unidades configurava-se numa barreira localizada nos serviços, de natureza administrativa (UNGLERT, 1987; ibidem, 1995).

Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

O Entrevistado 4 foi vereador de Vitória por vários mandatos, bem como Presidente da Comissão de Saúde da Câmara, conforme já mencionado e, ao refletir sobre este cenário, no qual transitou por longo período, entende que os indicativos de leis de iniciativa de vereadores, que autorizavam a SEMUS a implementar ações assistenciais, quer construindo um hospital, quer disponibilizando um número maior de ambulâncias à população, consultas especializadas e programas de saúde, não se constituíam em externalidades negativas ao SUS municipal que pudessem ter interferido nos arranjos institucionais e organizacionais em sua gestão. Afirmou que “*essas iniciativas eram uma tentativa dos vereadores em contribuir para suprir as necessidades da população*” e que os vereadores sofrem uma grande pressão da população por um melhor atendimento, o que o leva a tentar legislar nesse sentido, e que estas iniciativas não chegaram a interferir negativamente no sistema de saúde. O fato de já ter sido legislador levou-o a compreender e a respeitar o trabalho dos vereadores no cumprimento de sua função de representar a população. Portanto,

[...] o vereador não pode ser ignorado; é um erro crasso ignorá-lo; mesmo quando ele erra, a tentativa é acertar, isto devido a uma pressão popular que é legítima, então o Executivo tem que saber filtrar isso, mesmo que a proposta seja tecnicamente equivocada, tem que ser respeitada, porque se ela for respeitada e acaba dando resultados, a base dele e ele compreenderão a ação do Executivo. Na verdade o que ele quer é representar a população e ele muitas vezes não tem conhecimento profundo da área, e aí a legislação proposta não é tecnicamente adequada, mas isso em uma ação de respeito é facilmente resolvido (Entrevistado 4).

No que diz respeito à migração das populações para o município de Vitória, principalmente as originadas da RMGV, como sendo uma externalidade, o secretário afirmou que “*no processo de compreensão do SUS isso não pode ser visto como um problema, mas como um processo a ser resolvido*”. Em função dessa intensa migração à SEMUS, chegou a se comunicar com um dos prefeitos da Grande Vitória para que os

mutuamente no enfrentamento e na responsabilização desta questão. O Entrevistado 4, portanto, não via essa migração de populações como um processo negativo, argumentando:

[...] até porque como o sistema é único e a forma como vem sendo organizado no país, ele tem que ser solidário. O cidadão não tem a menor noção do que é municipal, estadual; ele quer ser atendido. Não foi feita nenhuma limitação no acesso da população em minha gestão, nenhuma restrição, ao contrário, busquei realizar parcerias.

Integralidade e Regulação: ações e constrangimentos

Fazendo considerações sobre a integralidade na atenção à saúde em sua gestão e o acesso da população às consultas, exames, internações, procedimentos especializados, ou seja, a todas as tecnologias biomédicas de que necessitava, o gestor afirmou que o município tinha uma dependência quase total da SESA para garantir esse acesso. Para superar essas dificuldades, no final do período dessa gestão foi inaugurado o Centro Municipal de Especialidades, situado na Unidade de Saúde Vitória, no centro da cidade, com a disponibilização de consultas em diversas especialidades e de alguns exames para apoio diagnóstico. Portanto, as dificuldades de acesso à atenção especializada, tanto para as tecnologias assistenciais de média complexidade quanto para as de alta complexidade, persistiam nesse período de gestão.

O Entrevistado 4, em suas reflexões, entende que o SUS é uma experiência muito recente no país e que o município de Vitória *“fez o dever de casa qualificando as unidades de saúde, cujo início se deu na primeira gestão do pós-SUS e que, após, foram sendo ampliadas nas administrações seguintes e continuam sendo ampliadas na atual gestão do Executivo Municipal”*. Posicionou-se afirmando que *“esse processo de continuidade das gestões é um procedimento muito firme em Vitória, mas somente para a rede básica; os outros níveis de atenção de média e de alta complexidade dependem quase que totalmente do gover no do Estado”*.

A SEMUS, além da iniciativa de inserir no sistema um Centro Municipal de Especialidade, realizou importantes repasses de recursos financeiros para a rede complementar, condicionados à efetiva prestação de serviços para os munícipes de

na SEMUS, ao final de cada ano, ocorrer repasses de recursos para os hospitais sem esta condicionalidade. Foram, então, feitas negociações e pactuações com a rede hospitalar filantrópica, ainda sob gestão da SESA, para a prestação de serviços em consultas, exames laboratoriais e outros exames especializados. Esses repasses foram feitos para o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, para o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), a Maternidade Pró-Matre, que já era a maternidade municipal de referência para Vitória, inclusive com ampliação de uma nova ala de enfermarias. Também foram feitas pactuações com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória (APAE), com a Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-palatal (PROFIS), para atendimento aos portadores dessa síndrome, com o Hospital Santa Rita de Cássia e com a Associação Capixaba de Combate ao Câncer Infantil (ACACCI). O repasse de recursos para estes serviços se dava para o atendimento aos cidadãos capixabas em geral, entretanto com uma meta física de atendimento bem estabelecida para os municípios da Capital.

Essas parcerias, ainda que sob fortes críticas internas na SEMUS, com repasse de recursos condicionado à contraprestação de serviços, podem ser entendidas como iniciativas exitosas para ampliar o acesso da população à atenção especializada e para garantir a ampliação da integralidade na assistência, uma vez que *“há uma grande falha no sistema de saúde de Vitória, [...] ele é muito bom na atenção básica, mas depois disso ele tem um gargalo enorme e que ainda não foi resolvido; a pessoa consegue a primeira consulta e depois não sai disso”* (Entrevistado 4).

Na ampliação do acesso da população às tecnologias assistenciais, a regulação do acesso sobre a rede de prestadores ocorre como uma atividade mediata, capaz de viabilizar o acesso da população a essas tecnologias, e, apesar de não haver à época na SEMUS soluções de informática para imprimir agilidade ao processo, isto se dava de forma positiva. A informatização das Unidades Básicas, segundo o gestor, teve início em sua gestão, quando começou o processo de interligar as unidades em rede, cuja intenção era que o cidadão, ao chegar a qualquer unidade da rede própria municipal, tivesse seu prontuário *on line* no sistema. Segundo o Entrevistado 4, *“esse é o único caminho, não tem outra solução para a facilitação do acesso, a não ser a informatização e funcionamento das unidades de saúde em rede de computadores para dar agilidade e qualificar os atendimentos”*.

cionamento, esta autora discorda que a informatização seja o único caminho para a facilitação do acesso. Elementos essenciais como estudos de necessidade, de suficiência de serviços, a PPI bem elaborada e dinâmica, o processo de pactuação e contratualização da rede de prestadores, os fluxos de referência, protocolos de regulação, médicos reguladores qualificados, um potente sistema de informações assistenciais e um sistema informatizado pode dar agilidade aos atendimentos. Todas essas variáveis juntas se constituem num complexo regulatório capaz de garantir esse acesso regulado.

Outro fato importante é que não foi nessa gestão que teve início o processo de informatização da rede própria de saúde, conforme os registros documentais. É preciso destacar que o processo de informatização foi iniciado na gestão 1997-2002, por meio de um sistema denominado Sistema de Informações em Saúde Pública (SISP), que no ano de 2002 teve suas atividades interrompidas, com cessação do contrato com o prestador de serviços, e ainda não havia sido concluído até o ano de 2009.

Finalizando, este longo período de gestão do PSDB foi marcado por relevantes avanços incrementais na oferta e utilização de serviços assistenciais individuais e coletivos, conforme se pode observar no APÊNDICE E. Em relação ao modelo tecnoassistencial e organizacional também houve muitos avanços, tendo sido iniciada a implantação do Programa Saúde da Família para o fortalecimento da APS e, logo em seguida, a implantação do SISS na Região de Saúde da Grande São Pedro e posteriormente em Maruípe, como meio de integrar todo o sistema a partir da APS até a mais alta complexidade. Outros marcos importantes desse período foram: a ampliação da participação da população nas decisões da saúde pública, por meio dos Conselhos Locais de Saúde; a ampliação da participação dos trabalhadores e gerentes nas grandes decisões, por meio de Comitês Gestores Regionais e um Comitê da SEMUS; a redução da mortalidade infantil para menos de um dígito, tendo alcançado 8,34/1.0000/NV no ano de 2002, o melhor indicador do país dentre todas as capitais; o IDH-M, que chegou a 0,856 no ano de 2000, colocando Vitória no lugar confortável de terceira melhor cidade para se viver, no Brasil. Entretanto, apesar de todos esses avanços, esta gestão foi marcada por uma decisão negativa aos olhos dos que defendem a descentralização das ações e serviços de saúde: foi a recentralização das ações de Vigilância em Saúde, principalmente as de Vigilância Sanitária.

SOB O COMANDO DO PT: realinhamento do percurso e aprofundamento qualitativo

“Eu estou tentando traduzir exatamente isso, parece que o modelo instituído é bom para todos, gestores, prestadores, mas a gente sabe que não é bom para quem precisa. A PPI deve ser um instrumento em defesa de quem usa o SUS – o usuário. Parece que realmente ela está a serviço desses atores - do prestador, dos gestores, e não a serviço dos usuários.”

(Entrevistado 5)

Este período de gestão, compreendido entre os anos 2005-2009, trouxe de volta “o modelo petista de governar” para a dinâmica da gestão das políticas públicas. Na área da saúde representou uma atualização, realinhamento do percurso e aprofundamento qualitativo, com a retomada de princípios e valores embrionários da gestão 1989-1992, que pode ser explicada pela experiência exitosa daquela gestão. Tanto isso é verdade que muito do seu projeto político persistia nas gestões subseqüentes.

Vale ressaltar que no ano de 2003 havia assumido a Presidência da República o PT e, conforme já abordado anteriormente, com projetos políticos e uma cor ideológica muito próprios e, conseqüentemente, um jeito diferente de pensar e agir em saúde. O Ministério da Saúde foi ocupado por um ministro médico, militante do PT.

Esta análise dedicar-se-á mais profundamente à análise deste período, à semelhança do período 1989-1992, nos dois extremos do período, considerando que um de seus objetivos é exatamente desvelar o momento atual de implementação da política de saúde no município de Vitória, no que tange à integralidade e à regulação do acesso, bem como verificar de que forma a trajetória institucional da SEMUS, após a implantação do SUS, vem modelando a organização da rede de serviços e o desenvolvimento das ações para prestar atenção especializada aos usuários sob sua responsabilidade sanitária.

O secretário da gestão atual encontra-se como titular da pasta da saúde desde janeiro de 2005. É militante do PT, o que imprime à gestão um modo de pensar e praticar a saúde pública de forma um pouco diferenciada das gestões anteriores, assemelhando-

em que pese o cenário de avanços do SUS no Brasil em cada um desses distintos momentos. O gestor é enfermeiro sanitarista, militante ativo da saúde pública desde 1981 e nos movimentos que geraram a Reforma Sanitária no Brasil. O gestor foi servidor público na SEMUS, na primeira gestão do pós-SUS, atuando como sanitarista, razão pela qual foi mais instigante se fazer um paralelo entre a gestão daquela época e a atual, acrescentando que o gestor ainda é funcionário de carreira no serviço público da saúde, vinculado à SESA, o que traz um brilho adicional para esta investigação.

6.3.1 Mudanças no desenho institucional e nas concepções de atenção à saúde

Confrontando a gestão do período 2005-2009 com o período de 1989-1992 — ambas sob a direção do PT — e tendo à frente da SEMUS executivos do partido nos dois períodos, o que se observa em relação à integralidade e à regulação é que na primeira gestão foram lançadas as bases embrionárias da estruturação dessas ações, e na atual [2005-2009], avançou-se muito na implementação dos mecanismos garantidores dessas funções da gestão e seus respectivos procedimentos tecnoadministrativos.

Nesse contexto, relativamente ao modelo de gestão, no período da primeira gestão, após a institucionalização do SUS, o conceito de saúde e doença ainda não tinha sido apreendido por todos os trabalhadores do sistema municipal de saúde, o modelo hegemônico era o convencional — médico-assistencial-privatista — e, em função disto, era necessário que se fizessem profundas mudanças no sistema. Então foi tomada a decisão pela territorialização do município, para que cada Região de Saúde tivesse um mínimo de serviços e que as necessidades da população pudessem ser identificadas, e identificados os vazios assistenciais existentes, exatamente para que em médio e até em longo prazos esses espaços fossem dotados desses recursos. Outra decisão foi a de se ter em cada território um sanitarista, *“que pudesse trabalhar o seu território e reconhecer as necessidades desse território”*. Segundo o gestor, o modelo de gestão que se está desenvolvendo na atualidade *“teve seus fundamentos no que fizemos lá atrás; territórios esses que hoje são os territórios da Saúde da Família”*.

inicialmente em quatorze Regiões de Saúde, tinha como premissa a integralidade, principalmente na atenção primária. A ideia da gestão à época era exatamente *“dotar o território de capacidade de solução para a seus problemas e suas necessidades mais comuns”*. Para tanto, adota um conceito maior, para além da assistência, definindo que as ações de vigilância epidemiológica e sanitária deveriam estar presentes nesses territórios, *“já numa lógica de saúde coletiva, de forma descentralizada, com os sanitaristas atuando nessas áreas”*.

Em termos de gestão, naquela proposta, os sanitaristas não seriam os interlocutores entre a direção central da Secretaria e o território, mas, sim, os responsáveis pela interlocução dentro do próprio território, com a sociedade e com os atores presentes naquele espaço. De certa maneira, essa forma de gestão permanece até hoje. *“Naquela época não tínhamos todas as ferramentas que temos hoje, mas o sentido é o mesmo, só que de forma um pouco diferente porque a realidade é outra e as experiências são outras”*, segundo afirmação do Entrevistado 5.

Na verdade, verifica-se que o modelo de atenção, com seus respectivos arranjos organizacionais, esteve fortemente moldado pela visão sanitarista que naquele momento [1990] detinha proeminência na SEMUS e, por isso, agiu como comunidade epistêmica, influenciando na estruturação dos serviços de saúde, cuja lógica permanece até o momento presente. Os sanitaristas têm uma forma diferenciada de conceber e executar as práticas em saúde, pois se propõem a romper com o modelo de atenção e gestão convencional e ousar trabalhar com populações definidas, não só para as questões assistenciais, mas também para as ações de vigiar a saúde, seus determinantes sociais. Esses servidores tiveram papel fundamental nesse processo, em função de seus saberes e de sua inserção no aparato da SEMUS, nas duas gestões sob a direção do PT.

O Plano Municipal de Saúde em vigor, para o período de 2006-2009, no que se refere ao modelo de atenção e de organização do sistema de saúde, sugere um mix entre a proposta de “Cidade Saudável” e o “Em Defesa da Vida”. Sob este aspecto, afirmou o secretário que *“[...] na nossa gestão, todas as secretarias estão trabalhando com este conceito de cidade saudável e segura, não é uma iniciativa apenas da saúde”*. Para tanto, foi constituído um Comitê de Políticas Setoriais, como uma instância estabelecida neste novo modelo de gestão da Prefeitura Municipal, onde são debatidas e deliberadas as ações e operações dos programas prioritários de governo em caráter intersetorial e

se num espaço privilegiado para a articulação do setor saúde com as demais secretarias municipais para a construção de políticas públicas saudáveis (TCG, 2006), *“onde tudo o que se quer de melhorias para a cidade é discutido. Então o que se quer é uma cidade saudável, segura e em defesa da vida”*.

Abraçando esse conceito mais amplo de saúde, a SEMUS conta com a consultoria do LAPA-UNICAMP para desenvolver esse modelo de atenção seguindo essa linha ideológica de “Cidade Saudável” e “Em Defesa da Vida”, cujo processo encontra-se em seu início, não sendo este modelo ainda da compreensão de todos, mas o Entrevistado 5 espera *“que no futuro este trabalho seja entendido, não só entendido, mas que os gestores futuros deem continuidade a esse processo. Acho que só no futuro é que a gente vai entender melhor se este processo estava no caminho certo”*.

Esta declaração do gestor é tão importante que não pode passar despercebida aqui nesta análise, pois ao fazer esta projeção para o futuro, ainda que no campo de seu desejo pessoal, mostra claramente que a trajetória histórica de uma organização de saúde pode promover novos arranjos institucionais e novas institucionalidades no futuro a partir de decisões no momento presente. Se já se percebe a mudança institucional a partir desse conceito, certamente no futuro essas mudanças serão percebidas pelo conjunto da sociedade. Uma das mudanças institucionais mais importantes promovidas por esta gestão foi à adoção da organização das ações finalísticas para a atenção à saúde a partir dos ciclos de vida e não mais por patologias e os tradicionais programas de saúde.

Outro aspecto importante é o fato de a SEMUS fortalecer os espaços de participação, o primeiro deles com os Conselhos de Saúde, tanto o municipal quanto os locais, *“com muito vigor, com muito respeito a esse processo democrático”*, principalmente ao Conselho de Saúde. Outro aspecto são os espaços de pactuação com os trabalhadores, através da mesa de negociação permanente e, ainda, outro espaço coletivo de decisão da Secretaria, por meio de um Comitê Gestor. *Essa é uma diretriz estabelecida, e que eu acho que, na minha avaliação, é o aspecto mais importante que nós coletivamente conseguimos instituir nestes cinco anos, referindo-se à gestão democrático-participativa.*

Reforçando o que já se anunciava na análise documental, a SEMUS vem adotando a prática de co-gestão, onde todos decidem em um processo dialético de negociação permanente, por meio de colegiados e comitês, que têm função operacional interna na

ja em processo de implantação e de se constituir em espaços de negociação de conflitos, a sua existência propicia um lugar de interação que modifica a visão de mundo de um coletivo, que se reveste de luz, por dar voz a esses sujeitos desejantes por mudanças e instituintes desse novo jeito de pensar e fazer saúde no município. Como escreveu Pichon-Rivière, “[...] ao uso instrumental da lógica formal acrescentou-se o da lógica dialética e o da noção de conflito, em que os termos não se excluem, mas estabelecem uma continuidade genética sobre a base de sínteses sucessivas” (PICHON-RIVIÈRE, 1988, apud CAMPOS, 1998). Só o tempo mostrará o quanto este conceito de co-gestão, se permanecer sendo praticado, provocou reais e duradouras mudanças institucionais.

Em termos de sentido e orientação das mudanças em curso, o que se pode perceber é que o saber sanitarista é marcante nessa gestão. Isto pode ser sentido observando-se os consultores que estão apoiando o desenvolvimento do sistema, que defendem o modelo das “Cidades Saudáveis” e as práticas “Em Defesa da Vida”, adotando-se o conceito de Linhas de Cuidado, muito diferentes das construções propostas pelo SISS.

6.3.2 MUDANÇAS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: novos arranjos organizacionais e suas práticas sanitárias

A integralidade na atenção permanecia como orientadora da organização do sistema, o que se constata a partir da decisão da SEMUS em 2007, de ampliar o horário de funcionamento de sete unidades de saúde, para melhor atender à população. Neste sentido, implantar horários diferenciados por unidades de saúde: uma unidade passou a funcionar até as 22h, uma até as 21h e cinco até as 20h, distribuídas geograficamente pela cidade. Esta ampliação no horário de funcionamento das unidades de saúde demonstra um esforço do município em incluir maior número de cidadãos, principalmente de trabalhadores formais, para seu atendimento após sua jornada de trabalho diária, bem como propiciar atenção integral aos cidadãos, afastando essa barreira de acesso relativa ao horário de funcionamento dos pontos de atenção .

Conforme já mencionado, a SEMUS tomou a decisão de organizar a atenção à saúde a partir de quatro eixos orientados pelos ciclos de vida: Materno-Infantil, Adolescentes,

gregaram as áreas técnicas afins, bem como as áreas transversais: assistência farmacêutica, análises clínicas e anatomopatológicas, vigilância em saúde, formação e desenvolvimento em saúde e logística. Esta foi uma inovação na organização das ações de saúde, que antes não trabalhava por ciclos de vida, e sim por ações dirigidas a grupos específicos da população e a patologias específicas.

O processo já mencionado de participação democrática na SEMUS promove novos arranjos organizacionais, com deslocamento de poder central para, por capilaridade, chegar até ao nível local.

6.3.2.1 Rede de externalidades: interesses em jogo e resistência às mudanças

Em relação às interferências externas aos arranjos institucionais e organizacionais, portanto no desenvolvimento do SUS municipal, pode-se perceber que permanecem muitas das dificuldades já enunciadas anteriormente nos demais períodos de gestão. Algumas delas são: a grande dificuldade de articulação entre os municípios da RMGV, apesar de diversas tentativas em diferentes momentos de se estabelecer diretrizes conjuntas para a organização de um sistema de saúde metropolitano; o processo de contratualização, que é feito por diversos municípios com prestadores localizados no âmbito do território municipal, sem o conhecimento do gestor estadual e municipal, demonstrando uma completa desarticulação intergestores; o fluxo de população entre os municípios não pactuados adequadamente; a dificuldade que a esfera estadual, ao longo desses anos, tem de se abstrair da prestação de serviços, para exercer seu papel de órgão regulador, de compensação de desigualdades, que é o seu papel principal; e o fato de a esfera estadual não ter estimulado, com vigor, o processo de descentralização. Portanto, o Espírito Santo, na área da saúde, *“é um Estado prestador, pouco regulador e pouco financiador”* (Entrevistado 5).

Em relação às leis autorizativas propostas pelo Legislativo, a situação é percebida como nas gestões anteriores, ou seja, o caráter dessas leis é exatamente o de serem autorizativas e não uma obrigação, entretanto quando elas, mesmo autorizativas, estabelecem algum tipo de serviços e criam certa expectativa em um determinado

MUS tem buscado, num debate muito franco com o Legislativo Municipal, mostrar quais são os princípios e as diretrizes do SUS, com intuito de passar ao parlamentar conhecimentos e informações para que não seja iniciado um processo para o estabelecimento de lei que vá interferir no modelo de organização adotado. Entretanto, quando a gestão entende que o parlamentar está buscando a criação de uma lei em função da ansiedade de atender a determinado segmento, ou a determinada comunidade, e existe a percepção de que a lei poderá ser prejudicial à organização do sistema, como, por exemplo, a afirmação do secretário: *“a indicação da criação de um Hospital da Mulher, alguns serviços dessa natureza e vários outros [...], o governo veta, é um desgaste, mas a gente veta porque sabe que vai ser melhor lá na frente”*.

Esta afirmação do secretário leva à compreensão de que o Legislativo pode, em algum momento, ser considerado uma externalidade e que em defesa da organização do sistema o município toma a decisão de vetar essas iniciativas. Entretanto, conforme reconhece o secretário, em muitos momentos o Legislativo é um grande aliado, [...] *“porque uma cidade não se governa apenas pelo Executivo; o Legislativo são os olhos e os ouvidos da comunidade, que articulam com o Executivo. Há momentos em que nós recorreremos ao Legislativo, e ele se coloca ao lado do SUS. Ou seja, em algum momento essa externalidade cria limites e em outro momento pode provocar os avanços incrementais que a gestão necessita.*

No Espírito Santo há uma peculiaridade, que parece ser maior que nos demais estados da federação, que é a judicialização da saúde. Sobre este aspecto o Entrevistado 5 assim se manifesta:

Quanto à questão da judicialização da saúde posso dizer que, mais que a Justiça, é a ação do MP que interfere no nosso processo de gestão. Não no sentido de desorganização, pois o MP se apropriou muito dos nossos princípios e diretrizes [do SUS], mas pela temporalidade com que as questões são tratadas. Digo temporalidade como o prazo que nos é concedido para o cumprimento de determinada desconformidade que uma estrutura, um processo de trabalho ou um resultado esteja apresentando naquele momento. Tenho que reconhecer que o MP aqui no ES tem buscado intervir de maneira mais ampla, não que desconsidere questões pontuais, mas hoje a grande maioria das questões diz respeito ao coletivo. São três as intervenções de caráter mais coletivo e as demais que ocorrem, via de regra, são para medicamentos não padronizados. [...] As ações de natureza coletiva estão voltadas para o controle da dengue; o funcionamento do PA da Praia do Suá e; a proibição de contratação de pessoal em caráter temporário. Para as questões coletivas diria também que não concorrem para a desorganização do processo de trabalho porque, geralmente, o MP tem o mesmo objetivo que nós da gestão temos. O problema como o MP é quanto ao prazo, muito diferente do tempo administrativo

ica. Em relação à Justiça, acho que no período em que estou gestor, tivemos até poucas decisões. A decisão da justiça não se discute, se cumpre. As coletivas, penso que poderiam ser evitadas através de acordos, TAC e outras formas de consenso. Quando se trata de uma questão de direito individual, penso que a situação fica mais difícil. Geralmente a autoridade se depara com um documento que define para aquela pessoa um grau de risco ou de morte ou agravamento de determinada doença e que invariavelmente o leva a conceder amparo da Justiça e obriga o Poder Público a fornecer determinado tratamento. Penso que para estes casos carecemos no Brasil de uma melhoria nos instrumentos legais (Entrevistado 5).

Corroborando com a percepção do gestor, entende-se que o Ministério Público vem exercendo sua função relevante em defesa dos direitos sociais indisponíveis, entretanto esta tem sido uma externalidade ao SUS que ora traz benefícios à gestão, mas que ora tem provocado sérios constrangimentos. Estes constrangimentos localizam-se no fato de que a Justiça e o MP não podem ocupar a função de decisão imanente ao gestor do SUS, mas, sim, de apoiar a gestão em momentos críticos, sem se descuidar de seu mister maior que é a defesa dos interesses individuais e coletivos indisponíveis e/ou insuficientes. Suas decisões, muitas vezes, são difíceis de ser cumpridas, pelo tempo que é determinado à gestão do SUS, pela indisponibilidade orçamentária e financeira para fazê-lo, mas, principalmente, pela falta de evidências científicas — medicina baseada em evidências — que amparem suas decisões. Esses elementos para presumir a gravidade de cada caso são inerentes e intransferíveis aos médicos reguladores, não cabendo à Justiça ou a MP intervir sobre eles. Mas não se pode deixar de registrar que sua atuação tem garantido tratamentos integrais a muitos pacientes que, se não tivessem sua intervenção, poderiam ter ido à óbito ou ser acometidos por sequelas indelévels. Entretanto, o que se percebe é que o MP tem modificado sobremaneira sua forma de atuar junto ao SUS, constituindo-se em um grande parceiro, pois já percebeu que muitas das ações que são impetradas contra os gestores do SUS servem à defesa de interesses de segmentos da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, principalmente, nem sempre necessários e de custos elevadíssimos.

6.3.3 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO: ações e constrangimentos

Mantendo o conceito de saúde que era defendido na gestão do período de 1989-1992

Atual também se mantém o conceito de atenção integral, com o diferencial de que as novas ferramentas de gestão disponíveis foram integradas ao sistema, ampliando as possibilidades de desenhos mais integralizantes, o que não havia sido possibilitado naquela gestão. Nesse sentido, permanecem os esforços para imprimir maior resolutividade e qualidade à atenção primária, que continua sendo fortalecida como a base de organização da atenção integral. Após terem sido identificados vazios assistenciais, a gestão formalizou alguns contratos com o setor privado, com e sem fins lucrativos, em função da importante demanda reprimida na atenção especializada, o que possibilitou principalmente a ampliação da oferta de consultas e exames por meio dessas parcerias com o setor privado.

Nessa perspectiva, a SEMUS tem-se dedicado à regulação do acesso na atenção primária, organizando o acesso nesse nível de atenção, tendo a compreensão explícita dos trabalhadores da saúde de que é preciso organizar essa demanda para a, a partir daí, proceder à organização dos demais níveis de atenção, não como um fim em si só, mas como forma de receber do primeiro nível de atenção aquelas situações que não são passíveis de solução em função do seu perfil tecnológico e promover a integração do sistema de serviços de saúde numa rede funcional e resolutiva. Pode-se, perceber que a SEMUS não desloca seu foco apenas para a atenção especializada.

A preocupação do município em não reduzir a discussão da regulação do acesso ao nível da atenção especializada encontra amparo nos princípios da atenção primária, presente na literatura utilizada neste estudo, como: porta preferencial de entrada do usuário no sistema, primeiro contato, mas, sobretudo, a coordenação do cuidado, que para ser efetiva requer integração dos diferentes serviços nos diferentes níveis do sistema (STARFIELD, 2002). A coordenação do cuidado carece ser melhor explorada em outros estudos, fazendo-se um paralelo com a regulação do acesso aos níveis especializados.

No que diz respeito à regulação do acesso na atenção primária, a SEMUS vem desenvolvendo uma ferramenta para interligar toda a rede de serviços próprios, capaz de evitar duplicidade de atendimentos; permitir que todos os últimos atendimentos ao cidadão possam ser visualizados; facilitar a atuação do regulador, que passa a conhecer mais sobre o caso clínico sob sua análise; melhorar o apoio à decisão do regulador, uma vez que todas as informações do paciente poderão ser acessadas para qualificar a regulação e o posterior atendimento. Esta ferramenta em desenvolvimento configura-se

stituição aos atuais *prontuários-papel*, que sob o ponto de vista da regulação do acesso são instrumentos incipientes. Se não existissem os laudos médicos extraídos desses prontuários, como peças orientadoras para o regulador, distante fisicamente do paciente, para presumir ou não a gravidade de um quadro clínico, a regulação do acesso estaria prejudicada. Outra possibilidade regulatória, permitida pelos *prontuários eletrônicos* ao profissional assistente do paciente, é a de visualizar sua conduta clínica, seus registros, num processo de autorregulação.

Esta inovação eletrônica não teve adesão de todos os trabalhadores, principalmente dos médicos; entretanto, segundo o gestor, *“até aqueles que, a princípio, resistiram aos prontuários eletrônicos, agora são seus maiores defensores, por entenderem que essa ferramenta potencializa a atenção básica e a regulação do acesso”*.

Efetivamente, os meios operacionais da regulação do acesso sobre a rede de prestadores de serviços, por meio do Sistema de Informações para Regulação do Acesso (SISREG) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, tiveram início em 2007. Para a implementação das ações de regulação do acesso, a SEMUS utiliza o software institucional do MS, pois antes o que havia era a utilização de planilhas desenvolvidas em *excell* e outros realizados manualmente. Em consequência da publicação da Portaria MS/GM nº. 1.571/97, que estabeleceu recursos financeiros para a implantação de Complexos Reguladores da Assistência, a SEMUS desenhou um projeto para captação dos recursos com o objetivo de implementar, organizar e fortalecer as estruturas do processo regulatório já iniciado, de forma a dotar a SEMUS de maior capacidade gestora. Estas constatações reafirmam que atualmente o MS vem investindo em ferramentas e incentivos financeiros para apoiar os municípios a implantarem e implementarem a regulação do acesso.

Assim, considerados os distintos aspectos que envolvem a regulação do acesso, a gestão municipal vem implantando um sistema informatizado para dar maior agilidade ao acesso da população aos recursos demandados e, também, para racionalizar esse acesso e evitar as costumeiras repetições de solicitações e realização de exames, consultas, procedimentos. Na intenção de ter o acesso à tecnologia garantido, *“o cidadão vai a uma unidade, vai a outra e acaba não se tendo um perfil da real demanda do sistema”* (Entrevistado 5).

ferta de tecnologias assistenciais e estes recursos estruturantes já desenvolvidos, e outros em desenvolvimento, têm repercussão altamente positiva no incremento da integralidade. Entretanto, cada vez mais, em função dessas iniciativas do município, torna-se imprescindível um processo regulatório sobre a rede de prestadores contratualizados, associados aos serviços públicos próprios, de tal forma que responda às demandas e coloque o usuário em contato com as tecnologias biomédicas de que necessita.

Relativamente a alguma medida restritiva que pudesse ter adotado e que pudesse ter sido entendida como uma restrição à integralidade, o gestor afirmou que não adotou nenhuma medida nem formal nem informal que pudesse restringir acesso. Entretanto explicitou que “[...] *quando a gente está organizando o sistema, pode-se dar a impressão de restrição, mas não. A nossa gestão preza pela inclusão*”.

Num esforço de síntese, pode-se extrair das afirmações do gestor, que foram identificadas três ferramentas importantes para a regulação em implantação na SEMUS no momento atual: uma delas é um software para regulação do acesso - o SISREG; o *prontuário eletrônico* como uma das ferramentas para melhorar a qualidade da regulação na atenção primária e interligar esses conhecimentos clínicos em rede; e a formalização de contratos e convênios. Esse conjunto de iniciativas, articuladamente, vem permitindo a real ampliação do acesso à média complexidade.

Ainda em relação à regulação, vale ressaltar que nos anos de 2007, 2008 e 2009 foram disponibilizados recursos pelo MS aos Estados, para a implantação ou implementação de Complexos Reguladores; a SESA, entretanto, não conseguiu pactuar estes recursos com o MS, tendo o projeto inicial retornado para ajustes e não foi reenviado ao MS, o que se constitui num constrangimento de fontes de financiamento para a regulação, para a ampliação da equidade em pacientes em risco. Esta atitude evidencia um veto indireto da SESA ao MS para implementação do Complexo Regulador. Esta situação ganha ainda mais corpo, se se considerar que o projeto estadual não era direcionado apenas à SESA, mas também aos municípios com função regulatória microrregional.

Um aspecto da maior relevância relativo à regulação reside na forma como os serviços mais complexos se organizam no Estado, uma vez que o segundo nível de complexidade tem uma dependência muito grande da forma de organização dos profissionais que atuam na média complexidade, pois o formato de organização

está condicionado à forma com que eles se organizam; uma boa parte aqui no Estado está sob a forma de cooperativas médicas. Dificilmente é um profissional que se dispõe a trabalhar vinculado a área pública; geralmente é um profissional que está no setor privado, ou então, é uma situação na área filantrópica. Estabelecer essas relações com esses setores é muito mais difícil, e os processos de regulação que têm vinculação na contratualização com cooperados ficam muito mais difíceis de serem operados, porque normalmente é um serviço em que o valor referenciado é diferente do valor que a Tabela Nacional do SUS adota, e há, então, primeiro, um desequilíbrio financeiro para os municípios contratarem esse serviço, porque normalmente têm que desembolsar um valor maior do que aquele que recebem pela Tabela. Isso dificulta sobremaneira o acesso das pessoas, porque é uma área de difícil contratualização (Entrevistado 5).

As colocações do gestor parecem adequadas, e, em consequência, a ênfase que se dá a este relato feito pelo gestor tem, por certo, a intenção de apontar neste estudo a persistência das cooperativas médicas atuando no sistema de saúde do Estado, levando a um modelo excludente como fator central para a fragilização das organizações que operam o SUS municipal, na ponta mais complexa do sistema. Há mais de uma década o sistema público de saúde está refém dessa corporação, que ao se rebelar contra o sistema, em diversos momentos, colocou em risco a vida daqueles para os quais deveriam ter o dever ético de preservar, ou seja, a atenção integral no limite de sua necessidade deixa de ser imagem-objetivo daqueles que juraram salvar vidas. É sabido que, nos anos 2001-2003, grande parte dos recursos da assistência da SESA era dirigida para pagamentos às cooperativas médicas prestadoras de serviços ao sistema estadual e que o enfrentamento dessa situação pelo gestor, em 2003, resultou em sua não permanência na direção do SUS estadual, demonstrando a força dessas cooperativas, inigualável em relação aos outros estados do Brasil.

As cooperativas médicas mais fortalecidas no ES são as dos anestesiólogos, cardiologistas, neurologistas e traumató-ortopedistas. Especialidades absolutamente estratégicas para atenção à saúde, principalmente para as situações de urgências e emergências e pelo perfil de doenças existente no Estado. É sabido que em um dos movimentos de resistência dos cooperados às mudanças contratuais propostas pela SESA, a paralisação dos atendimentos pelos anestesiólogos gerou um caos no sistema público de saúde, pois este estava refém desses especialistas, e é provável que tenha havido mortes em função da não realização de cirurgias em tempo hábil.

Também é fato que nos anos de 1999-2000, grande parte do orçamento da SESA para a média e alta complexidade estava comprometida com pagamentos às cooperativas.

hadores da SESA, da área financeira, de que este comprometimento seria da ordem de 54,0% do orçamento.

Podem-se considerar as cooperativas médicas como uma externalidade ao SUS municipal, uma vez que sua contratualização se dá no nível estadual de gestão, entretanto com reflexos absolutamente importantes no SUS municipal, quando este toma iniciativas para a contratualização de serviços mais complexos sob seus domínios. Observa o Entrevistado 5 que,

[...] a vinculação do sistema às cooperativas interfere diretamente na nossa capacidade de gestão, na nossa capacidade de regulação, porque essas corporações é que ditam as regras, elas se organizam e a esfera municipal acaba se organizando em função desse modelo; um exemplo é as cooperativas médicas, sem dúvida (Entrevistado 5).

Em relação à disponibilidade de tecnologias assistenciais ofertadas pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um dispositivo fundamental para a garantia da integralidade e de um processo regulado, o gestor afirmou tratar-se de um elemento importante e necessário para a integralidade regulada, segundo os ensinamentos de Carvalho (2006).

Expressando-se sobre a PPI, o gestor relatou uma experiência que teve a oportunidade de vivenciar ao conhecer uma *PPI viva* no estado de Goiás, e assim a descreve:

Nós temos uma história de PPI no ES muito difícil, muito complexa, de difícil atualização, ela é muito virtual, mas eu tive a oportunidade de conhecer uma PPI viva e vi o quanto isto é necessário. Eu fui a um Estado a convite do próprio Ministério da Saúde para compreender um pouco esse funcionamento, pois a PPI é fundamental, porque ela, quando é viva, viva no sentido de dinâmica, facilita muito o acesso das pessoas. Porque ao mesmo tempo em que ela coloca os recursos no lugar certo, na gestão adequada, que é a estadual, ou municipal, não importa, ela define quem opera esse recurso, então ela responsabiliza também esse ente que tem a gestão desse recurso a garantir o acesso das pessoas. Então a PPI é fundamental, é uma pena que aqui a gente não consiga um responsável, não um culpado, não se trata disso, mas nós no ES não conseguimos operar essa PPI viva. Eu acho que enquanto a gente não fizer isso, a gente dificulta o acesso das pessoas a um nível de complexidade maior (Entrevistado 5).

Ainda sobre a boa experiência revelada na citada visita técnica,

A PPI lá é tão viva que ela é quase que um debate público mensal. Eu me impressionei, e quando me deram a palavra e eu disse: “eu queria muito que a gente chegasse pelo menos perto disso; não sei se lá é a perfeição e se não tem nenhum problema, mas na discussão da PPI eu gostaria muito que tivéssemos um modelo parecido, próximo com aquilo. Porque as decisões ali são baseadas na necessidade, eu percebi isso ali nitidamente. Aqui tem um travamento importante, se é intencional ou não, se é veto direto ou indireto, não sei, porque eu nunca ouvi falar: “não vamos produzir a PPI porque assim é melhor para todos

...vi ninguém dizer assim, vamos tomar uma decisão... um novo horizonte, um basta a esta situação. Eu acho que essa decisão precisa ser tomada... parece que essa situação é boa para alguém [...] (Entrevistado 5).

Prossigui o gestor, afirmando que:

Assim como esta, para os prestadores é muito bom, mas não estou dizendo dessa intencionalidade do prestador, mas tudo leva a crer que há certa concordância de todos que nesse formato vai tudo muito bem, mas isto não é bom para o usuário. Eu vou falar um pouquinho do processo de gestão que Vitória assumiu, pois finalmente está assumindo a gestão de oito serviços. Ainda é muito incipiente, pois está no começo, mas ficou nítida essa ausência de uma PPI regulada, que não coloca aquele serviço que está sendo pactuado à disposição da população. Coloca à disposição dos interesses de um setor [...] Isso precisa andar (Entrevistado 5).

Não é simples para ninguém — sistema, gestores e usuários — se acostumar com a idéia da convivência diária com situações conflitantes e sem um horizonte que vislumbre possibilidades de soluções, e foi com este espírito que foram colocadas as questões que envolvem a PPI como um veto indireto, por parte da SESA, às recomendações do Ministério da Saúde para as reflexões do gestor, que declarou ter dúvidas se este é um veto direto ou indireto, manifestando-se assim: *“Pois é, eu até não sei se aqui não é intencional [...]”*, referindo-se ao estado do Espírito Santo. Esta afirmação parece sugerir que haja um elemento de intencionalidade na gênese dessa questão. Esta intencionalidade seria a de não se ter amarras e ficar livre para tomar as decisões de caráter alocativo desses recursos financeiros e assistenciais?

Abre-se aqui um parêntesis para um rápido comentário sobre essa suposta intencionalidade da SESA em dar tal tratamento à PPI. Segundo Dagnino (2006) “a intencionalidade é um componente da ação política, afirmando, portanto, o papel do sujeito e da agência humana como dimensões fundamentais da política” (Dagnino, 2006, p. 38). Ora, se houver intencionalidade estadual, como os municípios deveriam contrapor-se a esta situação? Qual a função das instâncias colegiadas intergestoras nessas situações? Não era de se esperar que os municípios reagissem a este *estado de coisas*? Por que no período de 1997 a 2002 havia entre o COSEMS-ES e a SESA forças em disputa e atualmente o mesmo não ocorre?

Ocorre que o gestor da Capital, no momento presente, é presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES), portanto ocupando uma posição estratégica no cenário do SUS, capaz de provocar um grande debate acerca do tema PPI, de mobilizar o Colegiado para se contrapor a esta situação. Uma vez abordada esta situação, o gestor afirmou que:

Da PPI foi pauta sistematicamente no COSEMS, mas também parece que dentro desse espaço dos secretários não há uma força que consiga reunir esses atores na lógica da PPI. Parece até que é bom para esses atores, [...] há alguma coisa nesse formato que atrai quase a uma unanimidade para permanecer com esse modelo [...]. Parece que o modelo instituído é bom para todos, gestores, prestadores, mas a gente sabe que não é bom para quem precisa. A PPI deve ser um instrumento em defesa de quem usa o SUS – o usuário; então parece que realmente ela está a serviço desses atores e não a serviço dos usuários. Eu acho que nós, todos nós, não é um processo de culpabilização, mas todos nós temos responsabilidade nisso. Infelizmente não conseguimos mudar essa história ao longo desses anos todos (Entrevistado 5).

Ainda traçando considerações sobre a PPI, pode-se depreender que há uma cultura instituída, perversa sob o ponto de vista da integralidade na atenção, que infere à PPI apenas um caráter financeiro, cujos recursos são transferidos fundo a fundo aos municípios, em vez de entendê-la em seu mister maior, que é o da justa disponibilização de tecnologias assistenciais à população. Dessa perspectiva é importante ressaltar que a PPI no ES é financeira, ainda que se saiba que esta nunca deveria ter sido sua premissa.

Este raciocínio é reafirmado pelo gestor, que assim se coloca em relação a esta situação:

A PPI deveria refletir fundamentalmente a necessidade das pessoas. Se tem hoje a base do que é necessário para determinada população e hoje ela é apenas um dinheiro sendo dividido, muito mais em cima de séries históricas, sem fazer verdadeiramente uma discussão sobre a necessidade das pessoas. Acho que chegou o momento, já passou da hora de que todos juntos pudessem rediscutir isso. Na hora em que fizemos isso, eu tenho certeza que vamos melhorar muito a nossa organização do serviço aqui no Estado. Não é só uma cidade, não é só a Capital, porque todos nós somos uma rede; ela [a PPI] até transcende as nossas fronteiras estaduais, mas se, minimamente, nós conseguíssemos organizar esse processo no ES, nós iríamos melhorar muito a organização dos nossos serviços (Entrevistado 5).

Considerando-se que os recursos tecnológicos presentes na PPI não são suficientes para atender toda a demanda, faz-se necessário um processo de contratualização com a rede complementar, cuja peça contratual ou convencional é entendida, pela grande maioria dos militantes da saúde pública, como sendo um dispositivo da regulação do acesso, sendo realizado para completar a disponibilidade que a PPI não oferece, seja por inexistência ou por insuficiência dos recursos assistenciais. Articulando-se as metas físicas da PPI com as metas contratualizadas na rede privada, esses dois elementos, complementares entre si, justificariam a implantação de um mecanismo robusto de regulação do acesso sobre essa rede de prestadores. Em função desse raciocínio, o gestor ponderou que a *“regulação do acesso é um processo tentado no sistema, mesmo*

iva e, obviamente, que ele melhora, colabora e ajuda muito no acesso das pessoas”.

Ainda sobre a PPI, pode-se verificar que este é o tema central da atualidade na SEMUS de Vitória e dos demais municípios, que vem estabelecendo limites à integralidade. A estagnação das programações da PPI certamente se configura num dificultador ao processo de regulação do acesso, como também à integralidade regulada. Outro fator determinante para entendê-la descolada da realidade é que, sistematicamente, a PPI programa e opera recursos federais. Diz-se descolada da realidade, porque os municípios investem seus poucos recursos em atenção especializada, e isto não aparece nos registros oficiais da PPI e, igualmente, os recursos do Estado não têm visibilidade, ou seja, os reais investimentos em atenção especializada não aparecem no sistema, dando a impressão de que apenas o MS investe nessa área estratégica da assistência. Ainda que a versão mais atualizada do software, desenvolvido e adotado pelo MS e disponibilizado gratuitamente aos demais entes da gestão do SUS, já possibilite a integração dos recursos federais, estaduais e municipais, inclusive já em operação em alguns estados, no ES permanece o software anterior, que, segundo o gestor, “[...] a PPI não tem a capacidade ainda de integrar os recursos estaduais, municipais, numa mesma versão”, isto em face da inquietante permanência do software antigo. Inquietante e imobilizante, na medida em que, ao desconsiderar a integração de todos os recursos existentes no SUS estadual, a PPI em vigor não estabelece a lógica da equidade na alocação desses recursos para as populações em situações de maior desigualdade, portanto de mais necessidade de ações e serviços de saúde.

Relativamente à interface entre a PPI e a regulação do acesso, o secretário compreende que “*não são umbilicalmente interligados, mas são processos dependentes, que no ES não se estabeleceu até hoje porque a PPI é um instrumento que não contribui para a própria regulação*”, isto porque, além do seu caráter estático, a PPI se estabeleceu com bases na capacidade instalada e numa série histórica acumulada ao longo dos anos e não nas necessidades sociais; ele entende, portanto, que,

[...] essas duas ferramentas, a PPI e o processo de regulação, dependem um do outro, então não vai funcionar nenhum dos dois enquanto a PPI não for completamente organizada [...]. A PPI é a base para a contratualização e, aí sim, as ferramentas da regulação vão fluir com muito mais facilidade e tranquilidade (Entrevistado 5).

acerca da PPI, em face das normas estabelecidas pelo MS, que orientam aos estados e municípios que se estabeleça uma PPI e, igualmente, mecanismos de regulação do acesso, inclusive com uma solução de informática disponível gratuitamente, o gestor tem a percepção de que este processo,

[...] se configura num veto indireto, pois não se trata de um processo de decisão institucionalizado e declarado, mas a ausência do papel do Estado na questão da PPI, na questão da organização do modelo regulatório é uma ausência importante que contribui para que a gente não tenha um processo regulatório adequado, eu não tenho a menor dúvida disso (Entrevistado 5).

Com vistas a situar o campo do debate nas modalidades de gestão definidas pelas NOB e NOAS nesses 20 anos de SUS, ainda que o município tivesse pleiteado em 1997 a GPSM e no momento seguinte recuado no pleito junto ao MS, conforme apontou a análise documental, efetivamente o município não assumiu o comando único sobre toda a rede de prestadores localizada em seu território. O quanto essa tomada de decisão interfere na organização do sistema, na atenção integral e na regulação do acesso nos dias atuais foi objeto de reflexões do secretário, que declarou:

Cada um tem a prerrogativa de decisão e o seu momento, eu vivenciei alguns desses momentos e acho que sempre faltou, e isso é histórico, uma cultura institucional por parte da Secretaria Estadual [...] um processo coordenado, ativador desse processo de gestão mais avançado por parte da Capital, que é muito mais difícil de fazer do que num município menor para os quais a Secretaria tinha uma política muito mais definida. Inicialmente eu acredito que os fatores ao longo daquele período, não permitiram, ou fizeram com que o município não adotasse medidas para assumir as gestões mais plenas do sistema, foi uma ausência de uma política muito bem definida pela própria secretaria estadual. Isto faz uma diferença muito grande (Entrevistado 5).

Ainda segundo o gestor, pelas experiências que se conhece pelo Brasil afora,

[...] nos parece, obviamente, que os problemas da saúde são muito mais complexos do que somente a questão de gestão, me parece que no Brasil onde a gestão se estabeleceu com mais rapidez depois do processo da reforma sanitária, as capitais avançaram muito mais, e o modelo de organização dos Estados avançou também. Não tenho a menor dúvida que isso interferiu muito na organização [...] hoje é muito mais difícil iniciar o processo de gestão do que naquele período, fazer esse movimento no dia de hoje é muito mais pesado, do que naquele momento (Entrevistado 5).

A riqueza de conteúdo e a clareza com que o Entrevistado 5 se coloca sobre estas questões da atenção integral e da regulação vinculadas à PPI levam à suposição de que a PPI estática desde 2003, a falta da GPSM sobre toda a rede de prestadores desde 1998, a regulação que não se conforma no Estado há décadas, que cada uma dessas variáveis ocorrendo há tempos e agora se articulando em um macroprocesso, todos esses são processos que determinaram a trajetória da SEMUS nessas duas décadas do

os no momento atual da gestão do SUS em Vitória. Melhor dizendo, a *path dependency* demonstra o quanto essas heranças do passado impedem/constrangem a necessária mudança institucional para viabilizar outra lógica de relações intra e interinstitucionais e organizacionais do SUS.

Num cenário mais atual, sob a vigência do Pacto pela Saúde de 2006, a SEMUS firmou no TCG o desejo de assumir a gestão de oito serviços especializados, portanto, não foi assumida a responsabilidade plena pela totalidade dos serviços e, conseqüentemente, o comando único sobre a totalidade dos prestadores. Sobre este ponto o secretário declarou que tal decisão se deu devido:

À falta da cultura institucional de um sistema de contratualização de serviços e, o mais importante deles é a PPI, o reconhecimento que não se tem uma PPI viva, dinâmica, tanto que, no momento em que esses serviços vieram para a gestão municipal, são agora três meses sob a nossa gestão, a gente percebeu a dificuldade e para onde nós nos levamos. É uma coisa pequena diante do tamanho do desafio, é um primeiro passo, mas já nesse primeiro passo, há uma completa dissociação da realidade (Entrevistado 5).

Além disso, destacou que a SEMUS adotou uma posição um pouco tímida em relação ao Pacto de Gestão, nos seguintes termos:

Eu acho que é uma lição muito grande explicar para a sociedade, para todos os gestores, os atores do Executivo, atores do Legislativo qual é a razão de Vitória assumir oito serviços, e que nenhum desses serviços não é utilizado por nenhum morador de Vitória. Com a completa ausência de informação, não se sabe de onde é a clientela que frequenta esses serviços, não se conhece a efetiva prestação de serviços por parte desses prestadores. Então se fez a opção de iniciar gradativamente a gestão sobre a rede de prestadores. Se não houver uma mão muito forte da Secretaria Estadual, a Capital vai ter muita dificuldade de ir além desses oito serviços que já assumiu. É muito complicado (Entrevistado 5).

Constata-se que a responsabilidade de gestão difusa entre as duas esferas gestoras — município e Estado — interfere de forma importante na integralidade da atenção ao munícipe de Vitória. O gestor concorda com essa assertiva e amplia essas considerações, dizendo que *“interfere drasticamente [...] você nem conhece adequadamente os fluxos, não conhece os modelos, há um processo que me parece muito mais articulado entre prestadores do que propriamente da necessidade do usuário. É crítica essa situação”* (Entrevistado 5).

A análise documental não apontou a presença de nenhuma decisão que essa gestão possa ter tomado e que possa ser entendida como um dispositivo restritivo à atenção Integral, e sobre o tema o gestor afirmou que,

mais restritiva é o fato de não assumir completamente o comando único aqui na Capital. Acho que essa decisão é a mais restritiva de todas. Por tudo que já expliquei, nós iniciamos gradualmente esse processo e isso é restritivo; a decisão foi institucional, foi de caso pensado, até por todas as dificuldades estabelecidas. Eu escolheria essa decisão tomada (Entrevistado 5).

Em contraponto, em relação às medidas tomadas pela gestão que levaram ao avanço da integralidade, que na análise documental surge como um potente processo de contratualização de tecnologias de média complexidade e também de alta, pode-se afirmar que esta decisão promoveu avanços incrementais na oferta dessas tecnologias, o que leva a um cenário de maior proximidade com a necessidade da população. Sobre esta temática o entrevistado fez questão de retornar às reflexões sobre a PPI, dizendo que:

[...] pelo fato da PPI não ser viva e não contemplar recursos estaduais e os recursos municipais, nós não conseguimos colocar na mesa tudo que está estabelecido na PPI. Tudo o que existe na contratualização faz com que esse esforço grande que foi feito, de maneira até não muito apropriada diante das normas estabelecidas de contratualização, seja frágil. Nós fizemos contratos, não vou falar contrato paralelo, mas nós fizemos outro contrato com quem já tinha contrato com o SUS estadual. Mas mesmo assim, ele aumentou o acesso sem dúvida nenhuma, isso é uma medida que facilita o acesso. Agora se nós tivéssemos uma PPI viva, se esses recursos todos do Estado, dos municípios e os recursos federais estivessem todos planejados, com certeza estaríamos mais próximos da necessidade da população, obviamente faltariam ainda alguns elementos, mas seria bem melhorado se a PPI estivesse toda adequada (Entrevistado 5).

Finalizando, as análises precedentes permitem afirmar que, passados esses 20 anos de trajetória do SUS, o Executivo Municipal foi ocupado por diferentes coalizões políticas e, na medida em que não houve uma desconstrução do sistema de saúde pelos diferentes atores responsáveis por esta política pública e embora considerando-se que havia antagonismos intermináveis, foram desenvolvidas sucessivas gestões exitosas no setor da saúde pública em Vitória. Nesta mesma linha de raciocínio, no primeiro período deste estudo, imediatamente após a criação do SUS, a coalizão articulada pelo PT esteve na direção do Executivo e, atualmente, está iniciando a segunda gestão consecutiva, por meio de reeleição, como também na SEMUS. A organização do sistema de saúde imprimiu na cidade muito da ideologia político-partidária e dos projetos políticos defendidos pelo PT. Portanto, ao fazer uma analogia entre aquele momento inicial e o momento atual do SUS municipal, o gestor declarou:

Eu acho que aquele período, logo imediatamente após o advento do SUS, eram poucos anos [...], havia referendado o sistema único desenhado lá na Constituinte, depois na Lei Orgânica. Havia um viés ideológico muito forte de um sistema completamente estatal, todo ele colocado à disposição da população com recursos próprios, estruturas próprias, e no decorrer desses anos o Partido dos

Já compreendeu que isso é muito difícil de operar. Então há um debate muito mais amenizado em relação a essa questão, de um sistema completamente estatal. Já há uma compreensão de que algumas áreas da prestação de serviços que o SUS precisa, dificilmente se estabelecerá completamente num país como o nosso com um processo de organização totalmente público. Isso foi superado (Entrevistado 5).

Avaliando o momento atual do SUS em Vitória, o gestor assim se manifestou,

O que me encanta bastante em Vitória, embora com as diferenças entre os diferentes partidos que exerceram o Poder Executivo aqui na cidade, é a capacidade ao longo desses anos de constituir os territórios de Vitória. Teve um momento e um movimento decisivo lá atrás, que nós já conversamos sobre ele, que não foi interrompido, então hoje as pessoas com quem eu converso sobre isso, com quem eu relato, elas se surpreendem e muitas vezes não acreditam nesse processo territorializado de Vitória, certinho, dividido, compreendido pela população, embora haja conflitos em alguns momentos, mas sempre os conflitos são por saídas da área de abrangência desses territórios para outros territórios, já se sabe na nossa cidade a importância dos territórios, que o serviço conheça aquele indivíduo [...] ainda assim muita gente não compreende e acha, gente que não é daqui, que estaríamos ferindo um preceito de livre escolha previsto na Constituição, nas leis. Na verdade não é isso, é um processo de organização do serviço que está em andamento, eu acredito que o grupo que está aqui nesse momento caminha no sentido de fortalecer ainda mais o espaço territorial (Entrevistado 5).

Esta manifestação do gestor trás a reflexão de que, ainda que muitas decisões tomadas no passado tragam legados negativos para o momento atual da gestão, outras tantas deixaram marcas altamente positivas no passado, que se apresentam na atualidade como a base de movimentos que resultaram em rearranjos institucionais, bem como, organizacionais, promovendo verdadeira e dinâmica mudança institucional.

Tomando por fundamento os conceitos e a interface entre a regulação do acesso e a integralidade, e o entendimento de que a regulação do acesso sob a rede de prestadores de serviços contribui para a integralidade na atenção à saúde do cidadão, o Entrevistado 1 afirmou que, com certeza, a regulação do acesso contribui para a melhor gestão de todo o sistema e a possibilidade de transformar esse sistema numa rede efetiva. Tecendo, ainda, uma análise sobre o momento atual da gestão do SUS, em sua percepção, o fato de o atual titular da pasta estar permanecendo por dois períodos seguidos na SESA propiciou ao sistema estadual um tempo maior para planejar e começar a executar as ações e projetos de forma eficiente. Apesar de discordar ideologicamente de algumas iniciativas, ele entende que a SESA está atualmente desenvolvendo uma boa política estrutural. *“O investimento forte que o Estado está fazendo no processo de regulação, de formatação de serviços, redes de atenção, é um avanço que poucos estados brasileiros conseguiram realizar [...]”*. Entende que, desse ponto de vista, o Estado está vivendo um momento muito rico, que vai permitir um

mais completo e muito mais rápido do que seria com as trocas permanentes de gestores estaduais que vinham ocorrendo até então.

Este processo que a SESA está desenvolvendo — o macroprocesso regulatório e a regulação da atenção à saúde — vai favorecer a implementação da microrregulação — regulação do acesso — no município de Vitória, que é o processo que garante o acesso da população às tecnologias de que a população necessita, pois, ainda segundo o gestor, *“na hora que se começa a regular, com o sistema informatizado implantado em todos os hospitais [...], isso vai permitir que o gestor público, seja municipal ou estadual, visualize todas as ofertas e tenha intervenção mais direta no processo”*.

Segundo o secretário,

[...] a regulação do acesso vai induzir às correções nas restrições e sonegação de leitos, vai começar a se evidenciar as cobranças em relação aos tempos de permanência, o processo de contratualização começa a ser definido, isso também trará uma contribuição enorme para a consolidação do Sistema Único de Saúde, porque o cumprimento de metas começará a ser exigido (Entrevistado 5).

Entende o gestor que esses passos dados pelo governo estadual e pelo governo federal são muito importantes do ponto de vista estrutural, que vão permitir realmente uma integralidade, *“tanto do ponto de vista da pessoa integral, quanto da integralidade do sistema de saúde”*, por meio dessas relações interinstitucionais, com grande repercussão na organização do sistema municipal de saúde de Vitória.

Concluindo, este período de gestão do PT tem-se constituído no momento dentre esses 20 anos, em que a regulação do acesso vem sendo realmente efetivada, ainda que gradualmente, como uma ferramenta de gestão capaz de propiciar ampliação na atenção integral à saúde da população e racionalização de custos sociais e financeiros. O APÊNDICE E demonstra nesse período de gestão o quanto de incremento vem ocorrendo na disponibilidade e utilização de tecnologias assistenciais para apoio diagnóstico e cura/controlado de doenças e agravos, tanto na atenção secundária quanto na terciária especializada. Fica marcado, também, nesta gestão o intenso processo de contratualização de serviços, o que amplia a capacidade regulatória da SEMUS, além de ampliar a oferta de recursos assistenciais. Em relação ao modelo tecnoassistencial, permanece o desenvolvimento da lógica da promoção da saúde em busca da Cidade Saudável e Segura, iniciada na primeira gestão do PSDB, acrescida do modelo “Em Defesa da Vida”. Associado a isto, resgata-se nessa gestão o saber sanitário,

fico dos epidemiologistas. Em relação à gestão democrático-participativa, percebe-se uma intensificação das relações com a sociedade, por meio de conselhos e comitês, bem como ampliação da participação dos trabalhadores, nas denominadas mesas de negociação.

Percursos e Mudanças: as gestões da saúde pública na linha do tempo em Vitória

Estes três períodos de governo em Vitória, iniciados pelo PT e, depois, um longo período sob a direção do PSDB, para novamente estar sob a direção do PT, partidos de esquerda e de centro-esquerda, respectivamente, contaram com uma ampla coalizão de ideias, de partidos políticos e de muitas afinidades em seus projetos políticos, para dar sustentação ao desenvolvimento da cidade, bem como da saúde pública.

Estes partidos, como se pode depreender das análises feitas em cada uma destas gestões do Executivo e em cinco das sete gestões da saúde pública, tinham o firme propósito de transformar o cenário da saúde no município, saindo de um modelo formal e conservador herdado pelo SUS, em 1988, para um modelo de gestão democrático-participativo, coadunado com os interesses sociais, portanto socialmente mais justo, afinado com as diretrizes e os princípios do SUS.

Todas estas gestões propuseram, ao seu tempo, inovações na gestão da saúde, que provocaram efetiva mudança institucional, sendo as mais relevantes: a implantação de novos modelos de gestão, de atenção e de organização do sistema e dos serviços de saúde, centrados nos interesses dos cidadãos, e não mais em outros interesses nem sempre éticos; implantação e ampliação da gestão estratégica e participativa por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde; moralização dos gastos públicos em saúde, com transparência nesses gastos; a adoção do planejamento estratégico participativo, como forma de intervir em favor dos grupos sociais mais vulneráveis e em risco social; relativamente ao objeto deste estudo, a decisão de a integralidade ser a norteadora da organização das ações e serviços de saúde, com relevante ampliação da atenção integral aos cidadãos, inclusive extrapolando os limites da gestão formal, para propiciar o acesso da população às tecnologias biomédicas especializadas; e iniciativas mais recentes de regulação do acesso, com o claro objetivo

ada, com vistas à resolutividade necessária, ainda que em fase inicial de implantação.

Todas essas mudanças institucionais e organizacionais ocorreram gradualmente, e nem sempre ocorreram da forma desejada, pois nesse período houve momentos de inflexão, que levaram a escolhas de diferentes caminhos possíveis para a efetivação das mudanças necessárias.

Essas considerações remetem a Thelen e Steinmo (1992), que afirmam que a mudança institucional constitui o momento no qual os indivíduos moldam os constrangimentos e as oportunidades, e as escolhas feitas podem moldar as ideias e atitudes e até mesmo as preferências das pessoas. Dessa forma, a mudança institucional pode atuar de modo a reformular as metas e ideologias que motivam a ação política, que os institucionalistas definem como *equilíbrio interrompido*. Essa noção indica que as instituições caracterizam-se por longos períodos de estabilidade que periodicamente são interrompidos por crises, que levam às mudanças institucionais, muitas vezes de forma abrupta, sucedidas por um novo período de equilíbrio e estabilidade. O que aconteceu no início deste período em estudo foi exatamente isto, ou seja, o incômodo momento para a sociedade e para a direção municipal da saúde em relação ao projeto político conservador, mas de estabilidade institucional e organizacional para o conjunto dos trabalhadores antes de 1988, que foi interrompido por uma nova forma de fazer saúde — um novo projeto político — provocando rupturas que geraram um momento crítico (*critical juncture*)⁷¹, sob o ponto de vista das concepções de saúde.

Fernandes (2007), citando D. Collier e R. Collier (1991), diz que uma ideia-chave no conceito de *path dependency* é exatamente a noção de *momento crítico*, o qual se expressa como um período de significativa mudança. Destaca que tal momento “ocorre de modo diferente entre unidades de análise a partir das rotas estabelecidas inicialmente e que demarcam a produção de legados distintos”.

Novamente em 2005 essas mudanças ocorreram, agora menos abruptas, pois o sistema já havia evoluído suficientemente para absorver, sem grandes rupturas e tensões, as mudanças que se fizeram necessárias e que no presente sugerem um momento de estabilidade. Para Goodin, a dimensão de equilíbrio e estabilidade como característica

⁷¹ *Critical juncture* é uma ideia-chave para o conceito de *path dependency*, que é a noção de momento crítico definido como um período de significativa mudança que ocorre de modo diferente entre as diferentes unidades de análise (D. Collier e R. Collier, 1991, apud Fernandes, 2007).

institucionalização é “[...] a natureza estável, recorrente e repetitiva do comportamento social” decorrente da ação das instituições, portanto a “[...] institucionalização pode ser definida como o processo através do qual as organizações e procedimentos ganham valor e estabilidade” (GOODIN, apud MILSTEIN, 2007).

O *momento crítico*, portanto, é uma situação de transição política caracterizada por um contexto de profunda mudança e que pode ter diferentes tempos de duração, que pode ser de anos ou até décadas. A ideia de mudança institucional pressupõe um processo gradual e contínuo através do qual as instituições evoluem e sofrem alterações, com substituição ou modificação dos arranjos institucionais anteriores por novas regras e procedimentos. Essa dinâmica da atividade política possibilita diferentes formas de interação entre os atores sociais e pode ser marcada por dificuldades nas escolhas, na definição dos problemas e competências, na busca de soluções para esses problemas, e promover mudanças nas preferências e alternativas. Instala-se, portanto, um processo de substituição ou superação de arranjos institucionais anteriormente vigentes. “Uma política pública, seja qual for, envolve, cria, mantém e muda instituições” (PIRES, 2001).

Esses atores que interagiram no espaço da organização SEMUS tinham projetos políticos distintos, mas, ainda que respeitados os interesses distintos, organizaram-se a partir de concepções, modelos e estratégias para promoverem a mudança institucional e organizacional na saúde pública do município. O poder ideológico e o poder político fizeram prevalecer a concepção e a forma de agir desses atores e como esses interesses se manifestam, a partir de diferentes enfoques teóricos e metodológicos.

7 SÍNTESE ANALÍTICA: *path dependency* e a mudança institucional

Neste estudo foi possível perceber que, nos diferentes períodos de governo sob estudo, havia projetos políticos igualmente diferentes, ainda que para muitos elementos constitutivos dessa política houvesse certa convergência de ideias. Esses projetos para o setor saúde eram atravessados por instituições formais e informais, a partir de suas regras, normas e outros atos formais, mas também por crenças, valores, conceitos e concepções, símbolos, códigos de conduta, interesses diversos e o que se esperava alcançar em termos de ganhos de qualidade para a sociedade.

Para o SUS, os Planos de Saúde se configuram em instrumentos que mostram as intenções políticas dos governantes e da sociedade beneficiária num determinado período, uma vez que esta última participa da elaboração e aprova seu conteúdo. A partir deles se pode depreender as escolhas que são feitas e os caminhos que se pretende percorrer para as melhorias propostas. Esses PMS são formulados com a representação e participação daqueles que serão os executores e os que serão os beneficiados pela política. Portanto estes instrumentos refletem o projeto político que um dado período de governo propõe para a sociedade, daí terem sido identificados como boa fonte para se buscar conhecer esses projetos políticos em cada um dos períodos de governo analisados.

Esses PS são instrumentos de planejamento e gestão onde, para dar concretude às intenções políticas, no cotidiano dos serviços, estão explicitadas a imagem-objetivo e as metas que os gestores públicos pretendem alcançar no futuro pelo desenvolvimento da política de saúde. Nos diferentes PS analisados pode-se perceber intenções de caráter político influenciando o caráter técnico, muito diferentes entre um momento de governo e outro, o que faz supor que a transição entre um projeto político e outro não se dava pacificamente na arena política, como também dentro de um mesmo período de governo, pois uma política pública de saúde não é linear; aliás, espera-se que não seja, pela própria dinâmica do processo saúde-doença e dos interesses *em jogo*.

Levando estas questões para um ambiente mais técnico do que político, o SUS se constitui em um conjunto de estruturas em funcionamento — arranjos institucionais e organizacionais — que, obviamente, são influenciadas pelas escolhas em relação aos

o esse funcionamento no cotidiano do trabalho em saúde.

Esses processos de trabalho são permeados por um conjunto de regras e procedimentos formais, que por sua vez carecem de organização para sua operacionalização. Ainda que permeada por regras e processos de trabalho metodologicamente definidos, a política, pelo já mencionado caráter dinâmico do processo saúde-doença, pela vida que pulsa nos territórios de saúde e as transformações nas diferentes ambiências da vida social — individual, familiar e de trabalho, está em constante processo de mudança, requerendo, portanto, diferentes arranjos organizativos para operar as ações.

Melhor dizendo, a política pública de saúde envolve arranjos organizacionais permeados por concepções, formulações e práticas sanitárias diferenciadas. Portanto, é fruto de disputas nas arenas político-institucionais, de âmbito interno em determinada esfera de governo, nas relações intergovernamentais, bem como de uma rede de externalidades ao SUS interferindo no seu funcionamento.

Neste contexto, o neoinstitucionalismo histórico proporciona elementos para uma análise muito rica de políticas públicas, como se fossem lentes a iluminar e possibilitar às organizações captar tanto a dimensão do voluntarismo dos atores relevantes quanto os constrangimentos dados pelas estruturas institucionais em que eles estão inseridos. E é neste cenário que este estudo transitou, buscando captar os fatos, eventos, momentos e o comportamento dos atores sociais nesses diferentes ambientes, imanescentes ou não à SEMUS, que promoveram as rupturas que levaram a retrocessos e estagnações e também às inovações, aos avanços e, conseqüentemente, à mudança institucional na implementação da política pública de saúde em Vitória.

Este estudo pretendia, também, na medida do possível, levantar os *indícios causais* da mudança institucional, registrando que, tendo em vista que o mundo social oferece muitos exemplos de conseqüências não intencionais pelos tomadores de decisão, remontar desde as conseqüências às suas origens seria um caminho muito perigoso. Razão pela qual, buscou-se apenas apontar alguns *indícios* que levaram à mudança institucional.

Desse modo, o argumento de PIRES (2004) é particularmente esclarecedor:

uma política pública envolve e se constitui a partir da articulação de um aglomerado de instituições nos leva a constatar que as suas etapas de implementação e manutenção possuem a capacidade de influenciar os resultados políticos, uma vez que incorporam elementos capazes de moldar a identidade, o poder e a estratégia dos atores (PIRES, 2004).

Ainda segundo Pires, a utilização da dependência da trajetória — *path dependency* — para a explicação do processo de implementação de uma política pública e a respectiva mudança institucional, pode ocorrer de duas formas:

[...] a) através da investigação e mapeamento histórico das políticas públicas implementadas anteriormente e das instituições relacionadas a elas; e b) por meio da análise da influência recíproca entre instituições (e políticas públicas) e ideologia (ibidem, 2004).

Este estudo partiu, então, de uma investigação e de mapeamento histórico da política pública de saúde em Vitória, implementada desde 1989, e da mudança institucional a ela relacionada, já descrita no capítulo anterior e, de certa forma, pontualmente sintetizada no Quadro 7.

Esta síntese analítica tem a finalidade de destacar os aspectos mais relevantes no percurso deste estudo, que responderam aos objetivos propostos e às principais indagações sobre os elementos que provocaram a mudança institucional e o aprendizado organizacional da SEMUS.

Foram percebidos nas falas dos sujeitos da pesquisa vários aspectos do sistema municipal, desde sua formulação política de âmbito mais geral até as práticas específicas dos distintos projetos políticos: seus programas, projetos técnicos, serviços e ações de saúde, denominados pelo SUS de arranjos organizativos. Importante destacar que houve muito mais aspectos de consenso entre os gestores do que de dissensos, assim como não houve discrepâncias significativas entre as percepções dos gestores e o que está descrito nos documentos analisados. Estes aspectos mais relevantes estão a seguir destacados.

7.1 INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: ações e constrangimentos

O relevo que se deu a este princípio do SUS neste estudo se justifica pela possibilidade, ou não, de a população ser atendida em suas necessidades oportunamente [ver item 2.2.5]. Pode-se perceber que ao longo do tempo diferentes arranjos organizativo-institucionais foram tentados e testados com a finalidade da atenção integral à população. Ora estes arranjos foram desenvolvidos em ambiência favorável, ora adversa, em função da identidade dos diferentes atores sociais com os projetos políticos. O comportamento desses atores — beneficiados e executores da política — dependiam do terreno político e técnico no qual transitavam, emergindo desse cenário relações mais ou menos conflitivas. Sendo mais específico, este estudo apontou diferentes modelos de atenção e de organização [modelos tecno-assistenciais ou organizativos] que pretendiam ampliar a atenção à população, representando diferentes projetos políticos. E, como se sabe, um projeto político não é substituído por outro como “num virar de páginas de um livro”; por isto, conviveram, simultaneamente, minimamente dois projetos tecno-políticos em relação a esses modelos assistenciais.

Muito se debateu e muito se organizou em relação às ações e serviços de saúde com o objetivo maior de promover o acesso e integralidade na atenção ao cidadão ao longo desses 20 anos de SUS, mas na prática se percebem as dificuldades pelas quais a população passava, e ainda passa, para conseguir acesso e utilização de serviços para encontrar solução para seus problemas de saúde. Isto se pode também constatar na percepção dos gestores.

A universalidade no acesso, definida na CF como direito do cidadão e dever do Estado, não vem sendo efetivada por motivos diversos, entre estes, a fragmentação e a desorganização do sistema, associadas ao subfinanciamento do SUS, cujos efeitos impõem limitações na saúde da população, na medida em que os usuários têm acesso parcial aos serviços de saúde. Esse acesso parcial não permite, portanto, a atenção integral. O subfinanciamento está provocando exclusão da população, uma vez que os serviços mais complexos não estão disponíveis oportunamente para todos os usuários, com forte impacto na atenção integral.

As dificuldades identificadas nos documentos e relatadas pelos entrevistados em relação à efetivação do acesso estão, em sua maioria, centradas na necessidade de organização dos pontos de atenção em linhas de cuidados ou em redes assistenciais.

estes arranjos organizacionais de redes assistenciais, que estão sendo modeladas e implantadas de forma compartilhada ente a SESA e os municípios, sob coordenação da primeira. As redes já modeladas e em implantação são: Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; Rede de Urgência e Emergência, com ênfase nas redes especializadas de Cardiologia, Neurologia e Traumatologia e; Rede de Oncologia.

Os sujeitos da pesquisa situam a SESA como a grande responsável pela possibilidade ou impossibilidade de atenção integral aos cidadãos. Percebem-se, de forma cristalina, as forças em disputa entre a SEMUS e a SESA no debate sobre a integralidade em todas as suas dimensões, extensiva ao COSEMS, uma vez que o gestor da capital tem assento nato nesse Colegiado e, no momento presente, é o seu presidente.

A responsabilização dos gestores à SESA ocorre em função de o Estado ser essencialmente prestador de serviços e o gestor da grande maioria da rede de serviços de média e alta complexidade (MAC). Reside neste fato o motivo pelo qual Vitória, por si só, não era, e não é capaz de propiciar a atenção integral à sua população, havendo, para tal, uma interdependência entre a Capital e os demais municípios do Espírito Santo, e destes para com a SESA, para se implementarem modelos inovadores que propiciem a integralidade aos seus munícipes.

Ficaram evidentes nas falas dos gestores as dificuldades de se gerir um sistema complexo de saúde como o de uma capital, inserida num sistema metropolitano ainda mais complexo, numa realidade em permanente mudança social, epidemiológica e econômica, muito própria dos grandes aglomerados humanos e urbanos.

O subfinanciamento da MAC se impõe como uma das maiores restrições ao acesso, em função do pacto pouco efetivo da PPI, gerando uma enorme demanda reprimida, com destaque para os municípios da RMGV, onde estão concentrados aproximadamente 1.686.033 habitantes, que, pela proximidade geográfica, acessam mais facilmente os serviços localizados em Vitória, competindo por este acesso com a população residente.

Pode-se observar que, em alguns momentos distintos, medidas restritivas à integralidade foram adotadas pelos gestores, como, por exemplo, a edição de portarias restringindo o acesso a medicamentos. Em outros momentos, medidas adotadas pelos gestores para reorganização do sistema foram entendidas pelos diferentes atores

integralidade, segundo suas próprias percepções, como, por exemplo, no momento da definição das áreas de atuação das equipes de saúde da família, quando não eram possibilitados os atendimentos individualmente ou a uma família num dado território, pertencente a outro território.

Também se pode observar que houve, por parte do município de Vitória, a aquisição e oferta de exames e procedimentos de alta complexidade (AC) ambulatorial e hospitalar, valendo ressaltar, uma vez mais, que essas tecnologias estavam, e ainda estão sob gestão estadual. Portanto, isto mostra claramente que o município realizou essas aquisições pela insuficiência ou inexistência dessas tecnologias no nível das responsabilidades do Estado, para que a atenção integral se efetivasse no campo concreto do cotidiano dos serviços de saúde.

Por fim, constatou-se, por meio da construção e interpretação de indicadores assistenciais e de cobertura populacional⁷², um incontestável avanço incremental dos serviços de saúde e da produção assistencial, o que faz supor que, apesar das dificuldades, esses indicadores apontam que a integralidade na assistência vem-se ampliando pelo esforço municipal. Este processo incremental é derivado dos novos arranjos institucionais e organizacionais necessários para suprir a ausência do Estado nessa área crítica da assistência; é também resultante da autonomia municipal em tomar iniciativas para alcançar aquilo que desejava garantir para a política pública em termos de respostas às demandas sociais.

Para cumprir seu papel de responsável pleno pela saúde de seus municípios, a análise documental permite afirmar que a SEMUS vem envidando esforços, continuamente, para ampliar a oferta qualitativa e quantitativa dos recursos assistenciais necessários à prestação da atenção integral aos seus municípios. Nos PMS e nos RAG há evidências da oferta e uso dessas tecnologias, principalmente de consultas e exames especializados de média complexidade (MC).

Aqui se revela, por todas essas constatações, a face do não cumprimento cotidiano dos preceitos constitucionais do SUS de possibilitar a atenção integral à totalidade da população, não por falta de iniciativas do município, mas por dificuldades localizadas no âmbito da SESA.

⁷² Para maiores informações sobre as séries históricas desses indicadores, verificar o APÊNDICE E.

No que tange à regulação do acesso, os gestores situam o âmbito estadual como o grande responsável pela baixa capacidade regulatória que impera no SUS. Isto se deve, certamente, pelo fato de a SESA não se abstrair da posição de forte prestadora de serviços, para exercer seu papel de órgão financiador e regulador para a compensação das desigualdades no espaço estadual, o que deveria ser sua orientação principal.

Para a regulação do acesso, é reforçada a mesma análise que se fez em relação à integralidade, pelas dificuldades objetivas de se gerir um sistema complexo como o de uma capital, com mais de 60,0% dos serviços mais complexos sediados em seu território. Vale ressaltar que circulam pela cidade de Vitória, diariamente, aproximadamente 570.000 pessoas além da população residente, em busca de consumo de bens e serviços, dentre eles os de saúde⁷³. A grande maioria dos usuários da saúde pública se dirige para Vitória sem qualquer referenciamento formal; portanto, essa circulação de usuários não munícipes do SUS no espaço municipal é desprovida de regulação do acesso. No máximo isto ocorre de forma assistemática para as situações de urgência e emergência.

Apesar de a migração das populações para a capital ser um problema de difícil enfrentamento, todos os gestores concordam que, em função da ética e solidariedade inerente ao SUS, é necessário que o município continue a atender a essas populações em suas necessidades assistenciais, porque, apesar das dificuldades, é o sistema municipal com o maior nível de organização de serviços e com maiores recursos cognitivos, tecnológicos e financeiros do ES. Entretanto, desconhece-se a procedência desses usuários da MC por falta de mecanismos ágeis de informação e regulação do acesso. Este fato tem relevância nos processos de planejamento assistencial — PPI e Programações Anuais do município — e na pactuação intergestores, pois se torna difícil pactuar algo sobre o qual não se conhece. Apenas para internações hospitalares e procedimentos de alto custo e complexidade há a possibilidade de se realizar estudos

⁷³ Cf. no Plano Municipal de Saúde vigente para o quadriênio 1994-1997.

informações constantes nas AIH, APAC e BPA-I, que contemplam a origem dos usuários. O grande volume de MC produzido em Vitória tem origem desconhecida, e residem exatamente neste fato os grandes conflitos intergestores, pela impossibilidade de se identificar o volume desses atendimentos por município de origem e o quanto oneram o “teto” financeiro do município.

Unanimemente os entrevistados reconhecem a PPI como sendo a base da organização da regulação do acesso e que a pouca importância que lhe é dada pela SESA e, também, pela maioria dos municípios dificulta a organização deste instrumento de planejamento e gestão. Portanto, a PPI foi identificada neste estudo como o ponto nevrálgico do acesso da população, principalmente na atual gestão, pois, apesar de o pacto ético de Vitória continuar a atender solidariamente as populações de outros municípios, o subfinanciamento da MAC, tanto por parte do MS quanto por parte da SESA, presente na PPI, impõe-se como uma das maiores restrições ao acesso [demanda reprimida].

Em função da defasagem na programação assistencial e do pacto pouco efetivo da PPI, há uma enorme demanda reprimida na MC, com destaque para os municípios da RMGV, onde há uma grande concentração populacional, conforme já referido acima. Pela proximidade geográfica essas populações acessam mais facilmente os serviços localizados em Vitória, gerando filas expectantes intermináveis. Certamente um processo de regulação do acesso informatizado, fidedigno, possibilitaria o conhecimento dessa demanda reprimida, se necessária, se baseada em evidências científicas — a *integralidade necessária* — ou, se excedente, segundo os ensinamentos de Carvalho (2006).

Infere-se que essa demanda reprimida talvez não tenha tanta magnitude, pois um mesmo usuário poderia estar presente em diversas filas, poderia já ter sido atendido e ainda constar na fila expectante ou, numa situação ainda mais dolorosa, já poderia até ter ido a óbito sem que seu nome tivesse sido retirado da fila. Estas situações foram identificadas pela Gerência Especial de Regulação Assistencial⁷⁴ da SESA, quando, ao analisar a natureza dessas filas, percebeu essas repetições de nomes em diversas filas

⁷⁴ Estas situações foram identificadas por esta autora quando esteve gerente de regulação assistencial na SESA/GERA em 2008, por meio da análise das filas expectantes, quando encontrou repetições de nomes de usuários em diferentes filas expectantes, em macrorregiões de saúde também diferentes.

tinham ido a óbito enquanto aguardavam na fila dos transplantes e que ainda permaneciam cadastrados. Na verdade essas filas são, também, muitas vezes, permeadas pelo desejo de consumo de tecnologias por parte da população, mas só a regulação do acesso, principalmente na atenção primária, poderia responder a esta questão.

A PPI, que foi apontada pelos gestores como um limitante do acesso da população aos níveis secundário e terciário da assistência, além do seu caráter estático, foi elaborada e se estabeleceu com base na capacidade instalada de serviços e numa série histórica atemporal [2002/2003], com os vícios de utilização de serviços para mais ou para menos, acumulada ao longo dos anos, e não em parâmetros que refletissem as reais necessidades sociais. Também foi atribuída a defasagem da PPI como um dificultador do avanço do município em direção à GPMS, essencialmente pela incerteza do financiamento por parte do estado do Espírito Santo e do subfinanciamento por parte do Ministério da Saúde. Em síntese, pode-se afirmar que a PPI vem impondo sérios constrangimentos à gestão municipal desde 2003, seja por sua inércia e/ou desatualização das metas físicas, seja pela falta de fluxos assistenciais, seja pelo desfinanciamento.

Outra situação que merece reflexão, que está diretamente associada às considerações imediatamente anteriores, localiza-se na possibilidade de se presumir a gravidade de um quadro clínico daqueles usuários que constam nas filas expectantes. Essas filas, à exceção da de transplantes de órgãos, são totalmente desprovidas de inteligência regulatória, pois não passam por acompanhamento da evolução do quadro clínico dos pacientes, não sendo estes classificados, portanto, segundo os riscos pelo tempo de espera; conseqüentemente, é dado a eles um tratamento igual àqueles que deveriam ser diferenciados, em afinidade com o princípio da equidade, que preconiza priorizar e dirigir o mais adequado recurso a quem se encontra em maior risco.

A fragilidade de mecanismos regulatórios para a garantia do acesso nos diferentes períodos de gestão ficou evidente. Os gestores entendem que isto se dava inicialmente pelo pouco debate sobre o tema na primeira década do pós-SUS e, depois, pela pouca presença do Estado nesta área crítica da gestão da saúde pública. Reconhecem, entretanto, que, apesar das dificuldades, cada um em sua administração tomou medidas regulatórias importantes, que foram conformando os arranjos institucionais que se tem hoje enquanto regulação do acesso na SEMUS: organização da porta de

tratos e convênios; gestão das filas expectantes dos residentes em Vitória; prontuário eletrônico em desenvolvimento; solução de informática, também em desenvolvimento, para agilizar os procedimentos regulatórios, ao mesmo tempo em que agiliza a presunção de gravidade de cada caso clínico e, ainda, a procedência desses usuários; e o fortalecimento das estruturas administrativas responsivas às demandas, dentre outros.

Um agravante ao processo de regulação é a falta de reconhecimento por parte do Estado da necessidade de organizar e implementar a regulação do acesso para desempenhar o papel de *observatório* privilegiado da atenção integral aos cidadãos, portanto da resolubilidade real e não burocrática do sistema, principalmente em situações eletivas, de tal forma que possa preterir essas situações que não se configuram em risco e dar lugar, efetivamente, ao atendimento às urgências e emergências. A SESA insiste no desenvolvimento da regulação do acesso de forma fragmentada, focada apenas nas urgências e emergências, perdendo, portanto, toda a potência de *observatório* sobre todo o sistema, para conectar os elos entre as redes assistenciais em implantação, da AB até a AC. Com isto, o que se verifica é que a população continua buscando, por iniciativa própria — busca direta e espontânea — erraticamente, a solução para seus problemas, e não por um sistema formal de referenciamento regulado nos diferentes pontos de atenção assistenciais — a chamada *integralidade regulada*. Resgata-se, aqui, a crítica feita por um dos entrevistados ao dizer que a responsabilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde ainda é dele próprio, pela incontestável ausência institucional neste processo. Este cenário remete a Magalhães (2006), que alerta para o fato de a demanda por serviços nem sempre ser necessária, ao afirmar que,

Outra discussão que se impõe é a da demanda artificial, que pode ser considerada aquela que é perfeitamente dispensável do ponto de vista técnico. Esta demanda, que pressiona o sistema no seu nível secundário, faz voltar o tema da resolubilidade na atenção primária ou básica (MAGALHÃES, 2006).

Na verdade, a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Esta percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde. Se a busca espontânea, ou direta, teve êxito no acesso, as pessoas tendem a reproduzir esses caminhos nas próximas necessidades; se não obteve êxito, buscam, de forma desorientada, por esses serviços, uma vez que o conhecimento sobre sua localização varia pelo grau de informação que possuem sobre a localização e o perfil dos serviços disponíveis.

Organização da regulação do acesso no sistema público de saúde mexe profundamente com os interesses representados na arena política do poder. Os grupos de interesses são poderosos, tendo como foco a lucratividade com a doença imposta pelo capital, os procedimentos mais complexos, a venda de serviços ao SUS, muitas vezes desnecessários e com valores acima da média do mercado, portanto mais onerosos para o SUS, dentre outros, são os que comparecem com maior frequência. Por outro lado, a regulação do acesso extirpa o hábito do clientelismo para burlar a fila expectante; cessam os favores e as trocas entre o Executivo e Legislativo e outros grupos de interesse, que muitas vezes tem como “moeda de troca” uma vaga num leito complexo, ou a realização de um procedimento ambulatorial de alto custo, ou um Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

A partir de sua implantação, a regulação assistencial e seus atos regulatórios imanentes devem dar-se ancorados na medicina baseada em evidências, a presunção de gravidade, com a classificação do risco por médicos reguladores, que amparam suas decisões em protocolos de regulação. Portanto, a regulação do acesso é fundamentada na ciência médica, sem desconsiderar a subjetividade dos pacientes em risco. O foco da regulação é o paciente e a solução de seu problema oportunamente. Portanto, a quem ou a que grupos de interesse importa organizar a regulação do acesso? Ou a quem e a que grupos interessa que a regulação do acesso permaneça como está? Que projetos políticos estão subjacentes à regulação do acesso? Talvez nestas respostas estejam os fatores que explicam por que esta política temática não tem os justos avanços incrementais que a sociedade necessita.

Mais uma vez, mergulhando no universo dos instrumentos de planejamento e gestão analisados, pode-se constatar nos RAG da SEMUS que os projetos políticos e suas intenções explicitadas nos PMS vêm ocorrendo. Esses instrumentos mostraram e mensuraram o alcance dos objetivos, das metas, dos recursos materiais e financeiros aplicados na política pública de saúde, que a partir dos arranjos institucionais possíveis qualificaram a realização das intencionalidades, desejos e aspirações contidos nos PMS⁷⁵.

⁷⁵ Para maior aprofundamento nos dados e informações que sustentam esta afirmação, observar os indicadores constantes do APÊNDICE E.

ESTORES: consensos, tensões e conflitos

Esta historiografia permite intuir que as tensões relativas às competências e responsabilidades sanitárias que os gestores tinham, principalmente a dos anos iniciais deste estudo, eram decorrentes da busca permanente pela integralidade e equidade, que exigiam ajustes nas estruturas institucionais e nas relações políticas, compatíveis com essas responsabilidades. Muitas dessas situações não podiam e não podem ser objetivadas, pois estão na dependência da vivência e da percepção de cada um desses sujeitos, o que se buscou captar no universo de suas expressões e ideias.

Nesse sentido, uma divergência importante na percepção dos gestores está afeta à implantação da ESF no município, pois entre os gestores há diferentes olhares sobre esta política, ora com críticas ferrenhas à forma como foi iniciada sua implantação, ora em relação à inserção de outros profissionais médicos não generalistas nas equipes e, em outros momentos, sobre o âmbito profissional no interior dessas equipes, principalmente em relação aos limites de ação impostos aos enfermeiros. Mas, a crítica mais forte, que destoou das demais, foi o fato de a gestão do período de 1994-2001 ter promovido uma desconstrução da APS quando Vitória adotou o modelo estrito de Saúde da Família estabelecido pelo MS, tendo sido retirados das UBS profissionais que, segundo o Entrevistado 1, poderiam perfeitamente ter permanecido nos territórios. Em defesa deste ponto de vista, ele argumenta que defende um conceito mais ampliado de APS e não o *minimalista* proposto pelo MS, sob a tese de que em capitais dos estados o processo de organização da APS já estava muito mais avançado do que nos municípios do interior, havendo, segundo o Entrevistado, uma regressão na organização da rede de atenção primária em Vitória.

Um aspecto que merece destaque é o relativo às ideias e concepções dos sanitaristas no âmbito da SEMUS para definirem os objetivos institucionais, principalmente a partir da gestão do primeiro período sob análise, e para proporem novos arranjos institucionais na aplicação prática da política de saúde. Na verdade, o *status* técnico e político alcançado pela política de saúde nos dias de hoje em Vitória reside, em grande medida, nas escolhas feitas por sugestão dessa comunidade do conhecimento, que provocou profundas mudanças institucionais. Tanto é verdade, que todos os gestores reconhecem que os sanitaristas consistiam em uma comunidade epistêmica que influenciou a mudança institucional; entretanto, o mesmo não ocorreu em relação aos

epidemiologistas e os generalistas da ESF, havendo diferenças de percepção entre os gestores. Ainda que não explicitamente, em cada um dos momentos de implementação dos projetos políticos dos diferentes gestores, pode-se perceber que os planejadores tiveram papel importante no processo de formulação das intervenções necessárias, afinadas com os modelos tecno-assistenciais propostos, ainda que não tivessem sido apontados como uma comunidade epistêmica pelos gestores, talvez pelo fato do planejamento ser uma função difusa na organização, independentemente dos diferentes modelos adotados.

Em relação às diferentes posições assumidas pelos diferentes gestores, em momentos também igualmente diferentes em relação à tomada de decisões pelas demais esferas de gestão do SUS, é interessante destacar que todos os gestores revelaram que em algum momento assumiram uma posição contrária — veto direto ou indireto — a depender das circunstâncias, às decisões e orientações das demais esferas de gestão, não por um ato deliberado de insurgência, mas, sim, em defesa de seus projetos políticos e a forma com as quais desejavam constituir novos arranjos institucionais na prática dos serviços na SEMUS. Muitas questões da política de saúde eram impostas, hermeticamente, por essas instâncias hierarquicamente superiores [MS, SESA], que pretendiam uma situação de subordinação, que feria frontalmente a autonomia municipal e que suscitava reações por parte dos gestores municipais nas arenas políticas decisórias, principalmente na CIB.

Aqui se revela que a implementação de uma política pública, no caso a da saúde, não se dá por meio de um processo linear, e sim que no meio do caminho se expressam diversas restrições, as quais, segundo Immergut (1992), se configuram em *veto points*. Mais precisamente são “as áreas institucionalmente vulneráveis em um processo político no qual a mobilização de oposição pode obstruir a inovação política” (Thelen e Steinmo, 1992). Essa mobilização de oposição ocorria de ambos os lados, na medida em que tanto a SESA quanto a SEMUS buscavam reforçar suas visões /concepções gerando tensões e impasses nas arenas decisórias relativas à implementação do SUS — COSEMS-ES, CIB, CIT, Colegiados Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde — chegando até aos gabinetes de prefeitos e governadores. Por sua vez, Skocpol (1995) e Thelen e Steinmo (1992), ajudam a complementar esta noção de *veto points*, uma vez que em muitos momentos os Conselhos de Saúde se posicionam contrariamente e vetando as novas propostas *da gestão do SUS*, que não foram devidamente debatidas e pactuadas, segundo as autoras “pelas crenças disseminadas

percepção de legitimidade de uma política, que vão influenciar nos processos de ratificação e ampliar, nos casos de baixa legitimidade, a vulnerabilidade institucional”. Esta vulnerabilidade institucional era, como é sabido, perceptível pelos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, bem como no Conselho Estadual de Saúde, principalmente pelo segmento dos usuários, aproveitando-se dessa fragilidade para assumir posições inflexíveis diante de temas de seu interesse.

Na verdade o caráter verticalizante das políticas, expressas nas NOB e NOAS, agravava esta situação, que veio a ser minimizada com o Pacto pela Saúde, em 2006, que exigiu um complexo jogo de negociações nas arenas decisórias nacionais – CIT, MS, CONASS e CONASEMS, uma vez que, a partir de um debate fervoroso por mais de dois anos, esse caráter verticalizante deixa de existir, pelo menos “no papel”, para dar lugar, ainda em processo, a uma agenda de mudanças no equilíbrio de poder decisório.

Todos os gestores foram unânimes em afirmar que a política de saúde pública no município vem logrando êxito em relação às escolhas que fizeram — projetos políticos — expressas em suas ações ao longo de toda essa trajetória de 20 anos, em função de boas e sucessivas gestões no Executivo Municipal e na gestão do setor saúde, o que foi determinante para a mudança institucional e os avanços incrementais ocorridos na cidade, uma vez que não provocaram interrupções drásticas nos projetos tecnopolíticos uns dos outros, mas apenas mudanças de rota exatamente em função de seus projetos políticos.

O estado do Espírito Santo, no exercício de seu papel de indutor e implementador das políticas públicas de saúde, pouco considera as particularidades dos territórios no PDR, além de não favorecer a construção de uma organização dos serviços mais próxima da realidade dos usuários — regionalizada — o que o presente estudo corrobora a partir da percepção dos entrevistados. Isto porque a demanda social se modifica de um território para outro, nos quais o contexto não é o mesmo, nem as expectativas e ansiedades da população são as mesmas, razão pela qual migram para a Capital, enquanto centro mais complexo e resolutivo, em busca de cuidados que estão presentes, ou não, na PPI e quase que totalmente sob gestão estadual, mas que infelizmente não são efetivados na prática cotidiana dos serviços.

Essa pesquisa possui essa noção de dificuldades no que tange à esfera de competência estadual; apesar disto, conseguiram construir novos olhares sobre o setor saúde, adotando iniciativas inovadoras para ampliar a integralidade e efetivar o acesso da população, seja por meio de novos arranjos organizacionais, como os distritos sanitários, os SILOS, o SISS e a ESF, seja por meio de parcerias externas, contratos, convênios, consórcios, que na verdade compõem esses novos arranjos organizacionais.

Outro aspecto que levou à unanimidade entre os entrevistados foi que o município não ousou assumir a GPSM pelas dificuldades políticas criadas pela SESA, num momento crítico da história do ES, permeado por corrupção e pelo subfinanciamento do setor saúde. A crise de insegurança institucional localizada no Poder Executivo Estadual no que tange à saúde pública ocorreu com maior vigor no período de 1999 a 2002, pela instauração de uma situação de governabilidade extremamente adversa. Essa situação repercutiu também na SESA, configurando-se em importante externalidade ao SUS municipal, pois esta situação gerou constrangimentos para os necessários avanços na gestão da saúde em Vitória, principalmente no momento da edição da NOAS, quando se esperava que o município fosse evoluir para a GPSM.

A grande maioria dos gestores entende que, ao longo de décadas, a SEMUS e a SESA atendiam mais aos interesses externos, localizados principalmente na rede de prestadores e nas corporações de profissionais, do que nos interesses da população. Ainda bem que a história mais recente da SEMUS mostra que este viés de prioridade vem se modificando no cenário da saúde pública no município de Vitória.

Por fim, os problemas identificados nos depoimentos dos entrevistados — constrangimentos tecnológicos, sociais, políticos ou econômicos relevantes — que impediram ou ainda impedem o curso da política de saúde no município, refletem o que a literatura, em geral, apresenta sobre estes temas em questão.

7.3 MUDANÇA INSTITUCIONAL: ajustes no desenho institucional

Os registros documentais analisados, associados às percepções dos gestores, levam à

rinte anos de existência do SUS em Vitória, houve profundas mudanças institucionais e organizacionais. Estas decorreram tanto das diretrizes mais gerais da União, para a implementação do SUS, quanto da forma como as instâncias estadual e municipal, ao longo do período, viabilizaram sua execução, ao mesmo tempo em que, tanto a esfera estadual como a municipal, em cada período governamental, deu o tom da coalizão política que esteve na direção do poder político nessas esferas executivas.

No âmbito da SEMUS, essas mudanças podem ser verificadas, principalmente, nos modelos, métodos e concepções arraigados, já ultrapassados no nível dos países desenvolvidos, e, no Brasil, por importantes cidades no cenário da saúde pública. Esses conceitos e práticas, que persistiam em manter seu *status quo*, provocaram um grande esforço cognitivo, de cálculo estratégico, de planejamento das ações e serviços e suas práticas, bem como financeiro, das gestões municipais de saúde, para instituir novas visões, novas formas de pensar e agir em saúde, tanto no corpo gerencial quanto junto aos trabalhadores da SEMUS, mas, sobretudo, na sociedade.

A investigação evidenciou que decisões tomadas no passado ainda interferem no momento presente, ora gerando constrangimentos, ora contribuindo para os avanços incrementais. Também ficou evidente, ao se analisar a trajetória histórica, que a não efetivação da implantação da regulação do acesso, no passado, trouxe inúmeras dificuldades para sua concretização no presente, principalmente porque não foi instituída nas diferentes estruturas do SUS e na sociedade a cultura regulatória sobre a rede de prestadores de serviços, reflexos da pouca presença do Ministério da Saúde nesta política temática até 2002 e da inércia estadual ao longo das duas décadas desta análise.

Depreende-se, portanto, pela trajetória institucional da SEMUS, que a noção de *path dependency* possibilitou a compreensão de que as escolhas feitas no passado ainda refletem nos arranjos institucionais e organizacionais de hoje. Vale destacar que o conceito de *dependência de trajetória* não significa simplesmente o que é contado enquanto história, mas, sim, o que se pode apreender a partir da análise de uma organização e suas instituições, seu caminho, escolhas e tomada de decisões políticas pelos diferentes atores [governantes e representações da sociedade nos Conselhos], ao longo do tempo, e o formato que essas escolhas e mudanças estabeleceram (SAMPAIO, 2006).

mentos constitutivos para a implementação da política de regulação no passado [a regulação do acesso e os modelos tecnoassistenciais, que visavam à integralidade] foram a base para as que vieram a ser implementadas no presente, e estas certamente servirão de base para as que serão implementadas no futuro.

Nesse quadro estão identificados, pontualmente, no desenho institucional anterior ao SUS — cenário de restrições que imperavam no período anterior e imediatamente posterior à constitucionalização do SUS — os elementos que marcaram o direcionamento dos projetos políticos à época, muitos deles representando retrocessos e estagnações da política e no desenho institucional atual, os reflexos das mudanças institucionais e organizacionais ao longo desses vinte anos. Estão, na verdade, apontados alguns indícios dessa trajetória-dependente por meio dos fatos, eventos e momentos analisados, que sugerem inflexões que impediam a inovação ou que induziram a busca de rotas alternativas com novos arranjos institucionais possíveis. Mas o que é mais marcante neste quadro são os avanços incrementais que, apesar de todas as dificuldades, demonstram claramente que as tomadas de decisão levaram às inovações, que, por sua vez, levaram à mudança institucional e organizacional.

Esse quadro, na verdade, sintetiza esses momentos de retrocesso ou estagnação e os avanços incrementais que possibilitaram estabelecer as linhas explicativas sobre o processo de institucionalização da política de saúde desenvolvida pela SEMUS e os elos que conectam as decisões do passado com a realidade atual, que estão dispersas e mais amplamente abordadas no Capítulo 6.

Essas políticas anteriores ao período de constitucionalização do SUS, por mais que fossem consideradas convencionais e retrógradas, propiciaram um rico processo de aprendizagem organizacional, o qual ocorreu por meio da internalização dos novos conceitos, valores e princípios por grande parte dos atores sociais — gestores, trabalhadores, usuários. Também é fato que as iniciativas bem-sucedidas vêm sendo reforçadas na SEMUS e servindo de efeito-demonstração para outros municípios do Estado e também em nível de Brasil; e as que não produziram os resultados esperados ou as que produziram os piores resultados foram refutadas num mesmo período de gestão ou pela gestão que a sucedeu.

Observando-se a visão dos entrevistados, seus conceitos e concepções sobre saúde, fortemente marcados por suas ideologias político-partidárias e as inerentes às políticas

princípios e valores que permearam suas gestões — projetos políticos — pode-se perceber a influência recíproca entre instituições e ideologia. Pode-se observar, também, que as correntes ideológicas dos gestores da SEMUS atuaram como forte inspiração para a reconfiguração institucional, pois muitas de suas ideias foram traduzidas em inovações, que por sua vez levaram a novos arranjos institucionais. O conceito de dependência de trajetória aplicado neste estudo ofereceu indícios das razões pelas quais os atores históricos se comportaram desse modo e que foram constitutivos da mudança institucional. Essas ideias que levaram à mudança institucional e que mais deixaram suas marcas no caminho percorrido pela SEMUS foram as do Partido dos Trabalhadores na gestão 1989 -1992, que, percebe-se, estão sendo reafirmadas e/ou atualizadas na atual gestão, também do PT. Da mesma forma, na gestão compreendida no período de 1994 a 2002, profundas mudanças ocorreram, obviamente de naturezas diferentes, mas que também deixaram suas marcas positivas.

As iniciativas inovadoras ocorreram, além das motivações diversas dos gestores, por meio de comunidades do conhecimento, como, por exemplo, a dos sanitaristas, bem como o fornecimento de oportunidades para a sua ação pela própria estrutura organizacional da SEMUS. Portanto essas inovações trouxeram consigo elementos anteriores que, de certa forma, ainda mostram nos dias atuais as tendências já há algum tempo iniciadas. Um exemplo desta situação é a implantação da ESF, que a atual gestão reforça, apesar de ainda persistirem vícios conceituais e de práticas herdadas desde sua implantação. Outro exemplo é o ressurgimento, na presente gestão, da força do conceito sanitaria iniciada em 1989-92. O sentido de territorialidade, que cada vez se aprofunda no desenho organizacional da SEMUS e que teve início também nessa mesma gestão, é outro exemplo. Portanto, o momento atual da gestão do SUS municipal é marcado por experiências inquestionavelmente exitosas a partir de inovações institucionais ocorridas durante o caminho percorrido e outras igualmente importantes, marcadamente visíveis, a partir de momentos de inflexão, cujo retrocesso ou estagnação nas diferentes gestões requer um esforço muito grande da gestão atual para reverter ou, pelo menos, minimizar seus efeitos negativos.

Estes exemplos corroboram tanto as reflexões teóricas de Pires (2004), que diz que é possível constatar a dependência de trajetória por meio de um mapeamento histórico e de uma análise sobre como estão organizadas as percepções dos atores envolvidos,

... diz que “o lugar a que se pode chegar depende do lugar de onde se veio e, simplesmente, é mais difícil chegar a certos lugares a partir de onde se esta (sic)”.

7.4 MOMENTO ATUAL DA GESTÃO: ajustes no desenho institucional

O momento atual da gestão do SUS carece ser observado tanto internamente no município como também nas suas inter-relações com a SESA, cuja política e práticas repercutem nos sistemas municipais.

Os mais importantes constrangimentos estão localizados na indefinição de fontes precisas de financiamento, principalmente decorrentes da estagnação da PPI e seu desfinanciamento. A PPI é o tema central na realidade de Vitória, pois vem estabelecendo limites ao acesso e à integralidade. Em função disto, é patente a necessidade de ampliação e organização da oferta de diversas tecnologias assistenciais complexas, em face dos importantes pontos de estrangulamento nos serviços especializados, gerando grandes filas expectantes. As áreas que apresentam maiores e mais graves estrangulamentos em Vitória são os de atenção secundária, principalmente consultas e exames especializados.

Conforme, mencionado na abordagem teórico-conceitual [item 2.1], a APS, esgotada a sua capacidade resolutive, exige a organização dos serviços de MC para que os encaminhamentos emanados desse nível de atenção encontrem um outro nível de atenção de maior densidade tecnológica capaz de dar as respostas demandadas pela APS, seja para o generalista ouvir uma “segunda opinião”, seja para o especialista controlar um caso clínico e depois “devolver” o usuário para seus cuidados ou, em casos de maior gravidade/risco, “passar” o usuário para os cuidados permanentes com o especialista e assumir uma posição apenas de “coordenação do cuidado” no nível de sua responsabilidade. Ora, num cenário de estrangulamentos importantes na disponibilidade da MC, gênese da demanda reprimida, o respaldo que a ESF requisitar para dar seguimento à atenção integral poderá não ser oportuno, com forte rebatimento na vida das pessoas, das famílias, das equipes de SF, na capacidade laboral dos indivíduos e, também, da gestão nas dimensões financeiras e políticas, principalmente de credibilidade por parte da população na política de saúde.

A está desenvolvendo uma boa e reconhecida política estrutural de âmbito mais geral, como o fortalecimento da atenção primária, o fortalecimento da política de saúde mental e tratamento das toxicomanias, a ampliação do número de leitos de maior complexidade, ampliação da oferta de leitos de UTI adulto e infantil. Também é fato o desenvolvimento de redes assistenciais, como já mencionado, o que representa um avanço que poucos estados brasileiros conseguiram realizar.

O processo de contratualização com a rede complementar, decorridos três anos de negociações e pactuações, ainda apresenta muitas fragilidades, não havendo um monitoramento efetivo. A PPI, que é um processo que deve ser conduzido pelo Estado, permanece estática, sem qualquer movimento perceptível em direção a sua repactuação. A formalização dos Pactos pela Saúde, por meio dos TCG, está avançando gradual e lentamente, pois falta a presença efetiva do gestor nas mesas de negociação para as pactuações individuais por município e as de ordem mais coletiva, para a efetiva descentralização técnico-político-administrativa — municipalização e regionalização. O processo de planejamento, construído coletivamente pelo corpo gerencial da SESA é, sabidamente, pouco considerado pelo gestor da pasta, frequentemente tomando iniciativas à revelia do processo macro de planejamento.

O processo de educação permanente desencadeado pela SESA é reconhecidamente robusto, com a especialização em APS prevista para a totalidade dos profissionais que atuam na atenção primária nos municípios até 2011, valorizada pelo MS pelo ineditismo no Brasil. Também merece destaque que quase a totalidade do corpo gerencial da SESA participou de um curso de especialização para formar executivos da saúde pública.

Este cenário demonstra, claramente, que há um inegável investimento na macrorregulação do sistema, entretanto os processos estruturantes e os pré-requisitos básicos e essenciais para a regulação do acesso — microrregulação — não estão sendo atualizados e/ou organizados, ou o são de forma muito lenta, e o desenvolvimento da solução de informática que interligará todos os pontos de atenção está ocorrendo de forma pouco ágil e, certamente, descolada da proposta assistencial para o Estado e das necessidades da população. As demais ações que dão sustentação à regulação do acesso, como: o Controle e Avaliação Assistencial, a Contratualização, a Auditoria Clínica, a Supervisão Hospitalar, o Transporte Sanitário

... inclusive o inter-hospitalar, o Transporte Eletivo, a Rede Informatizada para dar sustentação ao software da regulação do acesso, todos estes, enquanto partes constitutivas do Complexo Regulador Estadual, não estão sendo reorganizados. Portanto, em relação à regulação do acesso, foi revelado um quadro de desconhecimento conceitual sobre regulação, mas, também, em relação ao projeto assistencial para o Estado, que é par a onde deve convergir a regulação do acesso. Isto resulta em dificuldades, desorganização das unidades de trabalho regulatórias [centrais de regulação e de agendamento], de assimetria nos processos de trabalho entre as Superintendências Regionais de Saúde, que são os lócus operacionais descentralizados da regulação do acesso e de descontinuidade dessa função estratégica para a gestão do SUS por parte da SESA. Este cenário, totalmente adverso às necessidades da população, também representa grande parte das preocupações e insatisfações dos secretários municipais e dos prefeitos.

A organização do SUS de Vitória, no que tange à regulação do acesso, tem ainda muita dependência da SESA para a alta complexidade ambulatorial e internações hospitalares, pois a SEMUS não conta com hospital em sua rede própria, ainda que já venha organizando este processo em nível municipal, por meio de um processo de contratualização com hospitais e maternidades filantrópicas.

Pode-se afirmar que o momento atual desta função pública — regulação — é dependente da trajetória dos momentos anteriores pelos quais passou esta política temática, principalmente pelas impossibilidades de avanços impostas pela SESA no período de 1991-1992 ao município quando de suas ousadas pretensões em direção à municipalização plena e, nas demais gestões, pelos arranjos institucionais mal formulados ou descontínuos, tanto na SEMUS quanto na SESA.

No momento presente, ainda persiste a edição de inúmeras portarias ditas complementares às LOS, reproduzindo algumas das engenharias institucionais da época do INAMPS e que perpassaram todos estes anos de existência do SUS. Entretanto, para a regulação do acesso, algumas são particularmente felizes, como, por exemplo: a Portaria MS/GM nº. 1.571/07, que estabeleceu incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores; a Portaria MS/GM nº. 1.559/08, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, e a Portaria MS/GM nº. 2.907/09, que dispõe sobre o financiamento para a implantação

os Reguladores e informatização das Unidades de Saúde diretamente relacionadas com a regulação do acesso no âmbito do SUS.

Relativamente à interface entre a integralidade e a regulação do acesso, uma das vertentes deste estudo — integralidade regulada — remete-se aos ensinamentos de Carvalho (2006), que defende a ideia de que devem existir regras capazes de garantir o acesso e a qualidade no atendimento aos usuários nos serviços de saúde, regras respaldadas em evidências científicas, presentes em protocolos clínicos, regramentos nos quais caberiam as exceções de base ético-científicas e socialmente aceitas.

No município se pode perceber, na entrevista com o atual gestor, que a *integralidade regulada* vem-se firmando a cada dia, a partir das demandas da atenção primária, incorporando na atenção aos cidadãos também um olhar sobre as questões da subjetividade e do contexto social, não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades. Sob a dimensão da organização dos serviços, de forma integrada, para viabilizar a integralidade na atenção ao cidadão, está sendo constituída uma rede de serviços intramunicipal [redes assistenciais], capaz de proporcionar atenção ao longo do tempo, com o desenvolvimento de ferramentas regulatórias integradoras, como os protocolos de regulação, a solução de informática SISREG e o prontuário eletrônico, bem como a ampliação de oferta de tecnologias complexas; o município, portanto, vem trabalhando com o conceito de *integralidade necessária*, defendida por Carvalho (2005) e acompanhada por Magalhães (2006) em suas reflexões sobre integralidade e regulação assistencial.

Finalizando, analisar a trajetória de uma organização de saúde torna-se absolutamente relevante quando, a partir das lições do passado e do aprendizado organizacional, no presente, se olha para o futuro, buscando-se antever os possíveis efeitos e mudanças sobre a vida das pessoas, pois “primeiro a política molda as instituições, mas posteriormente as instituições moldam a política” (MONTESQUIEU, apud PUTNAN, 1996).

7.4.1 PATH DEPENDENCY: heranças do passado influenciando no presente

No discorrer desta dissertação, os fatos, eventos ou momentos que ocorreram nestes

SEMUS no município de Vitória foram abordados e apresentados os indícios mais fortes das fontes de mudanças imediatas ou graduais e contínuas, por meio das quais a organização SEMUS sofreu alterações, tanto as que promoveram mudanças incrementais quanto as que, de alguma forma, impediram ou dificultaram as mudanças institucionais.

Tratando dos fatos, eventos ou movimentos de resistências às inovações, quer por estreitamento conceitual, quer por *jogo de interesses* pessoais ou coletivos, que tiveram sérias implicações nos desenhos institucionais e organizacionais da SEMUS e que impuseram legados negativos e ainda com reflexos no momento atual, vale aqui destacar, sinteticamente, aqueles que mais marcadamente deixaram heranças que ainda interferem fortemente no comando técnico e político na SEMUS.

Esses fatos derivam tanto de fontes impessoais, nas relações interinstitucionais, como também da agência humana individual, pois conseguiu-se identificar algumas situações localizadas nos sujeitos tomadores de decisões e em grupos de interesse capazes de estabelecer políticas de governo, relativamente independentes do grupo dirigente. Situações conceituais relativas aos modelos de gestão, atenção e organização também foram percebidos.

Dessa perspectiva é importante ressaltar o modelo de atenção segmentado — segmentos público e privado — e fragmentado — atenção básica, secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar — que fortalecia um *olhar* igualmente fragmentado em relação ao paciente, portanto com resolutividade insuficiente. Imanente a este modelo de atenção fragmentado estava o processo de planejamento normativo que também reforçava o desenvolvimento de intervenções específicas assistenciais. Este estreitamento conceitual e de práticas sanitárias no passado, com fortes traços formais e conservadores no modelo brasileiro, inspirado no modelo americano, tinha raízes tão profundas que as mudanças necessárias e propostas pelos diferentes atores sofreram fortes resistências e constrangimentos — *path dependency* — o que requer um enorme esforço contemporâneo para modificar esses arranjos institucionais e suas institucionalidades, e substituí-lo por novos arranjos orientados pela diretriz da integralidade, como norteadora da organização e da provisão de serviços de saúde integrados à população, com resolutividade ampliada, por meio de um robusto processo de planejamento estratégico. Evitar uma excessiva fragmentação e ampliar a racionalidade sistêmica, estabelecendo, para tanto, articulações institucionais, representa desafio instigante, que requer estratégias que busquem esse adensamento

institucionais e nas relações políticas, objetivando dar sustentação às dinâmicas de funcionamento sensíveis à captação das singularidades locais de Vitória.

Dentre estes legados políticos que influenciaram, e ainda influenciam, as escolhas subsequentes, ou seja, que ainda constroem as mudanças que o sistema exige pela dependência de trajetória, está o fato de o município nunca ter assumido o comando único sobre toda a rede de prestadores de serviços de saúde localizados em Vitória, portanto nunca tendo sido habilitado para o exercício da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, que foi, sem qualquer sombra de dúvida, o fato trajetória-dependente mais marcante neste período. O município encontra muitas dificuldades na atual gestão para reverter esta escolha feita pelas gestões que a antecederam. Os esforços para mudar esta situação no momento atual não têm sido suficientes, segundo manifestações do Entrevistado 5.

Outro fato foi a recentralização das ações da Vigilância em Saúde, cuja descentralização havia sido incentivada e concretizada pelo projeto político da primeira gestão sob análise, representando um retrocesso nos projetos políticos subsequentes, mudando radicalmente as instituições, nas quais se fundamentava o modelo technoassistencial, e elas tinham como imagem-objetivo vigiar a saúde dos cidadãos para a redução da morbi-mortalidade, ampliação da atenção integral aos usuários do SUS e melhorias na qualidade de vida.

A interrupção no desenvolvimento do método do SISS para integrar os diferentes pontos de atenção em rede também foi uma decisão que tem rebatimento até os dias de hoje na fragmentação da rede de serviços localizada no território municipal e, conseqüentemente, no atendimento integral aos cidadãos.

A falta de priorização e fortalecimento da organização das estruturas regulatórias do acesso dos indivíduos às tecnologias biomédicas também é ressentida pela gestão atual, uma vez que foi dedicada atenção às ações burocráticas de controle e avaliação e auditoria, herdadas do INAMPS, cujas estruturas foram fortalecidas; entretanto, o mesmo não ocorreu em relação ao conjunto de elementos condicionantes da regulação assistencial e também das centrais de regulação do acesso.

Historicamente o saber médico sempre sobrepujou os demais saberes das ciências biomédicas, criando uma falsa inatingibilidade pelas demais ciências. Este estigma dominante há décadas levou a categoria dos médicos a serem avessos ou, pelo

s processos de capacitação e, mais recentemente, de educação permanente. Entretanto, a partir do início da implantação da Saúde da Família, muitos desses profissionais especialistas migraram para a atenção primária, estimulados por melhores salários, com poucas possibilidades de realizarem um manejo clínico qualificado para o atendimento às bases da gestão da clínica nesse nível de atenção. Neste cenário, como é sabido, houve uma posição clara dos médicos municipais em não aderirem inicialmente ao processo de educação permanente, com fortes indícios de *path dependency* na SEMUS, nesta área da gestão de pessoas. Ainda hoje há fortes reflexos dessa cultura da superioridade cognitiva dos médicos, tanto no cotidiano da gestão dos serviços quanto na concepção dos usuários do sistema. Percebe-se, nesta situação, a trajetória dependente da educação permanente influenciando este processo nos dias atuais, herdada de uma cultura antiga e conservadora.

Situações que não dependiam exclusivamente da ação municipal, localizadas na SESA, também merecem aqui ser tratadas. Uma situação absolutamente relevante e que foi amplamente manifesta por todos os gestores sujeitos desta pesquisa foi a estagnação da PPI, cuja situação inercial levou à cultura institucional na SESA e no COSEMS-ES de uma programação estritamente financeira, muito difícil de ser revertida pela total falta de envolvimento dos seus principais atores — secretários municipais de saúde e gestores da SESA.

Em se tratando da regulação do acesso, as relações informais e, conseqüentemente, a não regulação sobre a rede de prestadores sob o comando da SESA, a fragilidade dos sistemas logísticos integradores, representados pelas centrais de regulação e agendamento e a falta de financiamento para as funções/estruturas da gestão pelo MS no início da década de 80, tudo isso ainda traz reflexos no sistema municipal na atualidade, considerando que esses prestadores se rebelaram e se tornaram avessos à regulação municipal, pela liberdade de ação que sempre tiveram no sistema de saúde estadual, com ênfase nas cooperativas médicas.

É neste contexto institucional que os rearranjos do sistema municipal de saúde se processam no momento atual, com dificuldades provocadas por uma série de limitações cujos efeitos se fazem sentir no cotidiano do SUS municipal. Apesar destes vários SUS — o formal, o real e o que queremos — estarem distantes do ideário da reforma sanitária, constata-se que em Vitória houve inequívocos avanços na institucionalidade do setor da Saúde, com ampliação absolutamente relevante na oferta

inclusão de grandes parcelas da população, antes à margem da política restritiva pré-Constituição. Este é um SUS Real, mesmo que ainda não seja o SUS Ideal.

Na verdade, determinadas características das instituições prévias perpassaram as mudanças institucionais e permearam cada um dos projetos políticos afetando seus resultados, tanto promovendo avanços incrementais quanto constrangendo as propostas. Neste cenário pode-se perceber os elementos de continuidade, de retrocessos e de mudanças institucionais, que não podem ser entendidos isolados do cenário político e social no qual estiveram inseridos [diferentes períodos de gestão], pois a evolução de cada projeto político foi afetado por políticas anteriores, que geraram certas capacidades políticas e institucionais (LIMA; 2006).

Apesar dessas situações trajetória-dependentes, o sistema municipal de saúde continua sua bonita caminhada, haja vista não ter permitido que essas nuvens, nem sempre claras, tivessem embaçado as inquestionáveis conquistas alcançadas ao longo dessas duas décadas de lutas e de trabalho árduo em defesa dos interesses sociais.



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Mudança institucional e organizacional na SEMUS no período de 1989 a 2009.

(continua)

Elementos sob análise	Cenário Anterior Momento da constitucionalização do SUS em 1988	Cenário Atual Reflexos na Mudança Institucional e Organizacional
Modelo de Gestão	<p>Convencional, centralizador, autoritário</p> <p>Orientado pela GPAB</p> <p>Prestador de Serviços</p> <p>Baixa autonomia para a tomada de decisões</p>	<p>Participativo, democrático, descentralizado</p> <p>Co-Gestão: Conselho Municipal de Saúde, Comitês Gestores, Colegiados Regionais, Conselho Diretor; Conselhos Locais de Saúde</p> <p>Orientado pelo TCG</p> <p>Gestor do sistema (gradualmente)</p> <p>Fortalecimento da autonomia municipal para a tomada de decisões</p>
Modelo de Atenção	<p>Médico-assistencial-privatista</p> <p>Sujeitos: médicos</p> <p>Meios de Trabalho: tecnologias médicas</p> <p>Conhecimento: saber médico</p> <p>Orientado para indivíduos</p> <p>Objeto: a doença</p> <p>Forma de Organização: privilegiamento de serviços hospitalares</p> <p>Intervenções específicas: assistenciais</p> <p>Lógica das ações finalísticas: gerar produtividade</p> <p>Especialidades mais valorizadas que a APS</p> <p>Vocação do município para a AB - GPAB</p> <p>Desresponsabilização pelos Usuários</p> <p>Excludente</p> <p>Fortes resistências políticas ao processo</p>	<p>Saúde Coletiva: Cidade Saudável e Em Defesa da Vida</p> <p>Sujeitos: Equipes de Saúde e cidadão produtor de saúde</p> <p>Meios de Trabalho: tecnologias sanitárias</p> <p>Conhecimento: saber sanitário e interdisciplinar</p> <p>Orientado para a população e grupos vulneráveis e em risco</p> <p>Objeto: a promoção da saúde</p> <p>Forma de Organização: sistema de vigilância em saúde, políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais</p> <p>Intervenções específicas: prevenção, promoção, recuperação</p> <p>Lógica das ações finalísticas: gerar sujeitos saudáveis</p> <p>Fortalecimento da APS</p> <p>Ampliação das responsabilidades nos três níveis de atenção</p> <p>Responsabilidade Plena pelos usuários - TCG</p> <p>Includente, operação sobre problemas e grupos populacionais</p> <p>Poucas resistências políticas ao processo</p>
Modelo Organizativo	<p>Convencional, Clínicas Básicas</p> <p>Centralização</p> <p>Ações dirigidas a grupos específicos da população por patologias</p> <p>Organização dos serviços por níveis hierárquicos</p>	<p>Distritos Sanitários, SILOS, SISS, PSF</p> <p>Descentralização</p> <p>Ações organizadas por ciclos de vida</p> <p>Organização dos serviços em rede horizontal</p>

(continuação)

Elementos sob análise	Cenário Anterior Momento da constitucionalização do SUS em 1988	Cenário Atual Reflexos na Mudança Institucional e Organizacional
Integralidade	Sistema segmentado e fragmentado Integralidade apenas conceitual, práticas distantes do conceito Resolutividade insuficiente Baixa oferta de consultas e exames gerando demanda reprimida Planejamento normativo centralizado Horário de funcionamento restritivo ao acesso para os trabalhadores Indefinições sobre as responsabilidades dos gestores	Integralidade como norteadora da organização das ações e serviços de saúde Práticas orientadas pela e para a atenção integral aos usuários Resolutividade ampliada, mas ainda insuficiente Ampliação significativa da oferta de tecnologias especializadas Planejamento estratégico: programações locais Ampliação do horário de funcionamento das UBS Forte presença da Integralidade no TCG do Pacto pela Saúde
Regulação do Acesso	Ausência de Regulação do Acesso Relações informais com a rede de prestadores Falta de métodos e ferramentas para garantia do acesso Longas filas expectantes Fragilidade dos sistemas logísticos integradores: ausência de centrais de agendamento e de regulação Falta de financiamento pelo MS para as estruturas da gestão	Regulação do acesso em processo de implantação Contratualização com a rede de serviços complementares Presença de Tecnologias de regulação, software e hardware Gestão das Filas, com redução da demanda reprimida Implantação do SISREG/MS Financiamento pelo MS dos Complexos Reguladores para a garantia do Acesso
Rede de Externalidades ao SUS municipal	Migração das populações do interior para a capital Aumento de acidentes de trabalho Segmentos da SESA – Superintendência de Vitória Greves no setor saúde Interesses político-ideológicos e partidários Pressões Corporativas Prestadores de serviços Inexistência de Pacto intergestores	Ampliação da violência urbana Persistência das diferenças político-ideológicas e partidárias Cooperativas médicas Fragilidade nos pactos intergestores
Comunidades epistêmicas	Comunidade dos médicos	Sanitaristas, Médicos Gerais Comunitários, Epidemiologistas, Consultores

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

(conclusão)

	Cenário Anterior Momento da constitucionalização do SUS em 1988	Cenário Atual Reflexos na Mudança Institucional e Organizacional
Pontos de Decisão/Pontos de Veto	<p>Mudanças de Modelo de Gestão, de Atenção e de Organização</p> <p>Resistência dos gerentes à gestão das filas expectantes</p> <p>Permanecer como prestador de serviços – Gestão Incipiente</p> <p>Não pleitear a GPSM em 1998 e 2002</p> <p>Não acatar leis autorizativas que interferiam na organização do SUS</p> <p>A não observância das áreas de Vigilância em Saúde à regionalização administrativa do Município</p> <p>Falta de instrumentos de programação assistencial</p>	<p>Modelo Tecnoassistencial Cidade Saudável (e Segura) e Em Defesa da Vida</p> <p>Filas expectantes reguladas sistematicamente</p> <p>Gestor da AB</p> <p>Evolução gradual no Comando Único por meio do TCG para atenção especializada</p> <p>Não acatar leis autorizativas que interferem na organização do SUS</p> <p>Permanece a não observância das áreas de Vigilância em Saúde à regionalização administrativa do Município</p> <p>Instrumentos de programação assistencial - PPI - desatualizada</p>
Estrutura Organizacional	<p>Precariedade da estrutura da rede física de serviços</p> <p>Pouco conhecimento dos profissionais dos conceitos e práticas de saúde coletiva</p> <p>Precarização das relações do Trabalho em Saúde</p> <p>Estruturas e um sistema de relações administrativas informais</p>	<p>Prédios públicos com arquitetura moderna e humanizada</p> <p>Fortalecimento da Educação Permanente</p> <p>Fortalecimento dos vínculos empregatícios por meio de concurso público</p> <p>Estruturas e um sistema de relações administrativas formais</p>

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados obtidos na análise documental e das entrevistas com os gestores.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

IS

Apesar de terem sido identificadas uma série de razões que podem estar interagindo para produzir uma situação de dificuldades e constrangimentos à efetividade operacional da regulação e da integralidade no SUS em Vitória, não era pretensão tratar de todos esses fatores, dada a inviabilidade de abranger todos eles no âmbito de apenas uma pesquisa. Por isso este estudo, restringiu-se a identificar aqueles que compareceram com maior força e relevância nos documentos oficiais e nas entrevistas e a eles dedicar maior atenção na análise das razões que explicariam os constrangimentos, bem como os avanços incrementais, para tornar a regulação do acesso e a atenção integral efetivas no município de Vitória.

Nestes vinte anos decorridos desde a institucionalização do SUS houve a ampliação do contato do sistema público de saúde com a realidade social, política e administrativa do país e, neste sentido, os indicadores formulados e selecionados para este estudo confirmam o quanto esta situação é real em Vitória. Nesse contexto, a atenção primária preconizada pela OMS desde 1978, e estimulada pelo MS, indubitavelmente, vem sendo a responsável por essa aproximação da população com o sistema de serviços de saúde, principalmente a partir das experiências da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste do país, iniciada nos idos de 1990 e que em Vitória teve sua implantação a partir do mesmo período e, mais tarde, sua implementação com a adesão à ESF a partir de 1998. Uma APS resolutiva é capaz de incluir um grande contingente populacional, num primeiro contato com o sistema de saúde e abrir e ampliar as possibilidades de acesso aos níveis secundário e terciário do sistema.

Nesse sentido, pode-se sintetizar os avanços ocorridos nestes mais de 20 anos de SUS, afirmando que os gestores e o conjunto de atores sociais da SEMUS proporcionaram as seguintes mudanças e avanços institucionais e organizacionais: o cumprimento das diretrizes e dos princípios do SUS de universalidade no acesso, igualdade de direitos e integralidade na atenção, com equidade; municipalização e descentralização das ações e serviços de saúde; o compartilhamento das decisões da gestão com os mais variados segmentos sociais por meio da implantação de Conselhos Locais de Saúde; a co-gestão ampliando a participação dos trabalhadores e gerentes nas grandes decisões, por meio de Comitês Gestores; a implantação e

atenção e de organização que pressupunham a implementação do Programa Saúde da Família para o fortalecimento da APS; a implementação da regulação do acesso como uma ferramenta de gestão capaz de propiciar ampliação da integralidade na atenção à saúde da população; incrementos relevantes na disponibilização e utilização de tecnologias assistenciais especializadas pela população; intenso processo de contratualização de serviços, o que ampliou a capacidade regulatória da SEMUS; mudanças no desenho institucional e organizacional da SEMUS, como forma de dar sustentação às estruturas condicionantes de suas novas responsabilidades de gestão; melhorias no perfil epidemiológico e de indicadores, como o Coeficiente de Mortalidade Infantil que chegou a alcançar um dígito no ano de 2002; o IDH-M, que chegou a 0,856 no ano de 2000, colocando Vitória em terceiro lugar no ranking das cidades com maior qualidade de vida.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), “a noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmônico entre partes, cada qual com sua função que contribua para o bom funcionamento do todo”. Esses mesmos autores salientam que “o conceito de sistema denota uma concepção idealizada de cunho normativo, que na prática não se sustenta”. Em função dessa reflexão, pode-se depreender que o SUS — um sistema — é atravessado por diversas lógicas de funcionamento — arranjos organizacionais — por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, às vezes formais, mas na maioria das vezes informais, nem sempre seguindo a lógica da racionalidade, muitas vezes interrompidos e obstaculizados, construídos a partir de interesses diversos, que não podem e não devem ser olhados sob um único desenho institucional se se considerar as expectativas e necessidades de cada localidade e seus cidadãos (Ibidem).

O sistema de saúde de Vitória não é diferente. Trata-se de uma rede de serviços de saúde assimétrica e incompleta, sob gestão difusa entre a SESA e SEMUS, que opera distintas tecnologias de saúde e que são acessadas de forma desigual pelos diferentes usuários, sejam residentes ou referenciados, na maioria das vezes informalmente, por outros municípios. Este sistema, com este desenho e com esta responsabilidade de pólo estadual, leva à dificuldade de se conseguir a integralidade no cuidado para a população própria.

Significa dizer que a integralidade para a população usuária do SUS esta na dependência dos pactos solidários entre os gestores municipais, principalmente os da RMGV, pois só pode ser conseguida em redes assistenciais, que atravessam inúmeros

e contempla a APS, a atenção secundária e terciária, ações de promoção e prevenção, as ações de proteção social localizadas em outras políticas públicas além da saúde. Não existe a possibilidade de municípios totalmente autônomos, capazes de ofertar a totalidade das necessidades da população, por isto com a densidade tecnológica em saúde presente no território do município sob estudo e a falta de redes assistenciais operando no ES, Vitória não poderia deixar de receber outras populações, e também referenciar seus municípios para os demais municípios do Estado, pois, por si só, não teria como proporcionar a integralidade na atenção à sua população, ainda que apenas para a assistência clínica individual especializada, que foi o foco desse estudo.

Verifica-se que no Brasil, e em Vitória essa situação se repete, que a assistência à saúde nos níveis de especialidades é importante ponto de estrangulamento nos serviços e sistemas de saúde, seja por insuficiência de oferta, seja por excesso dos mesmos ou por demanda inadequada. Se por insuficiência ou inexistência dos recursos assistenciais, há a formação de longas filas expectantes para especialidades específicas. Se por excesso de oferta ou demanda inadequada, há uma repercussão importante, pelo desperdício e mau uso dessas tecnologias, no financiamento da saúde. Desses serviços especializados, os que apresentam maiores e mais graves estrangulamentos em Vitória são os de atenção secundária, principalmente consultas e exames especializados. Os documentos examinados desde 1990 apontam para uma demanda reprimida importante para alguns recursos assistenciais, mas, para outros recursos observa-se que houve uma inclusão de maior número de usuários no sistema, portanto faz supor que havia excedente de oferta para muitas dessas tecnologias biomédicas, havendo uma oscilação e uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços. Também, em função disto, vale à pena destacar que há a cultura inculcada na população de que a qualidade na assistência está diretamente vinculada ao acesso e utilização de medicamentos, insumos, exames, consultas e procedimentos especializados, que quanto mais complexos “melhor é”, e que o sistema de saúde deve atender às suas expectativas. Sabe-se que esta é uma ilusória associação que perpassa o imaginário social.

É necessário fazer uma ressalva, no sentido de apontar a existência de um importante movimento migratório de usuários de planos de saúde para o SUS, decorrente dos altos custos que se paga para se obter esses serviços no segmento privado da saúde, da perda de benefícios dos trabalhadores em face da política macro-econômica e, conseqüentemente, dos empregadores em reduzirem esses benefícios, causando um

em sendo feitos pelo SUS. É fato que no Brasil 70% das demandas, num cenário de restrições sócio-econômicas, essas populações estão recorrendo cada vez mais aos serviços do SUS. Se atualmente já há uma demanda reprimida relevante nos níveis secundário e terciário da assistência, esta situação se tornaria insustentável se estes outros 30% da população passassem à condição de usuários do SUS, já que pela CF “[...] saúde é um direito de todos e dever do Estado [...], de forma universal, igual e integral. Vale aqui enfatizar que a CF incorporou massivamente a possibilidade de acesso da “comunidade nacional” e utilização dos sistemas e serviços de saúde, por meio dos princípios da universalização do acesso e da igualização de direitos e de atendimentos. Entretanto, decorridos 20 anos, ainda não foram criados todos os subsistemas necessários para dar conta desses princípios, ainda que sejam inegáveis os avanços incrementais da maior relevância que ocorreram no SUS nacional e, especificamente, nos sistemas municipais nesse período.

Sob o ponto de vista do financiamento, uma maior resolutividade nos serviços básicos poderia contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde na atenção especializada, principalmente secundária. Sabe-se que grande parte dos encaminhamentos feitos pela rede básica para os demais níveis do sistema ocorre antes mesmo que se esgote toda a capacidade resolutiva nesse nível de atenção, onerando consideravelmente os cofres públicos municipais e estaduais. Ainda que na análise documental e nas entrevistas com os gestores se perceba uma ótima qualidade e resolutividade na atenção básica, também em Vitória essa situação se repete, principalmente quando se observa o indicador de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial básica, que ainda apresenta situações que poderiam ter sido controladas na AB.

Fica clara a intenção do município em superar essas dificuldades no acesso em relação à prestação de serviços assistenciais. Os indicadores presentes nos Quadros 1 ao 6 demonstram que o sistema municipal de saúde de Vitória caracterizou-se pelo crescimento da oferta de ações e serviços de saúde especializados, principalmente contratualizando com as organizações privadas com e sem fins lucrativos, entretanto sem a constituição de meios suficientes de regulação desses serviços, o que gradualmente vem ocorrendo há apenas dois anos.

Este estudo mostrou que a insuficiência de tecnologias biomédicas na PPI não paralisou o município, ao contrário, isto possibilitou à SEMUS reinventar modelos e modos de fazer saúde, muitos deles a partir de suas próprias lógicas e em outros

ternas trazidas por uma equipe de bons consultores, busca do cumprimento da responsabilização técnica e política pela integralidade na atenção à população.

Espelhando bem a realidade, que tende a ser nacional, atualmente ainda se verifica um intenso deslocamento de populações procedentes do interior do Estado em busca de serviços de saúde mais complexos existentes na Capital e esse cenário expõe a fragilidade de um sistema de saúde projetado para ser regionalizado e descentralizado. Como o PDR foi elaborado em 2003 e sua revisão ainda não ocorreu e, conseqüentemente, a PPI não acompanha a dinâmica desse fluxo intermunicipal, isto possibilita e reforça um ciclo perverso de ausência ou de insuficiência de oferta de serviços nos municípios do interior, e excesso de demanda para Vitória. Isto evidencia a persistência de um modelo excludente como fator central para a fragilização das organizações de saúde e a desarmonia da operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente a integralidade, a equidade, a regionalização e a descentralização. Se estes princípios fossem de fato praticados na execução das políticas, esses usuários não necessitariam se deslocar do interior do Estado em direção à Capital e, além de se evitar a mobilidade geográfica dessas populações, evitar-se-ia a superlotação dos serviços, principalmente hospitalares, com forte impacto negativo, social, no acesso e na qualidade dos atendimentos e no financiamento do SUS.

Aqui se revela, por todas essas constatações, a face do não cumprimento cotidiano dos preceitos constitucionais do SUS de possibilitar a atenção integral, o que torna ainda mais cristalina a necessidade de, nesse ambiente adverso, ampliar a capacidade reguladora do Estado, idéia defendida ao longo do estudo, principalmente porque o sistema estadual de saúde é fortemente amparado por uma rede complementar de prestadores filantrópicos e privados, com a capacidade de influenciar na política setorial da saúde como uma herança institucional da forma como se desenvolveu o sistema de saúde no Brasil e no Estado.

Este cenário de dificuldades tende a se agravar, pois o Governo do estado do Espírito Santo projetou e está construindo e ampliando instalações hospitalares nos municípios da Região Metropolitana. Se os investimentos do Estado não forem descentralizados, principalmente para os municípios localizados nos extremos sul e norte do Estado, e também se a regulação do acesso em desenvolvimento pela SESA não evoluir com a rapidez que a situação exige, certamente o caos se instalará nos serviços da RMGV.

envolvimento da regulação do acesso, a partir do ano decidiu pela efetivação de instrumentos de regulação dos serviços prestados pela rede própria e pelo setor privado contratualizado para a garantia do acesso da população às tecnologias biomédicas. Esta iniciativa refletiu em ampliação do espaço de ação política do gestor municipal, ao mesmo tempo em que contribuiu para o fortalecimento institucional da SEMUS. Esta decisão tem sua essência no cuidado aos usuários do sistema, que necessita das ferramentas da regulação em todos os seus passos de forma articulada, para se atingir os objetivos da atenção finalística integral em toda a rede. Segundo Magalhães (2006) “este é o sentido mais nobre da regulação: dar conta das demandas do campo da assistência, utilizando de forma inteligente os recursos disponíveis e contribuindo para a integralidade do sistema”. No entanto esta iniciativa ainda se encontra em estágio inicial, abrindo uma possibilidade de investigação no futuro.

A trajetória histórica analisada na linha do tempo deste estudo evidencia que a não efetivação da implantação da regulação do acesso no passado traz inúmeras dificuldades para sua concretização no presente, reflexos da pouca presença do Ministério da Saúde nesta política temática e da inércia estadual ao longo das duas décadas desta análise.

Esta autora acompanha as considerações de Magalhães sobre a regulação que assim se manifesta,

O primeiro pressuposto para operar a regulação é a definição clara da rede a ser regulada [...]. O grande desafio colocado é o de aproximar o conjunto das demandas, expressões das necessidades dos usuários, das ofertas do sistema, definindo prioridades, publicizando os fluxos e os encaminhamentos, girando as novas ofertas a serem buscadas na direção das prioridades estabelecidas e analisando os resultados alcançados. Enfim, retroalimentando o planejamento num ciclo virtuoso para a gestão. Isto envolve mecanismos da macro e da microrregulação [...] e sistemas de informação que possibilitem a operação da regulação das redes assistenciais (Magalhães, 2006).

Cabe aqui destacar que, embora no atual governo do ES e da SESA reine um clima de confiança, para os gestores da saúde, os cinco anos de presença de um mesmo ator à frente da SESA ainda não foram suficientes para colocar em prática as mudanças estruturais que o sistema requer, após décadas de desmandos e de projetos políticos frágeis. Entretanto, os projetos que estão em desenvolvimento, que são de conhecimento da comunidade da saúde, são reconhecidos como uma matriz que tem potência suficiente para as mudanças que a sociedade clama, entretanto esta caminhada não pode ser feita unilateralmente, sendo preciso a aplicação de

as e arranjos interinstitucionais solidários, entre as três principais instituições de saúde, principalmente municípios e Estado.

Foi identificada uma rede de externalidades ao SUS Municipal, e as mais relevantes estão presentes no Quadro 7, que se configuraram em elementos absolutamente importantes que impuseram resistências às inovações propostas, dificultando a ampliação da atenção integral, principalmente na década de 90, bem como na regulação do acesso, que leva à compreensão da relevância do conceito de dependência de trajetória como um elemento explicativo da mudança institucional.

Relativamente às decisões tomadas no passado pelos governantes do município e pelos gestores da SEMUS em relação às inovações relativas aos modelos de gestão, atenção e organizativos, presentes no Quadro 7, que visavam à ampliação da atenção integral, têm importante repercussão na ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde no momento presente, ainda que com alguma competição com outras populações. Isto demonstra, uma vez, mais a relevância do conceito de dependência de trajetória para a mudança institucional.

Ainda que com todos os avanços na área assistencial especializada, é necessário que o município permaneça em constante movimento em direção à implementação de suas ações no sentido de atender aos princípios constitucionais, para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, mediante a construção e/ou participação das redes de atenção, em parceria com a SESA, que garantam o acesso da população a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, sem barreiras.

Vale destacar, uma vez mais, que o constante movimento em direção à implementação das ações do SUS em Vitória, teve início na primeira gestão do pós SUS e se sucedeu nas gestões seguintes. Estiveram à frente deste movimento os sujeitos deste estudo, enquanto protagonistas do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e que mais tarde vieram a atuar como implementadores das diretrizes e dos princípios do SUS que ajudaram a formular, na linha do tempo destes mais de 20 anos. Estes atores tiveram sua origem nos movimentos estudantis da década dos anos 70, do PT e de partidos de esquerda, e posteriormente o PSDB, cujas gestões vem se revezando no Poder Municipal.

Vitória tem uma característica interessante de que, mesmo com as diversas posições políticas contrárias na gestão pública, tem um histórico positivo de gestões ao longo dos anos. Há uma tendência no Brasil de se configurar as políticas de saúde a cada ciclo

desprezando-se o acúmulo histórico observado ao longo do percurso histórico, bem como o contexto em que a política pública de saúde vinha sendo implementada, pois cada prefeito que governou a cidade, com perfis pessoais diferentes, seguindo tendências político-partidárias também diferentes, deixou sua marca sem provocar grandes desvios de percurso. Portanto, é uma cidade que tem, progressivamente feito boas gestões, na medida em que houve uma articulação adequada entre os diferentes atores responsáveis pelo município. Nenhum prefeito foi gerador de rupturas drásticas. Todos eles foram geradores de algo que ao tempo e à época foram positivas. Em outras palavras, as conquistas do SUS não podem ficar na dependência de incertezas e da falta de compromisso social de alguns governantes com esta política pública de saúde, bem como da contaminação ideológica e político-partidária que interrompe projetos políticos exitosos implantados por governos antecessores, em prejuízo da saúde de milhares de cidadãos que deles se beneficiam.

Reconhecendo a importância da ação política do Partido dos Trabalhadores no período de 1989 a 1992, constata-se que a evolução da saúde pública em Vitória foi muito mais sensível a partir o traço ideológico dessa gestão, aí sim gerando rupturas drásticas em relação ao modelo conservador que até então dirigia a cidade, quando se concebeu pela primeira vez, a idéia de um sistema municipal, com a intenção e a oferta de serviços organizada por territórios de saúde; a incorporação de políticas diferenciadas para populações historicamente excluídas como, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, os dependentes químicos e as toxicomanias; os homossexuais e as trabalhadoras do sexo; as práticas alternativas como a política de promoção da saúde que se iniciou com os serviços públicos de orientação ao exercício físico, a discussão da inserção de novas alternativas medicamentosas como os fitoterápicos, a homeopatia, que até então não aconteciam na rede pública, em contraponto aos tratamentos medicamentosos convencionais; a saúde coletiva, por meio da vigilância sanitária que foi desenhada numa perspectiva mais educativa do que punitiva; a saúde do trabalhador que nunca havia sido tratada; a gestão democrático-participativa e inclusiva dos diferentes segmentos sociais; as iniciativas de co-gestão juntamente com os trabalhadores e usuários, com perceptível deslocamento do poder central para esses novos atores sociais.

Enfim, o que impressiona nesta cidade é a sua capacidade de ser adesa às mudanças das instituições, ainda que com alguns focos de resistência às propostas mais avançadas para a implementação das políticas, dentre elas a política pública de saúde.

Em alguns momentos as tensões no âmbito da política, políticas, o conceito de política e a formação tanto democrática quanto dos instrumentos envolvendo as decisões para a construção do sistema de saúde, as diferentes gestões da saúde pública em Vitória contribuíram para desinstituir modelos e métodos antigos e promover novos arranjos institucionais e organizacionais e novas práticas no corpo gerencial e dos trabalhadores da SEMUS, mas, sobretudo, na sociedade, que passou a se entender como partícipe e co-responsável por esse processo de construção de uma nova forma de se fazer saúde no município. Isto vem se dando através de uma participação mais efetiva nas decisões, por meio do Conselho de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, num arranjo possível para a legitimação das iniciativas que fortaleçam a gestão solidária para a organização do setor saúde.

Este estudo tomou como referência a integralidade na atenção e a regulação do acesso à assistência clínica individual, sobre a rede de prestadores de serviços, num universo temporal de vinte anos, e mostra o peso de fatores históricos no processo de desenvolvimento do sistema público de saúde no município de Vitória provocando constrangimentos, mas também relevantes avanços. Essas características legadas da política de saúde que precedeu o SUS, perpassaram a mudança institucional em Vitória, ocorrida ao longo das décadas dos anos noventa e dois mil, e permeiam o contexto atual da gestão do Sistema Municipal de Saúde. Certamente se a ação política ocorrida no passado tem repercussão na organização do sistema no momento presente, os gestores precisam se conscientizar que as decisões tomadas no presente terão certamente, também, impacto no cenário da saúde coletiva no futuro. Urge, nesse sentido, aprofundar os debates, não só sobre os tempos e as práticas passadas, que agora servem apenas de exemplos, mas buscar identificar estratégias adequadas que orientem as decisões políticas afinadas com os ventos que sopram em direção ao futuro.

Muito há a ser estudado, investigado e testado sobre a regulação do acesso e a integralidade no sistema municipal de saúde de Vitória, que ainda se ressentir de princípios estruturantes por parte do Estado, cujas políticas reguladoras ainda carecem de firmeza, mas é possível que a experiência local de regulação possa produzir os resultados esperados e tornar visível o sistema de saúde que está tão bem idealizado e delineado nos documentos oficiais, mas, mais do que um conjunto de regras, a regulação implica no reconhecimento dos sujeitos.



PDF Complete
Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

específicos, mas nem por isto menos importantes, na
município de Vitória. Para se pensar no desenvolvimento de
uma maior autonomia municipal, certamente o município precisa ousar ampliar o seu
espectro de ação na gestão dos níveis especializados da atenção à saúde da
população.

Finalizando, relativamente à integralidade na atenção e sua interface com a regulação
do acesso para a garantia da melhoria na qualidade de vida dos cidadãos, propiciada
por uma atenção oportuna e integral, avalia-se que este estudo possibilitará uma maior
reflexão sobre as bases das quais emerge esta política pública temática neste
momento de sua implementação pela atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde
de Vitória, ao tratar este momento como uma mudança institucional em processo.



**PDF
Complete**

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Vitória: um lugar ideal para se viver.

O futuro será sempre uma construção a partir de desejos, utopias e sonhos que almejam um dia tornarem-se realidade. Uma cidade que investe parte de seu tempo planejando o porvir sabe o quanto é importante o bem-estar de seus moradores e a busca continuada da solução de seus conflitos e dificuldades cotidianas. Afinal, uma cidade privilegiada pela natureza e fincada no coração do Espírito Santo, pode sem dúvida sonhar com a igualdade de oportunidades e a cidadania plena, com a realização de seus potenciais e a justiça social em todos os níveis, com a saudável convivência coletiva e a felicidade individual. Esse passo presente tem então a nobre tarefa de nos conduzir conscientemente ao futuro e de fazer nossa Vitória um lugar ideal para se viver.

(Vitória do Futuro, 2002)

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica do Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança do modelo tecno-assistencial em saúde**: limites e possibilidades. 2005. 94 pp. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, v. 36, p. 1-10, 1955.

ANDRADE, S. M. de (Org.); SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 40.

ANDRADE, L. O. M. et al. (Org.) Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006

ASSIS, M. M. A.; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 32, n. 2, p. 297, maio/ago. 2008.

_____. VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Coleção Clássicos para integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC. UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p.

BALDWIN, R.; SCOTT, C.; HOOD, C. **A reader on regulation**. New York. Oxford University Press, 1998.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: Teoria e Prática. 5ª Ed. Belo Horizonte: Editora Instituto Félix Guattari, 2002.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**, 2001. [artigo científico]. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 23 Jan. 2009.

BRASIL. Decreto Federal nº. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 jul. 1987.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria GM nº. 4.370, de 02 de dezembro de 1988. Estabelece Normas Complementares para o funcionamento do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 03 dez. 1988.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, v. 78, n. 182, p. 18055.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142/90, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências inter-governamentais (sic) de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1, v. 78, n. 249, p. 25694.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Resolução nº. 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da NOB/SUS/ nº. 01/91. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 jul. 1991.

do SUS (DATASUS). **Cobertura populacional pelas Equipes unitárias de Saúde e Equipes de Saúde Bucal.** Relatório IAB referente ao mês de Junho de 2009. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: ago. 2009.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Relatórios extraídos dos Bancos de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares.** Disponível em: <<http://www.portal.datasus.gov.br>>. Acesso em: ago-set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública. Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde.** Série E. Legislação em Saúde. Faculdade de Direito Universidade de Brasília; Sínteses e ENSP. Brasília: 2003. v. 2. p. 64-67.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº. 232, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a NOB/SUS/ nº./92. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 fev. 1992.

_____. Portaria MS/GM nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992. **Reedição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92).** Brasília, 1992.

_____. Portaria MS/GM nº. 545, de 24 de maio de 1993. NOB – SUS 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 maio. 1993.

_____. **Instrução Normativa MS/01/93.** Disciplina os fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93 (datilografado). Brasília: 1993.

_____. Lei Federal nº. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1993.

_____. Decreto Lei nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1995.

_____. Portaria MS/GM nº. 95, de 06 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, dia mês 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

_____. Instrução Normativa MS/01/98, de 02 de Janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS/01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: 1997.

_____. **Gestão Municipal da Saúde:** textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 286-304.

_____. Portaria MS/GM nº. 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

_____. Portaria MS/GM nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, dia mês 2001. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

_____. **Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.** Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.. 2. ed. Rev. Atual. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2002.

_____. Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da]**

- _____. _____. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 101, de 11 de fevereiro de 1998. Habilita os municípios do estado do Espírito Santo, conforme o anexo desta portaria, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa da atenção básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 1.510, de 5 de agosto de 2003. Habilita os municípios dos estados do Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo conforme anexo, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2009.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 jun. 2008.
- _____. _____. Portaria MS/SAS nº. 423, de 09 de julho de 2002. Aprova o detalhamento das funções de controle, regulação e avaliação assistencial no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2007.
- _____. _____. **Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação**. Versão Preliminar 2005 (no prelo).
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 494, de 30 de junho de 2006. Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores que será repassado às Secretarias de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 jun. 2007.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 675, de 30 de março de 2006. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Série E. Legislação da Saúde. Brasília. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 jun. 2007.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 1.571, de 29 de Junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 8 set. 2008.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 ago. 2008. Seção 1, p. 48. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2008.
- _____. _____. **Portaria MS/GM nº. 3.176, de 24 de dezembro de 2008**. Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), constantes desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 mar. 2009.
- _____. _____. Portaria MS/GM nº. 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2009.
- _____. _____. **Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS)**: Uma construção coletiva – Trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde, Organização pan-americana da saúde. Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.
- _____. _____. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986.

idos políticos no Brasil - 1930 a 1964. 2. ed. São Paulo: Alfa-

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. out./dez. 1998.

CARVALHO, G. **Saúde**: O tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. São Paulo: Mimeo, 2005.

_____. **Universalidade Limitada ou Integralidade Regulada**. 2006. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/universalidadelimitada.doc>>. Acesso em: jun. 2007.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, mar. 2003.

CHIORO, A.; SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Cidadania** [S.l.:s.n.,19--].

CKAGNAZAROFF, I. B. e MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. **E & G, Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003.

CKAGNAZAROFF, I. B. e MELLO, J. S. C. **Implementação de Programa Intersetorial de Políticas Públicas** – O caso BH Cidadania. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltex>> Acesso em: 23 Fev. 2009.

CKAGNAZAROFF, I. B. e MELLO, J. S. C. **Da gestão da intersetorialidade**: o caso do Programa BH Cidadania, Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltex>>. Acesso em: 23 Fev. 2009.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. Brasília: MS. 2. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Progestores, para entender a gestão do SUS. Brasília: Copyright, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução do CFM nº. 1.671**, de 09 de Julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. Brasília, DF. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL. 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 out. de 2008.

COSTA, C. M.; POLIGNANO, M. V. Integralidade da Saúde no Programa Saúde da Família: proposta de um indicador. **Revista Médica Minas Gerais**, v.18, n.4, Supl. 4: S19-S24. 2008.

COSTA, N. do R. Inovação Política, distributivismo e crise: a política da saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 27-28, 1996.

_____. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: HUCITEC, 1998.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**: Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A. J. & PANFICHI, A. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. Campinas: Editora Paz e Terra. UNICAMP.

care administration. Boston: Harvard University Press. 1973.

_____ . Um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas de industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DUTRA, A. F. et al. **História e constituição dos sistemas de saúde no município de Vitória** – ES. Novembro. 2002. Trabalho apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo para avaliação parcial do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Novembro 2002.

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual nº. 4.317, de 04 de janeiro de 1990. Institui o Sistema Estadual de Saúde.

_____. Decreto Estadual nº. 3.011-N, de 06 de julho de 1990. Homologa a Resolução da Comissão Interinstitucional de Saúde do Espírito Santo – CIS-ES nº. 04/90, de 22 de fevereiro de 1990, que aprova o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo.

FERNANDES, A. S. A. Path dependence e os estudos históricos comparados. In: **Simpósio Nacional de História, 2007**. Associação Nacional de História – ANPUH XXIV. 2007.

FIORI, J. L. Análise política do tempo conjuntural. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-414, 1991.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, São Paulo: UNICAMP/HUCITEC, 2003. p. 125-134.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica**, México, v. 27, p. 438-53, 1985.

GIOVANELA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOULART, F. A. A. et al. Gestão Operacional em sistemas e Serviços de Saúde. In: **Gestão em saúde – Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1998. p. 45.

GOULART, F. A. A. **Distritalização e Responsabilidade Sanitária**. Brasília, 1991.

HALL, P. A. e TAYLOR, R. C. R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Maryland University. 1996. Tradução de Gabriel Cohn. Lua Nova. n. 58. 2003.

_____. Political Science and The Three New Institutionalisms. In: **Political Studies**, 1996.

HOLLINGSWORTH, R., HAGE, J. e HANNEMAN, R. **State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States** 1890-1979. Ithaca and London: Cornell University Press. 1990.

IMMERGUTH, E. M. The rules of the Game: The logic of Health Policy-Making in France, Switzerland and Sweden (1992). In: Steinmo et al. (eds.). **Structuring Politics. Historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

_____. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. Tradução de Vera Pereira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, p.139-165, 1996.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 1980, 1991 e 2000: IBGE - **Censos Demográficos**. 1996: IBGE - Contagem Populacional. 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popos.def>> Acesso em: 30 Agosto 2009.

Instituto Jones dos Santos Neves. ES (2008). **Mapa da Região Metropolitana da Grande Vitória**. Disponível em: <<http://www.ijsn.es.gov.br/>>. Acesso em: 30 Agosto 2009.

FILHO, A. **Paradigmas e Desenvolvimento**: oportunidades e
ória. EDUFES, 1996. p. 231.

LABRA, M. E. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses: uma Revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 131-166, 1999.

LABRA, M. E. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. **RASSP - Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, Piauí, v. 2, n. 1, p. 4, 1999.

LEVI, M. Uma lógica da mudança institucional. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 1991.

LIMA, L. L. A gestão da política de saúde no município de Porto Alegre: autonomia e dependência de trajetória. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABCP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 5., 2006, UFMG, Belo Horizonte.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia**: História e perspectivas do SUS. 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008. p. 131-132.

MACHADO, F. R. et al. **Construção Social da Demanda. Direito à saúde** – Trabalho em equipe – participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2005.

MAGALHÃES JR, H. M. **Regulação assistencial**: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. (Pensar BH – política social). Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002.

_____. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006, 211 p. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2003. p. 45-58.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-64.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009, p.87-88; 369-382.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

_____. **Projeto Integrar**. Vitória Unida pela Saúde. Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde - SISS na Região de São Pedro. São Pedro em ação, Saúde com Integração. Outubro, 2001.

MENDES, E. V. A regulação estatal do SUS. In: **Seminário sobre Regulação do CONASS**. Brasília, 10 de agosto de 2005.

MENDES, E. V. apud SILVA, A. G. Jr. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: O debate no campo da Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 81.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MENDES, R. B. G. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC: 1994.

ção da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais. Fundação Ômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de

_____. **A implementação da reforma sanitária:** a formação de uma política. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. Outubro 2005.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e Continuidade: **A dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde.** Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Texto para discussão nº. 21. Belo Horizonte, 2005. [s.d]. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/escoladegoverno/index>>. Acesso em: 14 Jan. 2008.

MEIRELLES, H. L. **Direito municipal brasileiro.** 6. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 1993.

MILSTEIN, D. **A nação na escola. Frentes políticas na cena “neutra” da escola argentina.** 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. 2007. Disponível em: <<http://www.btdt.bce.unb.br/busca/artigo>>. Acesso em: 22 fev. de 2009.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NEVES, G. H. O município no Brasil. Marco de referência e principais desafios. In: **Cadernos Adenauer 4:** Os municípios e as eleições de 2000. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer, junho, 2000. p. 9-33

NORTH, D. C. **Institutions, institutional change and economics performance.** Nova Iorque: Cambridge University Press. 1990.

_____. **Instituciones, Cambio Institucional y desempeño Económico.** México, Fondo de Cultura Económica. 1993. Tradución de Institutions, Institutional Change and Economic Behavior.

NORTH, D.; DENZAU, A. T. **Shared mental models:** ideologies and institutions. *Kyklos*, v. 47, n. 1, p. 3-31. 1994.

NOVAES, H. M. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de saúde – SILOS – análise Conceitual e apreciação de Programas Selecionados na América Latina – PROHASA –** Programas Avançados em Administração Hospitalar da saúde. Organização Panamericana de Saúde. São Paulo: Editora Pioneira: 1990.

O'DONNELL, G. Estado, Democratización y ciudadanía. **Nueva Sociedad** n.128, p. 62-87, Nov./Dici.1993. Disponível em: <www.nuso.org>. Acesso em: 19 Jul. de 2009.

OLSON, M. **The Logic of Collective Action.** Cambridge: Harvard University Press. 1965.

OSZLAK, O. El Estado democrático en América Latina: Hacia el desarrollo de líneas de investigación. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 64. p. 42-63, Jun. 2007. Disponível em: <www.anpocs.org.br>>. Acesso em: 19 Jul. de 2009.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção à saúde. In: ROQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, p. 127-40, 1981.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008.

PIRES, R. R. C. **Orçamento Participativo e planejamento municipal:** uma análise neoinstitucional a partir do caso da Prefeitura de Belo Horizonte. 2001. Monografia (Especialização). Curso superior de Administração Pública, Escola de Governo – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2001.

_____. A avaliação da Implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo- institucionalista: avanços e validade. In: Encontro Nacional da ANPAD, 26., 2002, Salvador. Salvador: XXVI. Encontro

ementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucionalista: avanços e validade. **Cadernos EBAPE (FGV)**, Rio de Janeiro. v. 2, n. 1, p. 5, 2004.

POSNER, R. A. **Theories of Economic Regulation**, NBER Working Papers 0041, National Bureau of Economic Research, Inc. 1974.

_____. Teorias da Regulação econômica. In: MATTOS, P. et al. (coord.). **Regulação Econômica e democracia**. O debate norte-americano. São Paulo: Ed. 34, 2004. Tradução: Marina Mota Prado.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1996.

RICHARDSON, R. J., et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, C. V. Neoinstitucionalismo (sic) como modelo de análise para as políticas públicas. Algumas Observações, **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, p.11-28, Jan-Jun. 2005.

SALLUM JR, B. Transição política e crise do Estado. In: SOLA, L.; PAULANI, L. (Org.). **Lições da Década de 80**. São Paulo: EDUSP; Genebra: UNRISD, 1995. p. 137-172.

SAMPAIO, A. P. S. Orçamento participativo de Vitória: analisando o formato institucional. **Civitas**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 155-180, Jan-Jun. 2006.

SAMPAIO, A. P. S.; SILVA, M. Z. O orçamento participativo de Vitória (ES) sob os refletores da análise institucional. In: SILVA, M. Z.; BRITO JUNIOR, B. T. **Participação social na Gestão Pública**: Olhares sobre as experiências de Vitória – ES. São Paulo: Annablume Editora, 2009. p. 251-274.

SANTOS, L.; CARVALHO, G. I. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 5. ed. Revista e Atualizada. Campinas: UNICAMP. 2001.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. p. 26-27, Jan./jun. 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização**. 2003.

_____. **Diretrizes Clínicas. Organização da Atenção Primária à Saúde**. Coleção Uma Nova Saúde. 2008. p. 80.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Relatório das filas de espera por recursos assistenciais**. Gerência de Regulação Assistencial da SESA. Agosto de 2008.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, M. Z.; NASCIMENTO, S. **Dimensões da democracia participativa no Projeto Terra**: Vitória, ES. Centro de Ciências Humanas e Naturais – CCHN. Departamento de Ciências Sociais – DCSSO. Laboratório de Estudos Políticos – LEP. Apoio: Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia – FACITEC/PMV. 2006.

_____. **Trajatória político-institucional recente do Espírito Santo** (2010). In: BONELLI, R. e LEVY, P. M. (Orgs.) **A Economia do Estado Espírito Santo: Desenvolvimento Econômico e Inclusão Social** (2010). Instituto Jones dos Santos Neves (no prelo). Cap. 1, p. 5-37.

SILVA, T. Da participação que temos à que queremos: o processo do Orçamento Participativo na cidade do Recife. In AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (Orgs.). **A inovação democrática no Brasil**: o Orçamento Participativo. São Paulo: Cortez, 2003.

SKOCPOL, T. Targeting within Universalism: Politically Viable Policies to Combat Poverty in the United States. *Social Policy in the United States*. New Jersey, Princeton University Press. 1995, apud THELEN, K.; STEINMO, S. **Structuring politics**: historical institutionalism in comparative analysis. New York, Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

instabilidade econômica e incerteza política, In: DINIZ, Eli (Org.), **a Latina: repensando as relações Estado/Sociedade**. Anais do o: IUPERJ/IPSA, 1996. p. 398-416.

SOUZA, C. Coalizões eleitorais e ajuste fiscal nos estados brasileiros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, 2007.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, jul./dez. 2006.

_____. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STIGLER, G. J. **Citizen and the State: Essays on Regulation**. University of Chicago. 1975.

_____. A Teoria da regulação econômica. In: MATTOS, P. et al. (coord.). **Regulação Econômica e democracia**. O debate norte-americano. São Paulo: Ed. 34, 2004. Tradução: Emerson Ribeiro Fabiano.

SUBIRATS, J.; GOMA, R. (Orgs.). Políticas públicas em Espana: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno. Barcelona: Ariel, 1988, In: PIRES, R. R. C. **A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucionalista**: Rio de Janeiro. v. 2, n. 1, p. 5, 2004.

THELEN, K.; STEINMO, S. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. New York, Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

TREBAT; T. J. **Brazil's State-Owned enterprises: a case study of the State as entrepreneur**. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

UNGLERT; C. V. de S. **Territorialização em Saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. 1995. Tese (concurso de livre-docência) - Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

_____. ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, out. 1987.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal nº. 9.845, de 30 de abril de 1996**. Regulamenta a Lei nº. 4191, de 29 de abril de 1995, que estabelece a obrigatoriedade de informações dos direitos dos pacientes da AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. Vitória do Futuro. Plano Estratégico da Cidade 1996-2010.

_____. _____. Plano Estratégico da Cidade. Relatório de Balanço 1997-2000. mai. 2000.

_____. _____. Projeto Vitória do Futuro – Versão 2002 – Agenda 21 da Cidade de Vitória. 2002.

_____. _____. **Decreto Municipal nº. 12.717, de 23 de fevereiro de 2006**. Institui o Programa Municipal de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e de Gênero e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 2.242, de 19 de abril de 1973**, que cria o Departamento de Educação, Cultura e Saúde. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 3.952, de 28 de julho de 1993.** Institui o programa de exames clínicos e laboratoriais a serem efetuados em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 3.369, de 15 de setembro de 1993.** Cria Divisões na Secretaria Municipal de Saúde: Divisão de Análises Clínicas e Exames Complementares e Divisão de Farmácia e Produtos Farmacêuticos. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 3.969, de 15 de setembro de 1993.** Exame de Citologia Oncótica nas funcionárias públicas municipais e nas usuárias dos serviços público de saúde. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.051, de 06 de maio de 1994.** Reservar sala de consultório dentário em escolas e creches. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 3.983, de 10 de outubro de 1994.** Dispõe sobre a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.171, de 02 de janeiro 1995.** Institui no Município de Vitória o "Programa de Ação Preventiva de Saúde Auditiva e Visual da Rede Pública Municipal de ensino, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde consultas nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia e oftalmologia aos alunos selecionados e relacionados pelas Unidades de ensino. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.182, de 09 de março de 1995.** Exames de urocultura e antibiograma nos funcionários públicos municipais e nos usuários. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.343, de 29 de abril de 1996.** Assegura o financiamento de medicamentos e insumos ao tratamento e controle de diabetes. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.448, de 30 de junho de 1997.** Obrigatoriedade do Teste do Pezinho gratuitamente nos recém nascidos. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.549, de 12 de dezembro de 1997.** Obriga o Poder Executivo a realizar exames de mamografia. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.555, de 17 de dezembro de 1997.** Autoriza o Poder Público Municipal a criar a Semana de Prevenção e Combate ao Câncer. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.397, de 12 de dezembro de 1997.** Prefeito Dispõe sobre alterações na estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.466, de 29 de julho de 1997.** Prefeito Altera a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.717, de 01 de julho de 1998.** Prefeito Autoriza o Poder Executivo a criar horário satisfatório do usuário, antecipando a entrega das fichas de consultas médicas. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 4.716, de 01 de julho de 1998.** Autoriza a realização do exame de ultrassonografia. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.812, de 28 de dezembro de 1998.** Autoriza o poder a das pessoas portadoras de deficiência física, a todos os tipos <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.855, de 15 de abril de 1999.** Autoriza construção de um hospital municipal. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.854, de 15 de abril de 1999.** Determinando ao Poder Executivo a obrigatoriedade de atendimento médico às crianças matriculadas na re municipal de ensino, quando o encaminhamento for realizado pelo CEI e EPG. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.916, de 20 de maio de 1999.** Autoriza a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) a desenvolver a campanha de prevenção e combate a obesidade em Vitória. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.933, de 18 de junho de 1999.** Criar o Centro de Especialidades Clínicas na Região da Grande São Pedro. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.016, de 25 de novembro de 1999.** Programa de Prevenção e Tratamento aos portadores de hemoglobinopatias "S" ou doença falciforme. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.029, de 23 de dezembro de 1999.** Autoriza a Prefeitura a celebrar convênios com os planos de saúde a fim de que sejam cobrados os serviços de assistência médica prestados nos postos de saúde municipais. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.033, de 30 de dezembro de 1999.** Autoriza a Secretaria de Saúde, por meio de seus postos de atendimento, hospitais e/ou hospitais conveniados a executar o serviço de exames de prevenção de câncer de próstata. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.831, de 19 de março de 1999.** Autoriza o Poder Executivo a implantar novo sistema de entrega de fichas nos Postos de Saúde da Rede Municipal, visando à extinção de filas. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 4.869, de 26 de abril de 1999.** Autoriza o poder Executivo a criar o serviço denominado Disque Ambulância. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.171, de 22 de novembro de 2000.** Autoriza o Poder Executivo a instituir, no âmbito do Município de Vitória, o Programa de Controle de Hipertensão Arterial e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.388, de 29 de agosto de 2001.** Autoriza o Poder Executivo a criar, em Unidade de Saúde do Município, Centro de Tratamento Especializado em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.399, de 26 de setembro de 2001.** Autoriza o Poder Executivo a incluir no Programa de Saúde da Família – PSF – o atendimento Odontológico. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. **Lei Municipal nº. 5.542, de 30 de abril de 2002.** Dispõe sobre a criação do Programa Municipal de Saúde Vocal do Professor da Rede Municipal de Ensino e dá outras providências.

s.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>. Acesso em: 11 ago. de

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº. 5.887, de 07 de maio de 2003.** Autoriza o Poder Executivo Municipal a instituir no âmbito do Município, o Programa Mulher Sua Saúde, Seus Direitos, baseado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, criado em 1983 pelo Governo Federal. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 5.968, de 04 de setembro de 2003.** Autoriza o Poder Executivo a criar o Programa “Saúde na Escola”, ficando sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde, o acompanhamento médico dos alunos. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.088, de 23 de março de 2004.** Autoriza a distribuição de preservativos nas escolas públicas municipais. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.125, de 09 de junho de 2004.** Autoriza o Poder Executivo Municipal a instituir o Programa de Saúde Auditiva e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.348, de 29 de junho de 2005.** Autoriza o Poder Executivo a implantar o Programa de Saúde Bucal, no Hospital São Pedro, na Praia do Suá. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.365, de 08 de agosto de 2005.** Autoriza o Poder Executivo a repassar recursos financeiros à rede complementar de saúde e a abrir crédito adicional especial, para ampliar a oferta de serviços especializados. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.448, de 26 de outubro de 2005.** Autoriza o Poder Executivo a criar e instituir o Programa Municipal de Combate a Violência contra a Mulher e dá outras providências, com a finalidade de prestar assistência a saúde física e mental das mulheres vítimas de violência. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.628, de 14 de junho de 2006.** Autoriza o Poder Executivo Municipal a realizar diagnóstico e tratamento de pessoas diabéticas e dá outras providências. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.667, de 11 de julho de 2006.** Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar médico geriatra em cada uma das Unidades de Saúde do Município. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 6.753, de 16 de novembro de 2006.** Institui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do Município de Vitória. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 7.104, de 09 de outubro de 2007.** Fica o Poder Executivo Municipal de Vitória autorizado a proceder à instalação de Aparelhos de Raios-X junto as Unidades Municipais de Saúde Vitória. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 7.111, de 11 de outubro de 2007.** Dispõe sobre a divulgação dos medicamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Lei Municipal nº. 3.983/93, de 10 de outubro de 1994.** Estabelece a Reforma Administrativa da Prefeitura Municipal de Vitória. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=3164>>. Acesso em: 11 ago. de 2009.

_____. _____. **Portaria nº. 017/98,** de 01 de dezembro de 1998. Estabelece, nos termos do anexo desta Portaria, normas técnicas e administrativas sobre a prescrição e dispensação de medicamentos na

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Estudo de necessidades de consultas em especialidades médicas**. Vitória, 2003.

_____. _____. **Plano de Ação 1990**. Vitória, 1990.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 1991**. Vitória, 1991. p. 24.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 1997-2000**. Vitória, Jan. 1997.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde. Atualização 1998-2001**. Vitória, Set. 1998.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Vitória, Jul. 2001.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Vitória, Dez. 2005.

_____. _____. **Portaria nº. 017/98**, de 01 de dezembro de 1998. Estabelece, nos termos do anexo desta Portaria, normas técnicas e administrativas sobre a prescrição e dispensação de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2004, 1º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2004, 2º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2004, 3º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2004, 4º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2005, 1º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2005, 2º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2005, 3º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2005, 4º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2006, 1º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2006, 2º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2006, 3º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2006, 4º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2007, 1º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

aúde. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências**
el em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2007, 3º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2007, 4º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2008, 1º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**.

2008, 2º Trimestre. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2008, 3º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2008, 4º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 14 jan. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2009, 1º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 21 mar. de 2010.

_____. _____. **Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas**. 2009, 2º Trimestre.
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 21 mar. de 2010.

_____. _____. **Projeto para Implantação do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde – 1997**.

_____. _____. **Projeto para Implantação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - 2003**.

_____. _____. **Projeto para Implantação do Complexo Regulador do Município de Vitória – ES**.
Vitória. Setembro, 2007.

_____. _____. **Projeto para implementação do Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria de Vitória, 1998**.

_____. _____. **Proposta para Reorganização do Departamento de Avaliação e Controle para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**. Vitória. Novembro, 2001.

_____. _____. **Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde**. Vitória, 1991.

_____. _____. **Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde**. Vitória, 1996.

_____. _____. **Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde**. Vitória, 2000.

_____. _____. **Relatório de Gestão 1990**. Vitória, 1990.

_____. _____. **Relatório de Gestão 1997**. Vitória, Abr. 1998.

_____. _____. **Relatório de Gestão 1998**. Vitória, Maio 1999.

_____. _____. **Relatório de Gestão 1999**. Vitória, Junho 2000.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2000**. Vitória, Julho 2001.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2001**. Vitória, Maio 2002.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2002**. Vitória. 2003.

- _____. _____. **Relatório de Gestão 2003**. Vitória. 2004.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2003-2004**. Vitória, Dez. 2004.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2004**. Vitória, Julho 2005.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2005**. Vitória, 2006.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2006**. Vitória, Abril 2007.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2007**. Vitória, Abril 2008.
- _____. _____. **Relatório de Gestão 2008**. Vitória, Maio 2009.
- _____. _____. **Termo de Compromisso de Gestão Municipal**. Vitória, Dezembro 2006.
- _____. _____. **Texto produzido por técnicos do Núcleo de Planejamento Setorial da Secretaria Municipal de Saúde** – ano de referência desconhecido.
- _____. _____. **Texto produzido por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para compor o Documento-Posição em relação à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**. Vitória 2001.
- _____. _____. **Texto produzido por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para compor o Documento-Posição em relação à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**. Vitória 2002.
- _____. _____. **Texto produzido e fornecido pelo gerente da SEMAD/NAP**, da Secretaria Municipal de Administração - ano de referência desconhecido.
- WAHRLICH, B. Controle político das empresas estatais federais no Brasil - uma contribuição seu estudo, **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 5-37, 1983.
- WEFFORT, F. **Qual democracia?** São Paulo: Cia. das Letras, 1992.
- WEICHERT, M. A. O Direito à Saúde e o princípio da integralidade. In: **Direito da Saúde no Brasil**. SANTOS, L. et al. (Org.). Saberes Editora, ed. 1, p. 101-141. São Paulo: Campinas. 2010.
- World Health Organization. **Primary Health Care**. Genève: WHO, 1978.

ENTREVISTA PARA EX-SECRETÁRIOS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRANDA: MÁRCIA PORTUGAL SIQUEIRA
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Marta Zorzal e Silva
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA- ES, sob a perspectiva da análise institucional.

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA EX-SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Período da Gestão

1. Período em que atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Integralidade

2. Percepção do gestor sobre a integralidade na assistência aos munícipes à época em que foi gestor da saúde.
3. Perguntar se os recursos (tecnologias) existentes no território do município eram suficientes para propiciar a integralidade na assistência.
4. Iniciativas/estratégias adotadas na gestão para prestar assistência integral aos usuários.
5. Fatores internos e externos ao município que podem ter influenciado nas limitações e constrangimentos para a efetivação da integralidade assistencial.

Regulação do Acesso

6. Perguntar sobre a organização da regulação assistencial no Município durante a gestão.
7. Percepção do gestor sobre o acesso dos munícipes às consultas e exames especializados, procedimentos, cirurgias e medicamentos de alto custo na gestão. Citar as facilidades e dificuldades.
8. Iniciativas adotadas na gestão para a regulação da rede prestadora de serviços de saúde.
9. Verificar se houve adoção de alguma medida que pudesse comprometer o acesso dos munícipes aos recursos de que necessitavam. Citá-la.
10. Fatores internos e externos ao município que podem ter influenciado nas limitações e constrangimentos para a implantação das ações de regulação do acesso.

Integralidade versus Regulação Assistencial

11. Perguntar se a regulação do acesso vem contribuindo para a atenção integral dos munícipes nos níveis secundário e terciário;

Dependência de trajetória

12. Quais teriam sido os principais constrangimentos, limitações e avanços ocorridos no período da gestão relativamente à atenção integral e à regulação do acesso.
13. Falar livremente sobre temas que não foram abordados até então

Márcia Portugal Siqueira
Mestranda

Prof.^a Dr.^a. Marta Zorzal e Silva
Orientadora

Prof.^ª. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger
Co-orientadora

ENTREVISTA PARA O ATUAL GESTOR DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRANDA: MÁRCIA PORTUGAL SIQUEIRA
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Marta Zorzal e Silva
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA- ES, sob a perspectiva da análise institucional.

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ATUAL GESTOR DA SAÚDE

Período da Gestão

1. Período em que atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Integralidade

2. Percepção sobre a integralidade na assistência aos munícipes em sua gestão.
3. Perguntar se o município consegue por si só viabilizar a integralidade na assistência dos munícipes aos recursos assistenciais que necessitam.
4. Se os recursos assistenciais existentes no território do município são suficientes para propiciar a integralidade na assistência.
5. Iniciativas/estratégias adotadas em sua gestão para prestar assistência integral aos munícipes.

Regulação Assistencial

6. Perguntar sobre a organização da regulação assistencial no município na gestão atual.
7. Percepção do gestor sobre o acesso dos munícipes às consultas e exames especializadas, internações, cirurgias, procedimentos e medicamentos de alto custo em sua gestão. Citar as facilidades e dificuldades.
8. Iniciativas adotadas em sua gestão para a regulação da rede prestadora de serviços de saúde.
9. Adoção de alguma medida reguladora na gestão que pudesse comprometer o acesso dos usuários aos recursos de que necessitavam.

Integralidade versus Regulação Assistencial

10. Perguntar se a regulação do acesso vem contribuindo para a atenção integral dos munícipes nos níveis secundário e terciário;

Dependência de Trajetória

11. Perguntar qual a percepção que tem sobre os fatores históricos internos e externos ao município que contribuíram para as limitações e constrangimentos e os avanços nos dias atuais para a efetivação da integralidade assistencial.
12. Perguntar que fatores históricos internos e externos ao SUS municipal podem ter influenciado, e ainda influenciam nos dias atuais, na implantação das ações de regulação do acesso.
13. Falar livremente sobre temas que não foram abordados até então

Márcia Portugal Siqueira
Mestranda

Prof.^a Dr.^a. Marta Zorzal e Silva
Orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Elda Coelho de Azevedo Bussinger
Co-orientadora

RESCENTADAS AO ROTEIRO ORIGINAL PARA AS ENTREVISTAS, APÓS A ANÁLISE DOCUMENTAL

Verificar junto ao Secretário do primeiro período pós-Constituição:

1. Verificar qual o objetivo da gestão da SEMUS quando decidiu territorializar o município em 14 regiões de saúde.

Verificar junto a todos os Secretários:

1. Verificar qual o modelo assistencial em desenvolvimento no município no momento em que era gestor da saúde.
2. Verificar qual a percepção do gestor da saúde relativamente aos indicativos de leis e/ou leis autorizativas para introdução de tecnologias assistenciais no elenco de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, bem como de serviços e até estabelecimentos de saúde.
3. Verificar qual a percepção dos secretários na relação entre a PPI e a regulação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
4. Verificar se o gestor se recorda de alguma tomada de decisão positiva e/ou negativa relativa à integralidade na atenção e descrevê-la.
5. Verificar se os secretários têm a percepção de que a regulação assistencial contribui para a integralidade na assistência.
6. Verificar se os médicos gerais comunitários podem ser considerados comunidades epistêmicas.

Verificar junto ao atual Secretário

1. Verificar porque o município contratualizou exames de alta complexidade se este nível de atenção está sob gestão estadual.
2. Verificar qual a percepção do gestor sobre a judicialização da saúde.
3. Verificar qual a percepção do gestor sobre as cooperativas médicas.

**DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRANDA: MÁRCIA PORTUGAL SIQUEIRA
ORIENTADORA: Prof.^a. Dr.^a. Marta Zorzal e Silva
CO-ORIENTADORA: Prof.^a. Dr.^a. Elda Coelho de Azevedo Bussinger**

PROJETO: REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA- ES, sob a perspectiva da análise institucional.

Estou ciente de que a mestranda Márcia Portugal Siqueira está desenvolvendo um estudo que visa conhecer a **REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA- ES, sob a perspectiva da análise institucional**, sob a perspectiva da análise institucional, na percepção dos Secretários Municipais de Saúde, do qual estarei participando fornecendo informações acerca de minhas percepções em relação aos dois temas.

Estou esclarecido de que esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa, com duração estimada de 18 meses, de que seus resultados trarão benefícios para apoiar iniciativas que visem à busca da garantia do acesso dos usuários do SUS aos recursos assistenciais necessários e de que haverá garantia de sigilo absoluto quanto à minha identidade e que os dados serão analisados exclusivamente pela pesquisadora.

Autorizo-a a utilizar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de mestrado e em quaisquer publicações futuras.

Vitória,..... de..... de 200.....

Participante da Pesquisa

Márcia Portugal Siqueira

Mestranda/Pesquisadora

Prof.^a Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger

Prof.^a Dr.^a. Marta Zorzal e Silva

Co-orientadora

Orientadora

D – ARTIGO CONCEITUAL

Regulação do Acesso: conceitos, concepções e sua inter-relação com a integralidade na atenção à saúde.

Márcia Portugal Siqueira¹
Marta Zorzal e Silva²
Elda Coelho de Azevedo Bussinger³

RESUMO

Apresenta os conceitos e concepções de regulação do sistema público de saúde, com ênfase na regulação do acesso da população às tecnologias biomédicas, dirigida para a relação da gestão e dos gestores do SUS com a rede de prestadores de serviços de saúde complementar especializada de média e alta complexidade. Abordada as dimensões macro e micro da regulação constantes no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Regulação brasileira. Trata da regulação no âmbito legal do SUS e também no cotidiano dos serviços com o setor privado contratualizado, além da rede própria estatal, na oferta e garantia do acesso da população aos recursos assistenciais demandados. Também são abordadas as possíveis contribuições da regulação do acesso na atenção integral – integralidade regulada, para a efetiva assistência individual e êxito terapêutico, nos níveis secundário e terciário do SUS.

Palavras-chave: Saúde pública. Regulação governamental. Integralidade da assistência.

Access Regulation: concepts, conceptions and its inter-relationship with Comprehensive Health Care.

ABSTRACT

It presents the public health system regulation concepts and conceptions, with emphasis in the population access regulation to the biomedical technologies, towards the relation between the Single Health System management and managers with the specialized complementary health services of medium and high complexity workers network. It approaches the regulation macro and micro dimensions constant in the Pact for Health and in the Brazilian Regulation National Politics. It deals with the regulation in the Single Health System legal scope and also with the everyday services with the private contracted sector, besides the state net, in the population access offer and guarantee to the assistance resources demanded. It also approaches the possible contributions to the access regulation in the comprehensive attention – regulated integrality, in order to have the effective individual assistance and therapeutic succeed, in the Single Health System secondary and tertiary levels.

Keywords: Public Health. Government Regulation. Comprehensive Health Care.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

² Doutora. Professora Titular do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

³ Mestre. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

A dimensão de que trata este artigo é a regulação no Sistema Único de Saúde — SUS — e sua relação com o princípio da integralidade, com ênfase na regulação do acesso. A regulação do acesso está sendo abordada como uma ação mediata para o ordenamento das relações entre a gestão do SUS, a rede prestadora de serviços de saúde e o cuidado aos cidadãos beneficiários desses serviços; faz-se, portanto, necessária uma breve conceituação sobre acesso e cuidado. Agir segundo estes conceitos implica reconhecer que o acesso ao cuidado em saúde é complexo e um grande desafio para a gestão da saúde pública no Brasil. O acesso é conceituado como sendo um conjunto de dimensões específicas que descrevem a relação entre os beneficiários dos serviços e o sistema de cuidados de saúde, entendendo essas dimensões como a disponibilidade e acessibilidade aos serviços, acomodação entre formas de organização e sua apropriação pelos beneficiários desses serviços, a capacidade de compra e sua aceitabilidade social¹. O acesso também pode ser entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Refere-se à entrada das pessoas nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes². Existem várias compreensões para cuidado: umas que se limitam às competências técnicas para o bom êxito de um plano terapêutico, como curar, tratar, controlar, recuperar, a que alguns autores denominam simplesmente assistência, e outras que ampliam seu significado para além de construir um objeto e intervir sobre ele, não podendo ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas em saúde, mas a construção de projetos que considerem *a matéria e o espírito, o corpo e a mente e o projeto de felicidade* que envolve o ato assistencial³.

Este artigo trata da regulação do acesso ou regulação assistencial^{4,5} no espaço da micropolítica, ou seja, na sua dimensão microrregulatória na rotina operacional da assistência, como ação mediata sobre a rede de prestadores de serviços, capaz de ampliar o êxito instrumental das ações de saúde para viabilizar o acesso da população às tecnologias biomédicas, principalmente as de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A intenção deste artigo não é tratar de toda a trajetória de regulação pública da saúde pelo Estado brasileiro, e sim focalizar a atenção no processo de regulação contemporâneo e sua relação com a diretriz e, ao mesmo tempo, princípio da integralidade na atenção à saúde, que se estabeleceu na sociedade brasileira a partir da implantação do SUS. Mais precisamente, tem como eixo a CF de 1988, que inaugurou

regulatório da saúde no Brasil. Assim, considerando a muitas vezes conflitantes, o processo de regulação que se iniciou a partir de então é marcado por tensões diversas, avanços e recuos. Portanto, trata-se de uma agenda de decisões e ações políticas, cuja pauta se consubstancia numa arena de debates e embates que derivam de várias ordens de fatores. Isto é, tanto das lutas históricas em torno da reforma sanitária, constituída como um movimento político em torno da ampliação dos direitos do cidadão e da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compr eensão da saúde como um *direito do cidadão e dever do Estado*, por um lado, e, por outro, a natureza do pacto federativo brasileiro, portanto da questão da distribuição de competências e de recursos entre os entes federados, e perpassando essas duas ordens de fatores, estão aqueles constituídos pelas diversas frações de interesses econômicos do setor saúde.

Considerando que a regulação, em sua dimensão macro — macrorregulação — se refere à definição das políticas mais gerais das instituições e das regras de funcionamento, e à articulação de vários sujeitos, metodologias e processos de trabalho, com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-se dizer que a definição das regras de funcionamento do SUS, suas diretrizes e seus princípios constituem o marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil. Essas regras estão fundamentalmente definidas na CF de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Posteriormente, essa regulamentação geral foi sendo detalhada nas diversas Normas Operacionais Básicas editadas ao longo da década de 90 pelo Ministério da Saúde, para onde se deslocou a arena principal de formulação e organização da política de saúde, muitas vezes ferindo a constitucionalidade das diretrizes e dos princípios do SUS. Posteriormente, em 2001-2002, surgiram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, e em 2006 o Pacto pela Saúde, este último como uma nova forma de relacionamento intergestores, diferente dos conteúdos das normas anteriores. Para dar concretude operacional aos dispositivos constantes nestas normas e pactos, diversificado número de portarias ministeriais são editadas anualmente. Em conjunto, estes institutos constituem o arcabouço legal que define o âmbito da macrorregulação do SUS e, no espaço da micropolítica, as regras, os mecanismos e ferramentas utilizados na organização, no direcionamento e na operacionalização da assistência à saúde no Brasil — microrregulação — que, por sua vez, se refere ao cotidiano da operação do sistema para viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Dessa forma, a CF de 1988, ao definir a *saúde como direito de todos e dever do Estado*⁶,

garantia desse direito em seus artigos 197 a 200. No art. 175, a saúde é considerada de *relevância pública*, cabendo ao poder público dispor sobre sua *regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado*⁶. Com isso, a CF determina que a fiscalização e a regulação das atividades de saúde sejam efetivas e objetivas em relação aos serviços de assistência à saúde no Brasil. No entanto, a CF não estabelece que os serviços e ações de saúde sejam uma reserva de direito público, ou seja, não os subtraiu da esfera de livre atuação das pessoas privadas, nem impediu a iniciativa privada de neles livremente atuarem, nem confiou ao Estado a sua titularidade exclusiva ou privativa, conforme bem explicitado no art. 175. Porém, no âmbito mais geral do marco regulatório do SUS, está claro que compete ao Estado uma posição intransferível e indelegável de regulador dos serviços de saúde no Brasil.

Tendo como referência as especificidades das atividades relacionadas ao campo da saúde, a inscrição afirmativa de ser a saúde um direito fundamental da pessoa humana, na Carta Magna, diversos autores enfatizam que as ações e legislações voltadas para a regulação do sistema de saúde expressam um sentido bem mais abrangente do que apenas uma função de regulação típica das relações de mercado na saúde. Assim, para efeito de circunscrição do objeto deste artigo, seguir-se-á, em grandes linhas, a concepção de regulação que sintetiza a atividade regulatória do poder público no setor saúde como sendo um ato constitutivo do campo da prestação de serviços, exercido pelos diversos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde^{4,5,7,8}.

Ressalvando que tanto o conceito como as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de intenso debate, que se refletem nas tensões entre as distintas compreensões existentes acerca do tema, e suas variações ao longo do tempo, resultantes de entendimentos diversos dos atores sociais que atuam no sistema de saúde, a regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços que vem sendo adotado. O processo de regulação constituiu-se, ao longo do tempo, como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário, por meio do profissional responsável por seu cuidado, e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde⁷.

Considerando, portanto, a trajetória recente do processo de regulação da saúde, pós - CF de 1988, e buscando compreender a natureza das mudanças introduzidas na regulação assistencial a partir da institucionalização do Pacto pela Saúde, é que se tomam como

regulação assistencial e integralidade na assistência.

entendida como uma diretriz e um princípio doutrinário do SUS e a regulação do sistema público de saúde como ação mediata tecnoassistencial, que se caracteriza como uma intervenção do poder público na relação entre o cidadão usuário e os prestadores de serviços do sistema de saúde, capazes de melhorar e prolongar a vida dos usuários, por potencializar as ações que minimizam a morbimortalidade, principalmente nas situações de urgência e emergência.

Nos instrumentos normativos mais recentes do SUS, a questão da regulação tem merecido destaque nas suas várias dimensões: sobre sistemas de saúde, na atenção à saúde e sua face de cunho mais operacional na rotina dos serviços, compreendendo a regulação do acesso ou assistencial, entre elas a regulação das atividades dos prestadores privados, sejam eles com ou sem finalidade lucrativa, uma vez que a assistência pública é garantida não apenas diretamente por meio de unidades de saúde estatais, mas também de forma complementar ao SUS, por meio de prestadores privados contratados ou conveniados.

Tendo em mente a dinâmica e a complexidade das ações destes distintos atores, é que se pode aqui refletir sobre a regulação, principalmente a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, no sentido de reconfigurar a política regulatória vigente nas Normas NOB e NOAS, formuladas entre 1991 e 2002, para o SUS. Neste sentido, as iniciativas das proposições de mudanças para uma nova forma de relacionamento entre os gestores do SUS partiram dos estados e municípios da federação, que, descontentes e inconformados com o caráter autocrático dessas normas, por meio das instâncias participativas que os representam, após quase dois anos de discussões e pactuações com o Ministério da Saúde e apoiados pelo Conselho Nacional de Saúde, puseram fim à vigência da série de normas operacionais. Assim, foi gestada uma nova forma de regulação assistencial e organização do SUS, que contempla o processo de pactuação entre os entes da federação — União, Estados, Distrito Federal e Municípios — tanto definindo as responsabilidades sanitárias de cada ente federado quanto estabelecendo os meios para que o sistema funcione de forma integrada. Tal esforço resultou no Pacto pela Saúde⁸, que tem a forte intenção de resgatar os princípios doutrinários e organizativos do SUS legal, com ênfase nas necessidades de saúde da população em função da integralidade na atenção, novas bases para que o Sistema cumpra seus princípios, e uma nova forma de relacionamento entre a gestão e os gestores, promovendo coalizões e novos arranjos institucionais, de forma mais solidária e cooperativa.

referência, o foco desta reflexão faz um recorte na assistência clínica individual, nos níveis secundário e terciário especializados, pois a construção da integralidade na atenção requer uma prática resolutiva. É a partir da atenção primária que se desenha este sistema, pois, tendo esgotado sua capacidade resolutiva, inicia-se sua relação com os demais níveis de atenção: secundário e terciário especializados.

Neste cenário, é imperativo que haja um processo de planejamento e uma programação assistencial — Programação Pactuada e Integrada — elaborados de tal forma que se possa garantir a saúde individual por meio da assistência clínica, esta para cura, controle, recuperação e reabilitação, quando o dano já estiver instalado. Depreende-se, pois, que a regulação do acesso entra nesse momento especial do processo assistencial, guardando uma estreita relação com o planejamento, o controle, o monitoramento e a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, com vistas à garantia da assistência integral aos usuários do SUS. Considerando que o processo de adoecimento acomete o indivíduo, e este, portanto, requer e demanda atendimento individual pelos serviços de saúde, ora sendo atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis secundário e terciário, torna-se imperativa a institucionalização de mecanismos e ferramentas de regulação para serem aplicados à rede de prestadores de serviços. A regulação, então, se configura como ação mediadora capaz de viabilizar a atenção ao indivíduo, oportunamente, e propiciar êxito técnico e sucesso prático³ no atendimento às demandas postas pelos profissionais aos serviços de saúde, necessárias para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual. Resulta, portanto, que, para prover e garantir a atenção demandada, essas ações exigem da gestão e dos gestores robustos mecanismos de regulação, em seu senso mais operacional na rotina dos serviços, que funcionem de forma articulada e sintonizada em toda a rede prestadora de serviços, para garantir o sucesso prático dessas ações de saúde, seja no planejamento, seja na execução ou na avaliação de todo este processo assistencial.

Tendo delineado em grandes linhas o âmbito circunscrito pelo tema da regulação, objeto desta reflexão, cabe destacar que o foco da integralidade será o assistencial, restrito ao âmbito de competência do setor saúde, enquanto um dos princípios valorativos do SUS, e sua relação com a regulação do acesso enquanto um dos meios para alcançar o êxito técnico e o sucesso prático das ações integrais de saúde.

O direito à atenção integral é garantido a todos os cidadãos; portanto, a demanda por

mente as tecnologias biomédicas de média e alta tecnologia, seja referenciada pela gestão, requer a organização — planejamento, financiamento, controle e avaliação, monitoramento e regulação — do setor saúde para responder a essas necessidades dos diversos segmentos populacionais beneficiários dos serviços públicos de saúde. Se assim não for, o ato de cuidar não passará de utopia em seu sentido negativo, e a integralidade na atenção a essas demandas, ainda que individual, não passaria de intenção distante do gesto. Num esforço de síntese, pode-se dizer que a integralidade na atenção à saúde, em seu sentido mais amplo, configura-se num imaginário social convocante, que nunca será alcançado plenamente, mas que sempre estará sendo buscado nos limites da competência do setor saúde: a atenção integral tanto individual quanto coletiva.

Antecedentes da regulação no sistema público de saúde no Brasil

Do ponto de vista político, não cabe aqui um relato extenso e detalhado da evolução da saúde pública no Brasil, pois o que aqui se pretende é situar, brevemente, os antecedentes da regulação na história e na linha do tempo da saúde brasileira, suas concepções à época e na atualidade.

Reconhecendo a importância da ação regulatória no sistema público de saúde, nas últimas duas décadas, aprofundou-se a preocupação e as reflexões com a regulação, associada a processos de reforma do Estado e de privatização de atividades anteriormente desenvolvidas diretamente pelo Governo, particularmente os serviços de utilidade pública. No contexto dessas reformas, a regulação governamental ganhou proeminência enquanto uma forma central de intervenção do Estado, não apenas no mercado, mas em diferentes domínios. Nessa perspectiva, a regulação se torna um instrumento de política pública que se traduz em mudanças institucionais e se reflete em mudanças na gestão pública, envolvendo as relações entre os serviços públicos e privados, a relação desses prestadores de serviços com a população usuária, a contenção de custos, as fontes de financiamento e o controle dos mercados e dos prestadores e profissionais da saúde pública, demandando-se do Estado a capacidade regulatória para proteger os interesses gerais e individuais. Nesse sentido, a assistência à saúde no Brasil inclui diferentes mecanismos de regulação: a propriedade estatal; a regulação do mercado de assistência à saúde; e a regulação de prestadores privados vinculados ao sistema público.

mentos distintos: a assistência pública, formalmente de racionalizada no Sistema Único de Saúde, e o segmento privado, denominado de assistência supletiva, que compreende diversas modalidades institucionais que operam planos de saúde, seguro saúde, autogestão, em um mercado altamente competitivo e que foi objeto de uma política regulatória explícita a partir da última década. Esta última dimensão não será objeto de reflexões neste artigo. Dessa perspectiva, é importante ressaltar que o processo de regulação da saúde tem sua trajetória ligada às instituições e aparelhos criados, assim como os mecanismos e tarefas implementados para dar substância ao processo de reforma do Estado nesse período, e que transformaram o papel que ele exercera até então^{6,7,8,9,10,11,12,13}. Vale ressaltar que há um relativo consenso na literatura quanto ao papel do Estado na conformação da ordem industrial, principalmente nos países que se inseriram tardiamente na modernidade capitalista. Por conseguinte, tanto na tradição europeia como na latino-americana, há consenso em relação ao decisivo papel do Estado na inauguração e expansão das políticas sociais¹⁴. Sobre este aspecto, no que tange ao âmbito da saúde, essa expansão do Estado se efetivou por meio de processos que conduziram à ampliação do estado de bem-estar e à aceitação do acesso a serviços de assistência à saúde como parte dos direitos sociais de cidadania^{14,15}. As configurações institucionais e regulatórias que o sistema de saúde foi assumindo ao longo do tempo no Brasil, a partir da década de 1930, marcam diversas etapas com distintas ênfases que caracterizaram um período em que a saúde não seria tratada como um direito social, e sim como uma atividade como as demais do mercado¹⁶.

Com vistas a situar o campo do debate, este estudo, ao examinar a trajetória histórica do processo regulatório da saúde no Brasil, constata que a regulação tem suas raízes a partir da Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, que se configurou no marco regulatório inicial da Previdência Social no Brasil. Dedicando atenção à historiografia mais recente, na década de 70 o país apresentava e reafirmava o modelo dominante, hegemônico — modelo biomédico ou da medicina científica — fragmentado, curativo, portanto centrado na doença, hospitalocêntrico e médico-centrado, com privilegiamento das especialidades e dos especialistas, de equipamentos médicos e medicamentos^{19,20,21,22}. Esse modelo e a crise política apresentavam graves problemas, determinados pela grave crise financeira, decorrentes, em grande parte, das fraudes existentes no sistema de pagamento às unidades prestadoras de serviços, marcados desvios de verbas da Previdência para megaprojetos do governo, externos à saúde pública. Neste campo houve o financiamento de grandes investimentos em hospitais privados sem a devida

cos, relevante aumento dos gastos com internações, es para apoio diagnóstico, dentre outros. Grande parte da população permanecia excluída do sistema de saúde, e os custos crescentes do modelo assistencial adotado tornavam ainda mais insustentáveis sua manutenção. A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam ainda mais o equilíbrio financeiro da Previdência Social^{19,20,21,23}.

As bases que permitiram a hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista, na década de 70, assentavam-se no seguinte tripé: o Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência Social; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos²¹. Procurando racionalizar os custos do sistema, foram definidos mecanismos de controle dos prestadores de serviços, como, por exemplo, a criação, em 1974, da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social — DATAPREV, e o estabelecimento da normatização e criação de novas formas de relacionamento público-privado entre as esferas de governo, por meio de contratos, com pagamento por serviços prestados e convênios, contraprestação de serviços, que no SUS ainda persiste para alguns serviços até os dias atuais, sob o jargão de *pagamento por produção*¹⁹. Em função desse cenário, criou-se em 1977 o Sistema Nacional da Previdência Social, com a finalidade de reorganizar essa política setorial. Foram criadas diversas estruturas, dentre elas o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, com importante papel no controle e avaliação dos serviços.

No início da década de 80, eclodiu a crise anunciada da Previdência Social, sendo possível identificar três diferentes níveis de crise: financeira, ideológica e político-institucional. Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. Com isso o INAMPS assumiu o controle e a normalização da atenção médica, em detrimento do Ministério da Saúde, surgindo, então, o que persiste até os dias atuais: o controle e avaliação dos serviços de saúde. O CONASP trouxe para o sistema público uma visão mais racionalizadora, com a finalidade de cortar gastos; para tanto, propôs

amentos, introduziu novos mecanismos de auditoria e capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais¹⁹. Este processo regulatório na área da prestação de serviços públicos de saúde tinha um caráter meramente controlador de metas físicas e financeiras, desconsiderando a qualidade e a oportunidade dos serviços postos à disposição da população.

Paralelamente, e em consequência de todas essas dificuldades, foi surgindo um movimento portador de uma nova proposta de saúde, que ampliava seu conceito para além da ausência de doenças e que defendia a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Como resultado desse movimento, ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a promulgação da CF. Era um momento de lutas em defesa da reconstrução democrática e resgate da dívida social, acumulada há décadas, e com enormes desafios sanitários para o país^{19,20}. Em 1988 o SUS foi criado por meio da CF, que se configura na mais completa política pública inclusiva e maior conquista política e social que o país já pôde desfrutar no campo da saúde pública, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais, fundamentados na cidadania, fortemente orientado pela descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização das ações e dos serviços de saúde. O SUS surge com um conceito ampliado de saúde, cujo desafio principal é concebê-la como um projeto que a iguala com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida¹⁹.

O SUS e suas ações são definidos na CF como sendo de relevância pública, o que significa dizer que lhe é atribuído o poder de regulamentação, de fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da sua execução direta. As competências decorrentes da relevância pública envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços²⁴.

A macrorregulação da saúde no Brasil parte, então, da CF e das Leis Federais nºs. 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam o SUS. Assumindo que a macrorregulação se refere à definição de regras de funcionamento e à articulação de vários agentes com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-se dizer que a definição das regras de funcionamento do SUS constitui-se no marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil. Além de essas regras estarem definidas em seus fundamentos básicos

... não são contempladas nas diversas Normas Operacionais do Ministério da Saúde. Pode-se dizer, portanto, que esse arcabouço legal caracteriza o modelo de regulação estatal do SUS. A Lei 8.080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado. Essas características exigem do SUS, dentre outras, atribuições de controle e fiscalização comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

O Brasil possui um sistema dual, na medida em que o sistema público nacional convive com um sistema de saúde suplementar — privado. Portanto, paralelamente ao processo de implementação do SUS, ocorreu o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado da saúde, com definições e um redirecionamento das atribuições públicas, passando a enfatizar políticas voltadas para o mercado, que se expandia e se consolidava como o sistema privado, ou supletivo, de assistência à saúde²⁰. Apesar de a CF ter sido promulgada em 1988, apenas a partir de 1996 foi estabelecida uma política regulatória para o segmento privado da assistência no Brasil, o que foi feito de forma desarticulada com a regulação do sistema estatal. Essa regulação, que não é objeto deste estudo, tem as características da regulação de atividades de mercado, na perspectiva econômica que foca a regulação como uma forma de intervenção do Estado na economia, e tem como finalidade garantir os direitos dos consumidores privados, dado o interesse público envolvido na produção de serviços de saúde²³.

Com o processo de municipalização da saúde brasileira, iniciado efetivamente a partir de 1993, com a NOB/SUS/93, ampliada pela NOB/SUS/96, abriram-se, porém, novas perspectivas, embora houvesse contrapontos com os dispositivos constitucionais. Foi preciso, em 1993, a extinção dos INAMPS para que as diretrizes e princípios do SUS pudessem realmente ser implementados. Em consequência, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com um Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com a competência de proceder à avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial, realizada de forma descentralizada, com a atribuição de controle da execução dos serviços, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos e/ou detectar situações de risco técnico e administrativo; a avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e auditoria da

exercitados por pessoas físicas e jurídicas^{19,20,21,23}. Para a atuação e auditoria, em que pese seu importante papel de verificar as ilegalidades e irregularidades que eram abusivamente cometidas por grandes prestadores do segmento privado vinculado ao SUS, parecia ser mais importante impedir o prestador de serviços de transgredir do que induzir processos em defesa da garantia do acesso e da qualidade do atendimento à população usuária do SUS.

Assim, o SUS herdou uma rede de prestadores de saúde que representava um grande desafio para a assistência integral. Inquestionavelmente a efetivação da política pública de saúde depende da existência de uma rede prestadora de serviços, que vem se expandindo ao longo dos tempos em função das necessidades sociais. A rede prestadora privada de maior complexidade também vem sendo incrementada, com foco nos lucros, principalmente nos hiatos mais complexos e mais rentáveis deixados pelo setor público. A forte penetração dos interesses desses prestadores privados nas instituições governamentais do SUS garantiu que esses interesses fossem protegidos, e não se desenvolveu uma ação reguladora que garantisse a preservação do interesse público na compra de serviços. Este legado gerou, na atualidade, a necessidade de regulação governamental para publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função de garantir o acesso universal e a integralidade²³.

Num outro campo de análises, este rol de dificuldades histórico-explicativas da evolução do controle, avaliação e regulação, fortalecia o entendimento de que uma macrorregulação que estabelecesse claramente a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde deveria frequentar sistematicamente a agenda e os debates dos gestores do SUS. Na medida em que não houve uma articulação adequada entre os diferentes atores responsáveis pela gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, a operacionalização do SUS tal como vinha sendo tratada nos últimos instrumentos normativos, desencadeou uma nova norma — a NOAS, que trouxe no seu cerne o tema da regulação, que propunha implantar “sistemas de regulação” ou “complexos reguladores”. Esse esforço da NOAS/02, quanto à regulação assistencial, ganhou relevo, limitando-se à regulação da atenção à saúde, com forte ênfase na regulação do acesso, voltada para o cotidiano das necessidades do SUS. Em função dos diferentes pontos de vista dos gestores do SUS sobre a NOAS, permaneceram os acirrados debates em torno da forma como a operacionalização do SUS no dia a dia vinha sendo tratado desde a NOB/91, normativa e verticalizante, o que culminou com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Entretanto, sobre a regulação, o pacto

AS e amplia seu significado, sendo, inclusive, um dos de Gestão do Pacto Pela Saúde.

Atualmente, no Pacto de Gestão do SUS, uma das dimensões do Pacto pela Saúde, os gestores pactuam responsabilidades entre os entes federados, construindo alianças em torno de suas necessidades e em função de suas capacidades técnicas próprias, respeitando as peculiaridades de cada sistema locorregional, edificando diferentes possibilidades de arranjos institucionais em suas distintas instâncias de atuação no âmbito nacional e subnacional de governo, para a conformação do melhor desenho organizacional, regionalizado, para a prestação da atenção à saúde da população. Esse pacto firmado entre os gestores do SUS, a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite, que estimule critérios de equidade nas transferências financeiras fundo a fundo²⁵.

No que se refere aos avanços obtidos em relação à regulação no sistema público de saúde, consequentes do Pacto pela Saúde, e ressaltando que tanto o conceito como as práticas ainda careciam de amadurecimento, foi editada a Política Nacional de Regulação no ano de 2008, que se traduz no último regramento conceitual e operacional do SUS sobre o tema, cujo escopo conceitual será tratado mais adiante.

A polissemia conceitual sobre regulação tem-se apresentado, por vezes, de forma abrangente, sendo utilizada de forma articulada com o controle, avaliação, planejamento e, de certa forma, confundindo-se com a gestão²⁵; entretanto, também vem sendo aplicado num espaço mais micro, a que se denomina regulação assistencial ou de acesso. Esclarecer essa concepção, ou mesmo identificar as conexões entre esses processos macro e micro e suas atividades, faz-se importante na rotina operacional dos serviços, pois, por não raras vezes, observam-se confusão conceitual e, conseqüentemente, profundas discontinuidades e rupturas no cuidado dos beneficiários dos serviços. Mesmo com a descentralização da saúde, por meio da municipalização ou regionalização, não foi possível garantir a regulação do acesso à assistência, sob a qual ainda há reflexos das ações consubstanciadas no modelo anterior de saúde, ou seja, alto

zação das ações, das decisões e normatizações, ção por todo o país.

Na trajetória histórica da implantação do SUS, os anos 90 foram os mais críticos, quando o modelo proposto enfrentava o teste da realidade. O processo de regulamentação do SUS foi gerando efeitos sobre sua configuração institucional, ora confirmando e reforçando aspectos previstos, ora desvirtuando seu desenho original, muitas vezes apontando para mudanças importantes em sua lógica, vivendo momentos paradoxais na sua implementação²⁶, e, nesse mar de ondas turbulentas, também navegava a regulação, cheia de indefinições e crises de identidade, com reflexos hodiernos.

É importante ressaltar que o estudo da trajetória da política de saúde no Brasil evidencia os constrangimentos objetivos para a consolidação da macrorregulação legalmente estabelecida, porém, mais profundamente, da regulação do acesso, pois de algum modo as escolhas do passado se naturalizaram e conformaram a preferência por serviços não regulados, ou pouco regulados, tanto públicos como privados, que ainda continuam repercutindo no sistema na atualidade.

Esta breve retrospectiva histórica não expressa a trajetória da política de saúde no Brasil em sua completude, pois tem apenas a finalidade de localizar o controle, a avaliação e auditoria como precursores da regulação da atenção à saúde, ainda que essas funções persistam até os dias atuais, e enfatizar os efeitos institucionais da dependência de trajetória dessa política temática nestes vinte anos de SUS e sua repercussão político-institucional no momento atual do SUS.

Conceitos, concepções e dilemas conceituais

A revisão teórica para sustentar estas reflexões relacionou-se aos temas regulação assistencial e a integralidade. Para a integralidade há uma vasta publicação abordando seus diferentes matizes; entretanto, em relação à regulação do acesso, o mesmo não ocorre. As reflexões aqui propostas restringir-se-ão às dimensões já explicitadas na introdução deste artigo: a dimensão da atenção clínica especializada, dirigida a indivíduos, segundo as exigências de cada caso e em todos os níveis de complexidade²⁶.

Regulação

O conceito e a compreensão sobre a regulação estatal na saúde não tem sido uniforme.

regulação estatal na saúde apenas como o ato de normas, leis, decretos — macrorregulação. Outras consideram regulação em saúde apenas o conjunto de ações mediatas que se inter põem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas enquanto fluxos, protocolos assistenciais, centrais de internações, centrais de consultas e exames, e outras, além dos processos de trabalho correspondentes — microrregulação. Há, ainda, os que entendem a regulação do acesso apenas como o cumprimento das regras gerais estabelecidas na macrorregulação²⁷. Em função desses diferentes pontos de vista, serão abordadas, em grandes linhas, as dimensões da regulação tratadas pelos principais autores no Brasil e pela Política Nacional de Regulação.

Analisando de uma perspectiva mais abrangente, as funções dos sistemas de serviços de saúde podem ser agrupadas em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde²⁸. A macrofunção de regulação dos Sistemas de Serviços de Saúde está sujeita a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica. A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as *regras do jogo* desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas e necessidades da população²⁸.

Ao se descrever a regulação em sistemas públicos de saúde, tem-se utilizado um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando a regulação relacionada a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, nos quais o Estado é tanto o proprietário quanto o gestor, e o sistema público é responsável pelo financiamento e pela produção da assistência^{28,29}. A regulação em sua dimensão da micropolítica — microrregulação — é definida como sendo a utilização de diferentes técnicas voltadas para a busca do equilíbrio entre a oferta e a demanda, com o objetivo de alcançar a eficiência e a integralidade na atenção, com equidade²⁹, tendo o financiamento dessas ações como pano de fundo para agregar valor à gestão do SUS. Esse conceito de microrregulação, ou regulação do acesso, pode ser ampliado, ao reafirmá-la com sendo uma ação mediata, que consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas da população, operacionalizando seu acesso aos serviços, e que, além disto, implica a avaliação do que foi planejado nos diversos recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma

A atividade de regulação das ações e serviços de saúde tem como princípio o caráter de relevância pública, a supremacia do interesse público sobre o interesse particular e a complementaridade da participação do setor privado no SUS, como bem ampara a CF. Assim, então, incumbe ao Poder Público estabelecer as normas e os padrões de funcionamento e qualidade para as estruturas de produção de bens e serviços e os produtos que interessem à saúde³⁰. Complementando este conceito, pode-se afirmar que a regulação em saúde é constitutiva do campo da prestação de serviços e que tem sua importância dada exatamente pelo modelo de prestação de serviços adotado pelo Brasil ao longo do tempo¹⁶ e, conseqüentemente, pela forma como a demanda e a oferta são consideradas.

Ao SUS, por meio das diferentes instâncias e órgãos de saúde pública, compete o desenvolvimento de instrumentos e metodologias que contribuam para a concretização de suas diretrizes e seus princípios. Nesse sentido, a regulação ganha relevância enquanto possibilidade concreta para a viabilização do acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços assistenciais, necessários para a solução de seus problemas e que são prestados pela rede pública e privada; portanto, o primeiro pressuposto da regulação é a definição clara da rede a ser regulada.

O recente debate sobre regulação do acesso no âmbito da saúde foi inscrito na NOAS/SUS/02, editada com o objetivo de desenhar e organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de *atomização do SUS* em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização, com modificações importantes em relação às normas anteriores³¹. Dessa perspectiva, é importante ressaltar a regionalização como estratégia para conformar uma rede de atenção especializada, intermunicipal, funcional e resolutiva, que faz exigências à localização e perfilização dos diferentes serviços em função de sua vocação assistencial, conseqüente à organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como a implantação de instrumentos e adoção de estratégias para intermediar o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de *regulação assistencial*, em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de vagas e leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB/SUS/93.

Com isto, o que se verifica é que a partir de então a regulação assistencial é incorporada e passa a ser objeto de debates constantes na arena política do SUS e, nesse sentido,

uma relação concreta entre a demanda e a oferta, sendo a disponibilização da melhor e mais adequada opção assistencial para atender a determinada demanda do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem diferentes unidades de trabalho³¹. Nesta perspectiva, a regulação assistencial encontra-se repartida tematicamente em regulação das urgências e emergências, regulação do acesso às internações e aos leitos hospitalares para o controle da disponibilidade, acessibilidade e utilização desses leitos, de consultas especializadas, de exames para apoio diagnóstico, de tratamentos fora dos domicílios, de transplantes de órgãos e a medicamentos especiais, dentre outros de igual importância.

Desse ponto de vista entende-se que, numa perspectiva mais restrita, a microrregulação ou regulação assistencial traduz o cotidiano do sistema, de cunho mais operacional na micropolítica, em observância às regras gerais estabelecidas na macrorregulação¹⁶. Esta idéia é complementada ao afirmar-se que, em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema, por meio das ações regulatórias⁴.

Todas estas ações de regulação do acesso compõem os complexos reguladores, que são estruturas que devem atuar intermediando a relação entre os vários serviços, conformando uma rede de atenção, determinando o fluxo dos usuários no sistema e gerando um canal de comunicação aberto junto à população, e, por meio deles, as demandas por tecnologias biomédicas são recebidas, avaliadas e classificadas segundo o risco — equidade — e a resposta fornecida oportunamente, de acordo com as necessidades de cada situação singular, com o conseqüente acompanhamento da solução para o alcance do êxito final da intervenção. Entende-se que os complexos reguladores são macroestruturas que agregam todas essas ações da regulação do acesso à assistência, de modo articulado e integrado, gerenciando adequadamente a demanda e a oferta dos serviços disponíveis, sempre levando em conta o risco e avaliando as necessidades reais em saúde. Essas estruturas permitem a integração dos dispositivos de regulação do acesso, como as centrais operacionais de regulação e suas unidades de trabalho, os protocolos integrados, que associam a clínica com os fluxos operacionais, com outras ações necessárias à atenção à saúde como: cadastramento de estabelecimentos, prestadores e usuários, contratualização da rede complementar, controle e avaliação, auditoria clínica, bem como com outras funções de gestão, como o

assistencial — Programação Pactuada e Integrada — próprios de um processo de regionalização. Essas possibilidades que permitem os complexos reguladores na organização das ações assistenciais são da maior importância no sentido da garantia da integralidade das ações de saúde, e, para tanto, deve ser dotada de inteligência regulatória, que pressupõe o estabelecimento, a adesão e o uso de protocolos que regem essa relação *demanda e oferta*, por meio de profissionais médicos devidamente qualificados, e que foge da cronologia das filas espectantes, operando sempre em função dos princípios da equidade assistencial, ou seja, classificando o risco³².

Tais assertivas delimitam claramente a ambiência da regulação assistencial para garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e às tecnologias biomédicas no momento atual do SUS, ou seja, por atuar sobre a oferta dos serviços, a regulação deve ser entendida como a capacidade de intervir nesse processo de prestação de serviços, portanto, sobre a rede de prestadores, orientando sua execução, por meio de mecanismos indutores, normalizadores e regulamentadores.

Este cenário leva a diferentes arranjos institucionais e organizacionais, consequentes dos diferentes interesses representados, que colocam, numa mesma arena política, de um lado os gestores da saúde, a quem cabe zelar pela vida como um valor, e os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado direto ao cidadão; e de outro lado, os prestadores de serviços, que têm enquanto valor os lucros financeiros com a doença e com os doentes. Por isto, a regulação vem assumindo a centralidade nos debates e nas ações do SUS, ao lado do financiamento e da integralidade, o que levou o MS a editar a Política Nacional de Regulação do SUS, em 2008, enquanto regulamentação consequente ao Pacto pela Saúde^{18,33}, buscando superar estas deficiências, partindo dos conceitos, práticas e finalidades restritivas *inampianas* de *controle, avaliação e auditoria*, para chegar ao conceito de regulação como ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto a regulamentação, a fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde³². Essa Política de Regulação propõe a reformulação dos conceitos existentes para ser entendida como uma ação sobre sistemas de saúde — Regulação sobre Sistemas — sobre a produção direta das ações de saúde — Regulação da Atenção à Saúde — e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde — Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial^{31,32}. Portanto, propõe uma nova relação com a rede de prestadores de serviços, onde as ações de regulamentação e regulação sirvam, de fato, como ações mediatas, oportunas e

atenção à saúde, que efetivem a universalidade e equidade e a integralidade do cuidado, enfim, ações meio que ajudem a criar as condições objetivas para uma atenção à saúde, pautada pelas demandas, necessidades e direitos dos usuários.

Sem receio de erro, pode-se afirmar que o significado de regular em saúde, com seus desdobramentos, transita entre o saber técnico-político-administrativo e o saber leigo, com suas consonâncias e dissonâncias conceituais²⁶.

Em função dessa diversidade conceitual e de apreensão desses conceitos, como forma de discriminar os campos de atuação da regulação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, a recente reformulação dos conceitos de regulação na saúde pública do Brasil, por meio do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Regulação, passa por três dimensões: a regulação sobre sistemas, a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso ou assistencial, adiante detalhadas.

Regulação dos Sistemas de Saúde

A regulação sobre os sistemas de saúde comporta ações de regulamentação geral, estabelecendo as regras do gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, os produtores de bens e serviços em saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar; do gestor estadual sobre os sistemas municipais e os produtores de bens e serviços em saúde; e do gestor municipal sobre os produtores de bens e serviços em saúde, bem como a autorregulação de cada esfera de gestão sobre seus próprios serviços^{18,31}. Essa conceituação encontra alguma resistência dos gestores do SUS, pois leva à interpretação de que um ente federado tem ascensão sobre outro, e nenhum deles pode ou deve ferir a autonomia do outro similar, pois toda e qualquer regulamentação e ações regulatórias do sistema devem dar-se de forma negociada e pactuada.

A regulação sobre sistemas compreende as seguintes ações: regulamentação geral (por meio de leis, decretos, portarias, instruções de serviços), planejamento, financiamento e fiscalização do sistema de saúde, monitoramento, controle sobre sistemas, avaliação dos sistemas, macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde, auditoria assistencial ou clínica, controle social e ouvidoria, corregedoria, vigilância sanitária e epidemiológica, avaliação e incorporação tecnológica em saúde e ações integradas com outras instâncias de controle público, bem como a regulação da saúde suplementar³².

úde

tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem: cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde, cadastramento de usuários, contratualização de serviços de saúde, credenciamento e habilitação de estabelecimentos para a prestação de serviços de saúde, macrodiretrizes para a regulação do acesso à assistência, elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais, processamento e monitoramento da produção de serviços ambulatorial e hospitalar, programação assistencial utilizando a Programação Pactuada e Integrada como meio para viabilizá-la, avaliação de desempenho dos serviços de saúde, avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde, utilização dos sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso, bem como o controle da atenção à saúde^{31,32}.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial

Espera-se que, num sistema de serviços de saúde, a maioria das necessidades da população deva ser atendida e resolvida na atenção básica, e que os problemas de saúde que não possam ser resolvidos nesse nível de atenção sejam encaminhados para resolução em outros níveis, como os ambulatoriais especializados e hospitalares de urgência e emergências etc., necessitando, para tanto, de fluxos assistenciais e de informações bem estabelecidos entre os distintos sistemas de saúde e de serviços, oferecendo, cada um desses serviços, um conjunto de tecnologias biomédicas e apresentando um conjunto de distintos procedimentos capazes de proporcionar êxito terapêutico.

Sob essa perspectiva, conceitua-se a regulação assistencial como sendo um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Configura-se em acordo com os objetivos postos pela atenção à saúde, pode promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar redução de custos, privilegiar acesso a alguns serviços e dificultar a outros, segundo interesses tecnocientíficos. Por outro lado, por estar inscrita entre as diretrizes operacionais do SUS, deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a se adequar à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos

sortuna e humana, bem como eficiente e eficaz^{27,31,32}.

Cada uma dessas definições citadas traz o significado de regulação e, num esforço de síntese, pode ser compreendida enquanto meios e ações para a garantia do direito constitucional da integralidade, de forma equânime, com qualidade no atendimento, amparada em protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados, incidindo sobre a rede de prestadores de serviços para garantir o acesso da população aos níveis secundário e terciário da assistência clínica individual.

Uma vez conceituada, pode-se afirmar que a missão da regulação assistencial envolve a difícil tarefa de conciliar os diferentes interesses representados, sem nunca perder de vista a garantia do acesso e a qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS, tendo o arbítrio de intervir na qualidade desses serviços e suas ações, com cuidadosa observância dos recursos financeiros, visto que, além de agregar valor à atenção prestada aos cidadãos, também compete à regulação agregar valor aos processos de trabalho e práticas da gestão do SUS.

Nesta perspectiva, a regulação do acesso tem como pressupostos: respeito e o favorecimento do direito dos usuários; a combinação de estratégias cooperativas e coercitivas para a garantia do acesso; conduta responsável dos reguladores e dos regulados; interface com as demais funções da gestão para gerar soluções compartilhadas; transparência no processo decisório e participação da sociedade, por meio das instâncias que os representam ou diretamente, promovendo críticas construtivas, sugestões, reclamações e até mesmo denúncias.

A Política Nacional de Regulação do SUS aponta como objetos da regulação assistencial a programação, a organização, o controle, o gerenciamento, a priorização do acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do sistema. Como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, os prestadores de serviços, e aqueles que justificam sua razão de ser – os cidadãos. Como *locus* operacional, o Complexo Regulador e suas centrais de regulação e unidades de trabalho. Essa política tem relação direta com o princípio da resolubilidade, uma vez que o sistema de saúde deve ser composto por uma rede de ações e serviços organizados de tal forma que, se uma determinada unidade da rede não dispuser de condições para atender às necessidades do usuário, saiba-se exatamente para onde referenciá-lo, viabilizar o acesso aos serviços mais complexos, ter resposta satisfatória ao atendimento demandado e reencaminhá-lo de volta para a equipe de atenção primária à qual esteja vinculado — sistema de referência e contrarreferência.

a regulação do acesso: observar as regras inerentes à pré-hospitalar e hospitalar às urgências e emergências; regulação do acesso às internações e aos leitos disponíveis e os recursos vinculados; os agendamentos de consultas, exames e procedimentos especializados; normatização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e referências intermunicipais e interestaduais previamente pactuados.

Seus principais objetivos são: qualificar os encaminhamentos da população aos diferentes serviços de saúde; realizar a gestão da clínica, classificando as necessidades clínicas do usuário; esgotar e racionalizar todas as alternativas propedêuticas em cada nível de complexidade do sistema de serviços de saúde; estabelecer fluxos assistenciais na perspectiva de rede de serviços funcionais e resolutivas; e garantir o acesso do usuário à tecnologia assistencial adequada as suas necessidades no momento oportuno, entendendo-se por oportuno a disponibilidade da melhor opção assistencial demandada, na hora certa, segundo a classificação do risco, no lugar certo, na quantidade necessária, de forma humanizada e qualificada.

Para finalizar, é importante salientar que a regulação é um instrumento essencial para salvaguardar o direito inequívoco de todos os cidadãos a um sistema de saúde mais justo, solidário e equitativo. Compete a ela, portanto, evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu aparecimento através de uma intervenção que defenda expressamente o direito à vida, cabendo-lhe, também, realçar as não conformidades, sempre amparada em protocolos clínicos e submissão da prática médica às evidências e consensos científicos. Deve estar articulada com a gestão da clínica e de patologias, com vistas a verificar a necessidade de disponibilização de um conjunto de ações e serviços dirigidos aos problemas mais frequentes da população.

Integralidade

A integralidade, como princípio e diretriz geral para organização do sistema público de saúde e suas práticas, apesar de estar pautada nos debates desde o final dos anos 70 do Século XX, ainda é uma possibilidade que impõe desafios de várias ordens de dificuldades para que possa vir a ser alcançada no Brasil, minimamente no que for passível e possível de ser viabilizado pelo setor saúde. Talvez, dentre os princípios do SUS, a integralidade seja o que há de menos visível na trajetória do sistema e de suas

F em 1988.

Na realidade, a questão da atenção integral aparece com vigor nos debates desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, reunida em Alma-Ata, em 1978. A partir de então, o tema vem sendo discutido e incluído como diretriz nos documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde³³ e dos países signatários. Nesse sentido, a própria Declaração de Alma-Ata explicita que os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidades³³. Esses cuidados expressam a necessidade de ação conjunta de todos os governantes e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, com a finalidade de propiciar um ambiente de justiça social. A Declaração estabeleceu como meta a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, a partir da APS, como primeiro nível de contato do cidadão com os serviços de saúde, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção, para alcançar os níveis secundário e terciário, necessários para a qualidade da atenção à saúde^{33,34}, traduzindo-se como o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando-se uma ética em busca da justiça social³⁵.

A já referida polissemia da integralidade admite, portanto, várias significações. Essa polissemia se deve ao fato de a integralidade abranger questões relativas ao biológico, ao ambiente e ao social, as características físicas, mentais e sociais, a integração entre a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a atuação sobre os riscos e a assistência curativa ou assistência clínica individual, bem como o autocuidado dos indivíduos, as famílias e as coletividades.

Com vistas a situar o campo dessas reflexões, ressalta-se que há duas dimensões referidas à integralidade. Uma num plano mais macro, que comporta o conjunto de políticas temáticas, ações e serviços que são ofertados pelos sistemas públicos aos cidadãos, e a dimensão mais micro, circunscrita ao setor saúde, entendida como a articulação entre as ações promocionais, preventivas e assistenciais³⁶. O direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade, enquanto um princípio constitucional, tais como: expressão de “um atributo das boas práticas de saúde”; expressão de “um modo de organizar os serviços”; expressão de “um atributo das políticas de saúde específicas³⁷.

Outra dimensão da integralidade é ser pensada enquanto um princípio educativo, no qual

ações públicas de participação e controle social — Ministério Público — aumenta a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir relevante aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde³⁸.

De um modo geral, a integralidade está orientada para a superação da histórica dicotomia entre ações coletivas, para promoção da saúde e prevenção de doenças, e as curativas, para a atuação em outras áreas além da assistência clínica individual, extrapolando, inclusive, os muros do setor saúde e suas especificidades, para uma ação conjunta com as demais políticas públicas, caracterizando a necessidade de ações intersetoriais para uma abordagem integral do indivíduo e das famílias. A integralidade pressupõe a idéia de conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e a interdependência de serviços para sua garantia. Agir segundo este conceito implica a idéia de garantir a integralidade na atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal^{22,39,40,41,42}.

A integralidade também pode ser considerada a partir de uma taxonomia de necessidades de saúde centrada em quatro conjuntos, quais sejam: boas condições de vida, decorrente dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; vínculos (a) efetivos entre cada usuário e equipe/profissional de saúde e graus crescentes de autonomia no modo de andar a vida⁴³.

Vale destacar a integralidade, enquanto um dos princípios da Estratégia Saúde da Família, e que a APS, desse ponto de vista, representa uma prática de foco individual e coletivo, que permite o alcance do cuidado integral, na medida em que é o nível de atenção que otimiza e racionaliza os recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. A prática da integralidade só é possível mediante a presença das características únicas da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Vale destacar que a APS é desencadeada essencialmente pelos indivíduos, enquanto o seu acesso à atenção secundária e terciária é, via de regra, desencadeado pelos profissionais de atenção à saúde. Fica então caracterizada a interdependência destes três níveis de atenção na provisão dos serviços, a partir da APS⁴⁴. Nesta mesma linha de argumentação, em relação à integralidade na Atenção Primária, o impacto da ESF sobre algumas das dimensões organizativas do SUS passou

...dida em que houve necessidade de se integrar a rede
...a e terciária quando a Estratégia Saúde da Família
passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolubilidade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado⁴⁵.

A partir dessas perspectivas de âmbito mais geral, complementares entre si, a integralidade pode ser entendida como a garantia, por meio de sistemas públicos universais, do livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde. Em contraposição a esta percepção, um conceito de integralidade menos clássico e mais atual diz que os serviços ofertados aos cidadãos devem ser definidos por critérios de necessidade, efetividade e aceitabilidade social, denominada *integralidade regulada*, que se impõe e se expressará na definição e oferta a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutidos com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população. Assim, o SUS deve ofertar a todos os brasileiros um conjunto de serviços, sanitária e socialmente necessários⁴⁶.

Diante dessa nova perspectiva, a integralidade, para o Movimento Sanitário Brasileiro, pressupunha tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse conceito era inerente a um novo modo de fazer saúde, com sérias críticas ao modelo hegemônico vigente, no período pré-constitucional, de pensar e fazer acontecer a integralidade. O modelo vigente à época defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações gerais e de UTI, em equipamentos, materiais e medicamentos. A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependentes de novos especialistas, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. O capital, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo integralidade, dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, deveriam ser dispensados a todos⁴⁷.

As visões mais influentes sobre o tema afirmam que os sistemas de serviços de saúde não devem nem podem ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis, mas, sim, àqueles que deles necessitem; entretanto, este novo conceito rejeita o racionamento de serviços de saúde, técnica e socialmente necessários para a população. Também vale ressaltar que duas dimensões se tornam absolutamente

integralidade: a dimensão da *integralidade vertical*^{5,46,47}, que significa não fragmentar a atenção em aparelhos, órgãos ou patologias, devendo-se incorporar na atenção aos cidadãos também um olhar sobre as questões da subjetividade e do contexto social; não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado contexto ambiental e social, ou seja, um olhar holístico sobre os sujeitos; e a dimensão da *integralidade horizontal*^{5,46,47}, do ponto de vista do sistema de saúde, que significa dizer que a integralidade é constitutiva de uma rede de serviços — redes assistenciais — que seja capaz de proporcionar atenção ao longo do tempo, configurando-se numa rede de cuidados aos usuários nos vários níveis tecnológicos existentes no SUS, e que se dê em todos os serviços e de forma contínua. Estas duas dimensões, articuladas entre si, levariam ao que se define como *integralidade necessária*⁵. Isto implica dizer que, para prover esses serviços, permanentemente, há que se pautar a disponibilidade de serviços assistenciais ao usuário em critérios estabelecidos em protocolos de regulação, que respaldem o acesso de acordo com as reais necessidades evidenciadas cientificamente.

Em síntese, pode-se afirmar que a integralidade os três campos da atenção: prevenção, promoção e assistência clínica individual; nos três níveis de atenção — primária, secundária e terciária ambulatorial especializada e hospitalar — estes configurando a hierarquização vertical da integralidade; ações intersetoriais com as demais políticas públicas, na perspectiva da horizontalização das diversas ações e dos serviços. O grande desafio da integralidade é a substituição do conceito clássico, verticalizante, ainda dominante, por um mais justo, técnico e socialmente: a *integralidade necessária horizontalizada* entre os diferentes serviços e níveis de atenção.

Enfim, em se tratando do tema da integralidade, pode-se depreender das diversas reflexões a dificuldade inerente a sua apreensão conceitual e sua operacionalização. Neste sentido, ainda que sua conceituação aponte para a dimensão da organização da assistência, a integralidade permanece como um objetivo de difícil consecução^{34,48}. Não se deve buscar, portanto, um conceito específico e fechado de integralidade, mas, sim, alguns sentidos referentes às práticas em saúde que busquem a atenção integral, pois a integralidade é mais um processo de construção social do que métodos e técnicas bem elaborados. Nesta perspectiva, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo⁴⁹.

Desse ponto de vista, a integralidade vem representando um dos maiores desafios atuais do SUS, pois implica desenvolvê-la nos diferentes ciclos de vida, nas diversas fases da

o cuidar e no relacionamento do profissional de saúde e o meio onde vivem e trabalham. Por isso, pode ser vista como imagem-objeto e bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de saúde e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho para a garantia do acesso da população a serviços resolutivos e qualificados, considerando a subjetividade do projeto de felicidade de cada um dos sujeitos que demandam ações assistenciais.

Interface entre a regulação do acesso e a integralidade

Nesta reflexão a integralidade está sendo observada apenas na dimensão do setor da saúde pública e mais especificamente da assistência clínica, entendida como um conjunto de recursos, tecnologias assistenciais e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, ofertados nos níveis secundário e terciário da atenção para cura, controle e reabilitação, proporcionados individualmente, e sua relação com a regulação assistencial para a garantia de acesso da população a essas tecnologias, considerando que a integralidade, quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço com o objetivo de avançar na conquista de mais integralidade no plano concreto de um sistema de saúde. Importa, também, refletir sobre a relação entre integralidade e os modos de organização da regulação do acesso à rede de serviços de saúde. Dessa perspectiva é importante ressaltar que um dos elementos constitutivos da atenção integral é a regulação pública, num ambiente de forte predomínio e dependência do setor privado complementar ao SUS⁵.

Reportando uma vez mais à CF, o SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção integral à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando expostos a qualquer tipo de doença ou agravo⁵⁰. Tendo este eixo como objeto e referência, a regulação assistencial, então, ganha contornos absolutamente essenciais quando esses recursos assistenciais, de média e alta complexidade, estão indisponíveis ou insuficientes nos sistemas de saúde para os tratamentos especializados. Neste cenário de restrições, como garantir o acesso integral dos usuários ao(s) recurso(s) assistencial(ais) de que necessitar(em)? E, ao contrário, num cenário de excedente de oferta, como garantir que o usuário terá acesso apenas àquele recurso de que realmente necessite e que não fará uso indiscriminado de tecnologias clinicamente inoportunas? Neste momento decisivo, a

er-se presente, valendo-se da medicina baseada em
ficação de risco, para orientar a definição da atenção à
saúde por um ou por outro usuário, segundo sua prioridade/quadro clínico, a chamada
integralidade regulada^{46,47}, não para limitar direitos, mas para garantir direitos menos
contaminados pelo não científico e induzir o sistema e seus reguladores a terem a
coragem de constranger o acesso num cenário de oferta excessiva de um determinado
recurso assistencial. Sabe-se, entretanto, que não é esta a regra na realidade brasileira.

A regulação assistencial tem como premissa viabilizar a integralidade no cuidado,
enquanto orientadora para a organização sistêmica dos serviços de saúde, e é um
instrumento essencial para evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu
aparecimento, por meio de uma intervenção serena, mas determinada, em defesa do
cidadão.

A busca da integralidade na assistência clínica assumiu contornos tão críticos que a
NOAS/SUS/02 promoveu, sob forte oposição, a separação da assistência dos demais
campos da atenção, introduzindo como objetivo a implantação de redes assistenciais, de
forma a se constituírem *sistemas funcionais e resolutivos*³¹, tendo como pano de fundo a
integralidade do cuidado. Nesse sentido, a regionalização, fortalecida
metodologicamente pela norma, tornou ainda mais evidente a insuficiência de recursos
assistenciais, principalmente os de média complexidade ambulatorial, comprometendo
fortemente a integralidade assistencial, emergindo a necessidade de organização e
sistematização de mecanismos e ações regulatórias, para viabilizar o acesso à
assistência àqueles usuários que efetivamente necessitarem.

Entre esses meios encontra-se a programação assistencial — PPI, que representa um
processo de planejamento, elaborada prospectivamente para coletivos, principalmente
por meio de parametrizações que sugerem índices de cobertura populacional, enquanto
que a regulação assistencial é dirigida para indivíduos, pois nem todos os cidadãos
necessitam de todas as tecnologias ao mesmo tempo. O planejamento generaliza a
necessidade das ações e recursos assistenciais para grupos populacionais específicos
ou para o conjunto dessa população enquanto a regulação assistencial individualiza as
necessidades. Portanto, considerando que o processo de adoecimento acomete o
indivíduo e que este requer e demanda atendimento individual pelos serviços de saúde,
ora sendo atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis
secundário e terciário da assistência, a regulação do acesso entra nesse processo de
saúde-doença como uma ação mediadora capaz de viabilizar a atenção integral ao

de às necessidades demandadas, contribuindo para a
doença ou agravamento. Nesta perspectiva, a personalização
do atendimento deve ser considerada, pois cada caso é um caso *singular* e exige um
projeto terapêutico *singular*⁵¹.

Foi a partir do fortalecimento da regionalização proposta pela NOAS/SUS/02, que a
regulação, principalmente a regulação do acesso, ganhou importância nos debates e na
organização do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência, como meio de
integrar os serviços em rede e estas propiciarem o seguimento do usuário em toda a sua
trajetória no sistema, de tal forma que a integralidade no atendimento clínico individual se
completasse.

Considerando que a organização da atenção à saúde em redes assistenciais deve estar
orientada pela e para a APS, é necessário que se verifique nas diferentes esferas de
governo se o componente assistencial clínico demandado nos diferentes níveis de
atenção vem sendo efetivamente realizado, com a intervenção direta da regulação do
acesso como mediadora do acesso dos indivíduos às tecnologias biomédicas. Ainda que
possa parecer reducionista, esta consideração encontra amparo no fato de a assistência
individual nos níveis de especialidades e o apoio diagnóstico e terapêutico de média e
alta complexidade serem pontos importantes de estrangulamento no acesso da
população aos serviços de saúde, gerando a denominada *demanda reprimida*, o que leva
à manutenção do atendimento fragmentado e incompleto aos pacientes, ferindo
frontalmente o princípio da atenção integral.

Por tudo isto, um dos grandes desafios do SUS diz respeito ao conceito de saúde com o
qual se quer trabalhar, pois o desenho organizativo das ações e serviços de saúde está
na dependência direta desse conceito, e organizar este sistema complexo transcende,
inclusive, os muros do setor saúde, para encontrar sua completude nas demais políticas
públicas.

Neste sentido, é preciso pensar a integralidade como eixo estruturante, portanto
orientador, da organização dos sistemas e serviços de saúde e como um caminho para a
consolidação do SUS. A integralidade, nos limites do setor saúde, tem lançado grandes
desafios nas concepções dos modelos organizativos de atenção à saúde, que estimulem
novas formas de pensar e agir em saúde, e que situe o usuário no centro das atenções.

Como consequência, que desenho se dará à regulação do acesso e quais os limites da
intervenção da regulação em saúde? Estas questões são de vital importância pela falta

sobre esta política temática, complexa e de difícil acesso para diferentes sujeitos. A regulação do acesso é dirigida para a rede de prestadores de serviços de saúde, próprios e complementares, e ela nem sempre ocorre com tranquilidade, pois a regulação mexe com os interesses das diferentes representações, o que leva a resistências, embates, disputas, tensões de toda natureza, pois os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas.

Deve-se questionar constantemente se a regulação do acesso às tecnologias biomédicas, cada vez mais diversificadas e especializadas, estaria respondendo a essa diversidade; se o juízo dos médicos reguladores requeridos para a tomada de decisões da assistência pretendida tem sido oportuno e qualificado; se, ao contrário, a negação do acesso a essas tecnologias guarda coerência argumentativo-científica; se a regulação do acesso vem construindo mediações na aplicação da tecnologia da assistência à saúde; e se as respostas têm sido favoráveis à construção de um sistema de atenção social eticamente mais justo, bem como por uma racionalidade sistêmica, sem prejuízos para a ampliação do êxito instrumental.

Outra questão importante a se considerar é se a disponibilidade das tecnologias biomédicas vem sendo orientada por um horizonte normativo, de caráter restrito e restritivo, em relação ao que se quer entender como respostas oportunas e qualificadas. Reconhecendo a importância da ação, outro aspecto que merece atenção refere-se à avaliação da regulação do acesso enquanto ação meio capaz de contribuir para a (re)organização dos serviços e aos (re)arranjos tecnológicos para essas respostas sanitárias, numa perspectiva reconstrutiva da política de saúde. Também há que se considerar se a regulação assistencial vem construindo respostas favoráveis à ampliação da integralidade, seja no campo individual, seja para coletivos, ao nortear e mediar a relação entre os sujeitos, a rede de prestadores de serviços e os profissionais demandantes dessas tecnologias biomédicas. Isto equivale a dizer que é preciso fundamentar a estruturação da regulação do acesso sobre um consistente diagnóstico de necessidades em saúde, portanto na lógica das reais necessidades da população e não apenas em função de conjecturas baseadas em parâmetros assistenciais.

Importa, também, salientar que se deve observar, na rotina operacional dos serviços de regulação do acesso, se ocorrem superposições de competências entre as diferentes esferas da gestão da saúde, principalmente entre Estado e municípios, o que pode gerar tensões, conflitos, constrangimentos, incompreensões, irracionalidade nos gastos públicos com saúde, o que demandaria um enorme esforço de ajustes.

complexidade da função e das ações regulatórias e sua contribuição para a atenção integral, pode-se depreender, pela revisão da literatura realizada, que o processo de regulação na saúde pública ainda é incipiente no Brasil. Portanto, em tempo de francos debates para sua implantação e expansão, faz-se necessário entender a natureza dessa regulação, seus limites, constrangimentos e também seus avanços, bem como a que modelo organizativo essa regulação vem respondendo, até para que sua implementação ocorra já com correções de rumo, pelas contribuições daqueles estados e municípios que estão tendo êxito em suas iniciativas de organizar esta política temática do SUS.

A regulação da atenção à saúde veio instrumentalizar a gestão para garantir o acesso da população às tecnologias assistenciais necessárias, bem como incentivar uma nova cultura organizacional, imputando aos gestores, prestadores e profissionais de saúde um maior grau de envolvimento, responsabilidade e solidariedade, subordinando os interesses privados aos interesses da sociedade.

É tendo em mente a dinâmica e a complexidade das ações inerentes à regulação e considerando a pouca acumulação conceitual e a escassez de publicações sobre a regulação assistencial no sistema de saúde pública, que há uma série de aspectos que carecem ser revisitados para que os avanços conceituais já alcançados sejam ampliados e que se efetivem em transformações na prática dos serviços, com maior eficiência e eficácia, precisão e segurança dessas intervenções, sem nunca se desviar das diretrizes e princípios do SUS, principalmente a integralidade, resolutividade e equidade.

Na perspectiva de reforçar o que foi amplamente abordado neste artigo, pode-se afirmar que persiste, ainda, nos dias atuais uma distância muito grande entre o cotidiano das ações de saúde e o sistema de saúde estatal presente na CF, pois sua operacionalização ainda é permeada por conflitos, contradições, consensos e dissensos, em face das complexas e contraditórias realidades, longe do ideal de igualdade preconizado pelo SUS enquanto princípio, que fatalmente tem rebatimento na atenção que é prestada ao cidadão usuário do SUS.

Exercitar a integralidade necessária e regulada ainda é uma imagem-objetivo do SUS que certamente requer profundas reflexões acerca de qual o modelo tecnoassistencial mais afinado com seus princípios e diretrizes.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4

,

5

6

6.

4,5,

7

,

8

7.

8

3

6,7,8,

9,10,11,12

,13

14

14,15

16

22,19,20,21,

22

19,20,21,

23.

21

19

19

19,20

19

24.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

23

19,20,21

,23.

23

25

25

26

26

27

28

28

28,

29

29

4

30

16

31

31

16

4

32

18,

33

32

31,32

26

18,31



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

31,32

27,31,32

33

33

33,

34

35

36

37

38

22,

39,40,41,

42,

43

44

45

46

47

5,46,47

5,46,47

5

34,

48

49

5

50

46,47

31



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- ¹ Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127-40.
- ² Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 1955; 36: 1-10.
- ³ Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Coleção Clássicos para integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p.
- ⁴ Magalhães JR HM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).
- ⁵ Magalhães JR HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. [dissertação] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. São Paulo: Campinas.
- ⁶ Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.* Botucatu. Jan./jun; 2006. p. 26-27.
- ⁷ Brasil. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
- ⁹ Sallum JR B. Transição política e crise do Estado. In: Sola L, Paulani L. (Org.). *Lições da Década de 80.* São Paulo: EDUSP; Genebra: UNRISD, 1995. p. 137-172.
- ¹⁰ Trebat TJ. *Brazil's State-Owned enterprises: a case study of the State as entrepreneur.* Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- ¹¹ Wahrlich B. Controle político das empresas estatais federais no Brasil: uma contribuição de seu estudo: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 5-37; 1980.
- ¹² Fiori JL. Análise política do tempo conjuntural. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-14; 1991.
- ¹³ Weffort F. *Qual democracia?* São Paulo: Cia. das Letras, 1992.
- ¹⁴ Labra ME. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. *RASSP - Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, 2 (1): p. 4; 1999. 14 pag.
- ¹⁵ Hollingsworth R, Hage J, Hanneman R. *State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890-1979.* Ithaca and London: Cornell University Press; 1990.
- ¹⁶ Draibe S. *Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas de industrialização no Brasil, 1930-1960.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- ¹⁷ Campello MCS. *Estado e partidos políticos no Brasil - 1930 a 1964.* 2. Ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1983.
- ¹⁸ Sola L, Kugelmas E. *Statecraft, instabilidade econômica e incerteza política*, In: Diniz, E (Org.). *O desafio da democracia na América Latina: repensando as relações Estado/Sociedade.* Rio de Janeiro: IUPERJ/IPSA, 1996. p. 398-416.
- ¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal da Saúde: textos básicos.* Brasília; 2001. p. 286-304.
- ²⁰ Chioro A, Scaff A. *A implantação do Sistema Único de Saúde.* Saúde e Cidadania [S.l.:s.n.,19--].
- ²¹ Mendes EV. In Silva, JR AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva.* 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 81.
- ²² Franco TB.; Magalhães JR HM. *Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do cuidado.* In: Merhy EE et al. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano,* São Paulo: Unicamp/Hucitec; 2003. p. 125-134.

o da reforma sanitária: a formação de uma política. Escola
João Pinheiro. Belo Horizonte; Outubro 2005.

- ²⁴ Goulart FAA. *Distritalização e Responsabilidade Sanitária*. Brasília; 1991.
- ²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão*. Brasília, DF; 2006.
- ²⁶ Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. *Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS*. *Cogitare Enferm*; 2009 Abr/Jun; 14(2): 346-52.
- ²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação*. Versão Preliminar; 2005. [s.d.] Disponível em URL: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: jun. 2007.
- ²⁸ Mendes EV. *A regulação estatal do SUS*. In: *Seminário sobre Regulação do CONASS*. Brasília; agosto de 2005.
- ²⁹ Menicucci TMG. (Coord.) *Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais*. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Minas Gerais; 2005.
- ³⁰ Goulart FAA et. al. *Gestão Operacional em sistemas e Serviços de Saúde*. In: *Gestão em saúde – Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 45.
- ³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. *Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2. ed. Rev. Atual. Brasília. MS; 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
- ³² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008. *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*. DOU - 148 p. 48 SEÇ -1 de 4.8.08. Disponível em URL: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: set. 2008.
- ³³ World Health Organization. *Primary Health Care*. Genève: WHO; 1978.
- ³⁴ Assis MMA, Assis AA, Cerqueira EM. *Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões*. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 32, n. 2, maio/ago. p. 297, 2008. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2008.
- ³⁵ Cury IT. *Direito fundamental à saúde: Evolução, Normatização e Efetividade*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2005. p. 147.
- ³⁶ Mattos RA de. *Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde*. In: Pinheiro R, Mattos RA de (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2003. p. 45-58.
- ³⁷ Mattos, RA de. *Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade*. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009. 2 ed., p.87-88; 369-382.
- ³⁸ Machado FR, Pinheiro R, Guizardi FL. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Construção Social da Demanda. Direito à saúde – Trabalho em equipe – participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2005. p. 60-61.
- ³⁹ Andrade SM de (Org.), Soares DA, Junior LC. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL; 2001. p. 40.
- ⁴⁰ Giovanela L, Lobato L, Carvalho AI de, Conil EM, Cunha, EM da. *Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação*. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 26 (60), p. 37-61; 2002.
- ⁴¹ Paim JS. *Políticas de descentralização e atenção à saúde*. In: Rouquayrol MZ, *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- ⁴² Bourguignon JA. *Concepção de Rede Intersetorial*, 2001. [artigo científico]. Disponível em URL: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: Jan. 2009.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- des de saúde como conceito estruturante na luta pela
o em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de. (Org). Os sentidos
da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
- 44 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 28; 62; 314-317.
- 45 Andrade LOM et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-830.
- 46 Carvalho G. Universalidade Limitada ou Integralidade Regulada. 2006. [s.d.]. Disponível em URL: <http://www.gices-sc.org/universalidadelimitada.doc>. Acesso em: jun. 2007.
- 47 Carvalho G. Saúde: O tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. (mimeo). São Paulo: São Paulo; 2005.
- 48 Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008. p. 25.
- 49 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Matos RA. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2001. p. 39-64.
- 50 Brasil. Ministério da Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde. Série E. Legislação em Saúde. Faculdade de Direito Universidade de Brasília; Sínteses e ENSP. Brasília; 2003. v.2. p. 64-67.
- 51 Campos GW. Saúde Paidéia. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 117.

ES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

As tabelas de números 1 a 37 apresentam, de forma detalhada, os componentes dos indicadores constantes dos quadros 4 ao 9.

Estes dados e informações foram extraídos dos documentos objeto de análise documental — Planos Municipais de Saúde (PMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Relatórios Trimestrais em Audiências Públicas; Bancos de Dados institucionais: Ministério da Saúde (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (GPDI) e seu Núcleo de Avaliação e Tendências em Saúde (NASTS), Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Espírito Santo - 2000 a 2008 e do Bancos de Dados da Gerência de Regulação Assistencial e seu setor de Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em função da impossibilidade de se construir séries históricas ao longo dos vinte anos deste estudo, optou-se por agrupar estes dados e informações em séries histórias, assim compreendidas: período de 1988 a 2008; 1998 a 2008; 2004 a 2008. Para alguns dados e informações não foi possível observar estes períodos, então se optou por incluí-los no período em que estão disponíveis e para alguns, dados apenas os do ano de 2008, com o objetivo de mostrar um cenário mais atual do município.

Há informações relativas à rede própria do município e ao município como um todo, haja vista a gestão dual do sistema de saúde municipal, pois a atenção básica é de responsabilidade inequívoca do município, a atenção especializada de média tem gestão compartilhada entre a SEMUS e a SESA e a gestão da alta complexidade está sob responsabilidade da última.

Os dados, informações e indicadores com os quais se trabalhou, foram agrupados em: demográficos; de infraestrutura, de cobertura¹, mostrando a rede de serviços e

¹ O conceito de cobertura deveria transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica, implicando na existência de uma relação dinâmica entre as necessidades e aspirações da população e os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais. (UNGLERT p. 4).

cos, especializados de média e alta complexidade
iológicos e socioeconômicos.

1 Oferta de serviços de saúde em Vitória

Faz-se aqui uma pequena análise da oferta dos serviços em Vitória, pois este não é o foco desta pesquisa, apenas para contextualizar as facilidades e dificuldades no acesso da população residente no município aos serviços localizados no território municipal. Portanto, o objetivo deste texto é caracterizar a rede de serviços de saúde de Vitória, por tipo de unidades, bem como a sua distribuição.²

Trabalha-se com o conceito de serviço de saúde como unidade prestadora de atendimento à saúde individual e coletiva. Parte-se da classificação clássica desses estabelecimentos pelo Ministério da Saúde, segundo níveis, em básicos, especializados de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, de nível secundário e terciário.

A grande maioria desses estabelecimentos presta Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), que são caracterizadas como estabelecimentos de saúde onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação do diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação de doentes, incluindo bancos de sangue, laboratórios, policlínicas, clínicas radiológicas, hospitais especializados e centros de controle de zoonoses.

Os serviços especializados apresentam crescente densidade tecnológica, cuja finalidade principal é prestar assistência clínica aos pacientes para cura, controle, reabilitação e reinserção social, tanto de pessoas individualmente como das famílias e comunidades.

Nos últimos 20 anos ocorreu no Brasil um expressivo crescimento do número de estabelecimentos de saúde, sendo que as unidades públicas de saúde passaram a representar a grande maioria desses serviços. A participação dos municípios nesse crescimento foi relevante em função da municipalização das ações de saúde a partir

² Os dados e informações oficiais foram coletados no Departamento de Informática do SUS — DATASUS e nos documentos analisados: Planos Municipais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão e Prestações de Contas trimestrais em Audiências Públicas relativos ao período de 1988 a 2008.

SUS/93. A grande maioria desses estabelecimentos
algum vínculo com o SUS.

No Espírito Santo, seguindo a tendência nacional, há evidências mostradas no PDR-ES (SESA, 2003) de que há desigualdades³ regionais de oferta de serviços. A distribuição dos serviços de saúde responde a uma organização espacial conforme redes urbanas hierárquicas, com prevalência desses serviços nas capitais.

Vitória vem atendendo de forma também desigual à demanda por serviços de saúde, em função da oferta de serviços especializados ainda não estarem articulados em redes de referência, cujo processo coordenado pela SESA teve início em março de 2008, bem como em função da baixa capacidade regulatória do Estado.

Todavia, o município apresenta um bom grau de adequação da oferta em relação aos parâmetros de cobertura estabelecidos pela Portaria MS/GM nº. 1.101, de 12 de junho de 2002, propiciando boas condições de acesso aos serviços. Há escassez de oferta para algumas tecnologias assistenciais como, por exemplo, para algumas consultas especializadas e exames especializados de média complexidade.

2 O aumento do número de unidades de saúde em Vitória

A tendência de expansão dos serviços de saúde observada no país, também ocorreu em Vitória. Entre 1988 e 2008, cresceu o número de estabelecimentos de saúde, passando de 67 para 202 unidades. O número de consultórios privados isolados em 2008 era da ordem de 510 unidades [MS/DATASUS]. Na verdade esse aumento do número de estabelecimentos públicos, ocorrido a partir de 1993 refletiu a política de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, com a implementação do Sistema Único de Saúde, após sua criação pela Constituição Federal de 1988.

Ao assumir a gestão dos serviços — municipalização — muitos municípios trataram de ampliar e financiar a expansão da rede municipal, incorporando unidades estaduais e/ou federais, criando novos serviços próprios ou ampliando o número de

³ Desigualdades são aqui tratadas utilizando-se o conceito de distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos.

scimento pode ser observado no setor público o pode ser observado na tabela 5.

O número de unidades básicas evoluiu de 20 em 1991 para 28 em 2008, mas mais do que ampliar o número de unidades, importante foi a nova percepção dessas unidades, que foram construídas de forma a propiciar conforto, humanização e resolutividade nos atendimentos. Diversas unidades de saúde foram reformadas e ampliadas no período e muitas delas, que funcionavam precariamente, foram demolidas e construídas novas, observando os padrões oficiais para edificações públicas de saúde. Paralelamente, o segmento estadual e federal deixou de fazer a gestão de suas unidades com a municipalização, o que resultou na recomposição da esfera pública municipal, já que efetivamente ocorreu transferência de 7 serviços estaduais e 4 federais para a esfera municipal. Mas também se verificou a criação de novas unidades em resposta à demanda de atendimento à saúde no município, como consequência da política de municipalização implementada.

Houve um expressivo aumento dos pontos de atenção assistenciais denominados de centros de referência especializados: de 3 centros de referência municipais em 1991 para 10 em 2009, o que corresponde a uma taxa de crescimento superior a 333% no período.

Houve um decréscimo do número de unidades com internação passando de 11 para 9, entretanto houve um aumento no número de leitos. De 2109 existentes, 1401 estavam contratualizados com o SUS em 2008.

Quanto às ações e serviços básicos de saúde prestados pela rede própria da SEMUS, se pode afirmar que desde o início da implantação da estratégia Saúde da Família no ano de 1998, vem ocorrendo significativa ampliação da qualidade dessas ações, o que é demonstrado pelo indicador denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial Básica (CSAA), que em 1988 era da ordem de 14 % e em 2008 de 10%, sendo que em 2007 chegou ao valor de apenas 7% do total de internações [Tabela 24].

3. A composição atual das unidades

A rede de estabelecimentos de saúde em Vitória é composta segundo as seguintes

[pública e privada, com e sem fins lucrativos], tipo de atendimento (especializado, com especialidades e geral) e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico], categoria de atendimento (especializado, com especialidades e geral). Para todas essas variáveis é possível discriminar estabelecimentos com e sem atendimento ao SUS.

Como já citado, segundo o DATASUS, Vitória dispõe de um total de 202 estabelecimentos de saúde, classificados⁴ em: sem internação [98], com internação [12] e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico [97]. Prestavam atendimento ao SUS localizado em Vitória, sob gestão estadual e/ou municipal, em 2008, 74 estabelecimentos, sendo 48 públicos, 21 privados com fins lucrativos, 3 privados sem fins lucrativos e 2 universitários.

Os estabelecimentos com internação são majoritariamente públicos e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico são majoritariamente privados, mesmo que sem fins lucrativos. Mas enquanto os primeiros em sua maioria integram a rede SUS, os do tipo SADT atendem em menor proporção pelo SUS, o que repercute no acesso inadequado da população SUS dependente.

Esta situação reforça a evidência segundo a qual o estrangulamento da oferta de serviços pelo SUS encontra-se no apoio diagnóstico e terapêutico, majoritariamente privado e com baixa regulação pela esfera pública. Registra-se ainda que, entre os estabelecimentos públicos, há um hospital estadual que não disponibiliza atendimento universal, caracterizando-se como serviço de clientela fechada, destinado ao atendimento aos policiais militares, cuja oferta universalizada é apenas de leitos para internações em algumas especialidades.

Esses estabelecimentos, que formam a rede localizada no território municipal, também podem ser caracterizados segundo categoria de atendimento como: estabelecimentos com atendimento geral, especializado e com especialidades. Os estabelecimentos com internação são classificados majoritariamente na categoria de atendimento geral, enquanto nos sem internação a participação dos estabelecimentos com atendimento geral e com especialidades se aproxima. Os SADT são, em sua grande maioria, categorizados como de atendimento especializado.

No município de Vitória há um segmento privado, fortemente presente, que atende a população coberta por planos e seguros de saúde, que está todo ele voltado para o

⁴ Classificação extraída do MS/ DATASUS/ CNES.

médicas. Tem-se assim uma situação contraditória, pois dispõe de oferta de serviços com participação predominante de estabelecimentos sem internação com atendimento geral, contando com o segmento privado contratado para a oferta de atenção especializada e hospitalar, enquanto a capacidade de oferta do setor privado que não atende ao SUS é de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico especializado. Ou seja, enquanto a população usuária do SUS enfrenta dificuldades de acesso aos serviços especializados, em face da restrição na oferta desses serviços, o mesmo não ocorre com a população coberta pelo setor privado, com maior número de estabelecimentos especializados, caracterizando-se assim iniquidade na provisão de serviços.

A literatura internacional tem evidenciado que a disponibilidade de serviços, assim como a cobertura de seguros são fatores associados às barreiras ao cuidado apropriado de saúde. Por outro lado, outros estudos apontam que a população não necessariamente se beneficia da oferta abundante de especialistas e especialidades em uma dada área geográfica (STARFIELD et al., 2005).

4. A concentração de serviços do Estado no município de Vitória

Vitória não atende apenas a sua população residente, devendo considerar em sua organização principalmente as populações do entorno. Além disso, a capital polariza o atendimento de alta complexidade do Estado, o que contribui para sobrecarregar os serviços aí localizados.

O número de leitos existentes por mil habitantes é da ordem de 5,8/1000 hab e os disponibilizados para o SUS são da ordem de 4,0/1000 hab, superior ao existente no Brasil e nas Américas, que é da ordem de 2,9/1000 hab. Ocorre que não é apenas a população residente que se utiliza desses serviços, portanto esse dado não representa a real utilização de leitos pelos munícipes de Vitória.

Para complementar a análise da oferta da rede SUS, tendo em vista sua adequação, foi considerada também uma variável relacionada à intensidade de utilização dos serviços hospitalares que é a Taxa de Ocupação dos Leitos (TOL). Esta taxa mede a porcentagem dos leitos hospitalares que está ocupada por pacientes em um determinado período de tempo em um dado hospital ou agrupamento de hospitais. A

Hospitais de Vitória sofre importantes variações de ocupação, sendo que o maior hospital de trauma localizado em Vitória frequentemente ultrapassa os 100,0% de ocupação, sendo que em 2008 foi da ordem de 108,0%, havendo superlotação do mesmo com “pacientes internados inadequadamente”. O maior hospital especializado em pediatria apresentou em 2008 uma TOL de 70,0%; o hospital universitário 71,0%. Os demais hospitais contratualizados com o SUS apresentam uma TOL que vai de 36,0% a 60,0%. A TOL média, representando o agrupamento de hospitais localizados em Vitória foi de 53,0% no mesmo ano.

Como essa taxa é uma medida de uso dos serviços hospitalares, sendo calculada como o quociente entre o total de dias de internação no ano e o número de leitos pertencentes à rede SUS no mesmo ano, tal resultado evidencia que há em Vitória oferta abundante de leitos, entretanto há importante invasão de clientela de populações de outros municípios e estados, fato que sugere a necessidade de estudos de reprogramação dos fluxos assistenciais, com melhor distribuição dos serviços pelas macro e microrregiões do Estado. As internações em leitos psiquiátricos são referenciadas para dois municípios, sendo atendidas nos hospitais da rede pública de Vitória, apenas as situações de urgência.

Outra possibilidade de análise da adequação da oferta de serviços de saúde localizados em Vitória é a avaliação de sua capacidade de atendimento, o que pode ser feito pela descrição dos fluxos de pacientes contemplados na PPI da assistência (SESA, 2003), ainda que com suas programações desatualizadas. Todas as microrregiões de saúde do Estado apresentam fluxos para Vitória, relativamente à atenção especializada, principalmente para a alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Como efeito da elevada capacidade de atendimento da capital, as microrregiões vizinhas, apresentam o mais elevado saldo migratório negativo⁵ dentre todas as microrregiões do Estado. Isto é, são as que possuem o maior percentual de encaminhamento de pacientes no Estado (SESA, 2003).

Em síntese, a capital do Estado mesmo concentrando a oferta de serviços, com elevada participação na disponibilidade de profissionais de saúde e equipamentos de

⁵ O saldo migratório é medido pela diferença entre pacientes recebidos por referenciamento da PPI e pacientes efetivamente encaminhados.

regiões, apresenta expressivos diferenciais de

As baixas taxas de ocupação hospitalares, prevalentes em todas as microrregiões, pois possuem grande número de hospitais de pequeno porte e com baixa resolutividade, apontam para uma possibilidade de melhoria do atendimento às necessidades, desde que sejam aprimorados os mecanismos de regulação assistencial, como o controle e a avaliação da programação assistencial e a implantação de centrais de regulação.

Em suma, o município possui elevada oferta de leitos se considerada apenas sua população residente, atraindo pacientes do entorno e de várias regiões do Estado, isso devido, de um lado, a centralidade da capital na territorialidade espacial do Espírito Santo e, de outro, devido à boa infraestrutura de vias de transportes, o que facilita sobremaneira o acesso à capital para atendimento. Porém, não significa que o deslocamento ocorra sem sofrimento, já que é motivado por necessidades urgentes de atendimentos por condições sensíveis ao atendimento em clínicas básicas como a médica, obstétrica e pediátrica, que ainda apresentam padrões de qualidade oscilantes nesses municípios.

A tabela 25 mostra que, pela proximidade dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Vitória, muitas internações da população residente ocorrem nesses municípios, ainda que ocorram de forma esparsa em outros municípios do Estado.

5. A produção de serviços ambulatoriais e hospitalares

Pode-se observar na linha do tempo desses 20 anos de SUS, que houve um incremento absolutamente relevante na produção de serviços assistenciais. Em 1998 26,01% da produção física total de serviços realizados no Estado ocorreram na rede de Vitória, correspondendo a 48,55% do total de recursos financeiros produzidos. Em 2008 esses números são 13,46% e 33,46%, respectivamente, o que faz supor que está havendo uma maior distribuição de serviços pelas microrregiões do Estado, entretanto os de maior complexidade e custos continuam sendo realizados em Vitória. Isto está demonstrado nas Tabelas 21 e 22 que mostram que, do total de pacientes

ocorrem em Vitória e 47,38% dos procedimentos, da

Em 2008, 26,96% do total de internações realizadas no Espírito Santo ocorreram em Vitória e do total de internações ocorridas no município, apenas 34,01% foram destinadas à população residente.

Relativamente à produção de serviços básicos de saúde, observa-se que houve uma variação incremental no ano de 2008 em relação ao de 1998 da ordem de 237,89% [Tabelas 12 e 13]. A produção de serviços especializados aumentou em 360,68% se considerada toda a rede SUS localizada em Vitória [Tabela 17].

6. Indicadores epidemiológicos selecionados

Os indicadores epidemiológicos selecionados mostram claramente uma melhoria significativa no período de 2000 a 2008, demonstrado nas Tabelas 27 a 33, com ênfase na mortalidade infantil em 2008 que é considerada baixa se considerado o padrão universal estabelecido pela OMS [Coeficiente de Mortalidade Infantil Baixo, abaixo de 20/1000 nascidos vivos]. Observar que no ano de 2002 o CMI foi de apenas 8,34/1000 nascidos vivos.

7. Indicadores sócio-econômicos selecionados

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que é calculado pelo IBGE e pelo IJSN, decenalmente, em 1991 foi da ordem de 0,797 e em 2008 foi de 0,856 [numa escala de 0 a 1], ocupando o primeiro lugar no ranking estadual e o 18º no ranking nacional.

A expectativa de vida ao nascer da população de Vitória em 1999 era de 67,8 anos e em 2008 foi de 74,5 anos de vida.

As despesas totais aplicados em saúde pelo município de Vitória, compreendendo o produto da soma dos recursos originados das transferências governamentais e dos recursos próprios arrecadados, tiveram um incremento de 417,01% em 2008 em relação ao ano de 2000, ano de início da apuração desses dados e indicadores pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), em cumprimento à EC-29. Este incremento considerando apenas os recursos próprios do município foi de 449,49%. O município vem observando, fielmente, os percentuais mínimos exigidos pela EC-29, sendo que em 2000 aplicou 11,01% e em 2008 15,42% com recursos próprios, com um investimento máximo em 2007, da ordem de 18,47%. Finalizando, estes dados, informações e indicadores mostram um cenário de avanços no município no período em estudo. Sua rede de serviços demonstra que pode proporcionar boa assistência clínica individual, entretanto carece de atender às demais populações capixabas. Os indicadores epidemiológicos e socioeconômicos selecionados mostram que Vitória caminha para ampliar seu conceito de Cidade Saudável.

Estes indicadores, ainda que sua análise não seja profunda, mostram que há um cenário favorável à integralidade na assistência clínica.

Indicadores Demográficos

TABELA 1 - POPULAÇÃO TOTAL DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 1988- 2009.

Ano	População	(continua)
1988	244.939	
1989	249.403	
1990	253.758	
1991	258.777	
1992	260.064	
1993	267.449	
1994	271.866	
1995	276.167	

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	População	(conclusão)
	265.874	
1997	267.647	
1998	269.136	
1999	270.627	
2000	292.304	
2001	296.010	
2002	299.358	
2003	302.633	
2004	305.898	
2005	313.309	
2006	317.083	
2007	320.822	
2008	317.817	
2009	320.153	
Varição 1988/2009	30,7%	

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 1980, 1991 e 2000: IBGE - Censos Demográficos . 1996: IBGE - Contagem Populacional. 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Nota: Cada documento pesquisado apresenta números populacionais diferentes entre si e em relação aos dados oficiais do IBGE, para alguns anos da série histórica.

Indicadores de Estrutura

A seguir estão detalhados alguns indicadores de infraestrutura, que se referem às instalações físicas/edificações dos serviços de saúde, a qualidade e quantidade desses serviços de saúde no território municipal [unidades básicas, policlínicas, centros de referência, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, laboratórios de análises clínicas e citoanatomopatológicos, etc], os equipamentos estratégicos selecionados, o número de leitos, consultórios, equipes de trabalho, principalmente as das Estratégias Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal Coletiva, os principais serviços ofertados a grupos específicos da população que são denominados programas de saúde.

as existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, por período de 10 anos Municipais de Saúde e respectivos Relatórios Anuais de Gestão. 1990-2009.

(continua)

Nº Ordem	Programas de Saúde	1990 ⁶	1991-1994	1997-2000	2001-2004	2002-2005	2006-2009 ⁷
01	Saúde da Mulher	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
02	Saúde da Criança	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
03	Saúde do Adolescente ⁸	Sim	-	-	-	Sim	Sim
04	Saúde do Idoso	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
05	Saúde do Homem	-	-	-	-	Sim	-
06	Saúde do Adulto	Sim	-	--	-	Sim ⁹	-
07	Saúde Bucal ¹⁰	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
08	Saúde Mental	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
09	Saúde do Escolar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Saúde do Trabalhador	Sim	-	Sim	-	Sim	Sim
11	Vigilância Sanitária ¹¹	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim
12	Orientação ao Exercício Físico ¹²	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Controle da Dengue	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Controle da Tuberculose	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
15	Controle/Eliminação da Hanseníase	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	Hipertensão Arterial ¹³	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

⁶ O Plano Municipal de Saúde de 1990 era denominado de Plano de Ação.

⁷ Neste Plano não foi feita nenhuma alusão direta aos programas existentes, mas sim ao conjunto de ações que seriam desenvolvidas. A partir do PMS 2006-2009 a SEMUS passou a planejar suas ações por ciclos de vida e não mais por programas.

⁸ No ano de 2003 o Programa de Saúde do Adolescente era denominado de Saúde do Adolescente e do Jovem.

⁹ Este programa inclui as ações de controle da hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde bucal, ações em grupos educativos e auto-ajuda.

¹⁰ No Plano de Ação e 1990 o Programa Saúde Bucal era denominado de Saúde Oral; em 1991-1994 era denominado Odontologia Integral e em 1997 Sorria Vitória.

¹¹ Este Programa a partir de 1998 era composto por vários Projetos: Drogarias, Farmácias, Creches, Pré-Escolas, Água Limpa, Semana Santa, Feiras Livres, Padarias, Verão, Self-Service, Restaurantes, Açougues, Peixarias, Quiosques, Supermercados, Academias, Amigo Cão, Qualifeiras, Pet-Shop, Lixo de Estabelecimentos de Saúde, Selo de qualidade, Banheiro Limpo, Caldo de Cana, Hotéis.

¹² No Plano de 2003 este projeto foi desdobrado em um outro denominado Projeto Salvarmar (Salvamento Marítimo).

as existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, por período
anos Municipais de Saúde e respectivos Relatórios Anuais de Gestão. 1990-2009.

(continuação)

Ordem	Programas de Saúde	1990 ¹⁴	1991-1994	1997-2000	2001-2004	2002-2005	2006-2009 ¹⁵
17	Diabetes Mellitus	-	-	-	-	Sim	Sim
18	Assistência Farmacêutica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Fitoterapia ¹⁶ e Homeopatia	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
20	Controle da Raiva Humana	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Imunização	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
23	Prevenção do Tabagismo ¹⁷	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Programa de Controle das Doenças Crônico-Degenerativas ¹⁸	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
25	Controle de Agravos de Interesse Coletivo ¹⁹	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
26	Controle de Agravos Imunopreveníveis ²⁰	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim
27	Controle/Monitoramento das Doenças Diarréias Agudas ²¹	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim
28	Controle das Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA	-	-	Sim	Sim	Sim	-
29	Controle da Leptospirose	-	-	Sim	-	Sim	-
30	Saúde Fonoaudiológica	-	-	-	-	Sim	-
31	Controle de Infecção	-	-	-	-	Sim	Sim
32	Prevenção da Violência e Promoção da Saúde	-	-	-	-	Sim	-
33	Monitoramento e Avaliação das Mortes Violentas	-	-	-	-	Sim	-
34	Enfrentamento da Violência Intrafamiliar	-	-	-	-	Sim	-
35	Controle de Endemias ²²	-	-	-	-	Sim	Sim
36	Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos ²³	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim

¹³ No período de 1997 a 1999 o Programa era denominado "O Coração", denominação do projeto MONICA.

¹⁴ O Plano Municipal de Saúde de 1990 era denominado de Plano de Ação.

¹⁵ Neste Plano não foi feita nenhuma alusão direta aos programas existentes, mas sim ao conjunto de ações que seriam desenvolvidas. A partir do PMS 2006-2009 a SEMUS passou a planejar suas ações por ciclos de vida e não mais por programas.

¹⁶ Em 1991-1994 o Programa de Fitoterapia era denominado Projeto Raízes.

¹⁷ A partir de 1999 o programa passou a ser denominado Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer.

¹⁸ Inclui Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Neoplasias.

¹⁹ Inclui Meningites, Sífilis Congênita, Influenza.

²⁰ Inclui Paralisia Flácida, Tétano Acidental e Neonatal, Coqueluche, Sarampo, Rubéola, Hepatites Virais, Doenças Exantemáticas.

²¹ Inclui Monitoramento das Doenças Diarréias Agudas, Cólera e Doenças Transmitidas por Alimentos.

²² Inclui Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leptospirose, Malária.

²³ Inclui Controle de Vetores (pulgas, carrapatos, mosquitos, caramujo africano); Controle de Zoonozes (Animais sinantrópicos); Fatores Biológicos (animais peçonhentos)



existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, por período
Municipais de Saúde e respectivos Relatórios Anuais de Gestão. 1990-2009.

(conclusão)

Nº Ordem	Programas de Saúde	1990 ²⁴	1991- 1994	1997- 2000	2001- 2004	2002- 2005	
37	Vigilância Ambiental – Fatores não Biológicos ²⁵	-	Sim	Sim	Sim	Sim	
38	Programa da Asma	-	-	-	Sim	-	
39	Programa Anemia Falciforme	-	-	-	Sim	-	
40	Programa Promoção da Paz	-	-	-	Sim	Sim	
41	Prevenção ao Câncer do Colo do Útero	-	Sim	Sim	Sim	Sim	
42	Prevenção do Câncer de Mama	-	Sim	-	Sim	Sim	
43	Programa de Urgência e emergência	-	-	-	Sim	Sim	
44	Programa de Apoio Administrativo ²⁶	-	-	-	Sim	-	
45	Programa Gestão das Políticas Públicas de Saúde ²⁷	-	-	-	Sim	-	
46	Programa Saúde da Família ²⁸	-	Sim	Sim	Sim	Sim	
47	Programa Agentes Comunitários de Saúde ²⁹	-	Sim	Sim	Sim	Sim	
48	Programa de Análises Clínicas ³⁰	-	-	Sim	-	-	
Total		13	13	31	29	35	
Varição 1990/2008 = 269,23 %							
Varição 1990/2009 = 361,53 %							

Fontes: Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1990 a 2009 e respectivos Relatórios Anuais de Gestão.

²⁴ O Plano Municipal de Saúde de 1990 era denominado de Plano de Ação.

²⁵ Inclui Vigilância da Água para Consumo Humano (VIGIÁGUA), Vigilância da Qualidade do Ar (VIGIAR) e Vigilância do Solo (VIGISOLO).

²⁶ Este programa foi concebido como forma de propiciar infraestrutura e apoio logístico aos demais programas e projetos finalísticos.

²⁷ Este programa foi concebido para agregar diversas atividades da gestão: Conselhos de Saúde, Instâncias de Pactuação Intergestores, Controle, Avaliação, Regulação, Auditoria, Ouvidoria em Saúde,

²⁸ O Programa Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família partir de 2005.

²⁹ O Programa Agentes Comunitários de Saúde passou a ser denominado Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde a partir de 2005.

³⁰ O Programa de Análises Clínicas está assim denominado apenas do RAG de 1998. Nos demais anos aparece como ações assistenciais para apoio diagnóstico.

³⁰ O Laboratório Municipal dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados.

³⁰ Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos.

**ÚDE ESPECIALIZADOS EXISTENTES NA REDE
VITÓRIA, POR PERÍODO DE VIGÊNCIA DOS
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E RESPECTIVOS RELATÓRIOS
ANUAIS DE GESTÃO. 1991-2009.**

Documento Analisado	Período de Vigência	Centros de Referência Municipais											
		CPRF	CCZ	CPTT	CAPS	CAPSi	DST/ AIDS	CRAI	CRST	SOE	CRAD	CME	CEO
PMS	1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PMS	1991-1994	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PMS/RAG	1997-2000		Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-
PMS/RAG	1998-2001 ³¹	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim	-	-	-
PMS/RAG	2002-2005	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-
PMS/RAG	2006-2009	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	-	Sim

Varição 1991/2009 = 333,33%

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1990 a 2009 e respectivos Relatórios Anuais de Gestão.

LEGENDA:

CPRF - Centro de Promoção e Recuperação Física (inclui os Serviços de Orientação ao Exercício e Salvamento Marítimo).

CCZ - Centro de Controle de Zoonozes.

CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

DST/AIDS - Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

CRAI - Centro de Referência de Atenção ao Idoso.

CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

SOE - Serviço de Orientação ao Exercício.

CRAD - Centro de Referência aos Desnutridos.

CME – Centro Municipal de Especialidades.

³¹ O PMS do período de 1997-2000 foi atualizado para o período de 1998-2001.

NOTA: Há referência nos documentos analisados que no período de 1995 a 1996 não havia PMS.

**Serviços de SAÚDE EXISTENTES NA REDE PRÓPRIA DO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA, POR PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PLANO
MUNICIPAL DE SAÚDE. 1991-2009.**

Documento Analisado	Período de Vigência	Serviços Ambulatoriais								
		UBS-M	UBS-E	CS-U	P. A.	LAB ³² A.CLI.	LAB ³³ FITO	FIL	PRI	SIN
PMS	1991	20	07	04	-	01	-	03	09	08
PMS	1998-2001	25	-	-	02	01	-	02	-	03
PMS	2002-2005	-	-	-	-	-	01	-	-	-
PMS	2006-2009	28	-	-	02	01	01	03	-	-

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1990 a 2009 e respectivos Relatórios Anuais de Gestão.

Nota: a partir de 1992 as unidades de saúde pertencentes à União e ao Estado foram municipalizadas.

LEGENDA:

UBS-M – Unidade Básica de Saúde Municipal.

UBS-E – Unidade Básica de Saúde Estadual.

CS-U – Centros de Saúde da União (Ministério da Saúde).

P. A – Pronto Atendimento às Urgências Básicas.

LAB A. CLI – Laboratório de Análises Clínicas Municipal.

LAB FITO – Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos.

FIL – Filantrópico.

PRI – Privado.

SIN – Sindicatos.

³² O Laboratório Municipal dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados.

³³ Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos.

**PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
LOCALIZADOS EM VITÓRIA, COMPARATIVAMENTE ENTRE
OS ANOS DE 1988, 1998 E 2008.**

Prestadores de Serviços de Saúde	1988	1998	2008
Unidade Básica	25	28	28
Hospital	12	11	11
Federal	1	1	1
Filantrópico	6	3	2
Privado	1	4	18
Estadual	3	3	3
Clínica Especializada	15	25	29
Público	SI	7	4
Filantrópico	SI	3	1
Privado	14	13	23
Universitário	1	2	1
Policlínica	SI	14	11
Público	SI	1	5
Privado	SI	13	6
Serviço SADT	SI	49	75
Público	SI	2	2
Filantrópico	SI	1	1
Privado	SI	46	72
Laboratório	12	19	22
Privado	9	16	19
Estadual	1	1	1
Municipal	1	1	1
Filantrópico	1	1	1
Centro de Referência	2	8	10
Estadual	2	1	0
Municipal	0	7	10
Serviços de Odontologia	SI	37	36
Público	SI	34	33
Filantrópico	SI	2	1
Privado	SI	1	1
Universitário	SI	1	1
Sindicatos	2	3	3

Fontes: Vitória, Plano Municipal de Saúde de 1988 e Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008. Secretaria de Estado da Saúde.

Nota: Os dados da produção ambulatorial estão disponíveis no Banco de Dados do Ministério da Saúde a partir do ano de 1995.

Legenda: SI - Sem Informação

**PROFESSORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
LOCALIZADOS EM VITÓRIA, COMPARATIVAMENTE ENTRE
OS ANOS DE 1988, 1998 E 2008.**

Serviço Prestado	SUS Públicos e Contratualizados	Particular	Planos de saúde
Internação	11	25	6
Ambulatorial	78	509	363
Urgência	11	8	8
Diagnose e Terapia	70	72	28

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008. Secretaria de Estado da Saúde.

**TABELA 7 - CONSULTÓRIOS AMBULATORIAIS EXISTENTES, POR CLÍNICA,
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. DEZEMBRO 2008.**

Consultórios	Clínicas Médicas Básicas	Clínicas Médicas Especializada	Clínica Odontológica	Não Médicos
Consultórios	379	900	261	551
Consultórios por 10.000 habitantes	11,9	28,3	8,2	17,3

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008. Secretaria de Estado da Saúde.

**AREAS PARA INTERNAÇÕES/1.000/HABITANTES
MUNICÍPIO DE VITÓRIA, NOVEMBRO 2008.**

Leitos para internações por 1.000 habitantes

Leitos existentes/1.000 habitantes	5,8
Leitos SUS/1.000 habitantes	4,0

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008.

Notas: 1. Não inclui leitos complementares;

2. Média nas Américas e no Brasil = 2,9 leitos/1.000 habitantes.

**TABELA 9 - LEITOS HOSPITALARES PARA INTERNAÇÕES EXISTENTES NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA, SEGUNDO ESPECIALIDADES E NATUREZA
DO PRESTADOR. 2008.**

Leitos hospitalares por natureza do prestador e especialidades

Leitos/ Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Total	864	825	366	270	879	306	2.109	1.401
Cirúrgicos	341	341	138	110	317	98	796	549
Clínicos	241	241	137	102	154	54	532	397
Complementares	115	76	36	21	106	25	257	122
Obstétrico	19	19	25	19	100	51	144	89
Pediátrico	99	99	23	15	138	76	260	190
Outras	39	39	6	2	31	-	76	41
Hospital/dia	10	10	1	1	33	2	44	13

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008.

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento.

ASSISTENCIAIS EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE CATEGORIAS SELECIONADAS. DEZEMBRO 2008.

Equipamentos segundo categorias selecionadas

Categoria	Existentes	Em uso	Disponíveis ao SUS	Equipamento em uso/ 100.000 habitantes	Equipamento SUS/100.000 habitantes
Total	1121	1095	129	344,5	40,6
Mamógrafo	25	23	7	7,2	2,2
Raio X	414	391	52	123,0	16,4
Tomógrafo Computadorizado	13	13	8	4,1	2,5
Ressonância Magnética	8	8	2	2,5	0,6
Ultrassom	96	96	23	30,2	7,2
Equipo Odontológico Completo	565	564	37	177,5	11,6

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008.

Nota: No ano de 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

Indicadores Assistenciais

Os indicadores assistenciais se referem aos serviços de saúde que prestam assistência clínica individual, como unidades básicas, policlínicas, hospitais, pronto atendimentos, que realizam procedimentos ambulatoriais básicos, procedimentos especializados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dispensação de medicamentos básicos de alta complexidade e custos.

Estão subdivididos em dados, informações e indicadores da atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Atenção Básica

IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, SEGUNDO NÚMERO POPULACIONAL, E COBERTURA DE EQUIPES COBERTURA POPULACIONAL. 1998-2008.

Ano	População do município	Agentes Comunitários de Saúde			Equipes de Saúde da Família			Equipes de Saúde Bucal*
		nº. equipes	Cobertura populacional		nº. equipes	Cobertura populacional		nº. equipes
1998	269.136	39	22.425	8,38	5	17.250	6,45	
1999	270.627	125	71.875	26,85	5	17.250	6,45	
2000	292.304	227	130.525	48,23	32	106.950	39,52	
2001	296.010	269	154.675	52,25	39	134.550	45,45	
2002	299.358	301	173.075	58,47	42	144.900	48,95	
2003	302.633	340	195.500	65,31	49	169.050	56,47	
2004	305.898	381	219.075	72,39	63	217.350	71,82	17
2005	313.309	376	216.200	71,44	64	220.800	72,96	17
2006	317.083	345	198.375	63,32	59	203.550	64,97	16
2007	320.822	284	163.300	51,50	56	193.200	60,93	6
2008	317.817	324	186.300	58,75	71	244.950	77,25	29

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Departamento de Atenção Básica (DAB)

Notas: 1. Os dados são relativos ao mês de dezembro de cada ano.

2. O PSF teve seu início de implantação no município de Vitória no ano de 1998.

3. As Equipes de Saúde Bucal tiveram seu início de implantação no município de Vitória ano de 2004, na Modalidade 1 (equipe composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário.)

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

**S AMBULATORIAIS BÁSICOS REALIZADOS NO
COMPARATIVAMENTE COM OS REALIZADOS
PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REDE PRÓPRIA
DO MUNICÍPIO. 1998-2008.**

Ano	Procedimentos ambulatoriais básicos realizados no município de Vitória	Procedimentos ambulatoriais básicos realizados pelas unidades básicas da rede própria
1998	1.617.208	984.136
1999	2.074.366	1.407.684
2000	1.672.855	1.285.759
2001	2.261.340	1.931.142
2002	2.569.390	2.180.832
2003	2.470.859	1.204.902
2004	2.329.441	2.041.970
2005	2.652.274	2.376.330
2006	2.162.058	1.868.356
2007	2.172.062	1.902.669
2008	2.469.451	2.341.232
Variação 1998/2008	152,69%	237,89%

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Secretaria de Estado da Saúde.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

**TABELA 13 - TOTAL DE CONSULTAS BÁSICAS REALIZADAS NA REDE SUS
LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE VITORIA. 1998-2008.**

Ano	Consultas básicas realizadas no município de Vitória	Consultas básicas realizadas pelas unidades básicas da rede própria de Vitória
1998	760.270	470.387
1999	720.620	354.199
2000	598.644	496.152
2001	594.576	493.928
2002	723.810	631.064
2003	675.351	675.301
2004	653.522	553.396
2005	740.973	656.403
2006	650.927	558.914
2007	681.065	654.598
2008	509.576	508.978

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS; Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde de 1998 a 2009. Secretaria de Estado da Saúde.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

**É OS 12 ANOS DE IDADE ATENDIDAS PELO
SORRIA VITÓRIA. 1997-2004.**

Ano	Número de crianças atendidas	Cobertura (%)
1997	25.867	36
1998	36.425	51
1999	40.262	56
2000	41.504	57
2001	46.916	65
2002	45.369	62
2003	45.622	62
2004	48.435	65

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal e Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1997 a 2009.

**TABELA 15 - NÚMERO MÉDIO DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS
- ÍNDICE CPO-D, AOS 12 ANOS DE IDADE, POR ESCOLAR EXAMINADO,
SEGUNDO CAPITAL DO BRASIL. 1996.**

Região e Capital	1996	Região e Capital	1996
NORTE	4,27	SUDESTE	2,06
Porto Velho	4,99	Belo Horizonte	2,41
Rio Branco	4,37	Vitória	1,47
Manaus	2,54	Rio de Janeiro	2,09
Boa Vista	6,3	São Paulo	2,28
Belém	4,49	SUL	2,41
Macapá	2,56	Curitiba	2,23
Palmas	4,62	Florianópolis	2,83
NORDESTE	2,88	Porto Alegre	2,16
São Luís	3,51	CENTRO-OESTE	2,85
Teresina	3,44	Campo Grande	2,95
Fortaleza	2,34	Cuiabá	3,29
Natal	3,78	Goiânia	3,27
João Pessoa	3,94	Brasília	1,9
Recife	2,96	BRASIL	3,06
Maceió	2,89		
Sergipe	1,5		
Salvador	1,52		

Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Bucal – COSAB, Inquérito amostral nas capitais.
Nota: O número médio de dentes cariados, perdidos e obturados em escolares aos 12 anos de idade no município de Vitória em 1996 foi de 1,47, o menor índice do Brasil, que teve como Índice de CPO-D médio de 3,06.

**RECEITAS, PERCENTUAL DE TRATAMENTOS
COMPLETOS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ATENDIDOS
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 1994-2008.**

Ano	Número de receitas atendidas	% de tratamentos completos	% de medicamentos padronizados atendidos
1994	181.112	64,67	SI
1995	181.005	79,27	SI
1996	281.390	71,62	SI
1997	345.242	71,58	SI
1998	346.405	72,67	SI
1999	281.126	76,56	67,08
2000	318.254	66,96	75,00
2001	421.058	70,66	89,22
2002	447.000	78,00	87,00
2003	551.991	86,00	90,00
2004	575.398	83,45	93,40
2005	625.965	85,57	90,20
2006	662.020	89,55	92,93
2007	SI	SI	82,35
2008	SI	SI	SI

Fonte: Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1991 a 2009. Relatório Trimestral de Gestão em Audiência Pública 2006.

Notas: 1. Média Nacional de 55,4% nos anos de 2002 a 2004.

2. A padronização dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME teve início no ano de 2000.

3. Há divergências de dados entre as séries históricas dos Relatórios Anuais de Gestão; optou-se pelo maior índice, pois essas diferenças não são muito grandes.

TABELA 17 - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E OS REALIZADOS PELA REDE PRÓPRIA DO MUNICÍPIO. 1998-2008.

Ano	Procedimentos especializados de média complexidade realizados no município	Procedimentos especializados de média complexidade realizados pela rede própria do município
1998	2.597.519	454.619
1999	2.680.590	474.290
2000	2.861.318	577.680
2001	3.033.814	555.211
2002	2.985.467	420.504
2003	3.233.901	665.362
2004	3.573.927	887.924
2005	3.497.340	693.201
2006	3.651.876	713.813
2007	3.587.871	708.063
2008	4.179.759	1.019.479
Variação 1998/2008 =	160,91%	224,25%

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

**CONSULTAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS NA REDE
SUS LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA
E AS REALIZADAS NA REDE PRÓPRIA DO MUNICÍPIO. 1998-2008.**

Ano	Consultas especializadas realizadas no município³⁴	Consultas especializadas realizadas na rede própria do município³⁵
1998	395.490	64.311
1999	486.549	68.412
2000	695.753	56.960
2001	794.897	57.108
2002	789.791	59.514
2003	678.661	53.053
2004	749.544	63.689
2005	752.403	80.688
2006	763.937	74.787
2007	703.748	96.606
2008	478.665	71.216
Varição 1998/2008 =	21,03%	10,74%

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS; Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde no período de 1998 a 2009; Relatórios de Gestão Anual 1999, 2004 e 2005.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

³⁴ Fonte de dados - Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

³⁵ Fonte de dados - Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

**SERVIÇOS PARA ESPECIALIDADES SELECIONADAS
NOS ANUAIS DE GESTÃO E PRESTAÇÕES DE
CONTAS TRIMESTRAIS EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS. 1989-2008.**

Documento analisado	Período de Vigência	Especialidades selecionadas				
		Consultas Básicas	Consultas Especializadas	Procedimentos Odontológicos	Exames de Laboratório	Exames Especializados
RAG	1989	SI	98.011	28.547	18.926	SI
RAG	1990	SI	126.565	131.196	53.473	SI
RAG	1997	SI	SI	SI	SI	SI
RAG	1998	SI	92.208	146.060	326.740	SI
RAG	1999	623.099	67.633	73.316	363.027	SI
RAG	2000	869.027	SI	SI	429.830	55.151
RAG	2001	387.542	53.979	23.899	519.865	44.458
RAG	2002	497.167	63.146	SI	572.177	53.051
RAG	2003	SI	SI	16.081	707.996	60.206
RAG	2004	SI	128.749	SI	736.001	SI
RAG	2001/04	SI	SI	SI	795.843	SI
RAG	2005 ³⁶	SI	145.659	SI	937.450	31.584
RAG	2006	SI	SI	SI	924.829	94.541
RAG	2007	SI	126.341	SI	1.061.331	102.081
RAG	2008	SI	137.879	SI	1.078.797	120.635

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão no período de 1990 a 2008 e Relatórios de Gestão Trimestrais em Audiências Públicas 2004-2008.

TABELA 20 - PRODUÇÃO DE SERVIÇOS PARA EXAMES E ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS SELECIONADOS PRESENTES NOS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO E PRESTAÇÕES DE CONTAS TRIMESTRAIS EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS. 2004-2008.

Exames Especializados	2004	2005	2006	2007	2008
Radiodiagnostico	12.009	13.470	14.872	48.184	293.829
Citoanátomopatológico	22.326	25.393	23.587	27.298	26.326
Odontologia especializada ³⁷	37.845	75.282	76.984	98.038	100.412
APAC (Saúde Bucal e Saúde Mental)	15.822	16.401	14.753	13.147	8.137

Fonte: Vitória. Secretaria Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão Trimestrais em Audiências Públicas 2004-2008. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS

Nota: No ano de 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

³⁶ No Relatório Anual de Gestão de 2005 há uma citação de que havia 17.542 usuários aguardando consultas especializadas (demanda reprimida).

³⁷ Os dados da Odontologia especializada foram retirados do DATASUS, pois havia dados incoerentes nos RAG.

ATENDIDOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2007.

Ano	Pacientes atendidos no ES	Quantidade de procedimentos realizados no ES	Pacientes atendidos em Vitória	Quantidade de procedimentos realizados em Vitória	% de pacientes atendidos em Vitória em relação ao total do Estado	% de procedimentos realizados em Vitória em relação ao total do Estado
2000	77.215	1.277.948	45.905	907.203	59,45	70,99
2001	111.940	2.169.804	68.859	1.567.234	61,51	72,23
2002	132.369	1.876.773	85.276	1.299.505	64,42	69,24
2003	212.399	4.231.824	133.676	3.060.035	62,94	72,31
2004	156.058	4.777.476	89.459	3.018.515	57,32	63,18
2005	174.651	5.939.877	93.191	3.186.663	53,36	53,65
2006	146.546	7.918.590	76.317	3.913.481	52,08	49,42
2007	388.223	10.818.101	178.447	5.125.773	45,97	47,38
Variação 2000/2007	502,78%	846,52%	388,73%	565,00%	-	-

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Nota: Estão incluídos nos procedimentos de Alta Complexidade e Custo os seguintes grupos de procedimentos: Cirurgias Ambulatoriais Especializadas, Patologia Clínica, Radiodiagnóstico, Diagnose, Terapias Especializadas, Hemodinâmica, Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Tomografia Computadorizada, Medicamentos, Acompanhamento de Pacientes.

TABELA 22 - PRODUÇÃO TOTAL DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO TOTAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. 1998-2008.

Local	Produção total de serviços ambulatoriais e hospitalares			
	1998		2008	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Estado ES	17.970.762	59.513.913,06	56.294.090	222.214.158,53
Vitória	4.675.478	28.891.793,13	7.577.851	74.353.177,60
Variação	26,01%	48,55%	13,46%	33,46%

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Secretaria de Estado da Saúde.

Nota: Nos anos de 1998 e 2008 houve mudanças na forma de organização e agregação dos diferentes procedimentos da Tabela de Referência dos Procedimentos do SUS.

TABELA 23 - INTERNAÇÕES OCORRIDAS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NA REDE SUS SITUADA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E DA POPULAÇÃO RESIDENTE, NO PERÍODO DE 1997 A 2008.

Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº Internações ocorridas no ES	209.286	206.771	200.457	195.236	206.537	207.328	202.527	202.676	192.196	202.883	182.433
Nº Internações ocorridas em Vitória	53.758	53.852	51.611	49.186	54.752	55.268	53.649	54.227	52.092	57.065	49.192
% sobre o total de Internações ocorridas no ES	25,7	26,0	25,7	25,2	26,5	26,7	26,5	26,8	27,1	28,1	26,96
Nº de internações da população residente de Vitória	14.919	15.658	14.075	13.441	14.800	14.963	15.557	15.793	14.330	15.484	16.732
% sobre o total de Internações ocorridas no ES	7,1	7,6	7,0	6,9	7,2	7,2	7,7	7,8	7,5	7,6	9,2
% sobre o total de Internações ocorridas em Vitória	27,75	29,07	27,27	27,33	27,03	27,07	28,99	29,12	27,51	27,13	34,01
% de internações/ano da população residente em Vitória											
População Residente em Vitória	269.136	270.627	292.304	296.010	299.358	302.633	305.898	313.309	317.083	320.822	317.817
% de Internações da população residente/ano	5,5	5,8	4,8	4,5	4,9	4,9	5,1	5,0	4,5%	4,8	5,2

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INTERNAÇÕES DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM VITÓRIA POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL BÁSICA – CSAA. 1998-2008.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial Básica	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de Internações	14.919	15.658	14.075	13.441	14.800	14.963	15.557	15.793	14.330	15.484	16732
Internações por CSAA	2.152	2.654	1.947	1.779	1.529	1.509	1.291	1.415	1.212	1.148	1.596
% Internações por CSAA em Vitória	14%	17%	14%	13%	10%	10%	8%	9%	8%	7%	10%
% Internações por CSAA no ES	17%	19%	19%	19%	16%	16%	15%	16%	15%	14%	10%

Fonte: MS/DATASUS/SESA

**A POPULAÇÃO RESIDENTE OCORRIDAS NOS
MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO. 1998-2008.**

Municípios	1998	2008
Total	14.919	16.732
Vitória	13.084	15.241
Aracruz	11	2
Cachoeiro de Itapemirim	235	261
Cariacica	420	160
Colatina	16	3
Linhares	2	24
Santa Leopoldina	11	11
Serra	221	168
Vila Velha	867	848
Outros	52	14

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS; Secretaria de Estado da Saúde.

**TABELA 26 - PROCEDÊNCIA DA POPULAÇÃO INTERNADA NOS HOSPITAIS
LOCALIZADOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, COMPARATIVAMENTE
ENTRE OS ANOS DE 1998 E 2008.**

Municípios	Procedência da população (%)	
	1998	2008
Total	100,00	100,00
Vitória	23,68	18,85
Cariacica	25,59	12,44
Serra	18,50	9,70
Vila Velha	12,27	6,92
Viana	3,25	2,16
Guarapari	1,29	1,11
Fundão	-	0,39
Outros municípios	15,42	48,43

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS; Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde no período de 1998-2001.

Nota: Em 1988 o município de Fundão não fazia parte da Região Metropolitana de Vitória.

Para estes indicadores foram selecionados alguns que se referem à Política de Atenção à Saúde da Criança menor de um ano, com ênfase na mortalidade infantil; Saúde da Mulher, com ênfase em neoplasias de mama e colo de útero; Saúde do Adulto, com ênfase em doenças do aparelho digestivo, respiratório e câncer de próstata; Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; Doenças e Agravos não Transmissíveis em Saúde (DANTS), com ênfase nas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e Agravos por causas externas ao setor saúde

Saúde da Criança

TABELA 27 - NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO E COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 1988 A 2008.

ANO	Número de Óbitos	Coeficiente de Mortalidade Infantil
1994	118	21,62
1995	102	19,02
1996	111	20,64
1997	70	12,82
1998	78	14,70
1999	67	13,00
2000	74	15,12
2001	53	11,74
2002	37	8,34
2003	63	14,37
2004	56	12,73
2005	55	12,75
2006	62	14,46
2007	51	11,52
2008	48	10,93

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde - SESA, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - GPDI, Núcleo de Avaliação e Tendências em Saúde - NASTS, Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização - PDR, Espírito Santo - 2000 a 2008.



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INDICADORES DE MORTALIDADE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de Nascidos Vivos	4894	4510	4437	4385	4400	4315	4289	4429	4392
Número de óbitos em crianças menores de 7 dias	31	19	19	30	27	25	25	21	21
Número de óbitos em crianças de 7 a 27 dias	17	10	12	17	15	14	14	16	11
Número de óbitos em crianças menores de 27 dias	48	29	31	47	42	39	39	37	32
Número de óbitos em crianças de 28 dias a menos de 1 ano	26	24	6	16	14	16	23	14	16
Número de óbitos em crianças menores de 1 ano	74	53	37	63	56	55	62	51	48
Coefficiente de Mortalidade Infantil	15,12	11,74	8,34	14,37	12,73	12,75	14,46	11,52	10,93
Coefficiente de Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias),	9,81	6,43	6,99	10,72	9,55	9,04	9,09	8,35	7,29
Coefficiente Mortalidade Pós-Neonatal (28dias a menos de 1 ano),	5,31	5,32	1,35	3,65	3,18	3,71	5,36	3,16	3,64

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de óbito por câncer de colo do útero em mulheres de 10 a 49 anos	4	4	4	3	2	5	2	1	6
Coefficiente de mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres de 10 a 49 anos	3,85	3,81	3,76	2,79	1,84	4,50	1,78	0,93	5,69
Número de óbito por câncer de colo do útero em mulheres de 50 anos ou mais	7	12	7	7	4	6	6	4	6
Coefficiente de mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres de 50 anos ou mais	24,49	41,46	23,91	23,65	13,37	19,59	19,35	10,14	14,85
Número de óbito por câncer de mama em mulheres de 10 a 49 anos	2	8	7	11	0	10	4	2	6
Coefficiente de mortalidade por câncer de mama em mulheres de 10 a 49 anos	1,93	7,61	6,59	10,24	8,29	8,99	3,55	1,86	5,69
Número de óbitos por câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais	15	22	7	25	21	27	13	16	25
Coefficiente de mortalidade por câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais	52,48	76,01	23,91	84,48	70,21	88,14	41,93	40,55	61,86

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008

TABELA 30 - INDICADORES DE MORTALIDADE POR CAUSAS SELECIONADAS EM ADULTOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de óbito materno	1	0	1	1	0	1	5	0	1
Razão de mortalidade materna	20,43	0,00	22,54	22,81	0,00	23,17	116,58	0,00	22,77
Número de óbito por câncer do aparelho digestivo em mulheres com idades de 40 anos ou mais	36	43	47	47	50	48	48	63	66
Coefficiente de mortalidade por câncer do aparelho digestivo em mulheres com idades de 40 anos ou mais	71,06	83,82	90,59	89,61	94,31	88,40	87,35	97,62	101,59
Número de óbito por câncer do aparelho digestivo em homens com idades de 40 anos ou mais	54	53	44	53	53	65	60	73	77
Coefficiente de mortalidade por câncer do aparelho digestivo em homens com idades de 40 anos ou mais	134,42	130,27	106,94	127,43	126,06	150,94	137,68	146,55	154,10
Número de óbito por câncer do aparelho respiratório em mulheres com idades de 40 anos ou mais	8	18	11	13	19	10	17	23	13
Coefficiente de mortalidade por câncer do aparelho respiratório em mulheres com idades de 40 anos ou mais	15,79	35,09	21,20	24,78	35,84	18,42	30,93	35,64	20,01
Número de óbito por câncer do aparelho respiratório em homens com idades de 40 anos ou mais	36	40	36	31	42	37	48	40	35
Coefficiente de mortalidade por câncer do aparelho respiratório em homens com idades de 40 anos ou mais	89,61	98,32	87,50	74,53	99,90	85,92	110,14	80,30	70,04
Número de óbitos por câncer de próstata em homens com idades de 40 anos ou mais	18	26	23	15	25	25	21	23	26
Coefficiente de mortalidade por câncer de próstata em homens com idades de 40 anos ou mais	44,81	63,91	55,90	36,06	59,46	58,05	48,19	46,17	52,03

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Transmissíveis e AIDS

TABELA 31 - INDICADORES DE MORBIDADE POR DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS EM RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de casos de sífilis congênita	22	27	36	35	22	28	34	22	6
Coeficiente de incidência de sífilis congênita	4,50	5,99	8,11	7,98	5,00	6,49	7,93	4,97	1,37
Número de casos de HIV em gestantes	14	72	79	135	91	82	99	16	9
Coeficientes de incidência de HIV em gestantes	286,06	1596,45	1780,48	3078,68	2068,18	1900,35	2308,23	361,26	204,92

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Transmissíveis em Saúde

TABELA 32 - INDICADORES DE MORTALIDADE POR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de óbito por doenças cardiovasculares em mulheres com idades de 40 anos ou mais,	74	83	61	66	84	68	81	68	67
Coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres com idades de 40 anos ou mais,	146,07	161,79	117,57	125,83	158,45	125,23	147,40	105,36	103,13
Número de óbito por doenças cardiovasculares em homens com idades de 40 anos ou mais	99	91	66	88	97	106	115	86	87
Coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares em homens com idades de 40 anos ou mais,	246,43	223,68	160,42	211,57	230,72	246,15	263,88	172,65	174,11
Número de óbito por doenças cardiovasculares em pessoas com idades de 40 anos ou mais,	173	174	127	154	181	174	196	154	154
Coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares em pessoas com idades de 40 anos ou mais	190,46	189,16	136,52	163,75	190,41	178,71	198,92	134,67	133,99
Número de óbito por doenças cerebrovasculares em mulheres com idades de 40 anos ou mais	79	81	75	67	77	76	72	71	64
Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares em mulheres com idades de 40 anos ou mais,	155,94	157,89	144,55	127,74	145,24	139,97	131,02	110,01	98,51
Número de óbito por doenças cerebrovasculares em homens com idades de 40 anos ou mais	67	78	70	73	64	66	78	61	68
Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares em homens com idades de 40 anos ou mais,	166,77	191,72	170,14	175,51	152,23	153,26	178,98	122,46	136,09
Número de óbito por doenças cerebrovasculares em pessoas com idades de 40 anos ou mais	146	159	145	140	141	142	150	132	132
Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares em pessoas com idades de 40 anos ou mais,	160,73	172,85	155,87	148,86	148,33	145,85	152,23	115,44	114,85

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

s ao setor saúde

TABELA 33 – INDICADORES DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS AO SETOR SAÚDE EM RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de óbitos por causas externas em pessoas com idades de 15 anos ou mais,	272	288	276	296	300	321	325	307	268
Coefficiente de mortalidade por causas externas em pessoas com idades de 15 anos ou mais,	122,84	128,44	121,71	129,12	129,47	135,25	135,31	122,42	107,59
Número de óbitos por causas externas em homens com idades de 15 anos ou mais,	238	238	231	255	255	266	267	263	227
Coefficiente de mortalidade por causas externas em homens com idades de 15 anos ou mais,	233,78	230,86	221,56	241,94	239,36	243,76	241,77	227,52	197,76
Número de óbitos por causas externas em mulheres com idades de 15 anos ou mais	34	50	45	41	45	55	58	44	41
Coefficiente de mortalidade por causas externas em mulheres com idades de 15 anos ou mais,	28,42	41,28	36,73	33,11	35,95	42,90	44,70	32,55	30,53

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Espírito Santo - 2000 a 2008



Financieiros - Gasto Público em Saúde

Neste item estão demonstrados os gastos públicos em saúde realizados pelo município, tanto os objeto de transferências governamentais como os recursos próprios arrecadados pela receita municipal, por meio de taxas e impostos e fundo de participação dos municípios, bem como os valores per capita/ano dos residentes em Vitória.

TABELA 34 - DESPESAS TOTAIS COM RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE, TRANSFERÊNCIAS GOVERNAMENTAIS, DESPESAS PER CAPITA/ANO E PERCENTUAL DE RECURSOS APLICADOS CONFORME A EC – Nº 29 NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 2000-2008

Recursos próprios do município aplicados em saúde - EC - 29							
Ano	Despesa com recursos próprios do município R\$	Despesa com recursos próprios do município / habitante R\$	Despesa total com Saúde R\$	Despesa total com Saúde / habitante R\$	Recursos Vinculados conforme EC-29 (Recursos de Impostos e Transferências Constitucionais) R\$	% Mínimo a ser aplicado EC - 29	% Recursos próprios aplicados em saúde conforme EC-29
2000	29.372.620,22	100,49	36.699.237,74	125,55	266.820.313,86	7,00	11,01
2001	31.666.128,06	106,98	40.531.695,40	136,93	283.648.130,36	8,60	11,16
2002	38.810.448,89	129,65	47.874.996,20	159,93	294.151.303,72	10,20	13,19
2003	44.783.862,82	147,98	57.767.417,52	190,88	362.702.522,03	11,80	12,35
2004	68.576.657,00	224,18	77.064.536,96	251,93	456.454.298,36	15,00	15,02
2005	83.571.317,52	266,74	89.210.496,89	284,74	527.930.983,70	15,00	15,83
2006	104.180.582,55	328,56	109.864.656,32	346,48	592.698.522,64	15,00	17,58
2007	135.126.700,11	430,28	140.987.506,34	448,94	731.770.108,55	15,00	18,47
2008	132.028.960,64	415,42	153.042.812,45	481,54	856.075.906,06	15,00	15,42

Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (consulta em 24.09.2009).
Nota: A EC – 29 foi publicada e teve seu início de aplicação no ano de 2000.

Foram selecionados poucos indicadores, mas que refletissem as condições socioeconômicas da população residente. A expectativa de vida foi aqui incluída, pois é um reflexo das condições de vida das pessoas, pois grande parte dos que morrem com idade inferior a 50 anos são por causas externas ou por envolvimento com o narcotráfico.

TABELA 35 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – 2000.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) 2000

Esperança de vida ao nascer (anos)	Taxa de alfabetização de adultos	Taxa bruta de frequência escolar	Renda per capita	Índice de esperança de vida IDHM-L	Índice de educação IDHM-E	Índice de PIB IDHM-R	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M	Ranking no ES	Ranking Nacional
70,74	0,955	0,934	667,675	0,762	0,948	0,858	0,856	1º	18º

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. 1999. Instituto Jones dos Santos Neves, do estado do Espírito Santo. NOTA: O IDH-M relativo ao ano de 1991 foi de 0,797.

TABELA 36 - ÍNDICES SETORIAIS DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL-ES. 2000.

Município	IDU	IDS	IFM	IDE	IGME	IDM-ES	Ranking ES
Vitória	0,8346	0,6543	0,5694	0,7391	0,5419	0,6679	1º
Espírito Santo	0,3186	0,3212	0,2304	0,2390	0,1212	0,2461	

Fonte: Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. 1999. Instituto Jones dos Santos Neves, do estado do Espírito Santo.

NOTA: Ranking de Vitória em relação aos municípios do Brasil = 23º

LEGENDA:

DM-ES é construído pela síntese dos seguintes índices:

IDU-ES – Índice de Desenvolvimento Urbano - sintetiza a disponibilidade e a capacidade relativa de atendimento dos principais equipamentos e serviços urbanos;

IDS-ES – Índice de Desenvolvimento Social - mede as desigualdades relativas às condições de saúde, educação, renda pessoal e segurança da população residente no município;

IFM-ES – Índice de Finanças Municipais - mede as desigualdades relativas à gestão das finanças municipais;

IDE-ES – Índice de Desenvolvimento Econômico - mede a diferença entre os municípios no tocante ao tamanho per capita de sua economia;

IGME-ES – Índice de Infra-Estrutura para Grandes e Médios Empreendimentos - representa a capacidade que cada município possui de atender às necessidades de Infraestrutura para Empreendimentos de Médio e Grande Porte.

**ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER DA POPULAÇÃO DE VITÓRIA.
1999-2008.**

Ano	Masculino	Feminino	Geral
1999	SI	SI	67,8
2000	68,0	77,2	72,4
2001	68,4	77,1	72,6
2002	68,8	77,7	73,1
2003	68,5	76,9	72,5
2004	68,4	77,0	72,5
2005	68,9	77,4	73,0
2006	68,6	76,5	72,4
2007	70,9	79,8	75,2
2008	70,2	79,1	74,5

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Núcleo de Avaliação e Tendência em Saúde. 1999. Instituto Jones dos Santos Neves, do estado do Espírito Santo.

SI = Sem informação.

ANÁLISE F – ANÁLISE DOCUMENTAL

ANÁLISE DOCUMENTAL: período de 1988 a 2009.

O principal instrumento de coleta de dados e informações foi a leitura de documentos oficiais da SEMUS, principalmente a Evolução Histórica da Política Pública de Saúde em Vitória, os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão. Como documentos complementares foram lidos Projetos, Programas, Documentos-Posição, Legislações diversas, Termo de Compromisso de Gestão, dentre outros.

A leitura dos documentos foi realizada para apreensão global do sentido geral das situações sob investigação e buscar encontrar unidades de significados dentre todos os registros históricos, para se identificar quais as partes principais restritas ao objeto do estudo, explorando-se também as diferenças percebidas e as similaridades entre os distintos momentos das gestões municipais do setor saúde em Vitória.

As partes mais significativas foram agrupadas em temas ou perspectivas de investigação, escolhidas a partir de categorias de análise concernentes ao referencial teórico a partir da noção de *path dependency*, sendo elas: *decision points* e *veto points*. Também foram verificadas as externalidades que pudessem estar interferindo no desenvolvimento do SUS municipal, comunidades epistêmicas que, de uma forma ou de outra, possam ter contribuído para as mudanças institucionais e organizacionais. A interpretação dos dados teve como finalidade propiciar um diálogo com as informações coletadas nas entrevistas, buscando os consensos e dissensos entre as duas técnicas de coleta de dados.

Os principais aspectos observados estão a seguir descritos, com algumas considerações finais ao término do relato dos mesmos.

1. EVOLUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM VITÓRIA

A institucionalização da saúde pública no município de Vitória ocorreu em abril de 1973

2.242/73, que estabeleceu uma nova estrutura do Departamento de Educação e Cultura, que teve sua denominação alterada para Departamento de Educação, Cultura e Saúde (DECS). O DECS foi constituído por três divisões, como primeiro grau divisional: a Divisão de Ensino de Primeiro Grau e Ensino Supletivo, a Divisão de Promoção Cultural e Turismo e a Divisão de Saúde e Bem Estar Social (DSBES). Esta, portanto foi a primeira estrutura formal do setor da saúde pública em Vitória.

A DSBES continha três seções: Seção de Assistência Médica, Seção de Assistência Odontológica e Seção de Assistência Social. De acordo com o inciso X, do Art. 5º da referida Lei, a DSBES tinha por competência “manter serviços de assistência médica de acordo com o que dispuser o Regulamento”.

Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) foi criada por meio da Lei Municipal nº. 2.548, de 17 de fevereiro de 1.978 e, a partir de então, o município iniciou seu processo de inserção na política pública de saúde. Naquele período a SEMUS realizava atendimento exclusivamente ambulatorial e apenas em alguns bairros do município, por meio de unidades básicas precárias localizadas em imóveis pertencentes a Centros Comunitários.

A SEMUS funcionava em área administrativa juntamente com a Unidade de Saúde do bairro Forte São João, que à época prestava atendimento principalmente aos funcionários e, secundariamente, aos munícipes.

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, com a promulgação da CF em 1988 e a regulamentação dos artigos 196 ao 200 por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nºs. 8.080 e 8.142/90, a SEMUS passou a realizar mudanças nas relações sociais, econômicas e administrativas, estimulando o controle social sobre o poder público.

Observando o princípio de descentralização e regionalização da assistência, algumas ações de vigilância sanitária de alimentos e vigilância epidemiológica foram municipalizadas, por meio de convênios firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde e a SEMUS. Em 1990 o município passou por um processo de territorialização e foi dividido em Regiões de Saúde para: garantir a atenção ao cidadão o mais próximo possível de sua residência; garantir o acesso aos serviços localizados em seu território

anização regional das ações de vigilância em saúde.

e; reconhecer a população no meio em que viviam e os condicionantes e determinantes do seu processo de viver e adoecer. As ações foram implementadas pelos profissionais da Vigilância Epidemiológica dos Centros de Saúde que em dezembro de 1992 deu origem à primeira proposta de Vigilância em Saúde em Vitória.

A territorialização resultou em quatro macrorregiões de coordenação de vigilância epidemiológica, a partir da municipalização de suas ações. Esta territorialização, que contava com um centro de saúde em cada uma delas, teve como objetivo principal realizar o diagnóstico e análise da situação de saúde da população e investigação epidemiológica em suas áreas de abrangência. Algumas atividades foram implementadas, levando a equipe a ampliar suas ações de forma a entender a saúde como objeto de vários fatores determinantes, não só os biológicos, mas também os ambientais, os genéticos, os sociais e de trabalho. Foi, então, elaborado e aprovado o primeiro Plano Municipal de Saúde, que explicitava que o município estava dividido em 14 territórios denominados Regiões de Saúde, segundo os seguintes critérios: aspectos geográficos, serviços instalados, acesso aos serviços e condições sócio-econômicas da população.

Novas opções terapêuticas como homeopatia e acupuntura, foram introduzidas nas Unidades de Saúde da rede municipal de Vitória, tendo seu início pelos US Jardim Camburi e São Pedro. O programa de fitoterapia foi implantado como uma opção terapêutica, também inserido nesse novo pensar da saúde pública, naquele mesmo ano.

Em 1991 foi realizada a I Conferência Municipal de Vitória, no período de 03 a 06 de outubro, tendo como tema central? “Saúde – A Municipalização é o Caminho”.

Em 1992 iniciou-se um processo de desenvolvimento institucional que visava a municipalização da saúde, que culminou com aprovação da reforma administrativa por meio da Lei Municipal nº 3.983/1993, quando foi criado o Departamento de Avaliação e Controle, uma Divisão de Vigilância em Saúde, estando subordinados a ela os Serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, além das sete áreas de Vigilância em Saúde, estas não contempladas na estrutura formal da Secretaria.

Em 1994 foi realizada uma oficina, organizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde

), com o apoio da SEMUS e Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o objetivo de capacitar técnicos para a realização dos diagnósticos de saúde nas Regiões de Saúde. Para tanto, foi aplicada a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa (MERP) na identificação de problemas de saúde para subsidiar o planejamento das ações nas referidas regiões, de forma ascendente, sob coordenação dos sanitaristas de cada macrorregião, estes se configurando em uma *comunidade epistêmica*.

Em junho de 1994 foi realizado um grande movimento com os gerentes da SEMUS, visando identificar a necessidade premente de reformulação do modelo assistencial, com o objetivo de mudanças do paradigma dominante para um novo paradigma: o da promoção da saúde, em detrimento do vigente à época: modelo assistencialista médico-hospitalocêntrico, unicausal e biologicista.

Naquela ocasião, cada setor da SEMUS discutiu propostas, apontou necessidades e entraves aos avanços da saúde pública, com o objetivo de identificar as diversas interfaces de articulação do processo de trabalho, visando romper com as intervenções emergenciais, empíricas e estanques, e possibilitar a otimização dos recursos existentes para atingir o objetivo final de oferta de serviços de qualidade aos usuários, provocando um impacto positivo no perfil epidemiológico de Vitória.

Em 01 de agosto de 1994 foi realizada uma reunião ampliada, envolvendo membros da comunidade, do Conselho Municipal de Saúde, gerentes e técnicos da rede municipal, onde se discutiu a necessidade do engajamento de todos os setores na construção do novo modelo.

Nesse mesmo fórum, ficou entendido que a Vigilância em Saúde deveria ser o instrumento de definição e ação para a implementação do modelo de saúde no município de Vitória, o que se pode considerar uma importante tomada de decisão pela SEMUS. Após este momento, foram realizadas reuniões setoriais para definição, em termos operacionais, das linhas de ação, tirando-se como instrumento básico de trabalho o Diagnóstico de Saúde a ser realizado em cada região de saúde.

Seminários, oficinas, encontros, reuniões marcaram o final de 1994, como estratégias de sensibilização e mobilização dos profissionais de saúde e representantes das diversas comunidades em torno do projeto de construção do novo Modelo de Organização da Atenção à Saúde: Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

le de São Pedro e Maruípe iniciaram o processo de diagnóstico, ainda no final de 1994 e, em seguida, as áreas de Jardim Camburi, Forte São João, Goiabeiras, Santo Antônio e Centro, que iniciaram o processo em 1995.

Ainda em 1994 o município foi habilitado pelo MS para a “Gestão Incipiente” presente na Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB/SUS 93), a menor e mais primária das condições de habilitação para a gestão do SUS.

Em 1995, foram concluídos os Diagnósticos de Saúde das regiões e iniciou-se o processo de territorialização dessas regiões, com o objetivo de implantar os SILOS, viabilizador de profundas mudanças da relação da administração municipal com a sociedade, contando com o aporte teórico-metodológico do Núcleo de Estudos Sobre Práticas de Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal do estado de São Paulo (NACE-CONSILOS), por meio da assessoria da Dr^a. Carmem Unglert e seus colaboradores. O modelo vigente, focado prioritariamente em ações programadas e assistência básica individual, foi criticamente revisado em “oficinas” de territorialização e de planejamento local.

Conceitualmente os SILOS representam a concretização de diretrizes finalísticas da política de saúde municipal, orientada para a descentralização. Tal linha de pensamento inclui os conceitos de Giacomini (1994) e Mendes (1993):

- (I) Cidadania, o qual aponta para a legitimidade do direito à vida e à saúde, permitindo distinguir o cidadão, do mero usuário de serviços de saúde e do consumidor que compra no mercado os cuidados que percebe necessários;
- (II) Territorialidade, que implica em construir um saber a respeito de território-processo, ou seja, algo mais que a simples área geográfica onde as intervenções de saúde deverão ocorrer. A área geográfica é elevada à condição de espaço social onde processos dinâmicos de interação e tensionamento entre sujeitos ocorrem, mediados por várias dimensões, dentre as quais a social, a ambiental, a cultural, a política, a econômica e a epidemiológica;
- (III) Organização de serviços para resolver problemas de saúde no território, a partir do entendimento que o território incorpora várias acumulações histórica e paralelamente, várias contradições sociais. Isto corresponde à localização diferenciada de distintos grupos humanos com suas necessidades, demandas e representações singularizadas.

Em 31 de agosto de 1995 foi realizada a primeira oficina de territorialização do município na área de São Pedro, com a participação de representantes da comunidade, representantes do Departamento de Medicina Social da UFES, gerentes e profissionais de saúde, tendo como objetivo dar continuidade ao processo de implantação de Sistemas Locais de Saúde no município de Vitória e a capacitação de recursos humanos quanto ao instrumento a ser utilizado na territorialização da saúde.

inário do Programa Integrado da Área Social em São Pedro, sendo que este foi considerado um esforço para mobilizar, engajar, participar e integrar todos os projetos da Prefeitura Municipal de Vitória em curso e/ou programados, de modo a potencializar os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos, na busca de mel horia da qualidade de vida da comunidade local.

A partir da apropriação de todas as particularidades do território deu-se início ao processo de planejamento local, onde os principais problemas locais eram considerados. Naquele momento, incorporou-se a percepção da comunidade, que passou a ter um papel determinante na priorização dos problemas a serem trabalhados. As equipes começaram a trabalhar com a população, percebendo-a sob um novo enfoque: o de agente colaborador. Assim, começou-se a assumir de fato as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Em setembro de 1995 foi realizado um Seminário Interno, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, as equipes de Vigilância em Saúde e demais setores da SEMUS, com o objetivo de avaliarem o momento em relação à construção do modelo de atenção à saúde, bem como o impacto da municipalização nos diversos setores da Secretaria.

No mesmo ano, foi inaugurado o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI). Considerando o aumento da expectativa de vida da população, com uma visível tendência de “envelhecimento” da mesma, portanto as políticas de saúde deveriam considerar esta tendência.

Em 1996 houve a conclusão do processo de territorialização das unidades de saúde, sendo a área da U. S. Forte de São João a última oficina a ser realizada em 07 de novembro. Em fevereiro desse ano deu-se início à municipalização das Unidades Básicas de Saúde do Esta do, tendo o município passado à condição de gerente dessas unidades, num total de sete: U. S. Santa Tereza, U. S. São Pedro V, U. S. Santo Antônio - localizadas nas áreas III, IV e V, por onde havia iniciado o processo de territorialização, e em seguida as U. S. Vitória, US Maruípe, U. S. Barbarina e U. S. Goiabeiras.

Ainda em 1996 foi realizado o I Seminário de Planejamento Estratégico da SEMUS, com a participação de integrantes de sua estrutura gerencial, envolvendo cem técnicos, que teve como objetivo a definição de projetos prioritários, baseados nas duas

zação e Implantação de um novo Modelo de Atenção à Saúde.

Os projetos da SEMUS elencados como prioritários totalizaram 32, sendo 14 inseridos como prioritários do governo municipal, quais sejam:

- Implantar Serviço de Atendimento à Urgência/Emergência;
- Implantar e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Implantar o Programa de Saúde da Família;
- Implantar Central de Agendamento de Consultas Ambulatoriais Especializadas e de Apoio Diagnóstico;**
- Implantar Central de Internações;**
- Implantar Sistemas Locais de Saúde;
- Implantar Central de Ambulâncias;**
- Implantar Projeto de Prevenção de Doenças Cardiovasculares – O Coração;
- Implantar Modelo de Gerenciamento nas Unidades de Saúde;
- Implantar Sistema de Informações em Saúde;
- Implantar Sistema de Custo dos Serviços de Saúde;
- Descentralização Orçamentário-financeiro;
- Implantar Sistema Municipal de Auditoria. (SEMUS, 1996, grifo nosso).

Comentário: Observa-se que em 1996 o município já tomava as primeiras iniciativas para a implantação da regulação assistencial.

Em 12 e 13 de junho de 1996 foi realizada a Pré-Conferência Municipal de Saúde, que deu subsídios para a realização da IIª Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu no período de 27 a 29 de junho de 1996, cujo tema central foi: “Sistemas Locais de Saúde: construindo a saúde que queremos”. Os temas que foram objeto de discussão para ajudar na formulação das proposições da conferência foram: A Construção do SUS – Problemas e Dificuldades, O SUS que está dando certo; Construindo os Sistemas Locais de Saúde, Financiamento e Controle social.

A partir do momento em que as unidades de saúde passaram a ser responsáveis por uma área determinada, reconhecendo-a no conceito ampliado de território, começou-se a estender o cuidado aos indivíduos daquela determinada comunidade, muito além da dicotomia prevenção versus cura. Houve, então, grande incentivo para a criação dos Conselhos/Comissões Locais de Saúde, enquanto estratégia para fortalecer a participação da comunidade na condução das políticas locais de saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado com a proposta de se constituir numa inversão no atendimento aos cidadãos com transtornos mentais, dentro de uma nova política de Saúde Mental adotada pelo Município, que preconizava a desospitalização.

o Plano Municipal de Saúde de Vitória para o próximo quadriênio. Foi elaborada a primeira Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, com um importante processo de participação dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde, sociedades de especialistas, comunidade acadêmica, dentre outros, para a padronização de medicamentos essenciais.

Modelo de Atenção e condição de habilitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM)

Um documento a que se teve acesso, de 1998, intitulado Considerações acerca da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória – Cenário de Dificuldades, fazia reflexões sobre o pleito do município à GPSM segundo as regras da NOB 96. Este documento mostra que em novembro do ano anterior – 1997 - o município solicitou à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) seu enquadramento para a GPSM, tendo sido aprovado pela CIB-ES em fevereiro de 1998 e, ao enviar a resolução à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a mesma devolveu o processo recomendando que se aguardasse a regulamentação da NOB 96, o que só veio a ocorrer em dezembro de 1998. Esta referência tem grande relevância, pois demonstra claramente a intenção e o gesto que o município fez em direção aos avanços na condição de gestão junto ao MS.

O mesmo documento aponta, dentre as diversas dificuldades para exercer o papel de gestor pleno, a insuficiência de teto financeiro para as ações ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, com extrapolação sistemática do Teto Financeiro Global do Estado, principalmente para as internações hospitalares, o que vinha sendo financiado com recursos próprios da SESA. Caso o município assumisse a GPSM este valor deveria ser assumido pelo município que, segundo consta no documento, seria da ordem de, aproximadamente, R\$ 800.000,00 por mês, totalizando R\$ 9.600.000,00 por ano, uma vez que a SESA concordava em municipalizar as ações, entretanto não garantia o repasse de recursos próprios que vinha utilizando para complementar o déficit nas transferências governamentais originadas do MS. Esses recursos não seriam destinados apenas à população residente, mas também às populações originárias dos demais municípios do Estado e de outros estados,

de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro, por meio de seus municípios limítrofes com as fronteiras secas do Espírito Santo, decorrendo daí a insistência do município em ter a garantia do aporte de recursos de origem estadual.

Ainda foi apontado no mesmo documento a ausência da PPI como um instrumento que desse luz à pactuação intergestores, principalmente da Região Metropolitana de Vitória onde se concentravam a maior parte das tecnologias mais complexas do Estado, no que se refere ao repasse de recursos entre os municípios, situação que se agravava com a falta de instrumentos que possibilitassem a identificação da procedência das populações, indispensável para essas pactuações com base em dados oficiais e fidedignos.

Um outro nível de dificuldades residia no fato da micropolítica, envolvendo os municípios da RMV à época, não propiciar o estabelecimento de pactos para as políticas de saúde, pois a RMV não respondia nem política nem operacionalmente às necessidades e deliberações estabelecidas nas instâncias intergestoras.

Por todas essas dificuldades de ordem técnico-político-administrativas, a SEMUS optou, então, pela habilitação para a Gestão Plena da Atenção Básica, até que a real situação financeira da assistência, que seria repassada para a gestão do município, fosse de amplo conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde.

Vitória, cidade pólo natural para serviços de saúde mais complexos, tinha aproximadamente 35% dos atendimentos realizados em suas unidades básicas dirigidos às populações de outros municípios, principalmente os da Região Metropolitana de Vitória, sem qualquer compensação financeira, razão pela qual não poderia assumir a GPSM sem a garantia do respectivo aporte de recursos financeiros, tanto para sua própria população quanto para a referenciada, ainda que na informalidade para esta última.

Em abril do ano de 1997 foi realizado o 2º Seminário de Planejamento Estratégico da PMV tendo sido inseridos dentre os projetos prioritários de governo e da SEMUS: Habilitação do município para a GPSM e Sistema de atendimento à Urgência e Emergência.

Em 1998, participando do processo de municipalização no Estado do Espírito Santo, Vitória habilitou-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB, de

Operacional Básica de 1996 e Instrução Normativa nº. 01/98, do Ministério da Saúde, tendo sua habilitação publicada no Diário Oficial da União em fevereiro de 98, por meio da Portaria MS/GM nº. 101, de 11 de fevereiro de 1998.

A partir da habilitação para a GPAB foi realizado o processo de contratualização da rede complementar prestadora de serviços e ações básicas de saúde, totalizando quinze prestadores públicos estaduais, público federal, filantrópicos e privados, após um processo licitatório simplificado, tendo sido contratados e conveniados nas mesmas bases que vinham prestando serviços à SESA, inicialmente por um período de um ano.

Comentário: Esta foi uma importante decisão regulatória, considerando que a rede estadual dispunha de poucos serviços contratados/conveniados e a SEMUS já iniciou o processo de municipalização de forma regular e legal.

Considerando que três destes contratados prestavam serviços assistenciais à clientela “fechada”, a SEMUS estabeleceu critérios mais rigorosos para sua permanência no SUS, dentre eles a exigência de atendimento ao princípio constitucional de universalização no acesso da população aos serviços de saúde. Como esses prestadores resistiram à universalidade, seus contratos não foram renovados, depois de vencidos os prazos de vigência do contrato emergencial original.

Iniciou-se a implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF), no final do ano, como estratégia de inversão do modelo de atenção, em consonância com a NOB/96, ampliando o acesso aos serviços de saúde nos territórios e fortalecendo o vínculo com as comunidades.

Os programas de saúde, muitas vezes guiados por lógicas tecno-burocráticas distanciadas das representações e necessidades sentidas da população começaram a incorporar a metodologia do planejamento estratégico, os cenários, as representações sociais e os problemas dos atores usuários dos serviços.

Em 1999 um grande marco na atenção básica do município foi a Pactuação de Metas da Atenção Básica junto ao Ministério da Saúde, por força de portaria, que mobilizou o conjunto de técnicos da Secretaria para sua elaboração. Foi instituída uma Câmara Técnica com representação dos Departamentos de Avaliação e Controle, Ações Integradas de Saúde, Núcleo de Planejamento Setorial da Saúde e Divisão de

dos, discussões e as proposições de metas para cada um dos indicadores e, posteriormente, avaliação dos resultados de cada um deles.

Também como consequência de norma ministerial, que estabeleceu o Manual da Atenção Básica, a SEMUS elaborou e divulgou junto às unidades básicas de saúde seu Manual de Atenção Básica, contendo todas as ações e atividades mínimas que cada uma deveria desenvolver, acrescido de informações e orientações técnicas e administrativas para facilitar o desempenho gerencial local.

Considerando que a NOB/96 estabeleceu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como um instrumento estadual que refletisse o planejamento integrado entre os sistemas municipais de saúde, o município de Vitória desenvolveu sua programação para compor a PPI estadual, segundo os eixos estabelecidos pela CIB: PPI da Assistência, PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), PPI dos Recursos Humanos, PPI da Gestão e Planejamento em Saúde, PPI da Vigilância Sanitária e PPI da Assistência Farmacêutica.

A elaboração dos diversos temas componentes da PPI estadual teve ampla participação dos diversos setores da SEMUS e seus técnicos, ficando sob responsabilidade do Departamento de Avaliação e Controle a coordenação e elaboração da PPI da Assistência 2000.

A PPI estadual não se consolidou na prática, tendo gerado grandes conflitos entre o conjunto de municípios com a Secretaria de Estado da Saúde, pois havia grande expectativa em sua operacionalização para a garantia de acesso da população às ações e serviços de saúde. Vitória foi um dos municípios que mais sofreu com a realocação dos recursos na PPI 2000, pois continuou a prestar serviços para as diversas populações sem a respectiva compensação financeira, atendendo a um pacto ético feito entre os gestores de continuar procedendo a assistência a seus munícipes, sendo muitas vezes, essa invasão de clientela ameaça ao desenvolvimento da reorganização do modelo e da gestão municipal da saúde. Essas externalidades ao SUS municipal geraram limitações e constrangimentos no acesso da população residente às ações e aos serviços de saúde.

Em meados de 2000 foi aprovada pela Câmara Municipal de Vitória a Lei Autorizativa que permitia a participação do município em um Consórcio Intermunicipal na Região Metropolitana, contando com a participação do Estado. Este consórcio não chegou a se

da Grande Vitória, não tiveram suas leis autorizativas aprovadas. Esta iniciativa visava ampliar a oferta de recursos assistenciais considerando os vazios assistenciais proporcionados pela PPI, seja por insuficiência seja por inexistência dessas tecnologias.

No mesmo ano, foi realizada a III Conferência Municipal de Saúde, no período de 10 a 12 de novembro de 2000, tendo como tema principal: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. O temário de apoio ao desenvolvimento do tema central foi constituído pelos temas: Modelo Assistencial e Modelos de Gestão, Financiamento, Recursos Humanos e Controle Social no Sistema Único de Saúde.

No decorrer do ano de 2000, responsável pela gerência de uma rede ambulatorial básica, voltada ao atendimento de uma clientela adscrita, com ações predominantemente voltadas à promoção e prevenção de saúde, o município sentiu necessidade de consolidação do novo modelo de atenção à saúde, em interface com os outros níveis de atenção.

Não havendo vínculo formal com a assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, a população buscava, por seus próprios meios, o tipo de assistência que julgava necessária para seu caso, formando as tradicionais filas “virtuais” para marcação de consultas nos Centros Regionais de Especialidades.

Comentário: A busca direta e errática da população por assistência era reflexo da falta de fluxos, protocolos e centrais de regulação do acesso.

Em 2000 o município passou a contar com a consultoria do Dr. Eugênio Villaça Mendes para a implantação de um modelo de organização da rede de serviços - o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS).

A consultoria para a implantação do SISS propôs a construção dos projetos de intervenção em oficinas, com participação de técnicos do nível central, coordenações locais, profissionais de saúde, referências técnicas tanto municipais quanto estadual, parceiros do setor público de saúde e afins, parceiros do setor privado, tendo sido realizados onze seminários temáticos, cada um tendo como produto um projeto de intervenção factível.

Entre as várias maneiras de ingresso dos usuários do SUS no sistema, optou-se pelo

Saúde da Família (ESF), como principal porta de entrada do usuário no sistema e atribuição de responsabilidade às Unidades de Saúde, seja as de modelo PSF sejam as de modelo convencional, pela saúde da população da sua área de abrangência.

Como estratégias para implantação do SISS foi constituído um Conselho Diretor, composto pelos representantes dos fóruns das regiões de saúde e gerentes do nível central, com função de condução do processo de implantação do projeto nas referidas regiões de saúde; instituídos os Colegiados Regionais responsáveis pela condução dos trabalhos nas regiões; iniciado o processo de redefinição das macrofunções da SEMU S para fortalecimento de sua capacidade institucional, de modo que pudesse responder às novas responsabilidades colocadas pelo SISS e pela Gestão Plena do Sistema Municipal. Como definido por Mendes, “há que se resgatar a coerência entre a estrutura da secretaria e o novo objeto de trabalho – SISS” (MENDES, 2000).

Vitória, como já citado, é uma cidade pólo, agregadora de conhecimentos e tecnologias, sendo referência para procedimentos especializados, serviços de alto-custo e de alta complexidade, não só para a Região Metropolitana como também para o interior do Estado e outros estados fronteiriços. Tornava-se, então, necessário o estabelecimento de fluxos formais, visando organizar o acesso da população a esses serviços de referência. A organização do acesso aos serviços de saúde, nas diferentes complexidades envolvia, portanto, diferentes atores, que deveriam se integrar ao sistema conforme percepção da necessidade, buscando seu aperfeiçoamento. Os problemas decorrentes da dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção eram muitos, com grande relevância.

A Secretaria Municipal de Saúde assumiu o desafio de organizar um sistema de referência formal, articulando um sistema hierarquizado nos três níveis da atenção [primária, secundária e terciária], controlando o fluxo de acesso dos pacientes à rede ambulatorial especializada e hospitalar e, ao mesmo tempo, realizando avaliação de oferta e utilização de diversos procedimentos, consultas, internações, etc.

Esta iniciativa foi tomada a partir do entendimento que a regulação é uma das macrofunções do Sistema Único de Saúde, que encontra a sua primeira referência legal na Constituição Federal de 1988, quando se estabelece que: “cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde” (CF, 1988).

et. al. (1998), “a atividade de regulação das ações e serviços de saúde tem como princípio o caráter de relevância pública destas ações e serviços, a supremacia do interesse público sobre o interesse particular e a complementaridade da participação do setor privado no SUS. Assim, cabe ao Poder Público estabelecer padrões de funcionamento e qualidade para: serviços, estruturas de produção e produtos que interessem à saúde [...]”.

As mudanças ocorridas no cenário nacional na área da saúde desafiam o município a avançar na gestão da saúde, pois, até então, era responsável pelo gerenciamento da rede de atenção básica, desvinculada formalmente dos demais níveis de atenção, sob responsabilidade do Estado e da União, passando do papel de prestador de serviços ao de responsável por todo o Sistema Municipal de Saúde.

No biênio 2001 - 2002, profundas modificações ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde, acompanhando todas as grandes discussões nacionais já acima contextualizadas e os novos desafios conseqüentes da implementação do SISS.

Em 2001 foi realizado um Seminário de Planejamento Estratégico da SEMUS, no mês de abril, tendo como produto a reafirmação do modelo em desenvolvimento e definição de movimentos táticos e operacionais para a sua implementação e foi lançado o desafio para a GPSM no transcorrer do ano de 2002.

No mês de abril de 2001 foi elaborada e publicada a Agenda Municipal de Saúde, como parte de um processo induzido pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu os eixos principais da Política Nacional de Saúde, seguida pelo Estado com elaboração e publicação de sua agenda. A Agenda trazia como eixos assistenciais estratégicos as sete ações básicas e responsabilidades mínimas da NOAS: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle do Diabetes mellitus, Controle da Hipertensão Arterial, Ações de Saúde da Mulher, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde Bucal, tendo sido acrescentadas três outras áreas estratégicas, de acordo com as prioridades epidemiológicas específicas do município: ações de saúde para idosos, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e Ações Básicas de Saúde Mental.

A partir da definição destas dez áreas estratégicas mínimas, todos os instrumentos básicos de planejamento e gestão da SEMUS foram desenvolvidos em observância a esta definição.

primeira Programação Municipal da Atenção Básica para compor a Programação Pactuada e Integrada (PPI), com ampla participação das referências técnicas da SEMUS, alguns componentes da alta gerência e um representante do Conselho Municipal de Saúde, tendo sido finalizada no mês de dezembro do mesmo ano.

Esta programação foi fundamental para o processo de integração entre o planejamento das ações e a respectiva orçamentação, com seu detalhamento compondo o PPA - Plano Plurianual de Atividades para o quadriênio 2002-2005, ainda que tenha sido evidenciada na sua operacionalização, a necessidade de aprimoramento dessa programação.

No mesmo período foi elaborado o novo Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2001-2004, com seu respectivo Quadro de Metas, atualizado em consonância com a NOAS 2002 e o SISS, tendo como norteadora a Agenda Municipal de Saúde.

A evidente necessidade de reconversão laboral de especialistas em generalistas iniciou um rico processo de capacitação de profissionais pertencentes às Equipes de Saúde da Família (ESF), por meio do Programa de Educação Permanente (PEP). Iniciou-se um intenso processo de desenvolvimento de habilidades clínicas das ESF, sendo contratada uma consultoria da Escola de Saúde Pública do Ceará, que trouxe como método, o modelo de *Revisão em Pares* [Peer review], como processo permanente e sistemático de reflexão crítica e avaliação da prática profissional, conduzida por um grupo de tutores com intuito de obter um contínuo aprimoramento na qualidade da atenção ao paciente.

No decorrer do ano 2002, os departamentos integrantes do organograma da SEMUS, desenvolveram amplo processo de discussão interna com seus funcionários e gerentes e após com o Conselho Diretor, como forma de propor a reestruturação de sua área de competência, no processo de desenvolvimento institucional. Havia diversas estruturas funcionando informalmente, que já representavam o novo pensar da Secretaria face ao seu novo objeto - o SISS, e a Gestão Plena do Sistema. Dentre eles pode-se destacar o Departamento de Assistência à Saúde, Setores de Contratos e Convênios e de Compras. Os Departamentos de Administração em Saúde e de Ações Integrais de Saúde tiveram permuta de serviços entre eles e outros foram agregados ao Departamento de Assistência.

desenvolvimento de Protocolos Integrados, sob coordenação do Departamento de Assistência, como necessidade sentida a partir da construção do Sub-Sistema do SISS: Pré-Natal, Parto e Puerpério, tendo como parceira a Maternidade Pró-Matre de Vitória para partos de baixo risco.

Comentário: Esta iniciativa previa a ampliação da atenção integral à saúde da mulher e da criança, além da humanização.

Este trabalho de elaboração dos protocolos contava com uma consultoria externa, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que teve início em junho de 2002, tendo-se iniciado pelos protocolos Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Acolhimento, como parte do processo de apoio ao desenvolvimento de todas as ações inerentes à *meta mobilizadora do município*, que era a redução da Mortalidade Infantil à um dígito, até dezembro de 2004.

Em setembro do ano de 2002, atendendo a uma solicitação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, o Município pleiteou sua habilitação para realizar a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A, pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002.

No mesmo ano aconteceu a IV Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema central “Vitória do Futuro rumo à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde”, nos dias 19 e 20 de outubro. Precedendo à realização da conferência, ocorreu um Seminário de Alinhamento Conceitual para as questões relativas à gestão, com a participação de 130 técnicos do nível central, local e do Conselho Municipal de Saúde e seis pré-conferências, uma em cada região de saúde, também com o tema Gestão Plena e para a escolha de delegados de cada região para a participação na Conferência.

Também no mês de outubro desse mesmo ano, foi realizado um seminário para apresentação da REMUME revisada e atualizada, como produto de um processo altamente participativo, à semelhança do processo que lhe deu origem.

Vale destacar, que desde o primeiro pacto da atenção básica realizado em 1999, a cada ano o município vinha realizando seus pactos de melhoria das ações da APS e da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), num amplo processo de discussão e construção das metas.

esso descrevem a trajetória histórica da SEMUS até o ano de 2002. A partir de 2003 não há registros históricos cronológicos dos avanços incrementais ou das limitações e constrangimentos do setor da saúde, entretanto a análise dos Relatórios Anuais de Gestão complementa parte dessa história.

Avanços, Recuos e Principais Inadequações

A política da Secretaria de Saúde de Vitória vinha sendo, ao longo dos anos, de romper com o antigo dilema de ou atender às necessidades sentidas individualmente, ou resolver os problemas que afetavam com mais intensidade o conjunto da população. Com este foco, muitos avanços foram alcançados em Vitória para a construção do SUS, com expressivos avanços na territorialização, participação social e saúde coletiva.

Ainda que com este foco, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), constituiu-se num impedimento à garantia da integralidade das ações de saúde, pois em relação à média e alta complexidade não havia garantia de acesso do usuário aos demais níveis do sistema, o baixo grau de cooperação entre os municípios da Região Metropolitana e entre a Secretaria Estadual de Saúde, que detinha a gestão e gerência destes serviços, eram outros fatores que podem ser citados na desorganização desse sistema.

As ações intersetoriais, embora existentes, ainda eram tímidas e contribuíam pouco para a construção de um município saudável.

A universalidade ainda era um conceito ideal, não alcançado mesmo em relação à Atenção Básica, pois a ampliação da rede de serviços e a implantação do Programa de Saúde da Família ainda não refletiam em expressiva melhoria de acesso aos serviços de atenção básica.

Alguns indicadores de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde para avaliar a gestão dos municípios não vinham sendo alcançados. Havia um comprometimento da resolubilidade nos serviços municipais de atenção primária e apropriação dos territórios.

ema de avaliação dos serviços próprios e contratados, por falta de um processo de regulação do acesso. Também havia inadequações na estrutura organizacional, de recursos humanos e recursos tecnológicos.

Estas situações poderiam melhorar com:

- a) a implementação no processo de efetiva apropriação dos territórios, de sua população adscrita pela equipe dos serviços e responsabilização pela construção coletiva das condições de saúde deste s;
- b) realização sistemática do processo de monitoramento e avaliação das situações críticas detectadas;
- c) redefinição da política de gestão de pessoas adotada, criação de vagas para absorver os profissionais já classificados no concurso público, capacitação permanente dos profissionais para as funções a desempenhar e;
- d) ampliação, através da Gestão Plena do Sistema Municipal, da governabilidade sobre os demais níveis da assistência, para superar o desafio da transformação necessária para aumentar a eficiência do sistema municipal de saúde, atendendo aos ditames constitucionais, quanto à integralidade, contribuindo para a equidade num município aonde o conceito de cidadania vinha sendo construindo dia a dia.

2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS

Para efeito desta pesquisa, uma das técnicas utilizadas foi a análise documental. Dentre os diversos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, este estudo restringiu-se aos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, bem como os Programas e Projetos desenvolvidos pela SEMUS no período de 1990, após a regulamentação dos artigos 196 ao 200 da CF pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, até o ano de 2008 .

Os Planos de Saúde (PS) são instrumentos que, a partir de uma análise de situação, estabelecem as intenções políticas de uma gestão, apontando os resultados esperados

vigência. Os Planos explicitam diretrizes, objetivos de médio prazo e metas quadrienais.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que dá concretude às intenções previstas no PS, constituindo-se em um planejamento de curto prazo. Na PAS são contempladas as programações das áreas específicas, onde são detalhadas as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que viabilizarão o PS.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados, cujas ações estavam previstas na PAS. Serve de *prestação de contas* à sociedade das realizações ao longo de um ano e tendo como referencial a respectiva PAS. A análise documental se concentrou nos instrumentos básicos de planejamento e gestão do SUS, inseridos no PlanejaSUS¹, haja vista sua relevância no processo de planejamento e controle social.

Vale ressaltar que todos os documentos selecionados para análise foram examinados em sua totalidade, com leitura criteriosa, para se desvelar as intenções da gestão em relação à atenção integral e regulação assistencial, entretanto só serão aqui relatados os aspectos que tiverem relação direta com o objeto deste estudo.

A seguir estão descritos os aspectos mais relevantes identificados nos referidos documentos, iniciando-se pelos Planos de Saúde e, em seguida, os Relatórios Anuais de Gestão.

PLANO DE AÇÃO PARA 1990

Este é o primeiro documento a que se teve acesso, que mostrava um Plano de Ação para a SEMUS.

Em sua justificativa, este documento explicitava que o crescimento populacional pela taxa de natalidade e pelo crescimento industrial atraiu populações do interior do Estado, sem que em contrapartida houvesse a criação de uma infra-estrutura para dar

¹ MS. PLANEJASUS refere-se ao Sistema de Planejamento do SUS, que estabelece como instrumentos básicos de planejamento e gestão do SUS, o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão.

de dessa população. Cita o documento que este desenvolvimento desordenado no município, trouxe implicações de relevância ao setor saúde como, por exemplo, os agravos ambientais causados pela industrialização, aumento dos acidentes de trabalho, agudização do problema de moradia, insuficiência de escolas, violência, entre outros, fatores estes condicionantes do processo saúde doença. Estas externalidades ao SUS municipal podem interferir negativamente na atenção integral aos munícipes.

Este Plano segue citando que para o enfrentamento dessas questões a SEMUS desenhou um Plano Municipal de Saúde, com o apoio de técnicos de todas as áreas da mesma, inclusive dos trabalhadores que atuavam no nível local, que seria desenvolvido em articulação e apoio com as demais secretarias do município, do Estado e do nível federal, durante aquela administração.

Pode-se observar que esta iniciativa de envolver diversos técnicos na elaboração de um Plano de Ação, representava o início de um processo de gestão participativa, em observância ao que rege a CF e as LOS.

Um dado relevante encontrado nesse Plano de Ação foi a primeira citação sobre a saúde da coletividade, além da individual, por meio de programas destinados à atenção integral:

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança;
Programa de Assistência ao Adolescente;
Programa de Assistência ao Adulto;
Programa de Assistência ao Escolar;
Programa de Saúde Mental;
Programa de Saúde Oral;
Programa de Saúde do Trabalhador;
Programa de Assistência Farmacêutica (SEMUS, 1990).

Nesse Plano de Ação estava reforçada a idéia de que o município apostava na implantação da gestão participativa ao descrever que:

A política de saúde do município visa ainda, dentro dos princípios da reforma sanitária, criar mecanismos de efetiva participação da sociedade, assegurando através do controle social, a qualidade dos serviços prestados. [...] Assim, serão desenvolvidas ações educativas, de divulgação e outros mecanismos que permitam o envolvimento da comunidade na sua problemática de saúde, como sujeitos ativos do processo de mudança que queremos (SEMUS, 1990).

O objetivo de examinar os Planos Municipais de Saúde (PMS) é o de verificar se há no seu escopo ações e estratégias que demonstravam a intenção das diferentes gestões da SEMUS em propiciar a atenção integral à saúde da população e a regulação do acesso sobre a rede de prestadores de serviços de saúde, enquanto um dispositivo para viabilizar o acesso da população.

Plano Municipal de Saúde 1991

Este plano representa o primeiro PMS do SUS após a regulamentação da CF pela Lei nº. 8080/90. Não há nenhuma citação em seu escopo em relação ao período de sua vigência, embora as normas sanitárias definam uma periodicidade de quatro anos para sua execução, portanto depreende-se que sua periodicidade era de 1991 a 1994.

A primeira referência sobre a atenção integral no PMS de 1991 foi encontrada no Item 3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE, assim descrita:

[...] A incorporação das concepções que entendem atenção a saúde como integral, buscando a ruptura da dicotomia entre as ações de caráter coletivo e as individuais, trazendo para o âmbito do Estado e dos Municípios controle das ações, antes realizadas sob o domínio da união (sic) passaram a se tornar o aspecto central para as reformulações na saúde [...]. (SEMUS, 1991, p. 24).

O PMS de 1991 cita que foram constituídas no município 14 regiões de saúde, com o objetivo de se desenvolver a vigilância em saúde, e que tinham capacidade resolutive no que se propunha para a atenção à saúde do Nível 01 do modelo assistencial proposto. Essa territorialização do município, a partir de aspectos geográficos, epidemiológicos, de acesso viário, populacional e de equipamentos existentes tinha o objetivo de ampliar a capacidade resolutive e a atenção integral.

Relativamente à caracterização das ações a serem desenvolvidas pelo município e as de responsabilidade do Estado, o mesmo item cita que:

Caberá exclusivamente ao (s) município (s), na perspectiva do modelo proposto, a responsabilidade quanto ao Nível 01. Para o Nível 02 está prevista uma direção colegiada com participação dos municípios da região correspondente. O Nível 03 estará sob responsabilidade exclusiva do âmbito estadual. Os três níveis se

si, segundo suas capacidades instaladas (Quadro III) (SEMUS, 1991, p. 25).

O Item 3.1 do PMS estabelece as CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DAS UNIDADES INTEGRANTES DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE, classificando-as em Unidade de Saúde 2, Unidade de Saúde 3A e Unidade de Saúde 3B.

As Unidades de Saúde tipo 2, segundo o PMS, tinham em seu quadro, médico de clínicas básicas e odontólogos, diariamente. Disponibilizava acesso aos SADT [Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico]. Estavam interligadas ao sistema de referência e contra-referência. As unidades Tipo 3A tinham em seu quadro de pessoal, odontólogo e médico, no mínimo em quatro das clínicas básicas e também outros profissionais que compunham a equipe multidisciplinar. A Unidade Tipo 3B tinha em seu quadro as equipes já citadas, além de médico especializado em função das características epidemiológicas locais. Possuía laboratório e RX próprios e/ou acesso aos mesmos (SEMUS, 1991, p. 27).

Esta classificação das unidades de saúde em diferentes tipologias começava a delinear a rede de serviços no Município, a partir das poucas especialidades médicas, e exames para apoio diagnóstico já existentes.

O PMS 1991 refere em seu item 3.4 que as unidades do SUS municipal fariam referência e contra-referência de sua clientela, de uma unidade menos complexa para outra de maior complexidade da mesma região de saúde conforme a necessidade. Afirma que a referência e a contra-referência para os níveis 2 ou 3 seria feito em consonância com a Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela gestão e gerência destes dois níveis hierárquicos da assistência clínica individual.

Pode-se observar que o sistema de referência² e contrarreferência³ referido no PMS definia um fluxo da população do município junto à SESA, para a Central de Internação e para o Centro Regional de Especialidades (CRE). Surgia o primeiro indicativo que havia regulação de acesso da população de Vitória pela SESA e não por mecanismos próprios do município, ainda que de forma incipiente.

² Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas.

³ Contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde é mais simples, ou seja o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio

sistema de referência e contrarreferência, transcrita na

íntegra:

Os serviços do Estado/União, embora melhor qualificados apresentam baixa eficiência, sem mecanismos formais de hierarquia, referência e contra-referência, além da ausência de regionalização, apesar destes mecanismos já estarem constituídos no Modelo Assistencial para o Estado e Município, existindo inclusive legalmente (SEMUS, 1991, p. 31).

Prosseguindo, o PMS 1991 explicita em seu item 4.7, que trata da VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, que seria organizado na SEMUS um núcleo central que faria o estudo analítico das informações, através da notificação semanal de doenças e dos boletins mensais de agravos, dados de mortalidade, natalidade etc., e diz que “O resultado da análise será transformado em normas de trabalho, de determinação de ações imediatas e de programas especiais de saúde” (SEMUS, 1991).

Organização da rede de serviços

Pode-se observar, ao se analisar o PMS, que a SEMUS tomou a decisão de implantar os serviços dos quais não dispunha e que também estavam indisponíveis na rede da SESA, como o Centro de Tratamento de Toxicômanos de Vitória, para ampliar a oferta de serviços especializados e, conseqüentemente, a atenção integral aos usuários.

Outro aspecto absolutamente interessante que o PMS mostra é a intenção do município em assumir a municipalização das ações de saúde, explicitando quais as unidades de saúde sob gestão estadual e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) seriam municipalizadas: U. S. Vitória, U. S. Maruípe, U. S. Santo Antônio, U. S. Goiabeiras, U. S. de Santa Tereza (Morro do Quadro), U. S. São Pedro, U. S. Barbarina e U. S. Bairro de Lourdes.

Outro aspecto observado foi o remanejamento de pessoal ocorrido entre as unidades de saúde de Nível 1 para, conforme a necessidade de cada região de saúde, a SEMUS ser capaz de efetivar esse novo modelo assistencial. A partir da incorporação dessa nova rede de serviços municipalizada o município decidiu por um novo desenho no organograma da SEMUS.

gociação entre o município e a SESA “para a cessão de técnicos das áreas de Planejamento, Administração, Finanças e Recursos Humanos e áreas fim, para atuação no órgão central da Secretaria Municipal de Saúde” (SEMUS, 1991, p. 77).

Pode-se observar, que a SEMUS já tinha a intenção de ampliar sua rede de serviços, pela inexistência ou insuficiência de recursos assistenciais, explicitando a compra de exames para análises clínicas e de exames de RX, necessários ao bom funcionamento do Sistema Municipal de Saúde.

Apesar de já demonstrar o crescimento da rede de serviços assistenciais, por meio da rede complementar privada, nenhuma menção foi feita no PMS ao processo próprio de regulação do acesso.

Programas de Saúde

A SEMUS implantou à época da vigência desse plano, os seguintes programas de saúde em busca da atenção integral: Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Saúde Mental, Doenças Crônico-Degenerativas, Odontologia Integral, Hanseníase, Tuberculose, Imunização, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Também estavam contemplados programas alternativos de saúde: Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia.

Pode-se observar que o PMS apresentava estudos de necessidade da população e uma análise comparativa entre essas necessidades, a oferta existente e o *diferencial*, que representava a demanda não atendida.

Externalidades

O PMS 1991 referiu que:

[...] os sindicatos e medicina de grupo atendem clientelas definidas, relativas aos agrupamentos sociais que representam”.
[...]

rativo, também denominado filantrópico, abarca importante quantitativo na atenção ambulatorial e hospitalar. Pelo fato de apresentarem ações de diferentes complexidades em suas unidades, aqueles serviços atendem demandas gerais da Grande Vitória e, em alguns casos, até mesmo do interior do Estado. (SEMUS, 1991, p. 31).

Plano Municipal de Saúde 1994-1997

Um documento histórico da SEMUS revela que o segundo Plano Municipal de Saúde foi elaborado em 1997, portanto no período compreendido entre 1994 e 1997 não havia Plano em vigor.

Plano Municipal de Saúde 1997

Neste Plano não há nenhuma citação em relação ao período de sua vigência, embora as normas sanitárias definam uma periodicidade de quatro anos para sua execução. Um documento histórico da SEMUS revela que o segundo Plano Municipal de Saúde foi elaborado em 1997, afirmando que sua vigência era para o próximo quadriênio. Este Plano afirma que o município teria como diretriz principal:

Implementar o Sistema Único de Saúde, SUS, com o propósito de buscar a consolidação do Sistema Municipal de Saúde, avançando para a Gestão Plena do Sistema voltado para um modelo de atenção à saúde com proposta de construção de SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE – SILOS. (SEMUS, 1997, p. 3).

Detalhando esta diretriz em oito *Diretrizes Básicas*, está explicitada a intenção do município em:

[...] Garantir o **atendimento integral**, com resolubilidade, da população adscrita de cada território, com equipe multiprofissional. (grifo nosso)
[...]
Assumir a gestão dos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade garantindo os mecanismos de referência e contra-referência. (SEMUS, 1997, p. 29).

Nesse plano há uma citação no item denominado Diretrizes e Ações/Municipalização, que previa “Reestruturar do setor de Avaliação e Controle da SEMUS”; “Assumir o gerenciamento das AIH’s no município de Vitória” e “Persistir na discussão, junto à

dos demais municípios para assumirem a gestão dos sistemas municipais de saúde” (SEMUS 1997, p. 28-29).

Modelo Tecno-Assistencial

Nesse Plano de Saúde, já em sua apresentação, o município declarava que o trabalho para sua elaboração se constituiu de diversos momentos de reflexão sobre a implementação e implantação do Sistema Único de Saúde. Segue afirmando que a partir desses momentos o município optava “por um modelo de atenção à saúde que contemple o conhecimento da realidade local e a participação popular, com proposta de construção de Sistemas Locais de Saúde – SILOS” (SEMUS, 1997, p. 3).

Sistemas Locais de Saúde

SILOS são conceituados como um modelo de atenção à saúde que contemplam o conhecimento da realidade local e a participação popular. Tinham como princípios: a participação da população; a descentralização; a democratização; a territorialização; a intersetorialidade e; a prática da Vigilância em Saúde. A proposta dos SILOS partia do pressuposto da subdivisão do município e/ou de uma dada região em áreas menores, segundo critérios geográficos, demográficos e sociais, a que se denominou de territorialização em saúde, com a finalidade de se constituir distritos sanitários. Suas finalidades eram: garantir à população de cada território atendimento através de agendamento prévio e redimensionar a oferta dos serviços de cada área/território.

O PMS ao se referir aos SILOS pontua, entre os diversos itens, que duas das finalidades eram: “Garantir à população de cada território atendimento através de agendamento prévio [...]” e “Redimensionar a oferta dos serviços de cada área/território”. (SEMUS, 1997, p. 31). Deste item, em sua completude, pode-se perceber claramente a intenção da atenção integral à população, agregando-se às ações assistenciais as de promoção e prevenção de doenças e agravos.

serviços

No escopo do Plano há uma afirmação que, além de sua população residente, Vitória apresentava grande contingente de população flutuante e que este número de pessoas circulando era da ordem de 570.000 pessoas, o dobro da população residente que totalizava à época 250.013. Esta constatação se faz interessante uma vez que se pretendia organizar os serviços e implantá-los na lógica dos SILOS. Ainda sobre as populações, o Plano afirma que a “demanda a estes serviços é constituída por população oriunda de diversos municípios, já que Vitória é referência para todo o Espírito Santo e até para algumas regiões de Minas Gerais e Bahia” (SEMUS, 1997, p. 11; 25).

Para a organização dos serviços na lógica dos SILOS, foi elaborado um diagnóstico da situação de saúde por Região de Saúde. Cada Região realizou um levantamento de campo, por meio do Método da Estimativa Rápida Participativa (MERP), “com a finalidade de estabelecer o diagnóstico de saúde local e dar subsídios à elaboração do planejamento ascendente. Este trabalho foi iniciado em 1994, em algumas regiões, sendo concluído pelo conjunto do município em 1996” (SEMUS, 1997, p. 25).

Referindo-se à cobertura assistencial ambulatorial, em estudos realizados pelo município, constatou-se no PMS que havia um superávit de consultas em todas as clínicas básicas, entretanto como o município recebia um grande *afluxo de pacientes* oriundos de outros municípios, especialmente os da Região da Grande Vitória, havia uma sobrecarga nas unidades de saúde, o que provocava *rechaço* de sua demanda própria.

Referindo-se às consultas especializadas, de nível secundário, a análise de cobertura assistencial ficou prejudicada pela falta de informação sobre a oferta fora da rede municipal, sendo que os maiores prestadores de serviços nesta área eram as unidades estaduais e alguns hospitais. Foi feita a afirmação no escopo do Plano que a demanda da população externa ao Município, nesta área, era ainda maior que aquela verificada em relação às clínicas básicas.

Esta afirmação quanto ao superávit de consultas básicas e déficit de consultas especializadas é absolutamente necessária ser aqui citada, pois tanto no excesso quanto no déficit de oferta faz-se necessário um potente processo de regulação do

atendimento segundo o risco quando houver insuficiência de recursos tecnológicos e constrangimento do uso indiscriminado e inoportuno quando houver excedente de oferta.

Em relação à atenção hospitalar, o Plano afirma que havia um excedente de oferta de internações nas clínicas básicas [pediatria, clínica média, gineco/obstetrícia e clínica cirúrgica] em relação à população residente e, que de todas as internações realizadas nos hospitais localizados no território municipal, apenas 23,68% destinavam-se aos municípios de Vitória. Havia à época um estrangulamento de oferta em leitos psiquiátricos, portanto nessa área especializada a atenção integral encontrava-se prejudicada. Portanto, esta constatação induz deduzir que a integralidade assistencial estava comprometida e que havia necessidade da regulação assistencial para regradar o acesso da população a esses serviços pelo evidente déficit de oferta, bem como pela necessidade de acesso reprimida ora por falta dos recursos assistenciais, ora pela competição da população residente com populações externas ao município.

Já aqui neste período vale destacar que Vitória, sendo a capital do Estado, era referência para quase a totalidade dos serviços de alta complexidade e grande maioria de serviços de média complexidade. Pergunta-se, então, tomando-se como orientação o princípio da atenção integral presente na CF, se as populações de não municípios não teriam o direito ao acesso às tecnologias assistenciais? Mas, qual seria a repercussão na atenção integral aos municípios de Vitória?

Outra questão importante constatada nesse Plano foi a redução de 14 Regiões de Saúde, contempladas no PMS anterior, para 7 Regiões de Saúde. Esta reterritorialização do município teve como base de sustentação estudos de acesso, estudos do perfil epidemiológico das regiões, quantitativo populacional e equipamentos existentes, para permitir o acesso direto da população às unidades e um atendimento com maior resolubilidade possível.

Num item intitulado **HIERARQUIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA**, foi constatada a intenção do município em:

[...] Garantir a porta de entrada aos centros de especialidades, através de referência pela rede básica e hospitalar; Reunir os especialistas da rede básica em centros de especialidades e em unidades de maior estrutura, com suporte de SADT; Criar unidades com especialidades em cada região de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico da área de saúde, garantindo a resolubilidade local; **Implantar**

de marcação de consultas e SADT [...] (SEMUS, 1997, p. 34, grifo nosso).

Estas citações demonstram iniciativas de regulação do acesso ao citar a implantação de leitos, centrais de marcação de consultas e SADT, embora ainda não surja a palavra regulação.

Estrutura Organizacional

Uma nova estrutura organizacional foi aprovada, por meio da Lei Municipal nº. 3.983, de 08 de novembro de 1993, para sustentar a municipalização, enquanto objetivo maior do sistema de saúde municipal.

Foi criado o Departamento de Avaliação e Controle, entendido como “outro passo fundamental na concretização do processo de modernização administrativa” (SEMUS, 1997, p. 27). Vale observar que a função regulação ainda não foi incorporada a esse Departamento.

Um outro aspecto importante foi a elaboração do Código Municipal de Saúde, que tratava da *organização*, regulamentação, fiscalização e **controle das ações e dos serviços de saúde**, como meio para amparar legalmente as inspeções e autuações sanitárias realizadas pela SEMUS (grifo nosso).

Ações propostas

Neste item, o PMS descreve que “O município deve ser responsável pelo planejamento, execução, avaliação e controle das ações de saúde na sua área de abrangência” (SEMUS, 1997, p. 29). Vale observar que nas ações propostas não há nenhuma menção à regulação do acesso às tecnologias assistenciais a que o município se propunha controlar e avaliar.

Relativamente às ações inerentes à municipalização, há a citação de que o município

Sistema Municipal de Saúde e estimularia os municípios em seu entorno a fazerem o mesmo; reestruturaria o setor de avaliação e controle e; assumiria o gerenciamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do município de Vitória, subentendendo-se dos municípios de Vitória (SEMUS, 1997, p. 30).

Vale à pena esclarecer que a decisão de assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde tinha como finalidade, inscrita nas Normas Operacionais Básicas, ampliar a autonomia municipal na gestão e comando único sobre a rede de prestadores de serviços de saúde, o que implicaria, necessariamente, na implantação de mecanismos regulatórios assistenciais.

Programas de Saúde

Nesse Plano não há nenhuma citação dos programas de saúde existentes. Em relação às externalidades ao SUS municipal, várias citações foram feitas quando havia manifestações em relação à intenção do município em assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Essas externalidades, em nenhum momento foram colocadas como impeditivos ao avanço na gestão, entretanto localizavam decisões sobre as negociações para a municipalização das ações de saúde na SESA, na CIB e no CONASEMS.

Plano Municipal de Saúde 1998

Este plano está intitulado como “Atualização 1998”, incluindo dados de 1986. Não havia nenhuma referência em relação à vigência do mesmo, entretanto pelo período definido por seu sucedâneo, sua vigência era de 1998 a 2001. O município, com este Plano, regularizou a periodicidade de quatro anos dos planos, caso contrário haveria uma lacuna de um ano, o que legalmente se constituiria numa ilegalidade e irregularidade.

estava previsto no Plano anterior, que o município teria como diretriz principal:

Implementar o Sistema Único de Saúde, SUS, com o propósito de buscar a consolidação do Sistema Municipal de Saúde, avançando para a Gestão Plena do Sistema voltado para um modelo de atenção à saúde com proposta de construção de SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE – SILOS. (SEMUS, 1997, p. 3).

Detalhando esta diretriz em oito *Diretrizes Básicas*, estava explicitada a intenção do município em:

[...] Garantir o **atendimento integral**, com resolubilidade, da população adscrita de cada território, com equipe multiprofissional. (grifo nosso)
[...]
Assumir a gestão dos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade garantindo os mecanismos de referência e contra-referência. (SEMUS, 1998, p. 21-22).

À semelhança do Plano de 1997, nesse plano há uma citação no item denominado Diretrizes e Ações/Municipalização, que previa “Reestruturar do setor de Avaliação e Controle da SEMUS”; “Assumir o gerenciamento das AIH”s no município de Vitória” e Persistir na discussão, junto à SESA, quanto à sensibilização dos demais municípios para assumirem a gestão dos sistemas municipais de saúde (SEMUS 1998, p. 29).

Plano Municipal de Saúde 2002-2005

Na apresentação inicial, esse Plano afirmava que a operacionalização do mesmo dar-se-ia por meio dos planos operacionais anuais: Planos de Ação 2002, 2003, 2004 e 2005, que conteriam as ações, as metas e os recursos, mediante os quais seriam alcançados os objetivos estabelecidos.

No item IDENTIFICAÇÃO, o Plano explicita que o município concentrava a grande maioria dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, movimentando cerca de 50% dos recursos provenientes do SUS no Espírito Santo.

O município encontrava-se à época habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), significando que sob sua responsabilidade estava a garantia da atenção básica à saúde da população residente, prestada por meio de sua rede própria, constituída por unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos às urgências básicas,

tico e terapêutico e pela rede complementar contratualizada.

Quanto à rede especializada, apesar do município ter responsabilidade legal apenas pela atenção básica, a SEMUS vinha organizando, gradualmente, os serviços de média complexidade em nível ambulatorial: policlínicas, centros de referência, entre outros, para ofertar atendimentos e consultas especializadas, exames de laboratório, exames complementares, etc. Relativamente à rede hospitalar, seriam necessárias parcerias com hospitais do SUS, com a intermediação da SESA.

Esse plano apontava a existência de seis regiões de saúde, e não mais sete, que foram subdivididas em Territórios de Saúde, com o objetivo de realizar diagnósticos de saúde o mais próximo possível da realidade dos cidadãos, microlocalizando seus problemas (SEMUS, 2002-2005, p. 30).

Modelo Tecno-Assistencial

Nesse Plano de Saúde, em sua apresentação, o município reafirmava que o trabalho para sua elaboração se constituiu de diversos momentos de reflexão, sobre a implementação e implantação do Sistema Único de Saúde. Afirmava que o município optou por um modelo de atenção à saúde, orientado pela epidemiologia, no conhecimento da realidade local e no planejamento das ações prioritárias. Este modelo explicitado tem com premissa a participação popular e pressupõe o envolvimento e qualificação dos servidores, “imprescindíveis para a construção de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS), garantindo justiça social, equidade, eficácia e eficiência da gestão administrativa” (SEMUS, 2002-2005, p. 6).

Os princípios orientadores do modelo assistencial estariam baseados em cinco diretrizes estratégicas:

- Consolidar o SUS no município de Vitória;
- Priorizar o núcleo familiar como foco para a promoção de saúde, através do PSF;
- Organizar o acesso em todos os níveis de assistência, através de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde - SISS;
- Avançar para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e;
- Estimular a participação e controle social (SEMUS, 2001, p. 8).

atenção à saúde, o Plano explicita que seria organizado segundo a rede de serviços, com a implementação do SISS, e segundo as ações de saúde.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS)

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde podem ser definidos como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população. A instituição do SISS implica mudanças profundas na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão: da atenção curativa e reabilitadora para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para serviços de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado (MENDES, 2001); da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado (MENDES, 2001).

Em relação à rede de serviços, afirma o Plano que a construção do SISS, que vinha sendo desenvolvida em Vitória, tendo como piloto a Região de Saúde de São Pedro, baseava-se, enquanto diretriz conceitual, principalmente nas reflexões de Mendes, cujo texto-base sobre o sistema, em parte, é descrito a seguir:

A proposta do Sistema Integrado de Serviços de Saúde surge, concomitantemente e através de elementos comuns, em diversos países ou regiões e, sempre, com os mesmos objetivos: no Canadá, é denominada de “viragem ambulatorial”, na Europa Ocidental, tem sido chamada de “substituição hospitalar” e nos Estados Unidos, nasce no setor privado de planos de saúde com o nome de “atenção gerenciada”. Essas propostas surgem num profundo processo de mudança microeconômica dos sistemas de saúde conhecido como “movimento por resultados”, que se estrutura na revisão sistemática da evidência disponível e na incorporação dessa evidência no cotidiano dos serviços.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Os resultados articula três importantes processos que constituem os pilares do Sistema Integrado de Serviços de Saúde: a “avaliação tecnológica em saúde” que permite definir que tecnologias devem ser incorporadas (mais da metade da tecnologia médica é incorporada sem avaliação de sua eficácia) e em que condições devem ser utilizadas; a “avaliação econômica em saúde” que busca medir os benefícios e os custos de diferentes tecnologias médicas e a “medicina baseada em evidência”, que é o uso consciente e explícito, através de instrumentos da epidemiologia clínica, da melhor evidência para tomar decisões sobre a atenção à saúde.

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde podem ser definidos como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos riscos populacionais e da oferta e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população.

A instituição do Sistema Integrado de Serviços de Saúde implica mudanças profundas na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão: da atenção curativa e reabilitadora para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para serviços de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e ambulatorial para atenção domiciliar; da intuição clínica para a evidência; da liberdade clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propeleutivos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado.

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde constituem um movimento irreversível de reforma microeconômica que nosso país não pode desconhecer, para a reorganização, seja do sistema de atenção médica supletiva, o sistema privado, seja do SUS, o sistema público.

A base sobre a qual é estruturado todo o Sistema Integrado de Serviços de Saúde é a organização da atenção primária à saúde, utilizando-se no caso de Vitória a estratégia de Saúde da Família que, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, proporcionam uma cobertura de 48% da população. A atenção secundária e terciária é organizada pela e para a atenção primária.

O SISS é organizado em cinco subsistemas, a saber:

Subsistema de ações coletivas, composto pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental;
Subsistema de Atenção Médica, organizado em Pontos de Atenção como Assistência ao parto; Cirurgia Ambulatorial; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar; Especialidades e outros;
Subsistema de Apoio, englobando Atenção Farmacêutica; Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e todo o apoio logístico necessário ao funcionamento do SISS;
Subsistema Integrado de Informação e;
Subsistema de Controle Público, que permeia todos os anteriores.

A construção do SISS tem se dado por um grande movimento de mobilização social, que vem permitindo as parcerias desejadas para sua efetiva implantação.

- Os objetivos dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde são:
- Ofertar serviços de saúde orientados às necessidades de uma população determinada;
- Ofertar serviços de saúde de forma contínua;
- Melhorar a coordenação e a comunicação horizontais entre as diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde;

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

; de atenção à saúde;

- Garantir que os serviços de saúde sejam prestados de forma certa, na hora certa, no lugar certo e a um custo certo;
- Aumentar a satisfação dos usuários;
- Maximizar a eficiência no uso de recursos;
- Racionalizar a utilização dos procedimentos clínicos e administrativos;
- Estimular o auto-cuidado;
- Promover o controle público e;
- Integrar os serviços de saúde com os serviços de assistência social.

Os componentes dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde são:

- Gestão dos riscos populacionais: uso intensivo de atividades promocionais e preventivas;
- Incorporação, fusão e especialização de unidades complexas;
- Restrição do hospital para eventos agudos;
- Uso intensivo do Hospital-Dia;
- Revisão prospectiva, concorrente e retrospectiva das internações hospitalares;
- Melhoria do sistema de altas hospitalares;
- Integração dos procedimentos propedêuticos e curativos;
- Uso de procedimentos não invasivos ou quase não invasivos;
- Ambulatorização de cirurgias;
- Centros de enfermagem;
- Atenção domiciliar;
- Uso de práticas complementares ou alternativas;
- Utilização de serviços de assistência social;
- Estímulo ao auto-cuidado;
- Estímulo à incorporação de cuidadores e;
- Controle público.

A construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória dar-se-á através da expansão e reorganização de alguns serviços de saúde como:

- A estratégia de Saúde da Família;
- Vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- Atenção farmacêutica;
- Serviços de apoio diagnóstico;
- Atenção especializada ambulatorial (consultas e exames);
- Centros de referência especializados;
- Serviços de saúde mental;
- Saúde bucal;
- Assistência social.

E da implantação de alguns pontos de atenção, como:

- Cirurgia ambulatorial;
- Internação domiciliar;
- Assistência ao parto e;
- Atenção hospitalar. (MENDES, In: SEMUS, 2001, p. 42-45).

Estes pontos de atenção seriam estruturados pela SEMUS de Vitória ou seriam providos por meio de parcerias com outras instituições de saúde, como a Secretaria de Estado da Saúde, hospitais públicos, filantrópicos e outros (SEMUS, 2001, p. 45).

Quanto à organização do modelo de atenção, segundo as ações de saúde, o município

Práticas de saúde se direcionassem para a solução dos principais problemas incidentes e prevalentes na população, que estariam agrupados em três categorias distintas:

- 1) Doenças crônico-degenerativas: hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, etc;
- 2) Causas externas: homicídios, acidentes de trânsito, acidentes diversos, etc;
- 3) Doenças infecciosas e parasitárias: dengue, tuberculose, hanseníase, etc., por meio do Programa de Atenção à Saúde do Cidadão, que priorizava a atenção à saúde nos diversos ciclos de vida do cidadão e, Programa de Ações Coletivas, que realizaria ações de promoção e proteção à saúde, com as práticas de vigilância à saúde. (VITÓRIA, 2001, p. 45).

Como estratégias para a implantação do SISS, a primeira etapa da implantação que se desenvolveu nos deztoitos meses precedentes, visava, basicamente, a alguns pontos:

Elaborar e difundir, interna e externamente à SEMUS, o conceito de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde; criar uma identidade e uma marca institucional para o SISS da SEMUS; promover o alinhamento conceitual dos técnicos da SEMUS sobre o SISS; criar uma estrutura ad hoc composta pelo GT/SISS e pelos diferentes grupos de trabalho temáticos GTT, para implantar o projeto piloto de São Pedro; realizar análises situacionais e seminários temáticos e de sensibilização; propor estratégias de intervenção temáticas para a Região de São Pedro; iniciar a implantação na Região de São Pedro de novos pontos de atenção à saúde e; fortalecer a Saúde da Família como ponto de atenção à saúde organizador de todo o sistema. (SEMUS, 2001, p. 45-46).

A implantação dos SISS representava uma mudança profunda na concepção e na organização dos sistemas de serviços de saúde, consideradas as dimensões política, cultural e tecnológica. Representava um processo de muitas dificuldades, especialmente por ser um esforço pioneiro no Brasil e na América Latina, o que significava construir uma proposta nova, na ausência de modelos de referência, internos ou externos, conseqüentemente, era um projeto que se consolidaria a médio e a longos prazos, entretanto o trabalho já realizado havia lançado as bases sólidas que permitiriam à SEMUS evoluir no sentido de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

A partir da experiência piloto na Região de São Pedro, a expansão do projeto para as demais Regiões de Saúde, estaria na dependência de se atingir coberturas próximas a 100% da população com Equipes de Saúde da Família, porque este era o suposto sobre o qual se assentaria o SISS.

A segunda etapa da implantação do SISS estava pensada para ser efetivada até junho de 2002 e objetivava a consolidação do SISS nas Regiões de São Pedro e Maruípe: o

a SEMUS para que se criasse uma capacidade institucional capaz de sustentar o novo objeto - o Sistema Integrado de Serviços de Saúde e; o ganho de governabilidade sobre o sistema municipal de saúde, com a habilitação da SEMUS para a Gestão Plena do Sistema Municipal.

A conformação de um novo objeto, expresso no SISS, exigiria um esforço no desenvolvimento institucional, que permitisse estabelecer uma coerência entre o objeto, as estruturas, os sistemas tecno-administrativos e os recursos, especialmente os recursos humanos (SEMUS, 2001, p. 46-47).

Organização da Rede de Serviços

O Plano descreve que a rede assistencial em Vitória era fragmentada e desarticulada, com a população buscando a solução de seus problemas de maneira desorganizada, com dificuldades de acolhimento, principalmente nos níveis mais complexos da assistência, sendo os mais críticos as urgências e emergências. A superação dessa situação impunha à época a construção de modelos inovadores de atenção à saúde para a conformação de uma rede estratégica de serviços, funcional e resolutive. O município, para tanto, adotou o método dos SISS, já mencionado, como meio para a construção dessa rede, articulada a partir da estruturação da atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família, de forma a garantir o acesso da população a todos os níveis do sistema público de saúde.

O modelo organizativo adotado por Vitória pressupunha que a rede de atenção iniciava-se pela Atenção primária em Saúde (APS), por meio das Equipes de Saúde da Família em seus territórios de responsabilidade, como porta principal de entrada dos usuários no sistema, com Unidades de Saúde da Família (USF) de referência localizadas o mais próximo possível da residência dos usuários, com potencialização da resolubilidade neste nível de atuação para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população residente (WHO, 1978). Pode-se depreender que havia a intenção do município em buscar a integralidade nesse nível de atenção.

Cita o Plano que a rede secundária própria da SEMUS estava sendo reorganizada e qualificada para responder às demandas da Estratégia Saúde da Família, agregando-

ção identificados como necessários pelo SISS, em parceria com a gestão estadual, pois estes serviços encontravam-se fora da governabilidade da SEMUS.

Para que esse conjunto de serviços de saúde formasse uma rede funcional e resolutive, eram necessários mecanismos e fluxos de encaminhamento, com protocolos elaborados em articulação com os diversos níveis da assistência, de modo a garantir os encaminhamentos da população às referências e o seu retorno à unidade de origem, por meio de mecanismos e fluxos ditos de referência e contrarreferência.

A rede de serviços estava sendo desenhada a partir da Atenção Básica para atender, exclusivamente, à população residente nesse nível de atenção. Para dar concretude às redes assistenciais, a partir da AB, era necessário que o município tivesse governabilidade sobre os demais níveis de atenção [secundário e terciário], conformando uma rede de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, estas considerando a responsabilidade do município enquanto pólo Microrregional, Macrorregional e Estadual no PDR, para atender às referências intermunicipais e interregionais pactuadas entre os gestores, de forma a garantir a integralidade e equidade no acesso da população aos recursos disponíveis.

Para tanto, o município precisaria avançar na condição de gestão junto ao MS, assumindo gradualmente as políticas setoriais da assistência especializada, até alcançar a totalidade dos serviços e ações de saúde no âmbito de seu território. A Gestão Plena do Sistema Municipal era necessária, pois sem governança sobre todos os serviços localizados no município seria praticamente impossível a construção da rede para disponibilizar a população a atenção especializada.

A gestão da política de saúde no município de Vitória, naquele momento, pressupunha a divisão de responsabilidades entre a SESA e a SEMUS, em face da condição de Gestão Plena da Atenção Básica. A rede básica era de responsabilidade municipal e a secundária e terciária, estadual.

Com o avanço sistemático do processo de descentralização - regionalização e municipalização, a rede de serviços, nos limites territoriais de um município pólo como Vitória, deveria estar organizada com suficiência de tecnologias para atendimento ambulatorial e hospitalar a sua própria população e às referências intermunicipais. Esta consideração estabelece a enorme responsabilidade que o município tinha, e ainda tem

estadual de saúde.

A rede ambulatorial própria do município tinha capacidade instalada, à época deste plano, relativamente às consultas básicas, sejam elas realizadas por generalistas ou por clínicos, pediatras e ginecologistas, para ofertar até 715.836 consultas/ano. Relativamente às consultas especializadas, a capacidade potencial era da ordem de 250.470 consultas/ano, distribuídas pelas especialidades: cardiologia; neurologia; psiquiatria; dermatologia; acupuntura; geriatria; clínica médica; oftalmologia; pneumologia; radiologia; homeopatia; gastroenterologia; fisiologia; medicina comunitária e outras especialidades. Quanto às consultas/procedimentos em odontologia, a capacidade potencial era de 185.856/ano (SEMUS, 2001, p. 37).

A capacidade potencial total da SEMUS era da ordem de 1.152.162 consultas/ano, entretanto aproximadamente 35% da demanda atendida na rede municipal era de populações de outros municípios, principalmente os que compunham a Região Metropolitana de Vitória. Se houvesse como desconsiderar estas populações, poder-se-ia afirmar que havia superávit de consultas no município, o que em realidade não ocorria, principalmente em algumas especialidades (SEMUS, 2001, p. 37).

Na área de patologia clínica havia um excedente de oferta de serviços localizados no município, credenciados junto ao SUS, que mereceria ser equalizada às necessidades da população residente e às referências intermunicipais, quando da gestão municipal sobre a totalidade dos serviços sediados em Vitória. Este excedente de oferta carecia de regulação do acesso, pois o uso excessivo de tecnologias era desnecessário, prejudicial à população e financeiramente oneroso (SEMUS, 2001, p. 63).

A totalidade dos serviços de saúde localizados em Vitória, a reorganização do sistema de referência para exames e terapias especializados carecia de enfrentamento, haja vista que havia uma importante demanda reprimida e o acesso a estas terapias era privilegiado para alguns em detrimento de outras populações, ferindo o princípio constitucional e cidadão da igualdade de acesso aos serviços e ações de saúde (SEMUS, 2001, p. 63).

Havia à época uma crônica sobrecarga dos serviços de urgência/emergência na Região Metropolitana, agudizada periodicamente por crises relacionadas à escassez de recursos humanos, leitos de retaguarda, bem como por repetidas greves de

te no único hospital universitário federal localizado em seu território.

Registrava-se, também, no âmbito do SUS, uma baixa cobertura populacional e oferta insuficiente e precária no atendimento pré-hospitalar móvel, constituído por serviços não medicalizados e não regulados, enquanto na iniciativa privada e nas rodovias era grande o crescimento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel que atuavam sem qualquer ordenamento técnico e subordinação ou integração aos princípios do SUS – equidade e integralidade na assistência.

Regulação Assistencial

Nesse Plano de Saúde começaram a surgir iniciativas claramente descritas sobre a necessidade de o município assumir a posição de regulador sobre a rede de prestadores assistenciais especializados, o que se pode constatar a partir do surgimento da proposta de regulação médica das urgências, que estava sendo discutida e implantada em alguns municípios brasileiros desde a primeira metade da década de 90, principalmente a partir do modelo francês, e Vitória participava dessa discussão.

Está descrito no Plano que a Central de Regulação Médica é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Segue o Plano afirmando que esse serviço só seria viável se contasse com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização, formalmente pactuada entre os gestores do sistema loco-regional.

Cita, ainda, o Plano que deveria ser composta uma equipe técnica especializada [coordenador, médico regulador, médico responsável técnico, médico intervencionista, enfermeiro responsável técnico, enfermeiro assistencial, auxiliares e técnicos de enfermagem] e uma equipe de apoio [telefonista, rádio operador, condutor de veículos de urgência e outros] reconhecida pelo gestor.

seria a autoridade sanitária pública que, por delegação do gestor do SUS, iria ordenar e coordenar o uso de todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências, devendo para isso, contar com a articulação e integração dos recursos de outros setores públicos ou privados, que prestassem socorro à população.

Com base nessas considerações, a SEMUS entendia como indispensável, urgente e prioritário a definição de um projeto de organização do Sistema Metropolitano de Atendimento às Urgências/Emergências, como elemento ordenador e orientador do sistema de saúde e propunha a mobilização pactuada de recursos dos seis municípios da Região Metropolitana e da Secretaria Estadual de Saúde e outros órgãos afins, para a implantação de uma Central de Regulação Médica das Urgências.

Por todas estas considerações, o município de Vitória propunha, em articulação com os demais municípios da Região Metropolitana, a construção de uma rede especializada, funcional e resolutiva, para atendimento às urgências e emergências, descritas a seguir no que tange ao objeto deste estudo:

- 1 – Implantação de uma Central Metropolitana de Regulação Médica das Urgências, nos termos da Portaria nº. 814/GM do Ministério da Saúde, de 04/06/2001 (DOU), com custos de instalação, custeio e normalização técnica-administrativa pactuados entre a SESA e municípios da Região Metropolitana e com programação assistencial incluída na PPI 2001.
- 2 – Instituição de uma Câmara Técnica de Urgência e Emergência na Região Metropolitana, com participação da SESA, municípios e parceiros afins e técnicos de representação dos níveis de atenção à urgência: ambulatório básico, P. A. e P. S., pré-hospitalar móvel e hospitais, para formulação e acompanhamento das operações relativas ao projeto proposto.
[...]
- 4 – No projeto de urgência, garantir a consolidação de uma rede estratégica especializada de referência para urgência e emergência entre os prestadores, coordenada pela Central de Regulação Médica.
- 5 – Implantação de um P. A. municipal 24h em Vitória, em área centralizada, com alta resolubilidade, incluindo leitos de observação e mecanismos eficientes de referência e contra-referência, articulados com a Central de Regulação Médica [...] (SEMUS, 2001).

Também se pode observar neste Plano de Saúde a intenção da gestão municipal em iniciar as discussões sobre a regulação assistencial de consultas e exames especializados. Relativamente à regulação assistencial o plano descreve que o município deveria contar com um sistema autorizativo de procedimentos⁴ – central de regulação de leitos e central de ambulâncias, articulando-se com as centrais de regulação da assistência municipais, regionais e estadual, garantindo o acesso aos

⁴ O sistema autorizativo de procedimentos é um processo de competência da função Controle e Avaliação e não de Regulação do Acesso, conforme descreve o Plano.

de seu território, controlando a eficiência e eficácia do processo regulatório.

Nesse PMS há um tópico dedicado à regulação. Pode-se observar que há uma pequena conceituação sobre o tema que se entende seja pertinente destacar, visto tratar-se de um dos objetos desta pesquisa.

Segundo o que está descrito no Plano de Saúde, para o município, conceitualmente, há quatro formas principais de intervenção estatal nos serviços de saúde: informação/comunicação, financiamento/compra de serviços, regulação e prestação de serviços.

A informação, sustentada por um sistema potente de comunicação social, deveria ser dirigida aos usuários dos serviços de saúde, aos prestadores institucionais e aos profissionais de saúde. A regulação seria constituída pelas intervenções da SEMUS, destinadas a orientar e conduzir o comportamento dos agentes intervenientes no sistema de serviços de saúde e envolveria um conjunto de funções: as de reitoria, decorrentes da capacidade da condução política do sistema dos serviços de saúde; as de normalização, que se referiam à delimitação das regras do jogo dos serviços de saúde e das condições para que os jogadores entrassem na partida; e as de superintendência, referentes ao monitoramento, avaliação e controle do sistema de serviços de saúde (SEMUS, 2001).

O financiamento/compra de serviços, conforme descreve o Plano, consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias [indivíduos, famílias e empresas] ou de fontes secundárias [governo federal, estaduais e municipais e fontes externas] e sua acumulação em fundos reais ou virtuais [poupança familiar, orçamento público, fundos, etc.] que podem ser alocados através de uma variedade de arranjos institucionais para produzir serviços de saúde. A prestação de serviços refere-se a uma combinação de recursos num processo de produção, desenvolvido numa estrutura organizacional particular que leva alguns produtos de serviços de saúde que podem determinar resultados, isto é, alterações no estado de saúde dos usuários (SEMUS, 2001).

Cita o texto que as macrofunções informação, financiamento/compra de serviços e regulação são atividades exclusivas de Estado e, portanto, deveriam ser exercitadas diretamente pela SEMUS através de suas estruturas e de seus funcionários; a função

e numa função não exclusiva de Estado, que poderia ser desempenhada por entes estatais, entes públicos não estatais e/ou entes privados, lucrativos e não lucrativos.

Esta descrito no PMS que caberia à SEMUS optar pela melhor forma de intervenção nos serviços de saúde, seja por meio da provisão ou seja por meio da prestação de serviços.

Está explicitado que o município desenvolveria a regulação assistencial a partir da organização setorial e modular, nos diferentes níveis e etapas da assistência, gradualmente, até alcançar um complexo regulador, com inserção harmônica no Sistema de Regulação Estadual .

A regulação municipal seria concebida enquanto um instrumento de gestão, de modo a responder às necessidades e demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, com base no interesse social e coletivo, resguardando o princípio da equidade.

Ainda está explicitado que o processo regulatório propiciaria o gerenciamento das demandas assistenciais da população e seu atendimento e estaria articulado com os processos de programação da assistência – PPI; disponibilidade de serviços programados, cadastrados e contratados; a localização dos serviços; sua inserção na rede hierarquizada e resolutive intra e intermunicipal, garantindo a equidade de acesso da população aos diferentes níveis e etapas do processo assistencial, à melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com suas necessidades.

O PMS fez menção a um Sistema Único Regulatório que estaria composto por diversas unidades de trabalho, dentre elas a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados; Central de Controle de Leitos Hospitalares; Central de Atendimento às Urgências e Emergências e outras unidades específicas de trabalho, todas interligadas entre si para proporcionarem um completo controle sobre o fluxo da demanda, **atendimento integral e qualificado**, além de assegurar as condições necessárias ao alcance dos resultados estabelecidos pela gestão municipal da saúde (grifo nosso).

O Sistema Único de Regulação Municipal abrangeria os serviços públicos de saúde e a rede complementar contratada e conveniada [rede privada com e sem fins lucrativos].

os do plano em questão, pode-se constatar que a atenção integral era uma das prioridades do Município, conforme descrito a seguir:

Priorizar a **atenção integral à saúde** nos diversos ciclos de vida do cidadão, de acordo com o perfil epidemiológico;
Realizar ações de promoção e proteção à saúde com práticas de Vigilância à Saúde;
Prover a Secretaria de meios para a implementação e gestão de seus programas finalísticos;
Assumir a gestão da totalidade de ações e serviços de saúde (grifo nosso) (VITÓRIA, 2001, p. 38).

Estrutura Organizacional

A SEMUS vivenciava uma crise, determinada pela incoerência entre os sistemas, estruturas e recursos vigentes formados pela prestação direta de serviços, com as novas funções e papéis que dela se exigia. Essa crise tendia a aprofundar-se em face da necessidade do município assumir a GPSM, de aumentar os gradientes de transparência e controle social e dirigir uma experiência de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde, o que implicaria alta capacidade de articulação interna e externa e de adaptação constante às mudanças ambientais.

Era, pois, o momento de buscar um novo patamar de coerência entre as novas funções e papéis da SEMUS – o novo objeto, novos sistemas, estruturas e recursos e de superar os entraves colocados pela administração burocrática. Este deveria ser o foco central do processo de desenvolvimento institucional da SEMUS.

Constatou-se no Plano que, à época, havia a necessidade de se conceber e implementar um processo sustentado e integrado de transformação organizacional que propiciasse à SEMUS, como organização pública, aperfeiçoar seus padrões de eficiência técnica, administrativa e gerencial de modo a obter resultados na consecução de seus objetivos.

Nesse sentido, o desenvolvimento institucional iria muito além de uma reforma administrativa convencional que se fixa, quase sempre, num rearranjo dos lugares institucionais e que se expressa num novo organograma. O desenvolvimento institucional partiria da explicitação das demandas sociais que se apresentavam à organização e que caracterizavam seu novo objeto para, a partir daí, definir os

os lugares institucionais e os recursos, restaurando a coerência entre eles.

Assim, a proposta de desenvolvimento institucional da SEMUS iria além da proposição de uma nova anatomia organizacional, e sim definiria a sua fisiologia e adequando os recursos, especialmente os recursos humanos, para o cumprimento dos novos papéis.

No item final do PMS, intitulado CONCLUSÃO, há uma citação em relação ao Programa de Saúde da Família, que visava garantir a **atenção integral à saúde das famílias sob a responsabilidade da SEMUS** (grifo nosso), intervindo no âmbito do indivíduo, família e coletividade, atuando ainda como facilitadores de políticas intersetoriais (SEMUS, 2001, p. 67)

Outra ênfase foi dada ao método do SISS: que visava articular o sistema de atenção básica à saúde, com os níveis mais complexos da atenção – rede ambulatorial especializada [nível secundário] e rede hospitalar [nível terciário] para **garantir a integralidade da assistência** (SEMUS, 2001, p. 67, grifo nosso).

Todas as políticas de saúde da SEMUS estariam organizadas a partir destas duas estratégias: ESF e SISS, para as quais foram definidas metas mobilizadoras para os quatros anos seguintes.

No final do referido tópico do PMS está explicitado que a construção de uma cidade saudável tem a saúde entendida não como um setor da administração, mas como política pública municipal.

Quadro de Metas

Em anexo a esse PMS encontrava-se anexado um documento denominado Quadro de Metas para 2002.

Na introdução o documento dizia que:

[...] instrumentos de gestão são documentos complementares e interdependentes entre si, que visam dar maior eficiência e eficácia ao processo de planejamento em

...ras gestoras, criados para auxiliar e acompanhar a estratégia da regionalização implantada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, regulamentada pela NOB-SUS 01/96 e NOAS- SUS - 01/2001.

Um desses instrumentos citados era a Agenda de Saúde enquanto base para a elaboração do Plano de Saúde do município e o Quadro de Metas, a base para a elaboração dos Quadros de Metas dos estados, e esses, para o Plano de Saúde do Governo Federal.

O Quadro de Metas da SEMUS foi elaborado tendo como base os Indicadores da Atenção Básica pactuados com a SESA e o MS, a Agenda Municipal de Saúde e o Plano Plurianual de Atividades – PPA, e serviria de espelho para a elaboração do Relatório de Gestão do exercício de 2002.

Cita o documento que as ações estratégicas para o alcance das metas estariam contempladas no Plano de Ação 2002 do município.

Plano Municipal de Saúde 2006-2009

No tópico APRESENTAÇÃO está explicitado que esse Plano destinar-se-ia ao período de governo de 2006 a 2009, em conformidade com as definições das normas vigentes do SUS e que a operacionalização do mesmo dar-se-ia por meio dos Planos de Ação 2006, 2007, 2008 e 2009, que conteriam as ações, as metas e os recursos para alcançar os objetivos estabelecidos.

Na INTRODUÇÃO também está explicitado que a estratégia de gestão definida para a administração da saúde é de

[...] um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersetorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, no âmbito da sociedade civil e movimentos organizados. (SEMUS, 2005, p.7)

Neste Plano, dentre as DIRETRIZES DE GOVERNO NO SETOR SAÚDE, os eixos estratégicos estabelecidos pela gestão se traduzem na efetivação do SUS, com ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde da população, a humanização, a dimensão cuidadora da saúde, a reestruturação do modelo de

defesa da vida dos cidadãos. A garantia dos princípios constitucionais de que saúde é direito de todos e dever do Estado, também se configura em uma dessas diretrizes (SEMUS, 2005, p. 9-10).

Quanto à REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, o PMS demonstra que os serviços de saúde estão estruturados em três níveis hierárquicos: rede básica, secundária e terciária. A rede básica está sob gestão do município, que se encontra habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A).

O município permanece territorializado em seis regiões, que por sua vez se subdividem em vinte e cinco territórios de saúde para a organização da atenção ambulatorial básica.

Quanto à rede secundária o município vem se estruturando para assumir gradualmente a gestão da rede secundária e terciária, atualmente sob gestão estadual.

Vale destacar que, por ser município pólo na regionalização do estado do Espírito Santo, a capital concentra o maior número de serviços, permanecendo, portanto, como referência intermunicipal, interregional e estadual.

Quanto à rede hospitalar, o município de Vitória é constituído por onze hospitais, sendo três públicos, seis privados e dois universitários, com tipologias diferenciadas em hospitais gerais e hospitais especializados. Estes hospitais estão sob gestão da SESA em função da habilitação do município para a GPAB-A.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, o município de Vitória dispõe no âmbito de seu território, de 1.434 leitos hospitalares, predominando os leitos clínicos e cirúrgicos. Deste total de leitos existentes, 76,9% são públicos e/ou contratualizados pelo SUS, estes últimos com representação de 26,24% de leitos em hospitais privados. Há, ainda, 23,1% de leitos privados não contratualizados com o SUS.

Do total de internações ocorridas na rede hospitalar localizada no território de Vitória, 29% em média correspondem à população residente, enquanto que 81% das demais internações são destinadas às populações de outros municípios do Estado. Segundo dados registrados no PMS, em 2004⁵ foram realizadas em torno de 13.448 internações

⁵ SEMUS. Segundo o PMS, 2003 foi o ano-base dos dados e informações para sua elaboração.

hospitais no próprio município, 1.124 em Vila Velha, em Cariacica 438, em Serra 293 e em Cachoeiro do Itapemirim 236 (SEMUS, 2005, p. 34).

Comentário: Está claro que mesmo que disponha de número suficiente de leitos no território municipal, ainda faz-se necessário referenciar populações para outros municípios para o atendimento integral às suas necessidades assistenciais, na lógica da regionalização solidária.

Quanto aos serviços ambulatoriais, o PMS explicita que a rede própria da SEMUS compreende:

- 28 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 17 adotam a Estratégia de Saúde da Família;
- 01 Laboratório de Análises Clínicas, que dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados;
- 01 Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos;
- 02 Pronto-Atendimentos;
- [...]
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 01 Centro Municipal de Especialidades;
- 06 Centros de Referência: Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); Centro de Referência de Saúde Mental (CAPS); Centro de Referência de Prevenção de Tratamento aos Toxicômanos (CPTT); Centro de Promoção e Recuperação Física, com 9 Módulos de Serviço Orientação ao Exercício (SOE); Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e Centro de Referência DST/AIDS (SEMUS, 2005, p. 35).

O PMS também explicita que em 2004 foram realizadas 68.396 consultas médicas especializadas e 988.480 procedimentos de média complexidade, sendo que destes, 818.497 foram referentes aos de análise clínicas, representando 82% em relação ao total de consultas. Pode-se observar um excedente de exames laboratoriais, pois a média preconizada pela portaria normativa do MS é de 40%, portanto há um excedente de 42% de oferta de exames laboratoriais. Dos procedimentos odontológicos realizados no mesmo ano, 14.916 foram de média complexidade (SEMUS, 2005, p. 36).

Todos estes dados e informações relativos aos níveis secundários e terciários da assistência, de caráter ambulatorial e hospitalar, estão aqui descritos e em destaque, pois são exatamente estes que deveriam estar sob regulação do acesso, seja na insuficiência seja no excedente de oferta.

Modelo de Atenção

Neste item, o PMS descreve que:

transformar o modelo atual de atenção à saúde baseado na doença, na fragmentação do ser humano e na atenção hospitalar para um **modelo de valorização do cuidado integral** (grifo nosso) e da subjetividade exigirá, de todos os profissionais envolvidos, esforço na definição e implementação de novas práticas que sejam capazes realmente de instituir um novo pensar e fazer em saúde, intensivo em cognição, envolvendo conhecimentos interdisciplinares, atitudes e habilidades complexas. (SEMUS, 2005, p. 38).

Ainda sobre o modelo de atenção, o PMS escreve que:

O fortalecimento da Atenção Básica em Saúde estabelece novas estratégias e ações e redefine a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, avançando na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, **visando à integralidade do cuidado em saúde** (SEMUS, 2005, p. 38, grifo nosso).

Dentre as estratégias para reordenar este modelo de atenção proposto estão:

Aumento da cobertura da população atendida pelo PSF e PACS como estratégia de mudança do modelo assistencial;
[...]
Estruturação de uma rede de serviços articulada com diferentes níveis de resolutividade;
[...]
Construir novas Unidades Básicas de Saúde, **Centros de Especialidades**
[...] (SEMUS, 2005, p. 39-40, grifo nosso).

Logo no início do documento, no item denominado DIRETRIZES DE GOVERNO NO SETOR SAÚDE, está descrito que esses valores, marcas e eixos estratégicos citados se traduzem na efetivação do SUS com ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, a humanização da atenção, o resgate da dimensão cuidadora da saúde, a reestruturação do modelo assistencial, a valorização dos trabalhadores da saúde, enfim, **um projeto em defesa da vida dos cidadãos** (SEMUS, 2005, p. 9-10, grifo nosso).

O PMS 2006-2009 estabelece diversos EIXOS ESTRATÉGICOS dentre eles um eixo intitulado *Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos*, onde está descrito que:

Este governo é comprometido com os direitos humanos e não aceita uma sociedade onde as pessoas não disponham de condições dignas de sobrevivência. Para o nosso governo **a vida é um valor fundamental para onde devem convergir todas as políticas públicas** (grifo nosso), promovendo a defesa dos segmentos menos favorecidos que demandam ações do governo para restituir sua condição de cidadão e cidadã. (SEMUS, 2005, p. 9, grifo nosso).

Comentário: as duas citações no escopo do Plano de Saúde relativas à “defesa da vida” fazem supor que o modelo tecno-assistencial adotado pelo município na presente

a da Vida. Esta suposição deverá ser objeto de esclarecimentos junto ao atual secretário de saúde no momento da entrevista.

Regulação

Relativamente à regulação, o PMS dedica um importante espaço sob o título de Implementação de um Sistema de Regulação do Sistema de Saúde. Descreve o PMS que a Regulação tem sido uma das mais frágeis macro-funções desempenhadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Cita que há poucas unidades de regulação, que por não estarem articuladas e sistematizadas, não cumprem a contento seu papel.

Este texto explicita que é imperativo o estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos, entre os quais as Centrais de Regulação e Protocolos Técnico-Administrativos, que possibilitem respostas adequadas às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços e agilizando o acesso da população, contribuindo desta forma, com a organização do sistema municipal de saúde.

O município demonstra que, por meio do Departamento de Avaliação e Controle, pretende participar da implantação do Sistema de Regulação Estadual, no que for de sua competência, propondo sua organização modular a partir de unidades setoriais de trabalho nos diferentes níveis e etapas da assistência, gradualmente, até alcançar um Sistema Único de Regulação, com inserção harmônica no Sistema de Regulação Estadual.

O Sistema de Regulação Municipal seria concebido com a lógica de um potente instrumento de gestão, de modo a responder às necessidades de saúde nos diferentes níveis da atenção do processo assistencial, enquanto instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde. O processo deverá se organizar de forma a propiciar o gerenciamento das demandas assistenciais da população e seu atendimento e articular-se com os processos de programação da assistência (PPI), disponibilidade de serviços programados, cadastrados e contratados; a localização dos serviços, sua inserção na rede hierarquizada e resolutiva intra e intermunicipal, garantindo a equidade de acesso da população à melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com as necessidades do usuário.

o PMS, deveria se dar de forma articulada entre os diversos setores da SEMUS, principalmente com o Departamento de Assistência e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. O Sistema Único de Regulação Municipal estará dirigido aos serviços públicos e os privados prestadores de serviços de saúde.

Dentre os mecanismos e instrumentos de regulação o PMS destaca a Central Única de Regulação, que necessitaria ser implantada pelo Município ou implementada, dependendo de pactuação entre a SEMUS e a SESA, considerando a complexidade desse sistema.

Refere o PMS que a Central Única de Regulação deveria constituir-se em um sistema capaz de dar multiplicidade de respostas coerentes e ordenadas, por meio das unidades de trabalho que a comporão: Agencia Municipal de Agendamento de Consultas Especializadas e SADT, Central de Leitos, Central de Regulação das Urgências e Emergências, Central de Regulação de Parto de Alto Risco, Centrais de Captação de Órgãos, e teriam como função primordial a regulação da oferta de serviços.

O Plano segue descrevendo que,

No modelo de saúde vigente a atenção às urgências constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Considerando as ações e incentivos já desenvolvidos pelo Ministério da Saúde que, após a publicação das Portarias nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, e 1 863/GM, de 29 de setembro de 2003, passa a definir a Política Nacional de Atenção às Urgências, o município de Vitória vem buscando melhorar e qualificar sua rede de serviços de forma a garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências de menor complexidade, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (VITÓRIA, 2005, p. 41-42).

Dentre as estratégias e ações para garantir a adequada distribuição dos recursos assistenciais disponíveis, em atendimento às necessidades de saúde da população, a SEMUS enfatiza que se fará necessária a ordenação das condições de acesso da população à rede de serviços, garantindo o acolhimento, a primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, a estabilização e referência adequada dos pacientes graves para os níveis de maior complexidade e resolutividade, mediante classificação e prioridade de risco, por meio de estruturas reguladoras denominadas Centrais de Regulação Médica de Urgências.

As principais estratégias descritas no PMS são:

de Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar às Urgências e Emergências,

A Central de Regulação Médica de Urgências deveria manter um trabalho integrado com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas e transporte sanitário não urgente; que interligadas entre si, constituir-se-iam em um complexo regulador da assistência e ordenador dos fluxos, que garantisse ao usuário do SUS as respostas necessárias à satisfação de sua necessidade, de forma rápida e adequada. [...]. (SEMUS, 2005, p. 43-44).

Para dar concretude a esta estratégia, a SEMUS definiu como prioridade de governo a organização de uma rede de atenção às urgências cujos eixos principais seriam:

- Implementação da Central Médica de Urgências e do Sistema de Atenção Móvel às Urgências – SAMU 192, em parceria com a SESA e demais municípios da Região Metropolitana;
- Integração da Central Municipal de Ambulância ao SAMU 192;
- Implementação do Pronto Atendimento Municipal 24 horas localizado no bairro Praia do Suá;
- Redefinição estrutural do Pronto Atendimento 24 horas, localizado na Policlínica São Pedro;
- Elaboração de Protocolos de Atenção às urgências, incluindo fluxos de referência e contra-referência (SEMUS, 2005, p. 43-44).

b) Implementação de um Sistema de Referência e Contrarreferência hierarquizado e regionalizado.

Está descrito no Plano que seria implantada uma Central de Ambulâncias e uma Central Municipal de Agendamento de Especialidades, enquanto estruturas regulatórias da assistência à saúde.

Implantar mecanismos e instrumentos necessários para referência e contrarreferência micro e macrorregionais compatíveis com a condição de gestão do município, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde de acordo com disponibilidade pactuada na Programação Pactuada Integrada - PPI.

Tais instrumentos deveriam resultar em pactos entre gestores, capazes de garantir o acesso do usuário aos diversos pontos de atenção a saúde. Os pactos a serem firmados entre gestores deveriam contemplar metas físicas e financeiras definidas na PPI, mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento, revisão dos termos e sanções a serem aplicadas no descumprimento dos compromissos assumidos.

Outras estratégias indispensáveis ao processo da regulação do acesso referidos no

-SUS para a realização da regulação, que tem como finalidade identificar o usuário, proporcionar acompanhamento e controle desses usuários nos diversos níveis de atenção à saúde. Este sistema tem como proposta: a) possibilitar a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou, assim como à UBS onde foram realizados; b) a participação na Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência, considerada como instrumento de planejamento assistencial de média e alta complexidade, que traduz as responsabilidades de cada gestor SUS, para garantia do acesso da população aos serviços de saúde disponíveis, buscando orientar a alocação de recursos das diversas fontes [federal, estadual e municipal].

A PPI assistencial incorpora as programações municipais relativas às ações e serviços sob sua gestão, os que estão sob gestão e gerência de outras esferas governamentais, constituindo-se num consolidado de ações e serviços, organizados e disponibilizados à população para a resolutividade das suas demandas e necessidades, em observância ao princípio da integralidade proposto na CF.

Envolve um processo dinâmico e participativo entre os gestores, para pactuação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar a serem definidas na programação municipal, definição de fluxos de referência intermunicipais acordados entre os referidos gestores.

Comentário: A PPI assistencial representa a base sobre a qual se dá a regulação do acesso. A inexistência da PPI, com a definição de suas metas físicas e financeiras para cada município e respectiva população, não justificaria a implantação de um sistema de regulação do acesso.

Por fim, uma outra estratégia constante no Plano era a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que refletisse a realidade da rede assistencial existente no município no que tange à capacidade potencial de produção de serviços.

De acordo com o CNES, encontram-se cadastrados no estado do Espírito Santo 2.844 estabelecimentos de saúde, dos quais 515 (18,1%) localizados no território de Vitória (SEMUS, 2005, p. 45).

Comentário: Esse cadastro permite ao gestor dispor de informações necessárias ao

nciais de saúde (PPI) de acordo com as condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde pertencentes a cada uma das três esferas de governo, principalmente os recursos assistenciais traduzidos como serviços disponíveis, equipamentos, força de trabalho, com destaque para os profissionais especialistas. Permite conhecer a totalidade de hospitais/leitos, de ambulatórios básicos e especializados, de clínicas especializadas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, dentre outros.

Ainda neste documento pode-se constatar que o Governo Municipal propôs-se a garantir os recursos financeiros necessários para a implementação e sustentabilidade do Plano Municipal de Saúde, com destaque para a participação da SEMUS na PPI e na Programação da Atenção Básica (PAB). A PPI, conforme já explicitado, é a base para a definição de metas físicas e financeiras de tecnologias assistenciais como consultas especializadas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade e atenção hospitalar, também de média e alta complexidade e custos, dirigidos à população residente e a população referenciada pelos demais municípios, conforme o PDR-ES.

Modelo de Gestão

Em relação ao modelo de gestão, para efeito deste estudo, dar-se-á ênfase apenas à condição de gestão pretendida pelo município: Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Neste tópico o PMS descreve que a progressiva responsabilização da gestão municipal com relação à **atenção integral** (grifo nosso) à saúde de seus munícipes é o objetivo primordial do processo de descentralização. Apesar de se encontrar habilitada para a GPAB-A, Vitória vinha se organizando para assumir a GPSM. Para dar concretude a esta intenção, esforços seriam dispendidos para a efetivação de uma rede de serviços de média e alta complexidade, para a ampliação da oferta de consultas, de exames especializados e otimização dos leitos hospitalares. Para tanto, haveria necessidade do desenvolvimento da capacidade regulatória da SEMUS, para que de fato se efetivasse um sistema de saúde, e não apenas fragmentos desse sistema, conforme a situação à

No tópico CONSIDERAÇÕES FINAIS está descrito que o governo municipal tem como missão gerir as políticas públicas municipais com objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, entendida como o equilíbrio e bem estar geral alcançado por meio da geração de trabalho e renda, acesso à educação, lazer, serviços de saúde, moradia, transporte respeitando as diferenças quanto às preferências individuais, como liberdade de crenças, expressão, ideais, religião, esporte, dentre outras, sem prejuízo à coletividade.

A SEMUS, que integra um desses setores governamentais, ainda segundo descrição do Plano, tinha, e tem, a missão de contribuir na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, por meio da oferta de serviços e ações que promovam e protejam a saúde individual e coletiva, que recuperem a saúde dos cidadãos acometidos por doenças e agravos (SEMUS, 2006-2009, p. 56-57).

Vitória avança na média complexidade

Na página da SEMUS, na internet, há a informação de que 2009 seria um ano de muitos avanços na área de saúde. A Prefeitura estará investindo na média complexidade para oferecer consultas e exames especializados para os moradores da capital. Para isso, adquiriu o antigo Hotel Príncipe, no Parque do Tancredão, que será transformado no Centro Municipal de Especialidades.

O Centro vai oferecer consultas especializadas nas áreas: cardiologia, oftalmologia, ortopedia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia, proctologia, urologia, alergologia, obstetrícia, angiologia, infectologia, nefrologia, pneumologia, psiquiatria, otorringolaringologia, fisioterapia, entre outros, e vai abrigar ainda um Centro de Diagnóstico com endoscopia, ultra-sonografia, teste ergométrico, ecocardiograma, ecodoppler, mamografia, colposcopia, procedimentos de oftalmologia como mapeamento de retina, retossigmoidoscopia.

Cita, também, que a Prefeitura passou a oferecer consultas e exames especializados, através de convênios com os hospitais Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de

assiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Maternidade Pró-Matre.

O atendimento odontológico também será ampliado. Dois novos Centros de Especialidades Odontológicas serão inaugurados: um na Policlínica de São Pedro e outro no Parque do Tancredão. Serão oferecidos tratamentos de periodontia, endodontia, prótese total e Raio X.

Esta descrito, ainda, que os moradores da capital terão facilidade em agendar exames como ultrassonografia, mamografia, Raio X, tomografia computadorizada, endoscopia e podem até fazer todo o tratamento de câncer gratuitamente.

Rede de saúde de Vitória

Na página da SEMUS na internet esta descrito que em 2009 a rede municipal de saúde de Vitória conta com 28 Unidades de Saúde distribuídas por todo o município e oito centros de referência [Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Referência em DST/AIDS, Centro de Atendimento ao Idoso, Centro de Controle de Zoonoses, Centro Municipal de Especialidades, Centro de Atendimento Psicossocial, Centro de Atendimento Psicossocial Infantil e Centro de Tratamento de Toxicômanos] (Site www.saude.vitoria.es.gov.br: acessado em 3 de junho de 2009).

3 RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO

À cada Programação Anual, ou Plano de Ação Anual, corresponde um Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme determinam as Leis Orgânicas da Saúde nºs. 8.080/90 e 8.142/90.

Os Relatórios Anuais de Gestão servem à prestação de contas à sociedade das realizações ao longo de um ano, que devem ser elaborados até o dia 30 de maio de cada ano, conforme orientam as normas infra-legais.

Os RAG objeto de análise serão examinados em sua totalidade, com leitura criteriosa e total, entretanto só serão aqui relatados os aspectos que tiverem relação direta com este estudo: atenção integral à população residente na área assistencial especializada e ações de regulação desenvolvidas para viabilizar o acesso da população às tecnologias assistenciais de média e alta complexidade [integralidade e regulação do acesso].

Embora a Lei Federal nº. 8.689/93 e o Decreto Lei nº. 1.651/93 estabeleçam a necessidade de cada uma das três instâncias do SUS elaborar Relatórios de Gestão Anuais, na prática esta exigência era muito pouco atendida. A partir de 1997, até por insistência do Ministério Público, no Espírito Santo esta prática teve início e se intensificou até os dias atuais.

O primeiro Relatório de Gestão Anual da SEMUS foi elaborado em 1997 e a partir de então passou a fazer parte da rotina da SEMUS sua elaboração e apresentação ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação (SEMUS, 1997).

RELATÓRIO DE GESTÃO 1997

Na INTRODUÇÃO desse documento esta descrito que as diretrizes centrais da SEMUS durante o exercício de 1997 foram: a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM) e a Implementação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), (SEMUS, 1998, p. 1).

O município declarava, também, na introdução desse documento, que a SEMUS adiou para 1998 o pleito para a habilitação para a GPSM e que, em consequência disto, os projetos inerentes a essa condição de gestão, que deveriam ter sido elaborados e/ou implantados também foram adiados, tendo sido citado que uma dessas atividades era a Central de Internações, que é uma central de regulação do acesso (SEMUS, 1998, p. 2).

Outro item intitulado IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE EMISSÃO E CONTROLE DE AIH – CENTRAL DE LEITOS, diz que para tal atividade a SEMUS capacitou dois profissionais para a emissão e controle de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

procedência dos pacientes atendidos em todos os hospitais da rede pública contratados e conveniados por município e estados e; realizou levantamento, ainda que defasado, do número de leitos à disposição do SUS.

Comentário: Embora o título desse item sugerisse iniciativas de regulação do acesso aos leitos, na verdade trata-se de ações de controle e avaliação. À época muito pouco se discutia no SUS sobre a regulação do acesso, pois ainda persistia fortemente o paradigma do controle, herdado do já extinto INAMPS. Percebe-se, então, que ainda não estava claro para o SUS, e em Vitória não era diferente, a separação das funções e ações de regulação, controle e avaliação.

Modelo de Atenção

Relativamente ao desenho do modelo de atenção está explicitado que os SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE (SILOS) são o modelo adotado pelo município segundo o descrito:

Objetivando um aprofundamento nas discussões e implantação do (sic) SILOS, foi consolidada, em 1997, a consultoria com o NACE-CONSILOS, representado pela Professora Dra. Carmen Unglert da USP. Foram formados três grupos de discussão, a saber: Acessibilidade, Informação e Participação Social. (SEMUS, 1998, p. 2).

Vários projetos foram elaborados a fim de operacionalizar os SILOS, entretanto muitos deles só iriam ser implantados, ou implementados, no ano seguinte, 1998.

Dentre estes projetos destacava-se o Grupo de Estudo da Acessibilidade, que definiu os objetivos de trabalho e as ações a serem implementadas, que seguem descritas a seguir, na íntegra:

[...] – elaboração da carta de serviços; criação de um de (sic) canal de comunicação dentro das unidades de saúde; trabalho na área de influência das unidades; elaboração e **implementação da pesquisa de acessibilidade dos serviços de saúde; (grifo nosso)** identificação das barreiras/problemas/nós críticos; e proposição de soluções (VITÓRIA, 1998, p. 3).

O resultado desta pesquisa de acessibilidade está descrito, por Região de Saúde, mostrando claramente a invasão de clientela de outros municípios no sistema municipal de saúde de Vitória, conforme o consolidado a seguir, demonstrando a procedência

iacica 30,2%; Serra 10,0%; Vila Velha 5,0% e Viana 3,0%.

O relatório comenta que o resultado da pesquisa mostrava que a maioria das unidades de saúde ainda não havia se apropriado do seu território e que a facilidade/dificuldade de acesso relacionava-se basicamente às barreiras funcionais. Continua descrevendo que era necessário, portanto, aprofundamento das propostas para soluções concretas no sentido de implementar de fato os SILOS.

Comentário: claro esta que a importante migração de outras populações para a rede de serviços de Vitória, além de tornar inócuo qualquer processo de planejamento e programação assistencial provocava evidentes interferências na organização e no acesso da população de Vitória aos serviços.

Também fica evidente no RAG que a integralidade na atenção à população residente ficava comprometida pela invasão de outras clientelas, mas também há que se considerar que, se o sistema de saúde é único e seus princípios orientam as ações em todo o território nacional, estas populações de não munícipes não teriam direito à atenção integral, já que em seus municípios isto não vinha sendo possível?

Se se considerar a impossibilidade ou dificuldade de acesso da população residente à rede de serviços que lhe seria de direito, isto não poderia ser considerado um ponto de veto à integralidade assistencial?

Acesso à assistência

Está explicitado no item intitulado PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO CIDADÃO, no que tange aos recursos assistenciais, objeto desta análise documental, que:

a) Para a Atenção à Saúde da Mulher, que a atenção ficou prejudicada em 1997 em decorrência da finalização do contrato para a realização do exame colpocitológico, da inexistência de oferta de exames como mamografia, ultrassonografia e histopatológico,

para as gestantes e falta de medicamentos (SEMUS, 1998, p. 19).

Comentário: Isto demonstra que as mulheres não tinham naquele ano a atenção integral que necessitavam por insuficiência ou inexistência de tecnologias assistenciais.

b) Na ação Saúde Mental esta descrito que as ações desenvolvidas ao longo do ano de 1977 tiveram como *fió condutor* dar passos em direção à construção da atenção integral em Saúde Mental, tendo como eixos a “priorização das ações coletivas e; a criação de serviços alternativos de saúde mental, rompendo com a cultura manicomial e asilar de municípios de Vitória que apresentem o sofrimento psíquico característico das psicoses”. O texto enfatizava, entretanto, que houve um decréscimo de 16.859 procedimentos disponibilizados no ano anterior para 9.871 em 1997, pela saída de dois profissionais de psicologia. Também houve um decréscimo de consultas psiquiátricas disponíveis para a rede SEMUS (SEMUS, 1998, p. 21).

c) Na atenção à Saúde do Trabalhador também foi feito um estudo de procedência e foi constatado que havia uma grandiosa invasão de clientela de outras populações nos serviços de Vitória, a seguir discriminados: Vitória 16,84%; Serra 27,36%; Cariacica 27,36%, Vila Velha 21,56%, Viana 2,56% e outros municípios 7,68% (SEMUS, 1998, p. 23).

Comentário: Isto demonstra que os trabalhadores de Vitória não tinham, naquele ano, a atenção integral que necessitavam, por dificuldades de acesso.

d) Na atenção à Saúde do Idoso está registrado que dos usuários atendidos nesse serviço, 58% eram moradores de Vitória e 42% de outros municípios (SEMUS, 1998, p. 24).

Comentário: Isto demonstra que os idosos não tinham naquele ano a atenção integral que necessitavam, por dificuldades de acesso.

Organização dos Serviços de Saúde

A implantação do PACS e PSF no meio do ano em estudo, segundo o RAG, surgiu

var as mudanças das práticas de saúde preconizadas pelos SILOS. Este item do relatório descreve que o PSF previa “**uma abordagem geral e integral do indivíduo e sua família** (grifo nosso), uma maior aproximação entre comunidade e serviço de saúde, bem como maior responsabilidade do cidadão e do serviço de saúde com a saúde da população [...]” (SEMUS, 1998, p. 26).

No item final daquele relatório, denominado CONSIDERAÇÕES FINAIS, estava explicitado que:

Apesar de não ter o (sic) SILOS totalmente implantados e do município não estar na Gestão Plena, aguardando ainda a assinatura do convênio com o Ministério da Saúde, houve um amadurecimento do processo rumo ao **novo modelo de gestão e assistência**, (grifo nosso) com o desenvolvimento de ações intermediárias necessárias à sua definitiva implantação. [...]. (SEMUS, 1998, p. 28).

RELATÓRIO DE GESTÃO 1998

Em sua introdução estava expli citado:

O papel do gestor municipal é garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. Implica, também, na reorganização da rede de serviços da atenção ambulatorial e hospitalar (grifo nosso), (SEMUS, 1999, p. 5).

Num item intitulado DIRETRIZES BÁSICAS QUE ORIENTAM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, estava explicitado que a SEMUS vinha trabalhando em consonância com as diretrizes estabelecidas:

- **Atendimento integral**; - Resolubilidade [...]
- Referência x contra-referência (SEMUS, 1999, p. 6, grifo nosso).

Num item denominado AVALIAÇÃO DAS AÇ ÕES PROPOSTAS constatou -se que:

a) O Município tinha a intenção de assumir a GPSM, entretanto não o fez pela insuficiência de recursos financeiros destinados à SEMUS, pois para garantir a cobertura assistencial identificou um déficit de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais/mês), o que levou à mudança do pleito para a GPAB, o que ocorreu a partir de 27 de janeiro de 1998.

tação ao MS para a GPAB levou a SEMUS a alterar o desenvolvimento de algumas atividades propostas e iniciadas em 1997, por serem condicionantes da GPSM, dentre elas a Central de Regulação de Leitos e a Central de Ambulâncias.

c) Também está explicitado que no ano de 1998 foi destinado às ações de média e alta complexidade R\$ 1.114.239,12 (hum milhão cento e quatorze mil, duzentos e trinta e nove reais e doze centavos), um montante de recursos considerável para custear exames, consultas, procedimentos e que requerem regulação para garantir o acesso da população a essas tecnologias (SEMUS, 1999, p. 10).

d) Em dezembro de 1988 ocorreu um Seminário para Avaliação da Implantação dos SILOS e Projetos Prioritários. O Seminário apontou como pontos positivos a integração entre os serviços de saúde e a comunidade e entre os próprios territórios e regiões, inclusive com melhorias na comunicação interna; o avanço na implementação do planejamento e programação local com **organização da demanda** (grifo nosso); a reorganização dos serviços na maioria dos territórios e, por último, o trabalho de acolhimento realizado pelos Centros de Referência (SEMUS, 1999, p. 12).

e) Num item denominado MODELO DE GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS encontra-se descrito que, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde e Indicativo do Seminário de Planejamento Estratégico realizado em dezembro de 1998, a SEMUS deveria “implantar um Conselho Gestor de Unidades de Saúde, objetivando horizontalizar as decisões, permitindo maior envolvimento e participação dos gerentes dos serviços na elaboração e cumprimento da política setorial” (SEMUS, 1999, p. 13).

Examinando os diversos programas desenvolvidos pela SEMUS, apenas no que se refere a recursos assistenciais objeto deste estudo: consultas e exames especializados, procedimentos e cirurgias, constatou-se que:

Saúde da Mulher

Exames colpocitológicos em mulheres de 35 a 49 anos de idade – o Plano de Ação havia estimado 8.219 exames, entretanto foram realizados 3.650, apenas 44,4% da

nulheres realizaram seus exames por meio de planos privados de saúde.

Análises Clínicas

Os dados a seguir demonstram um incremento em 1998 do número de exames de análises clínicas realizados pelo Laboratório Central da SEMUS: 1996 - 252.344; 1997 - 324.534 e; 1998 - 340.780, entretanto em 1988 foi realizado apenas 72,6 da meta programada (SEMUS, 1999, p. 49).

Comentário: estes números levam à suposição de que houve inclusão de mais usuários no sistema, portanto um aumento na atenção integral à população usuária deste serviço.

Em relação aos exames colpocitológicos, foi alcançada apenas 52,26% da meta programada para ultrassonografias e mamografias e nenhum exame foi realizado pela rede SEMUS (SEMUS, 1999, p. 6 do anexo).

Ao final do Relatório de Gestão de 1998 não foi encontrada nenhuma consideração final ou algum comentário que pudesse levar à afirmação de que houve ou não incremento das ações assistenciais em busca da integralidade na atenção dos usuários dos serviços do SUS municipal, embora a análise de programas e dados isolados demonstre que em áreas distintas houve ampliação da atenção na assistência especializada, e em outras houve decréscimo e até ausência total da assistência a grupos específicos da população.

RELATÓRIO DE GESTÃO 1999

Informações presentes no relatório indicam que o município permanecia habilitado para a GPAB, afirmando que oferecia apenas serviços básicos sob sua gestão, entretanto,

tório observou-se que no mesmo consta a produção de serviços de média complexidade realizada pela rede própria da SEMUS.

As ações desenvolvidas pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria durante o ano de 1999 não incluíram ações de regulação do acesso (SEMUS, 2000, p. 7-8).

Em nenhum item deste documento foi feita qualquer alusão à atenção integral e à regulação do acesso, seja esta feita por meio da SEMUS ou da SESA.

Comentário: Este relatório apresenta-se vazio de informações sobre a atenção integral e regulação assistencial.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2000

Mais uma vez as informações constantes no documento afirmam que o município permanecia habilitado para a GPAB, afirmando que a partir da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) estabelecido pelo MS, foi iniciado um importante processo de ampliação do acesso da população nesse nível de atenção, apoiado pela Estratégia Saúde da Família que se encontrava em expansão e que cada vez mais se consolidava como a base de um projeto estruturante para a organização da atenção à saúde: os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS), (SEMUS, 2001, p. 7).

O texto segue citando que o projeto do SISS, após 18 meses de sensibilização, preparação e divulgação junto à sociedade, teve seu início de implantação naquele ano.

Também nesse relatório foi demonstrado que nas ações desenvolvidas pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria durante o ano de 2000 não estavam incluíram as ações de regulação do acesso (SEMUS, 2001, p. 9).

Em relação à regulação do acesso, há uma citação no documento que descreve que:

Até o ano de 1999, os usuários formavam grandes filas, no início da madrugada, na tentativa de conseguir uma consulta de especialidade. A solução do problema veio com a otimização do processo de agendamento no ano 2000. Através da integração da SEMUS com o CRE – Vitória o agendamento passou a (sic) ser realizado por telefone para a US mais próxima da residência do usuário do serviço municipal (SEMUS, 2001, p. 57).

acesso o documento esclarece num item denominado GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL que nenhuma das atividades foi desenvolvida pelo motivo do município permanecer em GPAB. Há a afirmação que a Central de Leitos localizada no território municipal ainda estava sob responsabilidade da SESA; que a meta de agregar as consultas e exames especializados, à época dispersas pelas unidades básicas de saúde, ocorreria em um único local e serviço, para se configurar em um Centro de Especialidades Municipal, também não foi alcançada.

Também está descrito que não foi realizada a ação programada da SEMUS atender às solicitações de transporte para urgência e emergência, internações e demandas ambulatoriais eletivas.

Relativamente à PPI assistencial, que é a base para a regulação do acesso, o relatório diz que como a PPI não foi implantada pela SESA, não foi possível o estabelecimento de todas as referências intermunicipais previstas no Plano de Ação. Também não foi executada a ação prevista para a elaboração de mecanismos, planilhas para acompanhamento periódico, formal e sistemático da execução das atividades constantes da PPI. (SEMUS, 2001, p. 78).

Comentário: Considerada a base para a regulação do acesso, a PPI Assistencial não tendo sido implantada no Estado, tornava difícil ao município realizar a regulação do acesso da população residente e da população referenciada pelos demais municípios. Se a própria SESA não dispunha dos mecanismos regulatórios, ficava difícil à SEMUS desenvolver estas estruturas uma vez que não tinha o comando único sobre todos os prestadores de serviços de saúde no âmbito de seu território.

Há uma citação no RAG que diz que a Agência Municipal de Regulação [agendamento] estava em fase final de elaboração (SEMUS, 2001, p. 80).

No item final do RAG, CONSIDERAÇÕES FINAIS, há uma citação de diz que:

[...] a SEMUS, de forma pró-ativa, iniciou um projeto que busca garantir assistência a seus munícipes no âmbito da atenção secundária e terciária. Esse projeto é inédito no país e foi iniciado em determinada região de saúde de Vitória e se estenderá para todo o município. Chamado Sistema Integrado dos Serviços de Saúde (SISS), tem como objetivo a reorganização do sistema na perspectiva de caminhar para a gestão plena do sistema de saúde. A implantação do SISS, mesmo no seu processo inicial, já demonstra potencial de mudança. O sucesso desses dois pilares, maior cobertura do PSF com qualidade e a consolidação do SISS, possibilitará o funcionamento de um sistema de saúde com qualidade. (SEMUS, 2001, p. 109).

na que deu passos certos e conseguiu modelar uma gestão descentralizada, mais democrática e com maior participação popular. Sua produção elevou-se e, de forma significativa, destacaram-se dentre outras ações, o laboratório municipal, que efetuou um salto de qualidade no atendimento e no número de exames realizados.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2001

No item denominado APRESENTAÇÃO desse RAG, a SEMUS declarava que 35% da demanda e em seus serviços eram provenientes de outros municípios.

Explicita o RAG que o município concentrava a maioria dos serviços ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidade, movimentando cerca de 50% dos recursos financeiros provenientes do SUS no Espírito Santo.

Afirma, ainda, o relatório que o município continuava habilitado para a GPAB, entretanto contava com estruturas de apoio diagnóstico e terapêutico e rede complementar contratada e conveniada. Está explicitado que, gradualmente, os serviços de média complexidade vinham sendo organizados: especialidades, exames laboratoriais e Centros de Referência no âmbito ambulatorial e parcerias com hospitais da rede estadual e filantrópica, no âmbito hospitalar.

O relatório cita que o município permanecia dividido em seis regiões e respectivos 24 territórios de saúde. Cita, ainda, que o município ampliou o acesso aos cidadãos por meio da implantação da Estratégia Saúde da Família, que se encontrava em expansão e era a base do processo estruturante para organizar a Atenção Básica – os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS).

Destaca o relatório que o SISS estava organizado na Região de São Pedro e que se configurava na *“primeira experiência municipal, Projeto Integrar, com o objetivo de possibilitar o atendimento integral à população da Região”* (SEMUS, 2002, p. 5).

No parágrafo final do tópico APRESENTAÇÃO o RAG diz: “A prestação de serviço de saúde municipal tem garantido cobertura suficiente aos munícipes de cada região e procura aperfeiçoamento da adscrição de clientela” (SEMUS, 2002, p. 5).

relatório apresenta seis centros de referência: de Prevenção e Tratamento de Tóxicomanos, de Promoção e Recuperação, de Referência de Atenção ao Idoso, de Atenção Psicossocial, de Referência de Atendimento aos desnutridos e de Referência às DST/AIDS.

Comentário: Nas ações desenvolvidas pelo Departamento de Avaliação e Controle não foram registradas as de regulação assistencial.

Ao examinar as diferentes ações desenvolvidas pela SEMUS que tem tecnologias assistenciais como insumo, tais como consultas especializadas e exames também especializados, procedimentos e cirurgias, constatou-se que:

Saúde da Mulher

Não foi alcançada a meta de garantir referências para os partos das gestantes, nem mesmo as da Região de São Pedro onde estava implantado o SISS.

Exames colpocitológicos em mulheres de 35 a 49 anos de idade – foram estimados 8.219 exames e foram realizados 3.650 (44,4%), destacando-se que diversas mulheres realizaram seus exames por meio de planos de saúde.

Saúde do Idoso

Está explicitado no RAG que a meta de ofertar exames de PSA, THS, T3 e T4 foi 100% alcançada.

Saúde do Escolar

Observou-se que diversas consultas, exames, procedimentos para triagem visual e

Entretanto chama a atenção um registro de que das 962 consultas agendadas, em 819 os alunos não compareceram, mostrando um índice elevadíssimo de absenteísmo.

DST/AIDS

O registro mostra que a meta para diagnóstico e acompanhamento dos casos de AIDS foi realizada em parte, devido à dificuldade na aquisição de Kits. Entretanto foram realizados exames de HIV em todas as gestantes do município. Outro aspecto interessante foi a meta de realizar 10.000 exames de VDRL em gestantes e foram realizados 17.000, superando em 70% a meta inicial. Também foram realizadas 14.500 consultas, entretanto não há indicativos da meta inicial.

Medicamentos

Para a dispensação de medicamentos está explicitado no documento que foram atendidas 421.058 receitas, alcançando 79% de uma meta prevista de 80% de tratamentos completos de pacientes cadastrados nos Programas de Saúde.

Comentário: Estes números nas diferentes ações mostram que para algumas há uma demanda reprimida importante, mas para outras há inclusão de mais usuários no sistema, portanto há uma oscilação e uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

Ao final do Relatório de Gestão não foi encontrado nenhum item/tópico que fizesse qualquer consideração ou algum comentário que pudesse levar à afirmação de que houve ou não incremento das ações assistenciais em busca da integralidade na atenção dos usuários dos serviços do SUS municipal.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2002

atenção de média complexidade, tem-se que foram realizados 63.146 consultas e 23.899 exames especializados.

Em relação à atenção especializada para a Saúde da Mulher, foram realizados 4.805 exames colpocitológicos, 687 exames de colposcopia, 96 criocauterizações, 1.024 mamografias, 13 citologias mamárias, 160 histopatológicos e 222 biópsias de colo de útero e endométrio. Estes dados estavam dispersos no texto do relatório, sem nenhuma alusão ao que representavam em relação à cobertura assistencial às mulheres.

Para a atenção especializada do programa de Saúde Escolar foram feitos 1.063 hemogramas e 295 consultas especializadas.

Para a Saúde do Idoso foram realizadas 13.911 consultas especializadas. O programa de controle do Diabetes realizou 3.978 consultas especializadas e 96.028 exames especializados diversos.

Há uma citação referente à Implementação do Sistema Único de Regulação Municipal, afirmando que o Município participou da oficina de regulação assistencial promovida pelo MS e de 4 técnicos no Curso de Controle, Avaliação e Regulação em Blumenau, em Santa Catarina. Diz o relatório que esta era uma ação partilhada com outros setores da SEMUS e que sua organização estava na dependência da condição de gestão do município de Vitória (GPAB).

Este RAG apresentava um conteúdo pouco desenvolvido e pouco esclarecedor em relação aos avanços e os limites no decorrer daquele ano.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2003

No relatório não constava nenhuma apresentação ou introdução ao mesmo. Inicia-se pelo Programa Atenção à Saúde do Cidadão e, portanto, passa-se a examiná-lo em suas ações, uma vez mais ressaltando que este exame refere-se apenas ao objeto deste estudo: integralidade assistencial e regulação do acesso:

Este relatório cita o desenvolvimento dos seguintes programas de saúde e suas atividades: Saúde da Criança, Saúde Escolar, Saúde Fonoaudiológica, Saúde do Adolescente e do Jovem, Enfrentamento da Violência Intrafamiliar, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Imunização, Controle do Diabetes e Hipertensão Arterial, DST/AIDS, Saúde Mental, Orientação ao Exercício, Controle do Tabagismo, Projeto Salvamar, Fitoterapia, Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Farmacêutica, Atendimento de Urgências e Emergências aos municípios de Vitória, Apoio Diagnóstico, Comitê de Mortalidade Materno-Infantil, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, Controle das Meningites, Controle da Influenza, Controle das Paralisias Flácidas, Coqueluche, Controle do Sarampo e Doenças Exantemáticas, Controle da Raiva Humana, Controle da Raiva Animal e outras Zoonoses, Controle de MDDA e DTA, Vigilância da Sífilis Congênita, Dengue, Vigilância Ambiental de Fatores Biológicos de Risco, Vigilância Ambiental de Fatores Não Biológicos de Risco, Vigilância Sanitária.

Outros projetos também se encontravam citados, como: Projetos novos/Obras, Projetos novos/Contratos, Manutenção de prestação de serviços, Aquisição de equipamentos, móveis, materiais de consumo e veículos, Desenvolvimento de RH para servidores da saúde e Programa de Educação Permanente.

Regulação

Num programa intitulado Gestão de Políticas de Saúde foram apresentadas as ações relativas às ações de controle e avaliação e auditoria, acompanhadas da produção das atividades.

No mesmo programa foi detalhada uma ação denominada de Implementação do Sistema Único de Regulação Municipal, que definia as seguintes responsabilidades:

- 1 – Implementar a Central de Marcação de Consultas /Especializadas e SADT; e
- 2 – Implantar a Central de Ambulâncias Municipal; (que contemplava a participação do

RELATÓRIO DE GESTÃO 2004

Nesse relatório não constava nenhuma apresentação ou introdução ao mesmo. Inicia-se pelo Programa Atenção à Saúde do Cidadão e, portanto, passa-se a examiná-lo em suas ações, uma vez mais ressaltando que este exame refere-se apenas ao objeto deste estudo.

Saúde da Mulher

Dentre as ações programadas encontravam-se:

- a) Garantir referência para exames laboratoriais de rotina, de acordo com protocolo, que segundo o relatório foi garantido;
- b) Garantir ultrassonografias para 100% das gestantes cadastradas até a 28ª semana de gestação, o que não foi executado pela não conclusão do processo de compras;
- c) Garantir referência para parto de baixo risco a 100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, tendo sido realizado convênio com a Pró-Matre para tal, entretanto não há informações quanto ao percentual da meta que foi alcançada;
- d) Criar ambulatório de referência em Pré-Natal de alto risco, através de convênio, o que foi criado no CME;
- e) Para a prevenção do câncer do colo do útero, a ação programada para garantir 19.000 consultas médicas e de enfermagem para a coleta de material para Citologia Oncótica foi superada em muito, alcançando 21.203 consultas/coletas e das 760 colposcopias estimadas foram realizadas 1007;
- f) Para os 6000 exames de mamografia bilateral em mulheres acima de 35 anos, foram

exames de ultrassonografia necessários para o complemento do diagnóstico da mamografia, nenhum foi realizado.

Saúde do Escolar

Para as 2.880 triagens visuais programadas foram realizadas 3.343, constituindo em 15,45% acima da meta. Isto resultou na necessidade de atendimento de 475 consultas de oftalmologia, mas a meta prevista era de 50% desse número, tendo sido alcançados 300 alunos, portanto 13% acima da meta.

Na área de fonoaudiologia foram agendados 202 alunos, representando 70% da necessidade e mesmo assim apenas 26,7% compareceram.

Os 1.836 alunos que passaram pela triagem de psicologia representavam 51% da meta e destes 13,6% foram encaminhados para terapia.

Para triagem auditiva 2.940 (81,7%) alunos foram atendidos, superando a meta que era de 80%. Destes, 7,6% foram encaminhados para consultas com otorrinolaringologista. Também foram realizados hemogramas, entretanto 12% abaixo da meta, que já representava apenas 50% dos alunos.

Foram realizadas diversas consultas e exames, entretanto sem informar o quantitativo.

Para atendimentos neurológicos apenas 63,2% compareceram às consultas e exames de EEG e Raio "X" de crânio.

Saúde Fonoaudiológica

Para esta atividade estava demonstrado no relatório, por meio de gráficos, que havia importante demanda reprimida por região de saúde, variando de 15,5% até 23,8% em relação à necessidade.

Dos 19.000 procedimentos individuais programados, foram realizados apenas 8.936, sob a justificativa de não haver coordenação do serviço. Para este ciclo de vida foram realizados diversos atendimentos assistenciais básicos, que não são objeto deste estudo e os de media complexidade foram representados por: coletas de exames em domicílios, 29.235 exames de laboratório, que superaram a meta de 25.200 exames e 2.739 atendimentos psicológicos, muito abaixo da meta de 5.120 atendimentos.

Atenção Ambulatorial Especializada

O setor de mesmo nome afirmou que: dos 198 exames de ultrassonografia/trimestre foram realizados durante o ano 575 e dos 162/exames de mamografia/ trimestre foram realizados 825 exames/trimestre e dos 75/trimestre de ecocardiogramas, nenhum foi realizado.

Para as consultas especializadas, cita o relatório que foram realizadas 128.749, não havendo nenhuma menção a que percentual da meta se refere, se à maior ou à menor. Há um registro no relatório que aponta um índice de absenteísmo de 48% nas consultas agendadas pela SEMUS no Hospital da Irmandade da Santa Casa e Misericórdia, um de seus conveniados.

Para fisioterapia foram realizados 1.209 atendimentos, 6.709 ECG, 1.007 exames de colposcopia, 20.603 exames de Raios X.

Para as análises clínicas, a meta programada era de realizar 660.000 exames no ano e foram realizados 796.880, representando superação da meta em 20,7%.

Regulação

No Programa de Gestão da Política de Saúde, no que tange à Implementação do

Municipal está explicitado que a “Implementação da Central de Marcação de Consultas e SADT” e “Implantar a Central de Ambulâncias Municipal” não foram realizados, sendo que para o último há uma observação de que o projeto era coordenado pela SESA com contrapartida de municípios da RMGV.

No Programa Atenção à Saúde do Cidadão havia uma responsabilidade programada destinada a informatizar a marcação de consultas nas unidades de saúde, tendo como meta o desenvolvimento do software, não tendo sido realizado com a observação de que a atividade foi reprogramada para o ano de 2005, priorizando o desenvolvimento do sistema informatizado de marcação de consulta para a Central de Marcação de Consultas.

Comentário: Esta atividade encontrava-se elencada no Programa Atenção à Saúde do Cidadão supostamente porque a Divisão de Atenção Especializada também pertencia à estrutura que agregava as duas atividades: o Departamento de Atenção à Saúde.

Comentário: Não se observa ao final deste relatório nenhum item conclusivo ou que fizesse alguma consideração final sobre os avanços incrementais, nem às limitações para a atenção integral à saúde do cidadão.

NOTA: o documento a que se teve acesso não estava paginado, razão pela qual as citações não estão acompanhadas das respectivas páginas.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2001-2004

Este relatório refere-se ao período de 2001-2004, representando um consolidado do período do mandato do prefeito em exercício, tendo sido elaborado em dezembro de 2004, portanto ao final do mandato do Executivo.

No item IDENTIFICAÇÃO deste relatório há uma citação relativa às ações de média complexidade:

A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, vem organizando serviços de média complexidade em nível ambulatorial: especialidades, exames de laboratório, exames complementares, Policlínica, Centros de Referência, entre outros e no âmbito hospitalar, parcerias com hospitais do SUS. (SEMUS, 2004, p. 8).

diretrizes estratégicas para o setor saúde:

Consolidar o SUS no município de Vitória;
Priorizar o núcleo familiar como foco para a promoção de saúde, através do Programa de Saúde da Família (PSF);
Organizar o acesso em todos os níveis de assistência, através de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde – SISS;
Avançar para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e,
Estimular a participação e o controle social. (SEMUS, 2004, p. 9).

Programa Atenção à Saúde do Cidadão

Saúde Bucal

Há uma citação no programa Sorria Vitória, relativa ao Indicador de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) que merece aqui ser mencionada:

A meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, para o ano 2000, foi um CPO-D máximo aos 12 anos, de 3,0. No último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 1996, o CPO-D nesta idade foi de 1,47. Com este resultado Vitória foi considerada a capital brasileira com o melhor indicador de saúde bucal infantil. É necessário ressaltar que 12 anos é a idade de comparação do CPO-D em todas as populações do Mundo (SEMUS, 2004, p. 23).

Comentário: Esta citação é muito importante, considerando que as ações curativas e preventivas no atendimento aos escolares vem propiciando maior inclusão de crianças e maior atenção integral nessa faixa etária.

Laboratório Central Municipal

Este item fez uma comparação da produção de 2001-2004, assim: 2001: 519.865; 2002; 572.177; 2003; 707.996 e 2004 [até 29 -11-04] 736.001 exames.

Uma atividade relevante foi a abertura do laboratório 24 horas/dia para atender às urgências dos PA municipal e uma outra foi a descentralização da coleta através da

as Unidades de Saúde (SEMUS, 2004, p. 51).

Comentário: Esta citação mostra uma iniciativa de propiciar maior atenção à população quando de suas necessidades, principalmente em situações de urgência.

Organização da Rede de Serviços

Neste item o município declarou que, assim como em todo o Estado, a rede assistencial em Vitória é fragmentada e desarticulada, com a “população buscando a solução de seus problemas de maneira desorganizada, com dificuldades de acolhimento, principalmente nos níveis mais complexos da assistência, sendo os mais críticos as urgências e emergências” (SEMUS, 2004, p. 39).

Comentário: esta citação no corpo do relatório afirma que não havia na SEMUS nenhum mecanismo de regulação assistencial para viabilizar o acesso da população às tecnologias que necessitava de forma oportuna, ordenada e resolutiva.

Para superação dessa situação o relatório afirma que a SEMUS estava implantando um modelo inovador de atenção à saúde para a conformação de uma rede estratégica de serviços, funcional e resolutiva: os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS). Este modelo inovador estava sendo pensado “como meio para a construção dessa rede articulada a partir da estruturação da atenção básica pela Estratégia Saúde da Família, de forma a garantir o acesso da população a todos os níveis do sistema” (SEMUS, 2004, p. 39).

Uma outra citação que despertou atenção e que esta transcrita a seguir na íntegra, foi:

A quantidade de unidades prestadoras de serviços e ações de saúde em Vitória está hiperdimensionada (grifo nosso), seguindo a lógica da Região Metropolitana, o que requer um esforço maior em se construir uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada da forma mais racional possível, para suprir com suficiência a demanda populacional existente, seja na própria região, seja no Estado, face a organização apontada no Plano Diretor de Regionalização.

O Modelo adotado por Vitória pressupõe que a rede de atenção inicia-se pelas Equipes de Saúde da Família em seus territórios de responsabilidade, como porta de entrada no sistema, com US da Família de referência localizadas o mais próximo possível da residência do usuário, com potencialização da resolubilidade neste nível de atuação para resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população residente.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

rópria do Município está sendo reorganizada e qualificada para responder as demandas da Saúde da Família, agregando-se a ela novos pontos de atenção identificados como necessários pelo SISS, em parceria com a gestão estadual, pois estão fora do nível de governabilidade da SEMUS.

Para que esse conjunto de US forme uma rede funcional e resolutive, **fazem-se necessários mecanismos e fluxos de encaminhamentos, com protocolos técnico-administrativos elaborados em articulação com os diversos níveis e áreas de trabalho da assistência, de modo a garantir os encaminhamentos da população às referências e o seu retorno à unidade de origem, por meio de mecanismos e fluxos de contra-referência** (grifo nosso).

Esta rede de serviços está sendo desenhada a partir da atenção básica, para atender exclusivamente à população residente, e passará, gradativamente, pela rede de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, estas considerando a responsabilidade do Município enquanto pólo, para atender às referências intermunicipais e interregionais pactuadas entre os gestores, de forma a garantir a equidade no acesso da população aos recursos disponíveis.

Para tanto, o município necessitará avançar na gestão, assumindo gradualmente as políticas setoriais da assistência, até alcançar a totalidade dos serviços e ações de saúde no âmbito de seu território. (SEMUS, 2004, p. 39-40).

Comentário: Esta extensa transcrição foi feita com a finalidade de mostrar a intenção clara e o esforço do município em implantar uma rede de serviços que pudesse viabilizar a cada ação a atenção integral à saúde da população. Na atenção básica, totalmente sob a governabilidade do município, clara está esta possibilidade. Em relação aos níveis de média e alta complexidade da assistência, o município não tinha governança sobre a rede, que permanecia sob gestão estadual, o que o impossibilitava de reorganizar, articular, racionalizar o uso dessas tecnologias assistenciais. Esta constatação reafirma a necessidade de iniciativas de regulação do acesso, que não estava organizado na SEMUS.

Ações de Controle, Avaliação e Auditoria

Neste item há uma citação que o Departamento de Avaliação e Controle vinha, desde o ano de 1997, operacionalizando mudanças na forma de desenvolver suas ações inerentes às funções de controle, regulação, avaliação e auditoria. Cita o RAG que nessa área ocorreram relevantes avanços conceituais e atitudinais, operacionais na prática das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria, bem como na relação com os prestadores da rede complementar e no contato com os usuários, aos quais foi oportunizado externar sua percepção sobre os serviços que lhes eram prestados.

relato continua:

Percebe-se que há a necessidade de definição de novas estratégias que promovam maior visibilidade e adesão à proposta de atuação do Departamento de Avaliação e Controle, de forma que os resquícios da visão da visão conservadora dessas ações, ainda presentes no ambiente externo ao departamento, sejam superadas. (SEMUS, 2004, p. 43).

Modelo de Atenção à Saúde

Em relação à rede de serviços, o relatório cita a implementação do SISS, que se desenvolveu a partir de um piloto na Região de Saúde de São Pedro. Dentre as diversas atividades que o relatório cita, decorrentes dos SISS, encontram-se: a implantação de Protocolos Clínicos Integrados de Acolhimento, de Atendimento às Crianças, às Mulheres no Pré-Natal, Parto e Puerpério, com uniformização de condutas que foram realizadas pelos profissionais (SEMUS, 2004, p. 47).

Também há uma citação que merece ser aqui realçada: em 2002 Vitória recebeu um prêmio do MS por ser a capital que mais investiu na ampliação do PSF (SEMUS, 2004, p. 47).

Ao final do RAG está explicitado que a SEMUS, que integra as secretarias das áreas sociais, tinha como missão contribuir na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, através da oferta de serviços e ações que promovessem e protegessem a saúde individual e coletiva e recuperassem a saúde dos cidadãos acometidos por doenças e agravos.

Por fim cita o relatório, que para viabilizar a implementação de todas as atividades e projetos contemplados no relatório, necessários ao controle e/ou solução daqueles problemas de saúde, a SEMUS implantou o Programa Saúde da Família – PSF, que visava **garantir atenção integral** à saúde das famílias sob sua responsabilidade (grifo nosso), intervindo no âmbito do indivíduo, família e coletividade, atuando ainda como facilitadores de políticas intersetoriais (SEMUS, 2004, p. 63).

RELATÓRIO DE GESTÃO 2005

...tava nenhuma apresentação ou introdução ao mesmo.

Inicia-se pelo Programa Atenção à Saúde do Cidadão e, portanto, passa-se a examiná-lo em suas ações, lembrando, uma vez mais, que esta verificação refere-se apenas ao objeto deste estudo: integralidade assistencial e regulação do acesso:

Programas de Saúde

Este relatório cita o desenvolvimento da Atenção Ambulatorial Especializada, que informa ter sido realizadas 145.659 consultas especializadas e 31.584 exames especializados. Cita este relatório que havia uma fila expectante de 17.542 consultas especializadas e que havia um absenteísmo da ordem de 32,91% das consultas agendadas/mês em um dos convênios firmados [com a ISCMV].

Regulação

Além das tradicionais atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, cita o relatório que o Programa Gestão de Políticas de Saúde tinha como responsabilidades “Implementar a Central de Marcação de Consultas /Especializadas e SADT” e “Implantar a Central de Ambulâncias Municipal”; [que contemplava a participação do município na implantação do SAMU da Região Metropolitana], com a aquisição de 8 ambulâncias.

Consta também a responsabilidade de informatizar a marcação de consultas nas unidades de saúde, com a justificativa de não ter sido possível realizar esta ação.

Programas de Saúde

Constam no relatório os seguintes programas: Saúde da Criança, Saúde Escolar, Saúde Fonoaudiológica, Saúde do Adolescente em Risco Social, Enfrentamento da Violência Intrafamiliar, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Imunização,

ção Arterial, Programa de Asma, Programa de Anemia Falciforme, Promoção da Paz, DST/AIDS, Gestantes HIV e Crianças Expostas, Saúde Mental, Orientação ao Exercício, Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer, Serviço de Salvamento Marítimo, Fitoterapia, Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Farmacêutica, Programa de Urgências e Emergências, Apoio Diagnóstico.

Em relação às ações de vigilância epidemiológica, ainda cita o relatório: Mortalidade Materno-Infantil em menores de 1 ano e mulheres de 10 a 49 anos residentes em Vitória, Controle da Hanseníase, Controle da Tuberculose, Doenças Exantemáticas, Coqueluche, Paralisias Flácidas Agudas, Controle de MDDA e DTA, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Unidades Sentinela da Vigilância da Influenza, Vigilância do Tétano e Controle das Doenças de Notificações Compulsórias, Controle de Infecção, Controle das Meningites, Controle do Sarampo, Monitoramento e Avaliação das Mortes Violentas de Vitória, Controle da Raiva Humana, Controle da Raiva Animal e outras Zoonoses, Vigilância da Sífilis Congênita, Controle da Dengue, Doença de Chagas, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leptospirose, Malária, Vigilância Ambiental de Fatores Biológicos de Risco e Vigilância Ambiental de Fatores Não Biológicos de Risco [VIGIAR, VIGIÁGUA].

Constam também diversos projetos da Vigilância Sanitária, bem como de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

No Programa de Apoio Administrativo há outros projetos citados, como: Projetos novos/Obras, Construção e Readequação de novas unidades de saúde, Projetos novos/Contratos, Manutenção de prestação de serviços, Aquisição de equipamentos, móveis, materiais de consumo e manutenção dos transportes, Informatização da SEMUS, Desenvolvimento de RH para servidores da saúde e Programa de Educação Permanente.

Este relatório apresenta a produção de serviços assistenciais, discriminada por trimestre, com a seguinte especificação: Procedimentos médicos: 904.994; Odontológicos: 766.639; Outros Profissionais: 1.119.964; Patologia Clínica: 574.679; Radiodiagnóstico: 13.483; Citoanatomopatológico : 25.431; Outros serviços: 30.401; Alta Complexidade (APAC) : 16.386, totalizando 3.451.977.

2006

Logo em seu início este relatório descreve a missão da SEMUS, como sendo:

Planejar e executar as ações de saúde no Município de Vitória, visando a efetivação do Sistema Único de Saúde com a garantia dos princípios da universalidade, equidade e **integralidade da atenção à saúde** e o compromisso com a defesa da vida (grifo nosso), (SEMUS, 2007, p. 3).

Num item intitulado Gestão a SEMUS afirma que passou por uma reestruturação organizacional, por meio do Decreto 12.632/2006 e pode-se observar que houve a inclusão no organograma da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, incluindo uma Coordenação do Complexo Regulatório. Também se pode observar que na Subsecretaria de Atenção em Saúde há uma Coordenação de Atenção Especializada.

Afirma o relatório que em 2006 houve,

Ampliação do acesso a consultas e exames especializados por meio de convênio firmado com os Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Santa Rita de Cássia, Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Pró-Matre, que receberam um repasse de recurso da ordem de R\$ 13,5 milhões (SEMUS, 2007, p. 7).

Atenção Especializada

A SEMUS contava em 2006 com seis centros de referência para atenção Especializada: Idoso, Atenção Psicossocial, Prevenção e Tratamento de Toxicômanos e DST/AIDS, Centro de Controle de Zoonoses e Centro Municipal de Especialidades.

O Centro Municipal de Especialidades, segundo o relatório, contava com serviços de neurologia, endocrinologia, gravidez de alto risco, ginecologia com colposcopia, proctologia, oftalmologia [consulta eletiva e urgência], cirurgia pediátrica e de alta frequência, dermatologia, psiquiatria, ortopedia, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer bucal, atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, radiologia odontológica (SEMUS, 2007, p. 10).

A rede especializada era complementada por meio de contratualização com a rede filantrópica e privada com a oferta de consultas oncológicas, ambulatório de asma,

cirurgia vascular, cirurgia geral, buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia, hematologia, endocrinologia infantil e adulta, ginecologia, dermatologia, cirurgia dermatológica, pediatria, neurologia infantil e adulto, cardiologia, urologia, proctologia, nutrologia, nefrologia, gastroenterologia, oftalmologia, reumatologia, geriatria, ortopedia e angiologia (SEMUS, 2007, p. 10).

O laboratório municipal além de exames básicos realizou exames de média complexidade, totalizando 937.450 (SEMUS, 2007, p. 11).

Regulação

Cita o relatório que com a reforma administrativa de janeiro de 2006, o Departamento de Avaliação e Controle foi extinto e foram criadas as Gerências de Regulação, Controle e Avaliação e a de Auditoria. As ações da Coordenação de Especialidades que se encontravam sob outra gestão foi incorporada à Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA), sendo também agregada a Central Municipal de Agendamento.

Após essas incorporações se deu o início ao estudo junto ao Centro Regional de Especialidades de Vitória (CRE), para que a SEMUS assumisse o agendamento de exames e consultas especializadas referentes à meta física constante da PPI assistencial. Como consequência, o município assumiu o agendamento de parte das consultas e exames especializados propiciando, com isto, maior controle e agilidade no agendamento para a população residente, por meio da Central Municipal de Agendamento (CMA).

Com a estruturação da CMA, a SEMUS assumiu também o agendamento dos exames e consultas dos convênios que mantinha com a rede complementar contratualizada.

Cita, também, o relatório que com a estruturação e as novas atribuições da GRCA, foram iniciadas as ações operativas de regulação do acesso, com a formulação e proposição de protocolos e fluxos assistenciais.

Há um item neste RAG denominado REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO, com

do de setembro a dezembro de 2007.

Cita o relatório que a GRCA é constituída por quatro coordenações: **regulação** (grifo nosso), controle, avaliação e informação em saúde, vinculados à Sub-Secretaria de Atenção à Saúde.

Descreve o relatório que a regulação tem como objetivo:

Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno, utilizando mecanismos técnicos (protocolos, critérios de encaminhamentos, etc.) padronizados e pactuados, através da implantação do complexo regulador – centrais de regulação (SEMUS, 2007, p. 16).

Quanto às ações desenvolvidas pela GRCA no período mencionado de quatro meses destacam-se:

Participação em Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (o1 profissional).
[...]
Levantamento dos pacientes atendidos e cadastrados na CEAMB, identificar o perfil dos usuários e quantidade de atendimentos.
Realizado pela CEAMB o quantitativo de 36.228 atendimentos eletivos e 8.863 atendimentos de urgência no ano de 2006.
Realizado Diagnóstico Situacional de oferta de consultas e exames especializados da rede própria, convênio e PPI considerando a capacidade instalada, a produção realizada e a necessidade real, com a utilização de parâmetros assistenciais.
Elaborado (sic) protocolos operacionais (rotinas e fluxos) da Central Municipal de Agendamento – CMA, para organização do acesso a consultas e exames. (SEMUS, 2007, p. 19).
[...]

Cita o relatório que foram adquiridas nove ambulâncias para a Central Municipal e Ambulâncias (CEAMB), (SEMUS, 2004, p. 7).

Atenção à Saúde

Permanecia a Saúde da Família como estratégia para reorganização da Atenção Básica, tendo como meta a cobertura de 100% da população até o final de 2008.

Este relatório apresenta características diferentes dos demais anteriores, pois utilizou o pacto de metas e indicadores da Atenção Básica para relatar as principais dificuldades encontradas e as ações realizadas para enfrentamento das mesmas.

... dificuldades para não alcançar as metas pactuadas no PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA, relatou diversas ações para o enfrentamento dessas dificuldades. A seguir estão descritas apenas aquelas afetas ao objeto desta pesquisa:

Saúde da Mulher

Para assistência ao parto, convênio com a maternidade Pró-Matre para parto de baixo e médio risco, e a Santa Casa de Misericórdia para parto de alto risco;

[...] Garantia de ambulatório para gestação de alto risco, no CME, com fluxo definido de encaminhamento;

Garantia de USG obstétrica para as gestações de alto risco; [...] (SEMUS, 2007, p. 36).

Saúde da Criança

[...]

Definição da secretaria sobre ambulatório de gastropediatria de referência junto ao HUCAM – Programa Municipal de Fórmulas Especiais na 1ª Infância.

Definição da Secretaria quanto as marcações de consultas no ambulatório de gastropediatria de referência do HUCAM, através da Central de Vagas. [...], (SEMUS, 2007, p. 38).

Para as demais ações não constantes no Pacto da Atenção Básica foi feito um pequeno relato para cada uma delas, mas não houve quantificação das realizações e nem citações se as metas foram alcançadas ou não.

Produção Ambulatorial

Neste item há menção à produção de especialidades realizadas pela rede própria e complementar sem, entretanto, fazer qualquer comparação com o ano anterior ou com as ações programadas:

Patologia Clínica: 924.829
Radiodiagnóstico: 14.872

Nas Considerações Finais do RAG estava explicitado que: “A SEMUS não poupa esforços na busca constante da produção da saúde com equidade, **integralidade** (grifo nosso), universalidade e participação social” e explicita também que “É necessário avançar na gestão dos serviços de saúde, construindo redes de atenção que garantam o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” [...] (SEMUS, 2007, p. 46).

RELATÓRIO DE GESTÃO 2007

Em seu início este relatório repete a mesma introdução do ano anterior e descreve, uma vez mais, a missão da SEMUS.

No item Gestão, a SEMUS afirma que havia passado por uma reestruturação organizacional, por meio do Decreto 12.632/2006, modificada pelo Decreto nº. 13.031, de 09 de novembro de 2006.

Ainda no item Gestão esta explicitado que o município firmou com o Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde, com o Termo de Compromissos de Gestão (TCG) homologado pela CIT em dezembro de 2007.

Com este TCG a SEMUS avançava na gestão do SUS municipal, pretendendo assumir, a partir de fevereiro de 2008, a responsabilidade pela média e alta complexidade ambulatorial. Para tanto, estava sendo estruturado o Complexo Regulador para que se efetivasse a contratualização dos estabelecimentos de saúde da rede complementar, a regulação do acesso à assistência, o controle assistencial e a avaliação da atenção à saúde (SEMUS, 2008, p. 08).

Rede SUS em Vitória

Além do explicitado no RAG de 2006, havia sete unidades de saúde funcionando em

atender à população: uma até as 22 horas, uma até as 21h e cinco até as 20h, distribuídas geograficamente pela cidade (SEMUS, 2008, p. 08).

Comentário: Esta ampliação no horário de funcionamento das unidades de saúde demonstra um esforço do município em incluir maior número de cidadãos, principalmente de trabalhadores formais, para seu atendimento após sua jornada de trabalho diária.

Atenção a grupos prioritários nas UBS

Diversos foram as ações desenvolvidas como prioritárias, dentre elas: Saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Adulto e do Idoso, envolvendo diversas tecnologias assistenciais (SEMUS, 2008, p. 9).

Também foram citadas as ações desenvolvidas por meio dos centros de especialidades como: Atendimento ao Idoso, DST/AIDS, Atenção Psicossocial para Adultos e Infanto-Juvenis, Prevenção e Tratamento de Toxicômanos e Centro Municipal de Especialidades (SEMUS, 2008, p. 9).

No CME foram realizadas consultas e exames nas especialidades: neurologia, endocrinologia, gravidez de alto risco, ginecologia, com colposcopia, proctologia, oftalmologia [consulta eletiva e urgência], cirurgia pediátrica e de alta frequência, dermatologia, cardiologia, psiquiatria, ortopedia, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer bucal, atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, radiologia odontológica. Além destas, também foram ofertadas outras consultas especializadas pela rede conveniada: consultas oncológicas, ambulatório de asma, DST, hepatite, consultas de cirurgia vascular, cirurgia geral, buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia, hematologia, endocrinologia infantil e adulta, urologia, nutrologia, nefrologia, gastroenterologia, oftalmologia (SEMUS, 2008, p. 11).

No laboratório Central foram realizados exames básicos e de média complexidade (SEMUS, 2008, p. 12).

Também neste relatório há a afirmação feita no de 2006, que a regulação tem como objetivo:

Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno, utilizando mecanismos técnicos (protocolos, critérios de encaminhamentos, etc.) padronizados e pactuados, através da implantação do complexo regulador – centrais de regulação (SEMUS, 2007, p. 14).

Mais uma vez foi afirmado que os agendamentos de exames e consultas continuavam a ser realizados pela Central Municipal de Agendamento.

Quanto às ações de regulação desenvolvidas foram citadas:

Realizado estudo comparativo de exames programado x ofertado pela Programação Pactuada e Integrada – PPI ao Município de Vitória, no ano de 2007, com identificação do não cumprimento do pactuado.

[...]

Participação de treinamento do sistema de Regulação – SISREG, ministrado pelo Ministério da Saúde.

[...]

Elaborado o processo de Atendimento na Central de Ambulância – CEAMB/Fluxos/Rotinas.

Elaboradas pastas de rotinas na CEAMB/Organização do processo de Trabalho.

Participação nas reuniões do Comitê Gestor da urgência SAMU 192.

Elaborado Projeto para implantação do Complexo Regulador do município de Vitória.

Elaborado protocolo de regulação e encaminhamento para Consulta Pública no site da Prefeitura Municipal de Vitória (dezembro de 2007).

Elaboradas rotinas e fluxos operacionais da Central Municipal de Agendamento e Unidades de Saúde – Normatização de formulários da Central Municipal de Agendamento e Unidades de Saúde.

Normatizado fluxos de acesso junto aos prestadores.

Acompanhado mensalmente os agendamentos, cotas, perdas, etc.

Participação da Gerência, Coordenação da CCR e 01 Técnico da GRCA no Treinamento do SISREG em Brasília.

Realizado treinamento (Teórico e Prático) com funcionários da Central Municipal de Agendamento, Diretores e funcionários do Setor de Agendamento de Especialidades das Unidades de Saúde para operacionalizar o SISREG [...], (SEMUS, 2008, p. 16-18).

Num item intitulado Controle Social, dentre as citadas 59 resoluções, há duas de interesse desta pesquisa: uma que trata de regulação, que cita o “Projeto de Implantação do complexo regulador do município de Vitória” e “Aquisição de consultas e serviços especializados e exames complementares de alta e média complexidade” (SEMUS, 2008, p. 23).

A SEMUS mais uma vez, à semelhança do ano anterior, adotou como estratégia para efetivação das políticas de saúde a organização da atenção em quatro eixos, orientados pelos ciclos de vida: Materno-Infantil, Adolescentes, Adulto e Idoso. Continua citando o relatório que os eixos agregam as áreas técnicas afins bem como as áreas transversais: assistência farmacêutica, laboratório, vigilância em saúde, formação e desenvolvimento em saúde e logística (SEMUS, 2008, p. 39).

Comentário: Esta é uma inovação na organização das ações de saúde, que antes não trabalhava por ciclo de vida e sim por ações dirigidas a grupos específicos e patologias específicas.

Produção de Serviços

Pode-se observar neste RAG a produção de serviços de média e alta complexidade realizada pelo próprio município.

O quantitativo de exames de alta complexidade foi de 2.680 e de média complexidade foi de 99.401, totalizando 102.081. O quantitativo de consultas especializadas foi de 126.341, entretanto nenhuma alusão foi feita se este quantitativo foi suficiente para atender às necessidades e demandas da população.

Nas Considerações Finais cita o relatório que o ano de 2007 representou um avanço da política municipal de saúde, entretanto avalia que:

É necessário avançar na implementação dos princípios constitucionais para a consolidação de um Sistema Único de Saúde universal, **equânime e integral** (grifo nosso), mediante a construção de redes de atenção que **garantam o acesso** (grifo nosso) a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. (SEMUS, 2008, p. 48).

RELATÓRIO DE GESTÃO 2008

Para este período foram analisados as quatro Prestações de Contas Trimestrais, que

l, que ocorreram em audiências públicas, pois não se teve acesso ao relatório consolidado descritivo.

Regulação, Avaliação e Controle

Neste item do RAG, quanto às ações desenvolvidas, foram citados os procedimentos envolvidos na Produção de Serviços, relativos ao consolidado do ano.

Em relação às consultas especializadas, está presente nos registros que foram realizadas 82.001 consultas pela rede própria da SEMUS, 43.451 pela SESA constantes na PPI, conseqüentes às transferências de recursos federais e, por meio de convênios, 12.427, totalizando 137.879. Este cenário demonstra que a SEMUS vem participando fortemente na disponibilização de consultas, da ordem de 69,17% em relação ao total ofertado, o que assume importância relevante considerando-se que a atenção especializada estava sob gestão da SESA.

Relativamente aos exames especializados de média complexidade, tem-se que foram disponibilizados os seguintes exames: Videolaringoscopia, Ultrassonografia com e sem Doppler, Teste Ergométrico, Retossigmoidoscopia, Radiodiagnóstico Simples, Radiodiagnóstico Contrastado, Mamografia, Endoscopia Digestiva Alta, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Ecocardiograma e Colposcopia e Colonoscopia, totalizando 120.635. Destes, 50.591 foram oferecidos pela própria rede de serviços da SEMUS, outros 23.553 foram ofertadas pela SEMUS por meio de convênios. Portanto 61,45% do total ofertado aos municípios de Vitória estiveram sob a gestão e regulação direta da SEMUS. Em contrapartida, apenas 46.491 exames foram ofertados pela SESA, por meio da PPI.

Em relação aos procedimentos de Alta Complexidade, que requerem Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I), foram realizados: cintilografia/arteriografia 601, tomografia computadorizada 1.302, ressonância magnética 719 e densitometria óssea 332, totalizando 3.034 exames, destes 956 ofertados pela SEMUS por meio de convênio. Mais uma vez vale destacar que a alta complexidade é de responsabilidade do MS financiar e da SESA em realizar a gestão, o que leva à conclusão de que se o município estava investindo nesta área complexa, significa que havia insuficiência de

por ausência total ou parcial do Estado neste nível crítico da assistência à saúde.

A produção total da rede própria da SEMUS foi de 3.505.687 no de 2008, sendo que na alta complexidade Saúde Mental foram emitidas 8.137 APAC; Exames Anátomo-citopatológicos 26.326; Patologia Clínica 1.078.797; Procedimentos Cirúrgicos 82.430; Procedimentos Clínicos 771.223 e Procedimentos com Finalidade Diagnóstica 293.829. Pode-se observar que a produção de serviços de média e alta complexidade realizada pela própria SEMUS foi absolutamente relevante para favorecer a ampliação da integralidade na assistência individual, em detrimento da insuficiente oferta, que gera demanda reprimida, nos serviços próprios da SESA.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2009

Para este período foram analisados as duas Prestações de Contas Trimestrais, portanto por um semestre, que ocorreram em audiências públicas, pois não se teve acesso ao relatório consolidado descritivo, uma vez que o prazo legal para ser elaborado e aprovado o RAG vai até 31 de maio de 2010.

Regulação, Avaliação e Controle

Neste item nos RAG, foram citados os procedimentos envolvidos na Produção de Serviços, relativos ao primeiro semestre de 2009. Em relação às consultas especializadas, consta que foram realizadas 39.112 consultas pela rede própria da SEMUS, 19.575 pela SESA constantes na PPI, objeto de transferências de recursos federais e, por meio de convênios, 5.332, totalizando 63.659. Estes números demonstram que a SEMUS participa na oferta de consultas na ordem de 61,44% em relação ao total da oferta, considerando-se, também, que a atenção especializada está sob gestão da SESA.

Para os exames especializados de atenção em média complexidade, tem-se que foram

Exames: Videolaringoscopia, Ultrassonografia com e sem Doppler, Teste Ergométrico, Retossigmoidoscopia, Radiodiagnóstico Simples, Radiodiagnóstico Contrastado, Mamografia, Endoscopia Digestiva Alta, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Ecocardiograma e Colposcopia e Colonoscopia, totalizando 61.048. Destes, 32.070 foram oferecidos pela própria rede de serviços da SEMUS, outros 9.663 foram ofertadas pela SEMUS por meio de convênios e 701 por meio de contratos, isto representando 69,5% do total ofertado aos municípios pela SEMUS. Apenas 18.614 exames foram ofertados pela SESA, por meio da PPI.

Em relação aos procedimentos de Alta Complexidade, que requerem Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I), foram realizados: cintilografia/arteriografia 243, tomografia computadorizada 663, ressonância magnética 343 e densitometria óssea 332, totalizando 1.581 exames, destes 432 ofertados pela SEMUS por meio de contratos/convênio. Aqui vale a pena destacar que a alta complexidade é de total responsabilidade do MS financiar e da SESA em fazer a gestão, portanto se o município está investindo nesta área, significa insuficiência de oferta por parte da SESA, seja por ausência total ou parcial da neste nível crítico da assistência à saúde

Finalizando, a produção total da rede própria da SEMUS foi de 1.839.624 no primeiro semestre de 2009, sendo que na alta complexidade Saúde Mental foram emitidas 3.048 APAC; Exames Anátomo-cito-patológicos 11.215; Patologia Clínica 556.447; Procedimentos Cirúrgicos 31.197; Procedimentos Clínicos 771.223 e Procedimentos com finalidade diagnóstica 115.370. Pode-se observar que nestes dois Relatórios de Gestão Trimestrais, a produção de serviços de média e alta complexidade realizada pelo próprio município foi absolutamente importante para propiciar a ampliação da atenção integral ao cidadão, em detrimento da enorme demanda reprimida localizada nos serviços próprios da SESA.

4 PROJETOS E PROPOSTAS ESTRUTURANTES DESENVOLVIDOS PELA SEMUS

Certamente o processo histórico que vem ocorrendo no município de Vitória está

contexto, mais abrangente, estadual, nacional e até mesmo mundial, que envolve políticas internacionais e nacionais de saúde. Apesar da meta “Saúde para todos no ano 2000”, estabelecida pela OMS em 1977, no município grandes segmentos da população permaneciam sem ter um acesso real aos serviços de saúde.

Segundo UNGLERT (1995, p. 2) “No campo da organização política os modelos prevaletentes eram os de concentração de poder e no campo administrativo havia desenvolvido uma centralização excessiva”.

A mesma autora afirma em sua tese para concurso de livre-docência, intitulada “Territorialização em Saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente” que:

O desafio que se enfrentava na América Latina era o de se conseguir o crescimento econômico através de um processo democrático, participativo, e que o mesmo fosse acompanhado de um desenvolvimento social mais equitativo (UNGLERT, 1995).

Para tanto, a proposta de desenvolvimento e fortalecimento de sistemas locais de saúde achava-se, à época, inserida nesse processo de mudança.

4.1 A PROPOSTA DOS SILOS

O eixo dessa proposta era reorganizar e reorientar os sistemas nacionais de saúde, com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local, portanto uma proposta tática e essencial dentro do processo de transformação dos sistemas nacionais de saúde, dos quais é parte inseparável.

Este projeto partia do pressuposto da subdivisão do município e/ou de uma dada região em áreas menores, segundo critérios geográficos, demográficos e sociais, a que se denominou de **territorialização em saúde**, com a finalidade de se constituir distritos sanitários (grifo nosso).

OS SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS) podem ser definidos como uma reforma dos sistemas de saúde, empreendida no nível local, voltada para a gestão dos

e utilização dos serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde, que presta uma atenção contínua a determinada população. A instituição do Sistema Integrado de Serviços de Saúde implica mudanças profundas na forma convencional que hoje prevalece na organização dos sistemas de saúde. Essas mudanças vão:

[...] da atenção curativa e reabilitadora para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; da cura para o cuidado; dos serviços de baixa escala para serviços de alta escala; da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial; da atenção secundária e terciária para atenção primária à saúde; da atenção hospitalar e ambulatorial para atenção domiciliar; da intuição clínica para a evidência; da liberdade clínica total para uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz para atenção primária eficaz como porta de entrada do sistema; da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração; de procedimentos eficazes para procedimentos eficazes de menor custo; da exclusividade dos cuidados profissionais para o auto-cuidado (MENDES, 2001).

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – 1997.

Teve-se acesso ao projeto de implantação do PSF e PACS, e um dos seus objetivos era o de consolidar os Sistemas Locais de Saúde, bem como melhorar a qualidade de vida da população contribuindo para a construção de sua cidadania e consolidação do Sistema Único de Saúde.

4.4 IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DE VITÓRIA, 1998.

Este projeto tinha como proposta a implementação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, a partir das decisões oriundas do I Seminário Interno do Departamento de Avaliação e Controle, que ocorreu no período de 26 a 28 de setembro de 1998. Em seu escopo pode-se observar a proposta de reestruturação do organograma da SEMUS para esta área e suas respectivas funções, equipamentos, mobiliário, mas principalmente das equipes técnicas de auditores e de supervisores.

trava-se o Plano de Trabalho das ações de controle, avaliação e auditoria, entretanto não havia nenhuma referência à regulação do acesso.

Também estavam em anexo: a minuta de lei para a criação do Sistema Municipal de Auditoria; as atribuições das estruturas que comporiam o SMA da SEMUS; minuta de lei que contemplava a gratificação para os profissionais que exerceriam a função de auditoria.

4.5 PARA REESTRUTURAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE EM 2001

Teve-se acesso a um projeto intitulado “Proposta de Reorganização do Departamento de Avaliação e Controle para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde” no qual constava em seu item VIII a regulação assistencial.

Este projeto, como o próprio título sugere, tratava da estruturação do DAC para o novo objeto que seria assumir o comando único sobre todos os prestadores localizados no território municipal.

Este projeto contemplava a intenção da SEMUS em desenvolver um elenco de ações relativas à regulação assistencial:

- a) Regular a oferta de serviços e ações assistenciais tanto para a população residente quanto para a população referenciada por meio da PPI;
- b) Orientar o encaminhamento dos usuários para consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares;
- c) Autorizar e controlar o encaminhamento de usuários para tratamentos fora do domicílio – TFD, que constem da PPI;
- d) Controlar e disponibilizar os leitos vagos para internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas;
- e) Emitir relatórios diversos, relativos ao tipo de serviços e seu grau de utilização, por prestador, para subsidiar o órgão de Controle e Avaliação para as alterações de oferta de serviços, quando necessário, para retroalimentar o sistema;
- f) Subsidiar os órgãos afins com as informações necessárias para o cumprimento dos protocolos Técnico-Administrativos em uso;
- g) Zelar pelo cumprimento do quantitativo de leitos, internações, consultas especializadas, exames especializados, procedimentos em geral, estabelecidos pelo órgão competente da SEMUS e contratualizados com os prestadores de serviços de saúde;
- h) Regular sistematicamente as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (SEMUS, 2001).

to estão elencados enquanto “papéis” do DAC “Planejamento, Controle, Avaliação, **Regulação**, Auditoria e Capacitação de Recursos Humanos em Serviços (grifo nosso), (SEMUS, 2001).

No mesmo anexo referido, no item 2, encontram-se elencadas a “FUNÇÕES” QUE DEVEM SER DESENVOLVIDAS PELO DAC: [...] Desenvolver ações de Regulação Assistencial implantando os mecanismos de regulação, da oferta e da produção de serviços assistenciais constantes na PPI e NOB; [...], (SEMUS, 2001).

Nesse documento está explicitado que para a realização das atividades que nele estavam previstas seriam necessários 12 meses, com a seguinte afirmação: o “tempo da Gestão Plena, que não é nosso apenas, pois há várias forças e necessidade nos impulsionando em sua direção” (SEMUS, 2001).

Teve-se acesso ao produto de II Seminário para a reorganização do processo de trabalho do Departamento de Avaliação e Controle, que ocorreu em 19 de agosto de 2002. Observou-se que não foi discutida a inserção da Regulação no processo de trabalho proposto.

4.6 IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - 2003.

Também se teve acesso ao projeto de implantação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, que um dos seus objetivos era implantar 57 equipes de saúde bucal em 4 anos com um caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde, assim distribuídas: 2003, 15 ESB; 2004, 15 ESB; 2005, 15 ESB; 2006, 12 ESB, e em atenção à Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000.

4.7 IMPLANTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES- 2007.

Em consequência da publicação da Portaria MS/GM nº 1.571, de 29 de junho de 2007,

eiros para a implantação de Complexos Reguladores

da Assistência, a SEMUS desenhou um projeto para apresentação e aprovação junto ao MS para a captação dos recursos.

Cita o referido projeto que:

[...] por entender a Regulação como um importante instrumento de gestão que permite orientar e ordenar de maneira eficiente, eficaz e efetiva as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS/VITÓRIA) com o propósito de avançar na gestão da assistência assumindo os serviços de média complexidade ambulatorial e alguns serviços hospitalares do SUS, e com vistas a Política Nacional de Regulação, identifica a necessidade de organização e fortalecimento das estruturas de regulação, controle e avaliação e propõe-se estruturar o Complexo regulador de forma a dotar a Secretaria de maior capacidade gestora sobre o SUS/ES (SEMUS, 2007).

Esse projeto tinha como objetivo geral: “Implantar um complexo regulador microrregional, com co-gestão estadual, que irá **promover melhoria do acesso**, da **integralidade**, da qualidade, da resolutividade e da humanização das atividades em saúde” (SEMUS, 2007, grifo nosso).

Dentre os objetivos específicos para a implantação de um Complexo Regulador em Vitória, o projeto citava:

[...]
Articular e integrar as ações de regulação no município de Vitória, de modo a adequar à oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde;
Garantir aos usuários do SUS o acesso aos serviços de saúde de maneira equânime, integral, resolutiva e humanizada;
Organizar os fluxos de referência e contra-referência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
[...] (SEMUS, 2007).

O relatório continua explanando que na SEMUS já havia alguma estrutura de regulação, citando que há uma Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, tendo uma Coordenação do Complexo Regulador. Havia também uma Central Municipal de Agendamento para consultas e exames de especialidades oferecidos pela rede própria municipal, pela PPI estadual e pelos convênios firmados entre a SEMUS e as entidades filantrópicas.

Está explicitado no Projeto o elenco de serviços especializados agendados pela SEMUS: radiologia, diagnose especializada, terapias especializadas, exames oftalmológicos como mapeamento de retina, campimetria e laser, ultrassonografias, cirurgias ambulatoriais, cintilografia, ressonância magnética, tomografia

especializadas, anatomia patológica e citopatologia, odontologia especializada.

Ainda segundo o projeto, o processo de inserção dos serviços a serem regulados pelo complexo regulador do município de Vitória ocorreria na sequência a seguir descrita:

1. Regulação da Atenção Básica;
2. Regulação de Consultas de Especialidades;
3. Regulação de Exames Especializados;
4. Regulação de Terapias e Procedimentos Ambulatoriais;
5. Regulação da Alta Complexidade Ambulatorial.

O projeto apresentava as etapas para a SEMUS assumir a gestão dos serviços de média complexidade ambulatorial e o respectivo cronograma para o ano de 2008.

Num item intitulado MAPEAMENTO DA REDE DE OFERTA DE SERVIÇOS DE ABRANGÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR DE VITÓRIA há uma citação interessante que diz:

A histórica concentração de oferta de serviços de alta e média complexidade em Vitória, acrescida da dificuldade de controle de referência e contra referência dos mesmos e gerenciamento da Rede SUS, tornam necessária a implantação do Complexo Regulador nos municípios sede de macrorregiões, que dispõem da quase totalidade dos serviços de especialidades, responsáveis pela garantia de acesso aos usuários de suas respectivas cidades (SEMUS, 2007).

Comentário: Observa-se que o próprio município reconhece que dispões da “quase totalidade dos serviços especializados”, portanto um cenário bastante favorável para propiciar a integralidade na assistência com regulação do acesso.

O texto do projeto explicitava que a rede própria de serviços especializados era composta por:

1. Centros de Referência: 11;
2. Laboratório de análises Clínicas: 01, com 26 postos de coleta de material;
3. Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos: 01;
4. Como rede complementar, conta com: 3 estabelecimentos contratados e 2 conveniados;

Na PPI Estadual havia disponibilidade para os municípios de Vitória de 37 diferentes tipos de consultas especializadas; para exames de alta complexidade havia 5 diferentes exames e de média complexidade 08 diferentes. Na rede própria da SEMUS havia uma oferta de 26 diferentes tipos de consultas especializadas.

Cita, também, que havia duas centrais de regulação: uma central de ambulâncias e de

e que a SEMUS tinha 36 unidades solicitantes e/ou executantes da rede própria e de 05 da rede complementar. Havia também, 34 unidades executantes presentes no território do município que estavam sob gestão estadual.

Havia outro aspecto interessante referido no projeto de que o “diagnóstico preciso da existência da demanda reprimida fica prejudicado, devido ao frágil controle do processo de registro dos usuários e do acompanhamento da realização das consultas”.

Citava também, que um levantamento da demanda reprimida de consultas de especialidades relativa ao ano de 2006 e no período de janeiro a maio de 2007 apontava 20.994 consultas (SEMUS, 2007).

As consultas especializadas com maior demanda reprimida eram: cardiologia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria e reumatologia, sendo que as de cardiologia, oftalmologia e neurologia eram as que mais demandavam consultas de retorno. Quanto aos exames especializados o levantamento da demanda no mesmo período apontava 6.031 exames, entretanto havia outros exames especializados sem demanda reprimida. Dentre os exames com demanda reprimida citavam-se: eletroencefalograma, ecocardiograma com ou sem Doppler, Teste Ergométrico, Endoscopia e Ultrassonografia.

Comentário: Esta referência no projeto demonstra que ainda que o município dispusesse em seu território da quase totalidade dos recursos tecnológicos assistenciais, ainda assim havia demanda reprimida, o que faz supor que a integralidade na assistência ainda era uma imagem objetivo do município. O projeto explicita que a falta de protocolos de regulação vinha causando um aumento significativo no número de pedidos de exames e isso levava a uma sobrecarga na rede física e financeira.

Ao final do projeto há um item intitulado COMPROMISSO DO GESTOR que diz, na íntegra:

O Complexo Regulador deverá ser implantado plenamente dentro da ótica de regulação assistencial e em conformidade com este Projeto, sendo responsabilidade do Gestor Municipal de Vitória o custeio dos recursos físicos e humanos necessários à sua manutenção e funcionamento (SEMUS, 2007).

DADES

Um estudo de necessidade de consultas em especialidades médicas, realizado em 2003, utilizando-se como parâmetro a Portaria GM/MS nº. 1.101, de 2002, mostrou que a capacidade de produção anual dos especialistas da SEMUS não realizada em relação à produção realizada no ano de 2002, foi de 62,6% de capacidade não utilizada, correspondendo a 113.877 consultas. A conclusão desse estudo evidenciou que não havia necessidade de contratação de consultas no setor privado, bastando que os profissionais trabalhassem dentro de sua capacidade potencial, entretanto apontou que a contratação deveria se dar apenas para as especialidades inexistentes na rede própria da SEMUS.

Este estudo, também, mostrou que no período de Janeiro a Julho de 2003, 19% da oferta de consultas da rede própria da SEMUS não foi utilizada porque não foram solicitadas agendas pelas unidades básicas de saúde e que no mesmo período o índice de absenteísmo das consultas agendadas era da ordem de 25%, totalizando 44% das consultas não utilizadas pela população. Este índice de absenteísmo foi ainda maior nas consultas disponibilizadas por um convênio com ISCMV, da ordem de 42%.

Comentário: Estes indicadores mostram claramente a baixa capacidade de regulação dessas consultas pela SEMUS, resultando em indisponibilidade dessas tecnologias para a população.

5 REGULAMENTAÇÕES MUNICIPAIS

Ao realizar a análise das regulamentações municipais, consideram-se as mesmas enquanto externalidades ao setor saúde.

Analisando as regulamentações relativas ao setor saúde no município de Vitória, publicadas no formato de leis ou decretos, pode-se observar que muitas delas referem-se a ações, serviços e/ou procedimentos de média e alta complexidade.

Estas regulamentações estão classificadas enquanto iniciativas da própria Secretaria de Saúde e por indicativos dos vereadores. Estes últimos precisariam ser avaliados pela SEMUS, à luz das necessidades da população, entretanto faz-se necessário verificar se foi oportunizado ao setor saúde manifestar-se quanto à pertinência ou não daquelas proposições, uma vez que a gestão da saúde incumbe aos secretários de saúde e não ao Legislativo.

Para efeito desta análise foram verificadas as publicações de Leis e Decretos Municipais desde o ano de 1988, ano de criação do SUS pela CF, até maio de 2009 e destacadas aqui apenas as inerentes ao objeto deste estudo.

A análise desses documentos revelou a que tecnologias assistenciais esses regulamentos se referiam. Foram encontradas leis autorizativas para exames de laboratório; citologia oncológica; exames de urocultura e antibiograma para os funcionários públicos municipais e os usuários do SUS; consultas especializadas; medicamentos e insumos ao tratamento e controle de diabetes; “Teste do Pezinho” gratuitamente nos recém nascidos; exame de mamografia; exames de ultrassonografia; tratamento especializado em fisioterapia e terapia ocupacional; atendimento odontológico; disponibilizar médico geriatra em cada uma das unidades de saúde do município; proceder à instalação de aparelhos de Raios-X junto às unidades municipais de saúde e; exames de prevenção de câncer de próstata.

Comentário: O Legislativo comete equívocos ao indicar em leis, decretos, ou qualquer outra norma, que os recursos assistenciais eram/são destinados a funcionários públicos municipais uma vez que esta distinção após a promulgação da CF se contrapõe ao princípio da universalidade, bem como faz ingerência no setor da saúde visto que extrapola seus limites de competência propondo ações e serviços que interferem muitas vezes negativamente na organização dos serviços.

Relativamente aos serviços constantes nas referidas leis foram encontradas leis autorizativas para instalação de consultórios dentários em escolas e creches; autorização para criar o Centro de Referência das Pessoas Portadoras de Deficiência Física, a todos os tipos de deficiência física; construção de um hospital municipal e criar o Centro de Especialidades Clínicas na Região da Grande São Pedro.

encontrou-se nas leis e decretos: ações voltadas para o “Programa de Ação Preventiva de Saúde Auditiva e Visual” da rede pública municipal de ensino, cabendo à SEMUS consultas nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia e oftalmologia aos alunos selecionados e relacionados pelas unidades de ensino; atendimento médico às crianças matriculadas na rede municipal de ensino, quando o encaminhamento for realizado pelos CEI e EPG; desenvolver a campanha de prevenção e combate a obesidade em Vitória; tratamento aos portadores de hemoglobinopatias “S” ou doença falciforme; Programa de Controle de Hipertensão Arterial; Programa Municipal de Saúde Vocal do Professor da Rede Municipal de Ensino; Programa “Mulher Sua Saúde, Seus Direitos”, baseado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 83 pelo Governo Federal.

Outras leis estabelecem a obrigatoriedade de informações dos direitos dos pacientes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que diz que “todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida”; Programa “Saúde na Escola”, ficando sob a responsabilidade da SEMUS o acompanhamento médico dos alunos; Programa de Saúde Auditiva; Programa de Saúde Bucal; Programa Municipal de Combate a Violência contra a Mulher, com a finalidade de prestar assistência à saúde física e mental às mulheres vítimas de violência e; outra que estabelece que a SEMUS deva realizar diagnóstico e tratamento de pessoas diabéticas.

Uma das leis, de iniciativa da SEMUS, se destinava a repassar recursos financeiros à rede complementar de saúde localizada no município de Vitória para ampliar a oferta de serviços especializados, tais como: garantia de leitos de retaguarda, inclusive UTI e UTIN; garantia de assistência obstétrica e neonatal; ampliação da oferta de consultas e exames especializados; manutenção e ampliação do atendimento de urgência e emergência; ampliação da oferta de serviços em áreas críticas, como oncologia e coronariopatias; humanização no atendimento dentro do contexto de acolhimento e; outras ações de saúde que se fizerem necessárias.

Comentário: Inquestionavelmente, no mérito, muitas dessas iniciativas que resultaram em leis são absolutamente necessárias para a população ou para grupos específicos da população, como mulheres gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, dentre outros, entretanto há iniciativas que se contrapõem totalmente à política assistencial no município. Mas o mais grave nesta situação é o poder que o Legislativo exerce ou

do sistema de saúde, inclusive tomando decisões que ferem a autonomia do gestor da saúde, a quem incumbe pela legislação sanitária definir os rumos do setor saúde juntamente com as de mais representações sociais.

REGULAÇÃO

Outro pequeno conjunto de leis analisadas tratava de atividades meio como autorizar o Poder Executivo a criar horário satisfatório para atendimento ao usuário, antecipando a entrega das fichas de consultas médicas; autorizar o Poder Executivo a implantar novo sistema de entrega de fichas nos Postos de Saúde da Rede Municipal, visando a extinção de filas e, uma outra, autorizando o poder Executivo a criar o serviço denominado Disque Ambulância.

Comentário: Estas são ações típicas de regulação do acesso e/ou agendamento de recursos assistenciais, portanto o poder Legislativo ao propor este tipo de ações, claramente ocupa um lugar que é inerente à gestão da saúde, intransferível e indelegável. O agendamento de consultas é uma ação mediata, que deve ser feito em função de necessidades e por meio de metas físicas definidas para cada uma das populações adscritas de cada unidade básica de saúde.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Também foram examinadas legislações que tratassem da estrutura organizacional da SEMUS, com o objetivo de verificar em que momento no período em estudo houve mudanças e/ou inserções de estruturas de regulação do acesso no novo desenho do organograma.

Observou-se que no início de 1993 houve uma pequena alteração no desenho do organograma da SEMUS, entretanto nenhuma que implicasse em criar serviços de regulação do acesso.

estrutura organizacional da SEMUS foi realizada, com inserção no organograma do Departamento de Avaliação e Controle, com suas Divisões: Análise de Contas, Avaliação e Controle, Informações de saúde e Normalização das Ações de Saúde, portanto não houve a inserção de nenhuma estrutura que tratasse especificamente da regulação do acesso.

Em 1997 novas alterações foram realizadas na estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória, bem como na SEMUS, e uma vez mais o Departamento de Avaliação e Controle não contemplava a regulação do acesso.

Somente em 2006, por ocasião da última reforma administrativa realizada por meio do Decreto Municipal nº. 12.632, de 13 de janeiro de 2006, surge na SEMUS a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, cujas competências seguem a seguir descritas:

[...]

Regular, controlar e avaliar as ações e serviços ofertados pelo Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a condição de gestão do Município;

Acompanhar o processo de avaliação da qualidade dos serviços assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS/ Vitória, bem como os instrumentos de gestão do SUS;

Planejar, normatizar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de regulação, controle e avaliação, análise de contas e informação do Sistema Municipal de Saúde;

Propor programa de treinamento e capacitação dos servidores que atuam na área de regulação, controle, avaliação e informação, em conjunto com a área técnica específica; [...] (VITÓRIA, Decreto nº 12.632/06).

Por meio desse mesmo Decreto foi inserida no organograma da SEMUS uma coordenação denominada Coordenação do Complexo Regulatório, com as seguintes competências:

[...]

Regular, acompanhar e avaliar as atividades das unidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS/Vitória;

Elaborar e manter atualizados Manuais de Rotinas e Procedimentos referentes à regulação de serviços de saúde;

Regular a oferta de serviços e ações assistenciais tanto para a população residente quanto para a população referenciada, definindo fluxo de acesso e de autorização, conforme PPI;

Realizar autorização prévia de consultas e exames especializados, internação hospitalar, medicamentos de alto custo e outros afins para assistência integral ao munícipe.

Autorizar e controlar o encaminhamento de usuários para tratamentos fora do domicílio - TFD, de acordo com protocolos e normas estabelecidos;

Controlar e disponibilizar os leitos para internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas, consultas especializadas, exames especializados e outros procedimentos, garantindo o quantitativo contratualizado com cada prestador de serviços de saúde;

[...] (VITÓRIA, Decreto nº 12.632/06).

de 09 de novembro de 2006, alterou o Decreto n°. 12.632, de 13 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a organização e o funcionamento das Unidades Administrativas da Secretaria de Saúde, entretanto no que tange à regulação assistencial não foi feita nenhuma alteração.

Pode-se observar que o legislativo vem interferindo na oferta e na organização das ações e serviços de saúde, sem que haja uma relação de parceria com a SEMUS, no sentido de que suas proposituras ao invés de provocarem constrangimentos à gestão municipal da saúde, pudessem contribuir para avanços na organização do sistema.

5.4 PORTARIAS

A Portaria n° 017/98, de 01 de dezembro de 1998, estabeleceu normas técnicas e administrativas sobre a prescrição e dispensação de medicamentos na SEMUS. Em seu artigo 10, está estabelecido que:

“Fica suspenso pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o aviamento de receitas originadas em outras instituições, para que neste período, sejam definidos, pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde/PMV, os critérios necessários para que os usuários atendidos nas mesmas possam ter acesso aos medicamentos na rede municipal de saúde” (SEMUS, 1998).

Comentário: Esta suspensão na dispensação de medicamentos cujo usuário estivesse portando prescrição médica de outra instituição que não seja a SEMUS, ainda que temporária, fere os princípios da universalidade, igualdade, equidade e integralidade, além do que se as demais instituições são públicas ou se são conveniadas ou contratadas com o SUS, estão sob as mesmas regras regulatórias, portanto esta é uma contradição com o processo de contratualização do SUS.

6. DOCUMENTOS-POSIÇÃO

Um documento intitulado Considerações acerca da Gestão Plena do Sistema Municipal

o de Dificuldades, fazia reflexões sobre o pleito do município à GPSM segundo as regras da NOB 96. Este documento mostra que em novembro de 1997 o município solicitou à Comissão Intergestora Bipartite do Espírito Santo (CIB) seu enquadramento para a GPSM, tendo sido aprovado em fevereiro de 1998 e, ao enviar a resolução à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a mesma devolveu o processo recomendando que se aguardasse a regulamentação da NOB 96, o que só veio a ocorrer em dezembro de 1998, por meio da IN nº 01/08. Esta referência tem grande relevância, pois demonstra claramente a intenção e o gesto que o município fez em direção aos avanços na condição de gestão junto ao MS.

Em dezembro de 1997 o MS publicou as portarias regulamentando a NOB 96 e a Instrução Normativa DE 1998 (IN/98), que mudou *as regras do jogo*, segundo o explicitado no documento. O MS declarou que *não haveria dinheiro novo no sistema*, decorrente de um corte de 3,4 bilhões de reais no orçamento da saúde a nível federal, e um exemplo disto é que o Piso da Atenção Básica (PAB) prometido pelo MS que seria de R\$ 1,00 *per capita/habitante/ano* foi estabelecido em R\$ 0,83 *per capita*, entretanto com significativa ampliação das responsabilidades da atenção básica, ou seja, além dos recursos serem menores do que o esperado, ampliou-se ainda mais as responsabilidades dos municípios nesse nível de atenção.

Resumindo, um conjunto de fatores levou o município a recuar no pleito feito anteriormente, tais sejam: corte no orçamento do Ministério da Saúde; desconhecimento do teto financeiro para a assistência por parte do município devido ao não fornecimento de informações pela SESA; desconhecimento dos valores do PAB Variável, da Vigilância Sanitária e Epidemiológica; déficit no teto financeiro do Estado de origem desconhecida, desorganização do Sistema nos municípios que compõem a RMV e; déficit no quantitativo de recursos humanos para assumirem as novas responsabilidades da gestão, bem como de qualificação para essas novas funções.

Este documento finalizava suas considerações apontando diversas vantagens em o município assumir apenas a GPAB-A, e não a GPSM, afirmando que teria tempo hábil para realizar uma transição entre a atual condição de gestão e a nova, destacando o aprofundamento da análise do déficit de recursos financeiros para a atenção especializada de média e alta complexidade; participar ativamente na elaboração da PPI para uma distribuição justa de tecnologias assistenciais e recursos financeiros para os municípios pólo, inclusive Vitória; otimizar os recursos materiais e racionalizar os

tal forma a resolver ou minimizar os problemas e dificuldades nesse nível de atenção, para que o município pudesse dedicar-se aos problemas que viriam com a GPSM e; tempo político para maiores articulações técnico-políticas junto ao MS para o aumento do teto financeiro do Estado e a conseqüente garantia de repasse de recursos suficientes para a gestão municipal.

Num documento intitulado Documento-Posição, de agosto de 2001, elaborado por uma equipe de técnicos da SEMUS, o município se posicionou, claramente, por não assumir a GPSM, entretanto explicitava a disposição em ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica, formalizando o pleito para a GPAB-A.

Apesar de ter tomado a decisão de não pleitear junto ao MS e de não assumir a GPSM, o município explicitava no documento que daria continuidade ao processo de reestruturação das diferentes funções e ações inerentes à gestão já iniciado na SEMUS com vistas à GPSM futuramente, principalmente: planejamento; controle e avaliação assistencial; monitoramento da produção assistencial; auditoria; regulação; assistência à saúde; fundo de saúde; recursos humanos; contratos e convênios; compra de serviços; vigilância epidemiológica e sanitária.

O documento explicitava, enfaticamente, que o município formalizaria o pleito à GPSM quando reunisse todas as condições objetivas e requisitos constantes da Instrução Normativa (IN) nº 01/02, que detalhava as regras estabelecidas na NOAS 01/02 e sentisse segurança de um ambiente institucional favorável entre a SESA e a SEMUS.

Uma outra questão interessante é que no mesmo documento-posição, em suas considerações finais, o município explicitava que atuaria como indutor, junto aos demais municípios, de um processo conjunto negociado e pactuado entre os gestores municipais e a SESA, para que todos, conjuntamente, pleiteassem e assumissem a GPSM, o que propiciaria a implantação do SISS em toda a RMV.

Em 2002, segundo outro documento-posição, os estudos sobre as possibilidades do município assumir a GPSM, tratou de aspectos da estrutura organizacional nas dimensões da rede assistencial; das funções de controle avaliação e auditoria; administração e desenvolvimento de recursos humanos; compras; contratos e convênios; tecnologias da informação; transporte sanitário; materiais de consumo diretamente atrelados à assistência e outros para ações mediatas; recursos financeiros; rede básica e as vigilâncias epidemiológica e sanitária, fazendo análises em relação ao

, em relação às vantagens da evolução da gestão, os pontos críticos e os desafios.

Em relação aos pontos críticos descritos e inerentes ao objeto deste estudo, tem-se,

Rede assistencial:

Falta de governabilidade sobre os serviços de média e alta complexidade;
Dificuldade em garantir as referências necessárias ao atendimento da população residente em todas as suas necessidades; comprometimento da credibilidade e resolubilidade nos serviços municipais de atenção primária, demandas reprimidas com longas filas de espera por atendimento nos serviços de saúde mais especializados (consultas especializadas, exames);

Controle, Avaliação e Auditoria:

Dificuldade de acesso às informações inerentes às internações da população residente, segundo região e território de origem;
Dificuldade para avaliar o perfil das internações, particularmente aquelas por condições passíveis de solução na Atenção Básica;
Dificuldade de acesso às informações inerentes às Autorizações de Procedimentos de Alto Custo e Complexidade;
Dificuldade para se criar um sistema eficiente de referência da atenção básica com os outros níveis da assistência;

Processo de regulação dificultado pela falta de governabilidade sobre todos os pontos de atenção da assistência;

Impossibilidade de regulação única do sistema para consolidação do modelo de organização do SISS (grifo nosso);

Desconhecimento do custo real da assistência para a população residente e a referenciada;

A gestão da saúde pública no município permanece com comando das duas esferas governamentais (Estado/Município);

Dificuldade em garantir o acesso da população residente a todas as ações e serviços de que necessita, particularmente atendimento em urgências e emergências, internações hospitalares e procedimentos de alta complexidade e custos;

Falta de RH para funções específicas de gestão (auditores, supervisores e faturistas);

Administração da rede de assistência da SEMUS:

O crescimento das responsabilidades da Secretaria de Saúde e o incremento de sua rede física, associada à um organograma estático fazem com que o departamento de assistência opere acima do limite de sua capacidade funcional e técnica;

Limitação pela condição de gestão, em propiciar atenção integral ao usuário;

A implementação do SISS está limitada aos pontos de atenção sob governabilidade da SEMUS, com pouca possibilidade de organizar os sistemas integrados;

Dificuldade de elaborar e implantar protocolos integrados (SEMUS, 2002).

Outros pontos críticos estão presentes no documento, relativos às estruturas de apoio da SEMUS, como déficit no quadro de pessoal; falta de autonomia municipal em relação aos profissionais municipalizados; a estrutura física da sede administrativa; dependência de outras secretarias municipais para efetivar ações de saúde e contratação de pessoal principalmente as Secretarias Municipal de Fazenda e Administração; insuficiência de cargos de gerência já na estrutura atual [à época];

informática; processo de contratualização tímido em relação às exigências da GPSM; o que se aplica igualmente ao Fundo de Saúde.

Um documento datado de setembro de 2002, intitulado Diagnóstico da Gestão Plena do Sistema Municipal, fazia uma avaliação do cenário atual à época, em que estava explicitado que o município encontrava-se habilitado para exercer a Gestão Plena da Atenção Básica e que,

Os serviços de atenção básica produzidos no Município suprem a necessidade de cobertura de sua população, de acordo com parâmetros instituídos e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (SEMUS, 2002, p. 2).

Afirmava o mesmo documento que, pelo município concentrar a maior parte da rede de serviços, ambulatorial e hospitalar e apoio logístico de média e alta complexidade, servindo como referência intermunicipal, interregional e interestadual, deveria evoluir na gestão, assumindo as políticas setoriais de assistência e a totalidade dos serviços e ações de saúde no âmbito do seu território.

Consta, ainda, do documento que o gasto público municipal em saúde com recursos próprios evoluiu de 9,38% para 11,27% no período de 1999 a 2001, atendendo aos preceitos da EC-29 nos anos de 2000 e 2001, que preconizava um investimento mínimo de 7% no ano base (2000) e que para 2002 a previsão de gastos era da ordem de 13,13%.

Projetando o cenário futuro, o mesmo documento apontava a necessidade do município de pleitear a assumir a GPSM segundo orientações da NOAS/02, tendo sido o município de Vitória identificado no PDR-ES como pólo microrregional, responsabilizando-se por 702.322 habitantes, pólo macrorregional responsabilizando-se à época por 1.769.322 habitantes e pólo estadual, por 3.201.712 habitantes.

Para dar concretude à responsabilidade do município por essas populações, a NOAS 02 preconiza que os municípios pólo formalizassem seus Termos de Compromisso para Garantia de Acesso para o atendimento às populações referenciadas de outros municípios e estados, com a respectiva alocação dos recursos federais no Fundo Municipal de Saúde e, para tanto, o município precisaria estar habilitado para a GPSM.

A NOAS 02, ao contrário da NOAS 01, não obrigava os municípios a assumirem a GPSM, entretanto os que permanecessem em GPAB ou GPAB-A não receberiam os

la, cabendo à SESA a gestão dos recursos para esse nível de atenção, inclusive os da rede própria municipal, permanecendo o município na condição de prestador de serviços. A GPSM possibilitaria o comando único da SEMUS sobre a rede de prestadores e a implementação dos SISS, como forma organizativa dos serviços em rede em desenvolvimento pelo município é época.

7. MOMENTO ATUAL DA GESTÃO EM VITÓRIA - 2009-2010

7.1 PACTO PELA SAÚDE 2006

O TCG do município, que formalizou o Pacto de Gestão e Pela Vida, representa uma construção coletiva envolvendo toda a SEMUS na construção da proposta, tendo sido apreciado pelo Conselho de Saúde e aprovado em 14 de dezembro de 2006, pela Resolução CMSV nº. 087/2006, de 14 de dezembro de 2006.

EIXO I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.12. Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007.

SITUAÇÃO ATUAL

Embora a referência esteja pactuada existe uma real dificuldade de acompanhamento do município junto ao estado por falta de informações claras e precisas, que deverão ser corrigidas a partir da presente pactuação, onde o município deverá estabelecer com o estado meios de adequação do processo.

serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007.

SITUAÇÃO ATUAL

Atualmente, por condição de gestão, possui sob sua responsabilidade e gerência o Centro de Especialidades Odontológicas e o Laboratório Regional de Prótese Dentária, como serviços de referência micro regional pactuado na PPI. Devendo, a partir da pactuação com o Estado avançar na disponibilização de serviços de referência.

AÇÕES PROPOSTAS

As ações de acompanhamento estarão contempladas no pacto de gestão da média complexidade.

EIXO IV - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.6. Todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

O município esta estruturando a coordenação do complexo regulatório e em fase de realização de um diagnóstico situacional.

AÇÕES PROPOSTAS

1. Levantamento dos protocolos de regulação existentes e em implantação em outros serviços;
2. Realizar leitura de todos os protocolos para conhecer e identificar qual a melhor atende as nossas necessidades;
3. Iniciar trabalho de análise , avaliação, adequação e elaboração dos protocolos, juntamente com o CES;
4. Validação dos protocolos pelas instituições competentes;

Protocolos pela SEMUS (SEMUS, 2006).

4.7. Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

Atualmente a regulação do Acesso dos serviços de referência é realizada pela SESA. As referências a serem assumidas em virtude deste pacto, constam no cronograma em anexo.

AÇÕES PROPOSTAS

1. Levantamento dos procedimentos de média complexidade programados e ofertados (por elenco de procedimentos) no território e referências, utilizando como parâmetro a PPI, com informações e meta física e financeiro – período agosto/05 à setembro/06;
2. Levantamento dos procedimentos de média complexidade programados e ofertados (por elenco de procedimentos) da rede própria, com informações de meta física e financeiro – período agosto/05 a setembro/06;
3. Solicitar a SESA a relação dos prestadores conveniados do SUS, que ofertam os procedimentos de média complexidade no município de Vitória, por elenco de procedimentos, com meta física e financeira – período de agosto /05 a setembro/06;
4. Realizar estudo da necessidade dos procedimentos de MC, com base nos levantamentos anteriores;
5. Assumir o Pacto de Gestão da Média Complexidade ambulatorial (SEMUS, 2006).

4.8 a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde,

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

O município vem realizando de forma incipiente a programação física e esta se organizando para realizar a programação físico-orçamentária, de acordo com o cronograma em anexo.

AÇÕES PROPOSTAS

1. Levantamento físico e financeiro de todos os procedimentos realizados por unidade de saúde da rede própria, com base na capacidade instalada e série histórica;
2. Levantamento físico e financeiro de todos os procedimentos realizados por unidade de saúde, sob gestão municipal, com base na capacidade instalada e série histórica;
3. Análise e definição da programação físico-financeira, por unidade de saúde, da rede própria (SEMUS, 2006).

solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

Todas as normas vigentes são observadas pelo município, sendo que hoje não realiza autorização da procedimento ambulatorial, estando na responsabilidade da SESA. O município encontra-se em fase de organização para assumir o módulo autorizador de APAC para prótese dentária.

- d) **processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;**

SITUAÇÃO ATUAL

O processamento da produção do elenco de procedimentos da AB da rede própria é realizado pelo município em virtude da atual situação da gestão, sendo que o processamento da media complexidade tanto da rede própria quanto dos contratados é realizado pela SESA.

4.10 Executar o controle do acesso do seu munícipe no âmbito do seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:

- a) **aos leitos disponíveis,**

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

Hoje não controlamos, pois encontra-se sob a responsabilidade da SESA.

AÇÕES PROPOSTAS

1. Levantar e definir o perfil da Rede de Saúde (Própria e Conveniada)
2. Levantar e definir a Infra estrutura;
 - 2.1 Equipamentos, Comunicação e software;
 - 2.2 Recursos Humanos
3. Readequar a área física
4. Atualizar e levantar os cadastros
 - 4.2 CNES
 - 4.2 Profissionais
 - 4.3 Perfil da Unidade
5. Treinar

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 5.2 Sistemas
6. Implantar Fluxos e Protocolos de Regulação
7. Desenvolver Instrumentos Legais
- 7.1 Termo de Ajuste de Conduta (SEMUS e Prestadores)
- 7.2 Contratualização
8. Integrar toda a rede de abrangência
9. Implantar as Pactuações Assistenciais e Financeiras (SEMUS, 2006).

b) às consultas,

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

O município realiza agendamento, contudo não tem o controle do acesso, que esta sob a responsabilidade do estado.

c) às terapias e aos exames especializados;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

A regulação é realizada pelo estado através do SAMU

4.12 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

PRAZO PARA REALIZAR: Até dezembro de 2007

SITUAÇÃO ATUAL

Embora tendo realizado pactuações e convênios com prestadores de serviço, em virtude da necessidade de complementação da oferta da rede própria, o município realizara a partir de 2007 a contratualização dos serviços assumidos pela presente pactuação.

AÇÕES PROPOSTAS

1. Elaborar instrumentos de contratualização, em conformidade com a proposta do MS;
2. Contratualizar as US da rede própria;
3. Contratualizar com os Estabelecimentos de saúde da rede complementar (SEMUS, 2006).

o TCG, o município assim se manifesta:

“ A partir desta pactuação o Município de Vitória tem interesse em assumir a Gestão dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e a Pró-Matre, que encontram-se entre as instituições apoiadas pela municipalidade através de convênios e cooperação financeira. Para tanto necessita construir com o Estado um modelo de transição e efetivação da co-gestão que esperamos concluir no exercício de 2007”.

PACTO PELA VIDA

Em relação a esta dimensão do Pacto pela Saúde, no item 7, o município propôs alcançar, no ato da formalização do mesmo em 2006, as seguintes metas:

- I. Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão - 100%
- II. Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados - 100% (SEMUS, 2006).

Para outros itens assim se manifestou o município:

- Proporção de medicamentos-chave disponível – 100%
- Proporção de abastecimento de medicamentos no almoxarifado – 80%

ATUALIDADES DA SEMUS⁶

No momento atual da SEMUS – abril de 2010, se pode perceber que há uma oferta inquestionavelmente robusta em relação às tecnologias de média e alta complexidade colocadas à disposição da população residente.

O município comunica à sociedade em seu site oficial, que a SEMUS oferta consultas médicas em diferentes especialidades, seja por meio da rede própria, seja por meio da rede complementar contratualizada, estas últimas em complementação ao que deixa de ser ofertado pela SESA por meio da PPI. A seguir está descrita, qualitativamente, esta oferta:

Rede própria: acupuntura, angiologia, cardiologia adulto e infantil, pequenas cirurgias, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, homeopatia, neurologia adulto e infantil, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pré-natal de alto risco, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia.

⁶ Acessado em 06 de abril de 2010, na página da SEMUS, no site da Prefeitura Municipal de Vitória: <http://www.vitoria.es.gov.br>.

Entidades filantrópicas: cirurgia buco-maxilo facial, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia dermatológica, dermatologia, endocrinologia, geriatria, infectologia, mastologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia (asma), proctologia, triagem bebê de risco e urologia.

Rede SUS/SESA: alergia, angiologia, cardiologia adulto, cirurgia dermatológica, cirurgia geral, cirurgia oftalmológica, cirurgia otorrinolaringológica, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, homeopatia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia adulto, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia.

Igualmente, são disponibilizados exames especializados de média complexidade, assim distribuídos:

Rede própria: ecocardiograma (infantil), colposcopia, eletrocardiograma, mapeamento de retina, retosigmoidoscopia.

Convênios com entidades filantrópicas: audiometria, colonoscopia, ecocardiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva alta, mamografia, otoemissões acústicas (teste da orelhinha), raio-x, ultrassonografia (tireoide, articulação, transfontanela, endovaginal, pélvica, obstétrica, próstata, abdominal, bolsa escrotal), ecodoppler vascular (carótidas), videolaringoscopia.

Contrato com a rede particular: ultrassonografia, raio-x, mamografia.

Rede SUS/SESA: audiometria, ecocardiograma (adulto), eletroencefalograma, endoscopia digestiva alta, fisioterapia, mamografia, raio-x simples, raio-x contrastado, teste ergométrico, ultrassonografia (ginecologia, obstétrica, endovaginal, mamas, gerais), urodinâmica completa.

Para a área de alta complexidade o município declara que disponibiliza:

Convênios com entidades filantrópicas: cintilografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada.

Rede SUS/SESA: cintilografia, desintometria óssea, ressonância magnética, tomografia computadorizada.

Contrato com a rede particular: tomografia computadorizada e ressonância magnética.

A SEMUS orienta as municipais que para ter acesso às consultas e exames, o usuário precisa de encaminhamento da unidade de saúde que atende ao seu bairro ou de outro serviço de saúde conveniado ao SUS municipal. O agendamento é realizado na unidade de saúde de origem, por meio do sistema de regulação da Secretaria.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a finalização da análise documental foram identificadas as categorias analíticas

de decisão, pontos de veto indireto, externalidades ao SUS interferindo em sua organização quanto à atenção integral na assistência clínica individual e regulação do acesso. Foram também identificadas duas comunidades epistêmicas.

8.1 COMUNIDADES EPISTÊMICAS

1990

Sanitaristas - Em 1990 o município passou por um processo de territorialização e foi dividido em Regiões de Saúde para: garantir a atenção ao cidadão o mais próximo possível de sua residência; garantir o acesso aos serviços localizados em seu território de abrangência; propiciar a organização regional das ações de vigilância em saúde. e; reconhecer a população no meio em que viviam e os condicionantes e determinantes do seu processo de viver e adoecer. As ações foram implementadas por iniciativa dos profissionais *sanitaristas* da Vigilância Epidemiológica do nível central da SEMUS e dos Centros de Saúde, que em dezembro de 1992 deu origem à primeira proposta de Vigilância em Saúde em Vitória (grifo nosso).

1994

Sanitaristas – Por meio desta categoria foi realizado o processo de elaboração dos diagnósticos de saúde nas Regiões de Saúde do município. Para tanto, foi aplicada a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa (MERP) na identificação de problemas e necessidades de saúde para subsidiar o planejamento das ações nas referidas regiões.

Epidemiólogos - Por meio dessa categoria foi feita a opção pela Vigilância em Saúde, que deveria ser o dispositivo de definição e ação para a implementação do novo modelo de atenção à saúde no município.

ndícios que os médicos generalistas se configuraram em mais uma comunidade epistêmica, entretanto esta afirmação carece de aprofundamento desta pesquisa e de elucidação no momento das entrevistas. Esta situação está presente de forma muito tímida nos documentos até então analisados, suscitando dúvidas, pois havia médicos gerais comunitários no quadro funcional da SEMUS, mas ainda não foi possível perceber sua influência na mudança do modelo de atenção e das práticas sanitárias decorrentes deles.

8.2 TOMADA DE DECISÃO PELOS GESTORES DA SAÚDE

1990

A elaboração do Plano de Ação de 1990 contou com o apoio de técnicos de todas as áreas da SEMUS, inclusive dos trabalhadores que atuavam no nível local, e seria desenvolvido em articulação e apoio com as demais secretarias do município, do Estado e do nível federal, durante aquela administração. Pode-se observar que esta iniciativa de envolver diversos técnicos na elaboração de um Plano de Ação, representava o início de um processo de **gestão participativa**, em observância ao que rege a CF e as LOS (grifo nosso).

A primeira referência explícita sobre a decisão de organizar os serviços de saúde municipais a partir do princípio da *atenção integral* (grifo nosso) ocorreu no PMS de 1991, encontrada no Item denominado ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE, assim descrita:

[...] A incorporação das concepções que entendem atenção a saúde como integral, buscando a ruptura da dicotomia entre as ações de caráter coletivo e as individuais, trazendo para o âmbito do Estado e dos Municípios controle das ações, antes realizadas sob o domínio da união (sic) passaram a se tornar o aspecto central para as reformulações na saúde [...]. (SEMUS, 1991, p. 24).

1994

Foi tomada a decisão de se adotar a Vigilância em Saúde como uma dimensão da

ser o instrumento de definição e ação para a implementação do novo modelo de atenção à saúde no município, que preconizava a atenção integral da população adscrita.

Foi decidido pela SEMUS que o novo Modelo de Organização da Atenção à Saúde no município passaria a ser os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), com a elaboração do respectivo projeto de intervenção.

No mesmo ano foi realizado um movimento com os gerentes da SEMUS, visando dar operacionalidade à reformulação do modelo assistencial, com o objetivo de mudanças do paradigma dominante para um novo paradigma: o da promoção da saúde, em detrimento do vigente à época: modelo assistencialista médico-hospitalocêntrico, unicausal e biologicista.

1995

Iniciou-se o processo de territorialização das Regiões de Saúde, com o objetivo de implantar os SILOS, viabilizador de profundas mudanças na relação da administração municipal com a sociedade.

Outra tomada de decisão foi que, a partir da apropriação de todas as particularidades do território, deu-se início ao processo de planejamento local, onde os principais problemas locais eram considerados. Naquele momento, incorporou-se a percepção da comunidade, que passou a ter um papel determinante na priorização dos problemas a serem trabalhados. As equipes começaram a trabalhar com a população, percebendo-a sob um novo enfoque: o de agente colaborador. Assim, a SEMUS começou a assumir de fato as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

1996

Foi tomada a decisão pela municipalização das Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Estado e as da União que estavam estadualizadas, tendo o município passado à condição de gerente dessas unidades, num total de sete.

SEMUS ter elencado dentre 32 prioritários os relativos à regulação do acesso: Implantar a Central de Agendamento de Consultas Ambulatoriais Especializadas e de Apoio Diagnóstico; Implantar a Central de Internações e; Implantar a Central de Ambulâncias.

Foi reafirmada a decisão pelos SILOS, com a realização da Pré-Conferência Municipal de Saúde, que forneceu subsídios para a realização da IIª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema central foi: “Sistemas Locais de Saúde: construindo a saúde que queremos”.

A SEMUS fez a opção pela gestão participativa nos SILOS, com a criação dos Conselhos/Comissões Locais de Saúde, enquanto estratégia para fortalecer a participação da comunidade na condução das políticas locais de saúde.

1997

O município tomou a decisão de optar pela habilitação junto ao Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica e não pela Gestão Plena do sistema Municipal de Saúde, até que a real situação financeira da assistência da rede de prestadores de serviços localizada em Vitória e sob gestão estadual fosse de amplo conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde.

1998

Ao assumir a GPAB o município optou por contratualizar toda a rede prestadora de serviços básicos de saúde. Esta foi uma importante decisão regulatória, considerando que a rede estadual dispunha de poucos serviços contratados/conveniados e a SEMUS já iniciou o processo de municipalização de forma regular e legal.

O município tomou a decisão de não renovar os contratos com os prestadores de serviços básicos que resistiram à universalização do atendimento. Seus contratos não foram renovados depois de vencidos os prazos de vigência do contrato emergencial original.

úde da Família no final do ano, como estratégia de inversão do modelo de atenção, em consonância com a NOB/96, adscrevendo clientela, implementando a vigilância da saúde, promovendo as ações intersetoriais e ampliando o acesso aos serviços de saúde nos territórios e fortalecendo o vínculo com as comunidades. A ESF visava garantir a atenção integral à saúde da população, intervindo no âmbito do indivíduo, da família e coletividade, atuando ainda como facilitadora de políticas intersetoriais.

2000

O município optou pela implantação de um novo modelo de organização da rede de serviços - o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), com a finalidade de integrar todos os pontos de atenção com vistas à atenção integral aos usuários do SUS municipal.

A SEMUS tomou a decisão de constituir um Conselho Diretor, como uma das estratégias para implantação do SISS, composto pelos representantes dos fóruns das regiões de saúde e gerentes do nível central, com função de condução do processo de implantação do projeto nas referidas regiões de saúde. Foram também instituídos os Colegiados Regionais responsáveis pela condução dos trabalhos nas regiões; iniciado o processo de redefinição das macrofunções da SEMUS para fortalecimento de sua capacidade institucional, de modo que pudesse responder às novas responsabilidades colocadas pelo SISS e pela Gestão Plena do Sistema Municipal, que era a intenção do município.

2001

O município optou por dar início a um rico processo de capacitação de profissionais pertencentes às Equipes de Saúde da Família (ESF), por meio do Programa de Educação Permanente (PEP), em face da evidente necessidade de reconversão laboral de especialistas em generalistas. O PEP constituiu-se num intenso processo de desenvolvimento de habilidades clínicas das ESF, como processo permanente e

avaliação da prática profissional, conduzida por um grupo de tutores, com o intuito de se obter um contínuo aprimoramento na qualidade da atenção ao paciente.

A SEMUS assumiu o desafio de organizar um sistema de referência formal, articulando um sistema hierarquizado nos três níveis da atenção [primária, secundária e terciária], controlando o fluxo de acesso dos pacientes à rede ambulatorial especializada e hospitalar e, ao mesmo tempo, realizando avaliação de oferta e utilização de diversos procedimentos, consultas, internações, etc. Esta iniciativa foi tomada a partir do entendimento que a regulação é uma das macrofunções do Sistema Único de Saúde, que encontra a sua primeira referência legal na Constituição Federal de 1988, quando se estabelece que “cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde” (CF, 1988).

O SISS estava organizado na Região de São Pedro e se configurava na “**primeira experiência municipal, Projeto Integrar, com o objetivo de possibilitar o atendimento integral à população da Região**” (grifo nosso).

2007

A SEMUS decidiu ampliar o horário de funcionamento de sete unidades de saúde, funcionando em horário ampliado para melhor atender à população: uma até as 22 horas, uma até as 21h e cinco até as 20h, distribuídas geograficamente pela cidade. Esta ampliação no horário de funcionamento das unidades de saúde demonstra um esforço do município em incluir maior número de cidadãos, principalmente de trabalhadores formais, para seu atendimento após sua jornada de trabalho diária bem como propiciar atenção integral aos cidadãos, afastando a barreira de acesso relativa ao horário de funcionamento dos pontos de atenção.

A SEMUS decidiu para a organização da atenção à saúde quatro eixos, orientados pelos ciclos de vida: Materno-Infantil, Adolescentes, Adulto e Idoso. Esses eixos agregam as áreas técnicas afins bem como as áreas transversais: assistência farmacêutica, laboratório, vigilância em saúde, formação e desenvolvimento em saúde e logística. Esta é uma inovação na organização das ações de saúde, que antes não

por ações dirigidas a grupos específicos e patologias específicas.

Em conseqüência da publicação da Portaria MS/GM nº. 1.571, de 29 de junho de 2007, que estabeleceu recursos financeiros para a implantação de Complexos Reguladores da Assistência, a SEMUS desenhou um projeto para apresentação e aprovação junto ao MS para captação dos recursos para implementar o processo regulatório já iniciado, para a organização e fortalecimento das estruturas de regulação, de forma a dotar a SEMUS de maior capacidade gestora.

8.3 EXTERNALIDADES E/OU CONSTANGIMENTOS AOS SUS MUNICIPAL

1990

O crescimento populacional pela taxa de natalidade e pelo crescimento industrial atraiu populações do interior do Estado para o município, sem que em contrapartida houvesse a criação de uma infra-estrutura para dar sustentação a atenção à saúde dessa população. Este desenvolvimento desordenado no município, trouxe implicações de relevância ao setor saúde como, por exemplo, os agravos ambientais causados pela industrialização, aumento de acidentes de trabalho, agudização do problema de moradia, insuficiência de escolas, violência, entre outros, fatores estes condicionantes do processo saúde doença. Estas externalidades ao SUS municipal podem ter interferido negativamente na atenção integral aos munícipes.

1997

No escopo do PMS de 1997 há uma afirmação que, além de sua população residente, Vitória apresentava grande contingente de população flutuante e que este número de pessoas circulando era da ordem de 570.000 pessoas, o dobro da população residente que totalizava à época 250.013. Esta constatação se faz interessante uma vez que se pretendia organizar os serviços e implantá-los na lógica dos SILOS. Ainda sobre as

...e a “demanda a estes serviços é constituída por populações oriundas de diversos municípios, já que Vitória é referência para todo o Espírito Santo e até para algumas regiões de Minas Gerais e Bahia” (SEMUS, 1997, p. 11; 25).

O resultado de uma pesquisa de acessibilidade em 1997, por Região de Saúde, mostra claramente a invasão de clientela de outros municípios no sistema municipal de saúde de Vitória, conforme a procedência dos usuários a seguir demonstrada: usuários: Vitória 51,8%; Cariacica 30,2%; Serra 10,0%; Vila Velha 5,0% e Viana 3,0%.

Claro está que a importante migração de outras populações para a rede de serviços de Vitória, além de tornar inócuo qualquer processo de planejamento e programação assistencial, provocava evidentes interferências na organização e no acesso da população de Vitória aos serviços.

Referindo-se à cobertura assistencial ambulatorial, em estudos realizados pelo município, constatou-se no PMS que havia um superávit de consultas em todas as clínicas básicas, entretanto como o município recebia um grande *afluxo de pacientes* oriundos de outros municípios, especialmente os da Região da Grande Vitória, havia uma sobrecarga nas unidades de saúde, o que provocava *rechaço* de sua demanda própria.

2000

Vitória foi um dos municípios que mais sofreu com a realocação dos recursos na PPI 2000, pois continuou a prestar serviços para as diversas populações sem a respectiva compensação financeira, atendendo a um pacto ético feito entre os gestores de continuar procedendo à assistência a seus munícipes, sendo que muitas vezes essa invasão de clientela ameaçava o desenvolvimento da reorganização do modelo e da gestão municipal da saúde e, principalmente, a atenção integral à população residente.

Analisando as regulamentações relativas ao setor da saúde no município de Vitória, publicadas no formato de leis ou decretos, pode-se observar que muitas delas referem-se a ações, serviços e/ou procedimentos de média e alta complexidade. A maioria dessas regulamentações foi por iniciativa e por indicativo dos vereadores. Estas regulamentações precisariam ser avaliados pela SEMUS, à luz das

do modelo organizacional, entretanto para quase a totalidade delas não foi oportunizado ao setor saúde manifestar-se quanto à pertinência ou não das proposições, uma vez que a gestão da saúde incumbe aos secretários de saúde e não ao Legislativo.

O Legislativo comete equívocos ao indicar em leis, decretos, ou qualquer outra norma, que os recursos assistenciais eram/são destinados a funcionários públicos municipais uma vez que esta distinção após a promulgação da CF se contrapõe ao princípio da universalidade, bem como faz ingerência no setor da saúde visto que extrapola seus limites de competência propondo ações e serviços que interferem muitas vezes negativamente na organização dos serviços.

8.4 PONTOS DE VETO - (VETO POINTS)

1988

Havia a recomendação em 1998, conseqüente da NOB/SUS 1996, que as capitais assumissem a Gestão Plena do Sistema Municipal, entretanto o município optou por pleitear a condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), o que constituiu-se num constrangimento à garantia da integralidade das ações de saúde, pois em relação à média e alta complexidade não havia garantia de acesso do usuário aos demais níveis do sistema, sob gestão estadual .

A Portaria nº 017/98, de 01 de dezembro de 1998, estabeleceu normas técnicas e administrativas sobre a prescrição e dispensação de medicamentos na SEMUS. Em seu artigo 10, está estabelecido que:

“Fica suspenso pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o aviamento de receitas originadas em outras instituições, para que neste período, sejam definidos, pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde/PMV, os critérios necessários para que os usuários atendidos nas mesmas possam ter acesso aos medicamentos na rede municipal de saúde” (SEMUS, 1998).

Esta suspensão na dispensação de medicamentos cujo usuário esteja portando prescrição médica de outra instituição que não seja a SEMUS, ainda que temporária,

de, igualdade, equidade e integralidade, além do que se as demais instituições são públicas ou se são conveniadas ou contratadas com o SUS, estão sob as mesmas regras regulatórias, portanto esta é uma contradição com o processo de contratualização do SUS.

2001

A NOAS /SUS 2001 estabeleceu que as capitais deveriam ser habilitadas para a GPSM, entretanto o município não acatou esta decisão e optou por pleitear a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), o que também constituiu-se num constrangimento à garantia da integralidade das ações de saúde, pois em relação à média e alta complexidade não havia garantia de acesso do usuário aos demais níveis do sistema sob gestão estadual.

8.5 Surgimento da Regulação no município

Pode-se observar que no PMS de 1991 o sistema de referência e contrarreferência definia um fluxo da população do município junto à SESA, para a Central de Internação e para o Centro de Referência de Especialidades (CRE). Surge aqui o primeiro indicativo que havia a intenção da regulação de acesso da população de Vitória pela SESA e não por mecanismos próprios do município, ainda que de forma muito incipiente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, são importantes pontos de estrangulamento nos serviços e sistemas de saúde, seja por insuficiência de oferta seja por excesso dos mesmos ou por demanda inadequada. Se por insuficiência ou

nciais há a formação de longas filas expectantes para especialidades específicas. Se por excesso de oferta ou demanda inadequada, há uma repercussão importante no orçamento da saúde. Desses serviços especializados, os que apresentam maior, e mais grave estrangulamento no Brasil, são os de atenção secundária, principalmente consultas e exames especializados.

Nos diversos documentos oficiais da SEMUS examinados, desde 1990 as diferentes ações assistenciais do setor da saúde, apontam para uma demanda reprimida importante para alguns recursos assistenciais, mas para outros há inclusão de mais usuários no sistema, portanto há uma oscilação e uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

Uma maior resolutividade nos serviços básicos de saúde poderia contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde na atenção especializada, principalmente secundária. Sabe-se que, grande parte dos encaminhamentos feitos pela rede básica para os demais níveis do sistema, ocorrem antes mesmo que se esgote toda a capacidade resolutiva nesse nível de atenção.

Também há a cultura inculcada na população de que a qualidade na assistência está diretamente vinculada ao acesso e uso de medicamentos, insumos, exames, consultas e procedimentos especializados e que o sistema de saúde deve atender as suas expectativas.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), “a noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmônico entre partes, cada qual com sua função que contribua para o bom funcionamento do todo”. Esses mesmos autores salientam que “o conceito de sistema denota uma concepção idealizada” de cunho normativo, que não prática não se sustenta.

Em função dessa reflexão pode-se depreender que o SUS – um sistema, é atravessado por diversas lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, às vezes formais, mas na maioria das vezes informais, nem sempre seguindo a lógica da racionalidade, muitas vezes interrompidos e obstaculizados, construídos a partir de interesses diversos que não podem e não devem ser construídos sob um único desenho institucional.

O sistema de saúde de Vitória não é diferente. Trata-se de uma rede de serviços de

que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessadas de forma desigual pelos diferentes usuários, sejam residentes ou referenciados por outros municípios. Este sistema com este desenho e com esta responsabilidade de pólo estadual leva à dificuldade de se conseguir a integralidade no cuidado para a população própria.

A integralidade só pode ser conseguida em rede, pois atravessa inúmeros serviços de saúde, rede esta que contemple a APS, a atenção secundária e terciária ambulatorial e hospitalar, as ações de promoção e prevenção, as ações de proteção social localizadas em outras políticas públicas além da saúde. Não existe possibilidade de municípios totalmente autônomos, capazes de ofertar a totalidade das necessidades da população, por isto, com a característica do município, a falta de redes operando no Estado, o município não poderia, por si só, proporcionar a integralidade, ainda que apenas para a assistência clínica individual, que é o foco desse estudo.

Em relação à prestação de serviços assistenciais, o sistema municipal de saúde de Vitória caracterizou-se pelo crescimento da oferta de ações e serviços de saúde, principalmente contratualizando com as organizações privadas com e sem fins lucrativos, entretanto sem a constituição de forma suficientes de regulação desses serviços.

Foram identificados aspectos absolutamente importantes quanto à tomada de decisão [*decision points*] pela gestão da saúde; pontos de veto indireto [*veto points*] às regulamentações e recomendações das demais esferas de governo; externalidades ao SUS municipal interferindo negativamente em sua organização, dificultando a ampliação da atenção integral, principalmente na década de 80, e na regulação do acesso.

Pode-se verificar que as decisões tomadas no passado pelos governantes e gestores da SEMUS em relação à implantação de modelos organizativos [SILOS, SISS e ESF], que visavam a ampliação da atenção integral, tiveram importante repercussão na ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, ainda que com alguma competição por outras populações e que a não decisão pela efetiva implantação da regulação do acesso no passado traz inúmeras dificuldades para sua concretização nos dias atuais. Isto demonstra que a trajetória de uma instituição é influenciada por culturas, estruturas, processos de trabalho e rotinas, um sistema de relações administrativas formais e que a eficiência dessa rede dependerá da

s: uma rede de tomada de decisões e fatores comportamentais dos grupos de interesses.

Entretanto, a partir de 2007 o município realmente decide pela efetivação de instrumentos de regulação dos serviços prestados pela rede própria e pelo setor privado, o que reflete em ampliação do espaço de ação do gestor municipal ao mesmo tempo que contribui para o fortalecimento institucional da SEMUS. No entanto esta iniciativa ainda encontra-se em estágio inicial.

Este estudo tomou como referência a integralidade na assistência clínica individual e a regulação do acesso à assistência clínica sobre a rede de prestadores de serviços. Muito há a ser estudado, investigado e testado sobre a regulação do acesso e a integralidade no sistema municipal de saúde de Vitória, mas é possível que a experiência local de regulação possa produzir os resultados esperados e tornar visível o sistema de saúde que está tão bem idealizado e delineado nos documentos oficiais.

Ainda que com todos os avanços na área assistencial especializada, é necessário que o município implemente suas ações no sentido de atender aos princípios constitucionais para a consolidação de um Sistema Único de Saúde universal, equânime e integral, mediante a construção de redes de atenção que garantam o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, mas certamente esta responsabilidade não é unicamente sua, pois há que se fazer um pacto solidário entre os demais municípios do Estado e também com a SESA, a quem incumbe ser a grande interlocutora e orientadora dos rumos da saúde pública no Espírito Santo.

Nº do documento

Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS

(continua)

1	Plano de Ação 1990. Vitória, 1990.
2	Plano Municipal de Saúde 1991. Vitória, 1991.
3	Plano Municipal de Saúde 1997-2000. Vitória, Jan. 1997.
4	Plano Municipal de Saúde. Atualização 1998-2001. Vitória, Set. 1998.
5	Plano Municipal de Saúde 2002-2005. Vitória, Jul. 2001.
6	Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Vitória, Dez. 2005.
7	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2004, 1º Trimestre.
8	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2004, 2º Trimestre.
9	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2004, 3º Trimestre.
10	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2004, 4º Trimestre.
11	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2005, 1º Trimestre.
12	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2005, 2º Trimestre.
13	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2005, 3º Trimestre.
14	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2005, 4º Trimestre.
15	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2006, 1º Trimestre.
16	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2006, 2º Trimestre.
17	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2006, 3º Trimestre.
18	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2006, 4º Trimestre.
19	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2007, 1º Trimestre.
20	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2007, 2º Trimestre.
21	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2007, 3º Trimestre.
22	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2007, 4º Trimestre.
23	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2008, 1º Trimestre.
24	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2008, 2º Trimestre.
25	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2008, 3º Trimestre.
26	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2008, 4º Trimestre.
27	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2009, 1º Trimestre.
28	Prestações de Contas Trimestrais em Audiências Públicas. 2009, 2º Trimestre.
29	Relatório de Gestão 1990. Vitória, 1990.
30	Relatório de Gestão 1997. Vitória, Abr. 1998.
31	Relatório de Gestão 1998. Vitória, Maio 1999.
32	Relatório de Gestão 1999. Vitória, Junho 2000.
33	Relatório de Gestão 2000. Vitória, Julho 2001.

Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

(continuação)

35	Relatório de Gestão 2001. Vitória, Maio 2002.
36	Relatório de Gestão 2002. Vitória. 2003.
37	Relatório de Gestão 2003. Vitória. 2004.
38	Relatório de Gestão 2001-2004. Vitória, Dez. 2004.
39	Relatório de Gestão 2004. Vitória, Julho 2005.
40	Relatório de Gestão 2005. Vitória, 2006.
41	Relatório de Gestão 2006. Vitória, Abril 2007.
42	Relatório de Gestão 2007. Vitória, Abril 2008.
	Relatório de Gestão 2008. Vitória, Maio 2009.

FONTE: Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde.

ÍNDICE H - LEGISLAÇÃO MUNICIPAL ANALISADA. 1973-2009.

Nº DOC	LEGISLAÇÃO	DATA	ASSUNTO/ CONTEÚDO
			(Continua)
1	Decreto Municipal nº 9.845	30-04-1996	Regulamenta a Lei nº. 4191, de 29 de abril de 1995, que estabelece a obrigatoriedade de informações dos direitos dos pacientes da AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
2	Decreto Municipal nº. 12.717	23-02-2006	Institui o Programa Municipal de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e de Gênero e dá outras providências.
	Lei Municipal nº 2.242	19-04-1973	Cria o Departamento de Educação, Cultura e Saúde.
3	Lei Municipal nº. 3.952	28-07-1993	Institui o programa de avaliação da saúde do servidor através de exames clínicos e laboratoriais a serem efetuados anualmente.
4	Lei Municipal nº. 3.969	15-09-1993	Exame de Citologia Oncótica nas funcionárias públicas municipais e nas usuárias dos serviços público de saúde.
5	Lei Municipal nº. 4.051	06-05-1994	Reservar sala de consultório dentário em escolas e creches.
6	Lei Municipal nº. 4.171	02-01-1995	Institui no Município de Vitória o "Programa de Ação Preventiva de Saúde Auditiva e Visual da Rede Pública Municipal de ensino, cabendo à Secretária Municipal de Saúde consultas nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia e oftalmologia aos alunos selecionados e relacionados pelas Unidades de ensino.
7	Lei Municipal nº. 4.182	09-03-1995	Exames de urocultura e antibiograma nos funcionários públicos municipais e nos usuários.
8	Lei Municipal nº. 4.343	29-04-1996	Assegura o financiamento de medicamentos e insumos ao tratamento e controle de diabetes.
9	Lei Municipal nº. 4.448	30-06-1997	Obrigatoriedade do Teste do Pezinho gratuitamente nos recém nascidos.
10	Lei Municipal nº. 4.549	12-12-1997	Obriga o Poder Executivo a realizar exames de mamografia.
11	Lei Municipal nº. 4.555	17-12-1997	Autoriza o Poder Público Municipal a criar a Semana de Prevenção e Combate ao Câncer.
12	Lei Municipal nº. 4.716	01-07-1998.	Autoriza a realização do exame de ultrassonografia.
13	Lei Municipal nº. 4.812	28-12-1998	Autoriza o poder Executivo a criar o Centro de Referência das pessoas portadoras de deficiência física, a todos os tipos de deficiência física.
14	Lei Municipal nº. 4.855	15-04-1999	Autoriza construção de um hospital municipal.
15	Lei Municipal nº. 4.854	15-04-1999	Determinando ao Poder Executivo a obrigatoriedade de atendimento médico às crianças matriculadas na rede municipal de ensino, quando o encaminhamento for realizado pelo CEI e EPG.
16	Lei Municipal nº. 4.916	20-05-1999	Autoriza a Secretária Municipal de Saúde (SEMUS) a desenvolver a campanha de prevenção e combate a obesidade em Vitória.
17	Lei Municipal nº. 4.933	18-06-1999	Criar o Centro de Especialidades Clínicas na Região da Grande São Pedro.
18	Lei Municipal nº. 5.016	25-11-1999	Programa de Prevenção e Tratamento aos portadores de hemoglobinopatias "S" ou doença falciforme.
19	Lei Municipal nº. 5.029	23-12-1999	Autoriza a Prefeitura a celebrar convênios com os planos de saúde a fim de que sejam cobrados os serviços de assistência médica prestados nos postos de saúde municipais.

ATA

ASSUNTO/ CONTEÚDO

(continuação)

			1999	Autoriza a Secretaria de Saúde, por meio de seus postos de atendimento, hospitais e/ou hospitais conveniados a executar o serviço de exames de prevenção de câncer de próstata.
21	Lei Municipal nº. 5.171	22-11.2000		Autoriza o Poder Executivo a instituir, no âmbito do Município de Vitória, o Programa de Controle de Hipertensão Arterial e dá outras providências.
22	Lei Municipal nº. 5.388	29-08-2001		Autoriza o Poder Executivo a criar, em Unidade de Saúde do Município, Centro de Tratamento Especializado em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
23	Lei Municipal nº. 5.399	26-09-2001.		Autoriza o Poder Executivo a incluir no Programa de Saúde da Família – PSF – o atendimento Odontológico.
23	Lei Municipal nº. 5.542	30-04-2002		Dispõe sobre a criação do Programa Municipal de Saúde Vocal do Professor da Rede Municipal de Ensino e dá outras providências.
25	Lei Municipal nº. 5.887	07-05-2003		Autoriza o Poder Executivo Municipal a instituir no âmbito do Município, o Programa Mulher Sua Saúde, Seus Direitos, baseado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, criado em 1983 pelo Governo Federal.
26	Lei Municipal nº. 5.968	04-09-2003		Autoriza o Poder Executivo a criar o Programa “Saúde na Escola”, ficando sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde, o acompanhamento médico dos alunos.
27	Lei Municipal nº. 6.088	23-03-2004		Autoriza a distribuição de preservativos nas escolas públicas municipais.
28	Lei Municipal nº. 6.125	09-06-2004		Autoriza o Poder Executivo Municipal a instituir o Programa de Saúde Auditiva e dá outras providências.
29	Lei Municipal nº. 6.348	29-06-2005		Autoriza o Poder Executivo a implantar o Programa de Saúde Bucal, no Hospital São Pedro, na Praia do Suá.
30	Lei Municipal nº. 6.365	08-08-2005		Autoriza o Poder Executivo a repassar recursos financeiros à rede complementar de saúde e a abrir crédito adicional especial, para ampliar a oferta de serviços especializados.
31	Lei Municipal nº. 6.448	26-10-2005.		Autoriza o Poder Executivo a criar e instituir o Programa Municipal de Combate a Violência contra a Mulher e dá outras providências, com a finalidade de prestar assistência a saúde física e mental das mulheres vítimas de violência.
32	Lei Municipal nº. 6.628	14-06-2006		Autoriza o Poder Executivo Municipal a realizar diagnóstico e tratamento de pessoas diabéticas e dá outras providências.
33	Lei Municipal nº. 6.667	11-07-2006		Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar médico geriatra em cada uma das Unidades de Saúde do Município.
34	Lei Municipal nº. 7.104	09-10-2007		Fica o Poder Executivo Municipal de Vitória autorizado a proceder à instalação de Aparelhos de Raios-X junto as Unidades Municipais de Saúde Vitória.
35	Lei Municipal nº. 7.111	11-10-2007		Dispõe sobre a divulgação dos medicamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde, no site oficial da Prefeitura Municipal de Vitória.
36	Lei Municipal nº. 3.369	15-09-1993		Cria Divisões na Secretaria Municipal de Saúde: Divisão de Análises Clínicas e Exames Complementares e Divisão de Farmácia e Produtos Farmacêuticos.
37	Lei Municipal nº. 3.983	10-10-1994		Dispõe sobre a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.
38	Lei Municipal nº. 6.753	16-11- 2006		Institui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do Município de Vitória.

ATA			ASSUNTO/ CONTEÚDO
			(conclusão)
		-1997	Prefeito Dispõe sobre alterações na estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências.
40	Lei Municipal nº. 4.466	29-07-1997	Prefeito Altera a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências.
41	Lei Municipal nº. 4.717	01-07-1998	Prefeito Autoriza o Poder Executivo a criar horário satisfatório do usuário, antecipando a entrega das fichas de consultas médicas.
42	Lei Municipal nº. 4.831	19-03-1999	Autoriza o Poder Executivo a implantar novo sistema de entrega de fichas nos Postos de Saúde da Rede Municipal, visando à extinção de filas.
43	Lei Municipal nº. 4.869	26-04-1999	Autoriza o poder Executivo a criar o serviço denominado Disque Ambulância.

FONTE: Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde.

NOTA: A legislação analisada compreendeu o período de 1988 a 2009, com o acréscimo de uma lei do ano de 1973.

NDICE I - PROJETOS MUNICIPAIS DE SAÚDE ANALISADOS.

Nº do Documento	Denominação do projeto
1	A PROPOSTA DOS SILOS: Territorialização em Saúde. 1995.
2	OS SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - SISS: Projeto Integrar. 2000.
3	PROJETO PARA REESTRUTURAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE: para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Novembro, 2001.
4	PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. Setembro, 2007.

FONTE: Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde.

DICE J - DOCUMENTOS MUNICIPAIS DO SUS ANALISADOS.

Nº do Documento	Documentos analisados
1	Texto produzido por técnicos do Núcleo de Planejamento Setorial da Secretaria Municipal de Saúde – ano de referência desconhecido.
2	Texto produzido por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para compor o Documento-Posição em relação à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. 2001.
3	Texto produzido por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para compor o Documento-Posição em relação à Gestão Plena do sistema Municipal de Saúde. 2002.
4	Texto produzido e fornecido pelo gerente da SEMAD/NAP, da Secretaria Municipal de Administração.
5	História e constituição dos sistemas de saúde no município de Vitória - ES. Novembro. 2002. Trabalho apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo para avaliação parcial do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Novembro 2002.
6	Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde - 1991.
7	Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde - 1996.
8	Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde - 2000

FONTE: Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde.

AS: Período de 1989 a 2009.

As entrevistas foram utilizadas como uma das técnicas para a coleta de dados e informações, complementares à análise documental. Os temas contidos nas entrevistas analisadas neste trabalho versam sobre regulação do acesso e integralidade na atenção à saúde da população. Foram utilizados dois roteiros semi-estruturados, com itens que guiaram o diálogo com os entrevistados sobre os dois temas objeto deste estudo. O material coletado foi lido, com a finalidade de se encontrar aquilo que parecia ser o mais significativo dentre as respostas e percepções dos gestores, captado nas entrevistas, buscando-se, também, identificar as diferenças percebidas entre as falas e estas com os documentos analisados, almejando obter uma visão geral do material analisado.

As falas mais significativas estão apresentadas no corpo da dissertação, ora entremeadas nos textos ora em destaque, selecionadas a partir das categorias de análise concernentes ao referencial teórico: modelo de gestão, de atenção e de organização, *decision points*, *veto points*, externalidades, comunidades epistêmicas, regulação e integralidade. As entrevistas foram fundamentais para o esclarecimento do objeto em questão, também presente na análise documental.

Foram realizadas cinco entrevistas, das quais quatro com ex-secretários municipais de saúde e uma com o atual gestor.

Perfil dos entrevistados

Todos os entrevistados são médicos, a exceção do atual gestor que é enfermeiro, com diferentes especializações:

Entrevistado 1: Período da gestão – 1989-1992 - Médico Sanitarista

Entrevistado 2: Período da gestão – 1993-1994 - Médico Sanitarista

Entrevistado 3: Período da gestão – 2002-2003 - Médico Geral Comunitário

Entrevistado 4: Período da gestão – 2003-2004 - Médico Fisiologista do Exercício

Entrevistado 5: Período da gestão – 2005-2010 - Enfermeiro Sanitarista.

No momento presente, esses sujeitos da pesquisa permanecem atuando na vida pública, a maioria na área da saúde, ocupando cargos de Secretários de Governo, Subsecretário de Saúde, Deputado Federal e gestor de hospital filantrópico.

As entrevistas estão assim classificadas, segundo períodos das gestões:

Entrevistado 1: Período da gestão – 1989-1992;

Entrevistado 2: Período da gestão – 1993-1994;

Entrevistado 3: Período da gestão – 2002-2003;

Entrevistado 4: Período da gestão – 2003-2004;

Entrevistado 5: Período da gestão – 2005-2010.

A seguir estão transcritas as entrevistas na íntegra:

Período da gestão – 1989-1992 - Entrevistado 1

DATA: 02 de Dezembro de 2009.

Esclarecimentos iniciais da pesquisadora sobre o objeto e os objetivos da pesquisa.

Entrevistadora: Secretário, como foi a experiência de ser o primeiro Secretário Municipal de Saúde de Vitória após a constitucionalização do SUS?

Entrevistado: Foi extremamente interessante porque eu fui secretário de saúde em Vila Velha, um ano antes e participava do movimento nacional pró Reforma Sanitária. Já tinha criado o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, tinha criado o COSEMS, do qual eu fui o primeiro presidente, onde eu fui um dos presidentes. Também tive uma vivência grande, na época que tinha um Colegiado de Secretários Municipais do PT. Nós éramos poucos e dava para a gente se reunir constantemente e traçar políticas, traçar metas, traçar projetos de luta pela Reforma Sanitária, um movimento social e institucional. Então foi um momento legal, rico, em que eu já tinha uma certa vivência na

cípio de Vitória eu já tinha um pouco de conhecimento

Entrevistadora: Quanto tempo o senhor foi secretário de Vila Velha?

Entrevistado: Em Vila Velha foi um ano só. Mas foi um ano muito rico, muito produtivo, de muita correria, até por ser um ano só, por isso era muito corrido, era um mandato tampão, o ritmo era estratosférico, muito mais rápido do que foi em Vitória. Em Vitória também foi rápido, mas...

Entrevistadora: Em Vitória o senhor permaneceu um período da gestão inteira?

Entrevistado: Sim, a gestão inteira, quatro anos. E aí o que me impactou mais aqui em Vitória, sabia que era uma capital, que tinha uma estrutura física, que você conhecia melhor do que eu, muito ruim; uma estrutura de gestão muito ruim e um desconhecimento sobre a Reforma Sanitária e sobre o SUS muito grande, não só por parte dos gestores, mas também pelo conjunto dos trabalhadores que ali estavam. Então foi um momento assim... Eu já tinha uma certa vivência, uma visão do mundo que se queria, mas tinha uma distância muito grande entre o físico e o humano com relação à visão do SUS. Um processo que realmente a gente passou, um primeiro período muito sacrificante do ponto de vista da compreensão do projeto, mas depois a gente acertou.

Entrevistadora: Em relação ao modelo de gestão que o senhor encontrou no município, fale um pouco desse modelo de gestão. Inclua sobre o modelo de atenção, de gestão associado ao de organização do sistema.

Entrevistado: Era o modelo tradicional para a época. Inclusive, era um modelo que privilegiava os relacionamentos micropolíticos. As unidades de saúde “entre aspas” funcionavam em centros comunitários, dentro de igrejas, não tinha uma estrutura própria, na sua maior parte, de serviço de saúde, uma rede própria do município. Era sempre essas parcerias, que na maior parte das vezes era uma mesa com o médico atrás, cadeira de dentista parada há seis meses, era a coisa tradicional mesmo, não era uma coisa específica de Vitória. Mas me espantou muito foi que em Vitória, por ser a capital, na época a gente esperava um processo mais profissionalizado no mínimo, mas na realidade eu não percebi essa profissionalização; tinha mais coisas que em Vila Velha. Nós já deixamos Vila Velha com uma estrutura boa, com o Plano Municipal de

nada.

Entrevistadora: Em relação aos princípios do SUS, recentemente constitucionalizado, o foco desse trabalho era a integralidade, como é que o senhor vê ou via a integralidade à época? A população tinha acesso aos recursos assistenciais que necessitava?

Entrevistado: Na realidade tem uma historicidade grande, que poderia ser discutido um longo tempo sobre isso, não aqui. Primeiro, que nós passamos de uma população muito restrita de direitos para uma população enorme com direitos, e a população que tinha direitos anteriormente começava a sair de cena através das organizações sindicais, começa a sair os Planos de Saúde, abandonava o antigo INAMPS e passou a povoar essa área física, que antigamente era povoada por pessoas que não tinham direito nenhum; a parte mais desorganizada socialmente da sociedade, menos poder político, etc. Tinha um momento de compreensão social razoável por parte da gestão nova, mas não tinha a cultura da sociedade de ocupar esse espaço do ponto de vista mais democrático, da discussão mais democrática. Tem uma coisa que eu lembro até hoje; o primeiro Plano Municipal de Saúde que levei para passar pelo Conselho Municipal de Saúde; primeiro Conselho de Saúde em 1990. A gente apresentou o Plano, o Reblin na época estava na Secretaria, era consultor, o Lelo Coimbra também, e como a gente apresentou o Plano, fiz uma exposição de que a gente pretendia a distribuição por regiões de saúde, com aquela visão já de distrito sanitário, mais integradora de sistema, etc., ao mesmo tempo que... Deixa eu contar esse caso, depois eu falo dos outros... Quando a gente apresentou o Plano pela primeira vez disseram: “Ah que lindo, bonito...”, a eu dei um tempo para o Conselho se manifestar, ler; distribuimos um exemplar para cada um dos conselheiros, fizemos uma reunião outra vez e ninguém tinha lido nada, adiamos mais um mês e ninguém tinha lido nada, mais um mês e ninguém tinha lido nada, e na outra vez, nós dissemos que iríamos votar com ou sem o conhecimento de vocês e o Plano foi aprovado por unanimidade. Foi aprovado, está registrado, “assina aqui...”, aí meu discurso foi assim: Olha, foi a aprovação mais burra que eu já vi na minha vida. “Por quê?”. Sem discussão. A cultura de balançar a cabeça para o gestor.

Entrevistadora: Então a gestão não era participativa?

Entrevistado: A cultura da sociedade não era a de participar, era de conseguir benefícios pessoais, de olhar para seu próprio umbigo, seu próprio bairro, seus interesses políticos e partidários, eleitorais; não era nem ideológico, era eleitoral. Muito

de vista; a gente conseguia aprovar tudo, mesmo dando estavam. E ao mesmo tempo, já preocupado com essa questão da integralidade, eu naquela época fiz uma proposta ao do governo do Estado, que era o Tavares que era o Secretário de Estado; eu fiz uma proposta de municipalização completa, de Gestão Plena do município de Vitória, que até hoje não tem. E a gente queria, como desafio, pegar as unidades do Estado, por que eles queriam entregar as unidades básicas, mas não queriam entregar a direção do sistema. Eu fiz a proposta de pegar a gestão dos hospitais públicos estaduais, Hospital Infantil na época, era o único hospital público que tinha aqui.

Entrevistadora: O São Lucas era do Ministério nessa época?

Entrevistado: Não, o São Lucas era sim. Já tinha passado para o Estado. Eu queria fazer até um Centro Único de Saúde, onde é hoje o São Lucas e a Secretaria. Eu propus a ele, nós apresentamos um projeto arquitetônico na época... A gente abriu a porta para facilitar o trânsito dos funcionários e das pessoas de um lado para o outro. Fiz uma proposta na Prefeitura de isolar aquela rua que passa em frente ao São Lucas, só para veículos de saúde. Fizemos um projeto arquitetônico de um Centro de Referência de Especialidades, onde hoje é o pátio ali na SEMUS, porque não tinha estacionamento. Já pensamos nesse processo de integralidade assim. Não compreendia, e não compreendo até hoje, como a gente vai fazer integralidade com vários gestores, gerindo pedaços de sistema.

Entrevistadora: Responsabilidade difusa compromete.

Entrevistado: Difusa! Você imagina que isso foi em 1990.

Entrevistadora: O período da sua gestão foi...?

Entrevistado: Foi em 1989, 1990, 1991 e 1992. Naquela época isso para todo mundo era uma coisa de louco, inclusive até para a equipe que me acompanhava. Eu estava naquela época já pensando nesse processo de integrar as estruturas físicas, até pela proximidade física ali com o São Lucas; porque a gente já tinha alí a atenção básica, construiríamos um Centro de Especialidade e teríamos a porta aberta para atenção hospitalar alí, como primeiro passo, e todas as unidades básicas de saúde. Conseguimos isso, municipalizando, com má vontade da SESA as unidades básicas de saúde ali.

Sanitária e Epidemiológica foram as primeiras ações
convênios, não foi?

Entrevistado: Sim, convênio, a poder de convênio, na “marra”. Porque passou pelo Conselho Estadual de Saúde e da Vigilância Sanitária municipalizaram só a parte elementar, só a parte básica. Só que a gente ousava mais, eu era mais ousado na época do que sou hoje.

Entrevistadora: Agora uma das questões que estão colocadas no roteiro, é exatamente sobre o que o senhor já citou. Qual foi a intenção da sua gestão ao propor e realizar a divisão do município em 14 Regiões de Saúde? Já havia a intenção da integralidade nessa visão?

Entrevistado: A idéia era que a gente já começasse a construir as Regiões de Saúde com esse espírito de distrito sanitário. A gente não adotou nome de distrito sanitário, mas o princípio era o mesmo, que a gente tivesse minimamente atenção básica. Minha visão de atenção básica, que não é a de hoje, é um pouco da visão de hoje, mas um pouco mais complexa. Atenção básica para mim não é só médico de saúde da família.

Entrevistadora: É acoplar a dimensão da atenção primária...

Entrevistado: O conceito de atenção básica para mim é muito mais do que é isto; é o necessário; é o epidemiologicamente necessário. Se tiver uma determinada comunidade que precisar de um cardiologista, é básico também.

Entrevistadora: O nutricionista é básico também.

Entrevistado: O dermatologista, é básico; se em uma comunidade tiver muita incursão peniana, é básico também. Se eu pegar o conceito de atenção básica para transformar, da resolutividade de 80% dos casos, se eu não fizer isso, porque eu tenho que trabalhar com a realidade e não com meu modelinho prontinho de PSF, fechadinho; colocaram em tudo quanto é lugar, achando que isso iria resolver o problema, mas a prática está mostrando que do ponto de vista epidemiológico melhorou muito, mas do ponto de vista de atividade clínica piorou muito. Em Vitória em cada unidade tinha um clínico geral, um ginecologista, um pediatra, no mínimo e, em alguns lugares, tinha ainda um cardiologista, neurologista, já trabalhando com essa visão de necessidade. Quando Vitória adotou o modelo de Saúde da Família, isso para mim minimalizou o processo, regrediu.

...ia o processo na visão integral?

Entrevistado: Eu acho que a Estratégia da Saúde da Família teria que ser implantada nas unidades daqueles especialistas que já tinha e não escolher entre eles um que fosse fazer tudo. Em outros lugares que você tem dificuldades de médico, que você não tem especialista na área básica, o modelo PSF normal, básico, pode melhorar muito. Agora na capital, que já tinha uma estrutura como tinha Vitória, desmontar, para você minimalizar o processo, foi um erro estratégico muito grande.

Entrevistadora: Na questão de modelo, que na época era hegemônico, médico-assistencial privatista, qual modelo que o senhor desejava implantar, ele tem uma denominação ou o senhor não consegue denomiiná-lo?

Entrevistado: Eu tenho, eu trabalho com os conceitos da Estratégia Saúde da Família, tanto que nós fizemos um curso de especialização específico para médicos sanitaristas, para formar profissionais sanitaristas na época, sanitarista de maneira geral, para que cada unidade de saúde tivesse uma pessoa com uma visão mais globalizada do processo. Não sei se você se recorda, mas foi uma luta até a definição do local do curso; o pessoal ficou com medo de assumir a gestão das unidades, o curso foi ofertado justamente para ter uma visão mais integral do sistema, visão mais holística.

Entrevistadora: A análise documental mostrou que a primeira comunidade epistêmica do Município de Vitória aconteceu na sua gestão, a partir do conhecimento e do saber desse sanitarista. Isso que a análise documental aponta o senhor confirma? Essa é sua visão?

Entrevistado: Eu acho que sim, até então não tinha sido feito nada nesse sentido; eu não considero que eu tenha sido o melhor e o único, mas num momento histórico a gente tomou essa opção por uma visão de mundo mesmo, a visão de mundo que eu tinha do processo saúde e doença que já era holística.

Entrevistadora: o senhor já podia falar em saúde coletiva naquela época?

Entrevistado: Posso, tanto que já trabalhava inclusive com um norte de que as pessoas da Vigilância Sanitária e Epidemiológica transformassem num processo de Vigilância da Saúde. O problema naquela época era o pouco conhecimento conceitual dos profissionais de saúde que trabalhavam nessas áreas; era o que estava mais precisando nessas áreas.

o senhor considera que o fato do corpo técnico não ter executar, assumir junto, essa decisão, pois isto foi uma tomada de decisão, pode ser considerado um veto ao seu projeto político? Um veto indireto?

Entrevistado: Eu não diria veto, eu diria um obstáculo. Era um obstáculo muito grande; não adianta só vontade política se você não tem um corpo executivo, operacional, que pelo menos hegemonicamente pense razoavelmente na mesma linha. Isso não existia; isto foi construído, no final do governo já tinha isso bem desenhado, mais maduro. No início foi muito duro; no início tinha muito pouca gente com essa visão, com essa compreensão. Você vê que não tem a mesma possibilidade de antes, você vê o SUS, eu diria que tive a oportunidade que poucas pessoas tiveram de ver o SUS de todos os lados da existência dele, desde o nascimento dele. Comecei no movimento sindical médico, fui para o movimento sindical além de médico, saí do sindicato dos médicos por opção e criei o sindicato da saúde. Eu já militava nessa área, uma visão social, depois eu fui ser gestor municipal, estadual, federal, hoje sou gerente dentro de uma unidade hospitalar filantrópica. A gente tinha uma visão também um pouco estrambelhada do que era isso. Eu tive a oportunidade de conhecer o SUS nas suas entranhas. Tem muita coisa que eu fui aprender na prática e não na teoria; às vezes eu sou professor também, quando eu dou aula sobre o assunto, eu falo até demais porque é minha vida e eu aprendi na prática, não foi na teoria, não foi lendo livro, fui aprendendo fazendo, com acertos e erros, com atropelos e sendo atropelado.

Entrevistadora: Por falar em acertos e erros, eu queria te perguntar o seguinte: que decisão o senhor pode ter tomado à época que feriu a integralidade, ou isso não aconteceu?

Entrevistado: Que feriu a integralidade? Que dificultou?

Entrevistadora: Que gerou constrangimento, limitações, restrições à integralidade?

Entrevistado: Do ponto de vista da estratégia da própria Secretaria eu não vejo muito isso não, mas eu posso ter errado estrategicamente na minha relação com o Estado. Naquela época eu era um pouquinho mais radical do que eu sou hoje, eu comecei a ficar muito afoito com o Estado, para que o Estado abrisse na velocidade que eu queria e não que era possível ele fazer. Talvez nesse momento a gente tenha impedido uma integração maior entre as duas estruturas.

era que isso é uma externalidade ao SUS do município
lerar isso como sendo uma externalidade que interferiu
no avanço?

Entrevistado: Muito difícil fazer esse julgamento de um lado só.

Entrevistadora: Mas na sua percepção...

Entrevistado: Provavelmente tenha interferido negativamente sim. Porque apesar de eu ter tido uma relação bastante razoável com o Secretário de Estado na época, que era o Tavares, uma relação até de respeito, apesar das diferenças ideológicas, de visão de sistema, de tudo, o município de Vitória estava submetido à Superintendência e ao Superintendente Regional de Saúde Vitória, que era uma pessoa que na época não tinha a mínima condição de diálogo, mesmo o que se combinava com o secretário, a gestão da época da Superintendência Regional de Vitória interferia no processo para dificultar.

Entrevistadora: Isso foi um veto.

Entrevistado: Algumas delas talvez, provavelmente, tenham interferido concretamente, não necessariamente como um veto, mas como um obstáculo.

Entrevistadora: O conceito de veto que a pesquisa está buscando é o veto direto e o indireto, o veto direto é à legislação e o veto indireto é exatamente como o senhor está falando.

Dr. Pedro Benevenuto: Indireto com certeza, porque era um período de luta ideológica muito mais arraigado do que é hoje. A visão avançou dos dois lados.

Entrevistadora: Só para deixar registrado, naquela época o Executivo estava nas mãos do PT. Foi à primeira gestão petista na capital do Espírito Santo, não é isso?

Entrevistado: Exatamente. Foi um enfrentamento brutal em determinadas épocas. Na época, quando assumi aqui, não me lembro se já era o Tavares, não, era o Jarbas, não eram coincidentes os mandatos, eu acho que eu peguei um pedaço com o Jarbas e depois com o Tavares. O pedaço com o Jarbas foi muito mais tranqüilo, até porque o Jarbas tinha vivência na saúde pública também, tinha uma visão um pouco melhor. O pedaço com o Tavares, apesar do meu relacionamento com o Tavares, pessoa física,

ção política muito forte, do governo Albuíno, tinha um medo do governo da gente se transformar depois no que se transformou.

Entrevistadora: Era impedir o desenvolvimento do Estado.

Entrevistado: O que eles podiam dificultar, dificultavam, só que isto não era explicitado; só era explicitado pela direção da Superintendência Regional. Chegamos ao ponto de não conseguir sentar na mesma mesa para trabalhar... estávamos sentados e a pessoa chegava, eu me levantava e ia embora. Difícil o relacionamento.

Entrevistadora: Antes de passar para o outro objeto da pesquisa que é a regulação, a análise documental apontou duas questões importantes que eu queria que o senhor comentasse sobre elas. Nos quatro anos de sua gestão algumas legislações de iniciativa da Câmara de Vereadores induzia a gestão a fazer atendimentos à “clientela fechada”, principalmente para funcionários do município. As legislações diziam que tinha que ter uma ambulância em cada bairro, que tinha que disponibilizar tecnologias. Como é que o senhor vê a interferência do Legislativo na organização da gestão? Era uma externalidade importante na gestão municipal?

Entrevistado: É uma relação esquisita, porque tinha alguns interesses dentro da Câmara de Vereadores na época que eram externalizados por um dos médicos que pertencia a própria rede e que foi o autor de muitos desses projetos.

Entrevistadora: E depois veio a se tornar vereador novamente.

Entrevistado: Ele se perpetuou como vereador. E assim, eu me lembro bem, na época que a gente estava construindo a legislação municipal, depois da Constituição de 1988; tinha a Constituição Estadual e tinha a Lei Orgânica do Município. A gente mandou a mensagem da Lei Orgânica do Município, e no último dia da votação, esse vereador que era médico, pegou o capítulo da saúde da legislação que o Executivo tinha proposto e retirou simplesmente da Lei Orgânica do Município. E a Lei Orgânica ia sair sem capítulo nenhum da saúde porque ele retirou o capítulo da saúde só porque ele sabia que tinha sido eu que havia idealizado. Aí a Katia Moura, que era médica do município e era do Sindicato dos Médicos que estava na Câmara na época acompanhando a votação, percebeu isso e pediu um tempo ao Dermival Galvão, que era o “dito cujo”, e foi correndo me procurar porque ele tinha feito um substitutivo absolutamente esdrúxulo,

dessas; ela foi me procurar para eu rever e aproveitar no se aquilo fosse uma proposição do Sindicato, e aí pudesse passar. Isso foi feito, nós fizemos isso sete horas da noite e acabou passando quase tudo que ele tinha vetado na primeira vez, e começou a discussão aí. Depois a gente passou para o Conselho Municipal de Saúde toda e qualquer iniciativa do Legislativo, que dizia respeito a saúde, indicações, propostas de lei, eu falava que tinha uma instância que eles tinham aprovado na legislação maior, que eles tinham aprovado e que era a Lei Orgânica da Saúde, que tinha poder deliberativo essa instância e que portanto na saúde, quem tinha poder de deliberação era o Conselho. Eu “estiquei a corda” o tempo todo; eles fizeram algumas indicações e na época eu remetia tudo ao Conselho causando alguns incômodos permanentes dentro da Câmara dos Vereadores, mas eu consegui segurar, e mesmo as leis que passavam na Câmara e se a gente não concordava, a gente não cumpria.

Entrevistadora: Outra questão que a análise documental apontou: no período da sua gestão e um pouco antes e um pouco depois, 52% dos atendimentos que aconteciam nas unidades próprias do Município de Vitória eram de outros municípios. Como que essa, vamos chamar aqui de “invasão de clientela”, interferia na organização do sistema, no qual o senhor era gestor, e como o senhor via a integralidade na atenção ao munícipe de Vitória em relação a essa “invasão de clientela”?

Entrevistado: Olha! eu trabalho com um conceito que não é invasão de clientela, para mim o SUS é nacional; nós temos um sistema público de saúde e não vários sistemículos municipais; se o sistema é único eu não considero que é invasão de clientela para lado nenhum. O que eu tenho que fazer enquanto gestor, esse é o meu conceito, é organizar o acesso. Organizar referenciando inclusive as famílias que são as minhas referências, mas eu não posso, pessoas que são de outra família, de outro bairro, de outro estado, de outro município, eu não posso negar atendimento, porque o atendimento é universal. A minha concepção é essa, essa história de pedir atestado de residência, eu nunca trabalhei com esse conceito, e tem mais, por pior que fosse a nossa condição municipal, ainda assim era quinhentas vezes melhor do que os municípios que nos cercam.

Entrevistadora: A população é inteligente e vai onde acha o atendimento melhor.

Entrevistado: a população é absolutamente inteligente. Eu nunca fiz por onde restringir acesso de ninguém. Eu trabalhava ao mesmo tempo na adscrição de clientela para

ndições, para ter um relacionamento mais próximo da tela. Para mim essa restrição de clientela do ponto de vista municipal, que hoje em dia é até por bairro, é injusta e inconstitucional. Eu me lembro de uma frase do Lula, quando a gente estava no Ministério da Saúde, a gente começou a discutir a questão do SISFRONTEIRAS; como os municípios de fronteira iriam dar conta dos invasores, entre aspas, dos outros países, que tinham sistemas piores que o nosso? O Lula falou assim: “Olha! Não tem jeito, nós somos mais ricos, mais poderosos, nós vamos bancar”. Enquanto estrutura de capital e com um orçamento de capital, inclusive muito maior do que os outros municípios, eu acho que a distribuição de renda não é só distribuição de dinheiro, de salário, é distribuição de oferta de serviço. Eu penso no brasileiro enquanto brasileiro, não um brasileiro de Vitória, ou um brasileiro de Cariacica, e sim um brasileiro. Eu não acho que isso impactava do ponto de vista orçamentário, financeiro. Nós passamos dois anos sem conseguir executar o orçamento todo, mesmo com essas invasões. A gente sabe que não existe nenhuma ilha de paraíso, nenhuma ilha isolada do mundo. O conceito que eu trabalhava e trabalho ainda hoje é esse, não é invasão de clientela. Se alguém da Bahia vir para cá para o Espírito Santo, não é invasão de clientela. Se alguém do Espírito Santo, vai pro Rio e vai pra São Paulo, não é invasão de clientela. O Sistema Único é isso mesmo. Tanto temos que considerar a cultura e a sapiência das comunidades em saber distinguir onde há um bom serviço, como ter que considerar a distribuição de recurso, isso é gestão solidária. Aliás solidariedade para mim é a palavra que falta até hoje dentro do sistema. Acho que muito da falta de integralidade do sistema se mede pela falta de solidariedade. Os hospitais, por exemplo, ao invés de se apoiarem, fica um criticando o outro, porque o outro não fez e mandou para mim, a equipe da manhã critica a equipe da noite, entre os trabalhadores e entre as instituições. Muito recentemente, agora, um grupo que assumiu o hospital está conseguindo conversar e trabalhar coisas em conjunto, que até então isso não existia também. Tudo que batia aqui era culpa do outro. A integralidade passa por uma integralidade institucional; uma solidariedade institucional muito grande... Enquanto não tiver isto nós vamos continuar com uma integralidade moral, conceitual.

Entrevistadora: A organização do sistema de saúde tem a integralidade como princípio, como diretriz, como forma de organização, então na verdade não são dois temas separados, mas levando um pouco mais essa conversa para a regulação do acesso, também foi na sua gestão que se identificou o primeiro documento que trata da regulação do acesso, obviamente com um conceito diferente do de hoje. O que se tinha à época de regulação do acesso era a Central de Marcação de Exames, Central de

de Ambulâncias. Essa intenção no Plano Municipal de m a sua intenção de ser gestor pleno...?

Entrevistado: Com certeza!

Entrevistadora: Como é que o senhor via à época o acesso da população do Município de Vitória, que estava sob a sua responsabilidade direta, às consultas, exames, procedimentos, internações, cirurgias? Como o senhor via isso? Como que a regulação à época funcionava e como o senhor via o município nessas diversas situações?

Entrevistado: Na realidade também isso é um processo, nem começou comigo e nem terminou comigo; na época que a gente pegou não tinha processo de regulação praticamente nenhum, não tinha nem gestão local nas unidades de saúde, você não tinha nem como organizar redes; depois que a gente conquistou isso, os paços foram sendo dados, a oferta de consultas quando a gente pegou era uma e meia consulta por habitante/ano e nós passamos para três consultas habitantes/ano no primeiro ano já. Então foi uma evolução intensa de oferta de serviços e quanto mais oferta de serviços mais necessidade você tem de organizar o processo de serviço, drenar, falando monetariamente essa oferta de serviço. Foi de um modo absolutamente incipiente e insuficiente na época que a gente conseguiu fazer, mas foram as primeiras tentativas de organizar enquanto do sistema. Foi difícil transformar as unidades de saúde em sistema municipal, uma não reconhecia a outra, não sabia da existência da outra, o que tinha em uma e o que é que tinha em outra para poder ter complementaridade da oferta de serviços e dos acessos que impactam na regulação. Algumas tentativas foram feitas. Interessante que algumas tentativas foram feitas e quando se discutia com cada equipe, a tentativa de organização do acesso ao serviço pelo telefone, marcação pelo telefone, parte da equipe inclusive era contra. “Você está simplesmente só escondendo a fila”, “ele não vai ficar em pé na fila, mas vai ficar dentro de casa”, “não vai ficar no calor no sol”... Era até complexo o processo de discussão da própria equipes que trabalhava, nessa visão.

Entrevistadora: Quem era responsável pela marcação de consulta? Chamava-se de central de marcação de consulta?

Entrevistado: O Estado na época já tinha feito os primeiros desenhos das AMA's, Agências Municipais de Agendamento.

Entrevistado: Não era só para marcação de consulta; era de um modo muito insuficiente e incipiente sim. Não tinha uma regulação como hoje aqui tem, como hoje que ainda não esta nos melhores dos rumos da regulação, mas está muito melhor do que era naquela época. O Estado tinha uma tentativa de organização através daquela lei, foi na época de Jarbinhas mesmo, aquela lei, aquele livrinho rosa do SUS. Ali já tinha um desenho razoável de modelo; já tinha, pelo menos conceitual, o processo de regulação conceitual, e a gente no município trabalhou razoavelmente com aqueles conceitos, de facilitação do acesso. Eu considero que a parte de regulação da minha gestão deixou muito a desejar porque era um processo mesmo de iniciar.

Entrevistadora: Na época não tinha debate também.

Entrevistado: Não época não tinha debate, não tinha cultura, não tinha estrutura, não tinha conceito. O conceito de organização em rede não existia.

Entrevistadora: O contexto era completamente diferente. Na sua época o senhor teve formalização de contratos e convênios, isso é um mecanismo regulatório da rede de prestadores, não é?

Entrevistado: Tivemos na época algumas regras... eu não lembro bem...

Entrevistadora: Os documentos mostraram...

Entrevistado: Eu lembro que na época a gente fez um convênio com a Pró-Matre, de apoio material. A gente tentava transformar, ajudar, manter financeiramente; era uma época muito difícil financeiramente para os hospitais, fizemos alguns relacionamentos, que eu não sei se transformou em documento, com a própria Santa Casa na época, fizemos relacionamento com instituições da sociedade civil, não sei se você se recorda, quando houveram alguns acampamentos do MST, que aí eu disse... nós temos que ajudar esse povo, não sei se isso virou um documento.

Entrevistadora: O da Santa Casa virou, mas as outras iniciativas não, pois naquela época não tinha Relatório de Gestão. Não se exigia Relatório de Gestão. Exigia-se, mas não se fazia...

Entrevistado: Muitas coisas existiam e a gente tomava iniciativa para ajudar, como os

organizadas, mesmo no serviço de saúde que a gente
coisas que eu não lembro. De documentação deve ter
alguma coisa da Pró-Matre. Fiz também na época, quando surgiram os primeiros casos
de AIDS, que a gente montou aquele sistema de referência DST/AIDS, que a gente
dava apoio... A Casa da Esperança.

Entrevistadora: Aí é só memória mesmo, que o senhor protagonizou... Na sua
percepção de hoje, não mais como gestor na época, mais de gestor atual que o senhor
continua militando na área da saúde. O senhor acha que regulação do acesso, a
regulação ao nível dos prestadores de serviços de saúde, para garantir o acesso da
população ao nível secundário e terciário da assistência, contribui para a integralidade
na atenção à saúde do cidadão? Em que peso?

Entrevistado: Com certeza que contribui sim, contribui para a melhor gestão de todo o
sistema e a possibilidade de transformar esse sistema numa rede. Eu acho que depois
de muitos anos eu estou conseguindo assistir, por parte da política do Estado do
Espírito Santo projetos de longo prazo que estão sendo executados, porque,
infelizmente ao longo dos últimos anos de governo, nos últimos governos, a mudança
de gestão da Secretaria de Saúde acaba prejudicando tudo. Um dos maiores prejuízos
nessas mudanças é justamente, um processo de regulação adequado, um processo de
formatação de rede adequado. Atualmente, o Anselmo ficando dois períodos seguidos,
deu a ele tempo de planejar e de começar a executar dentro de uma coisa planejada e
eu acho que, apesar da gente discordar aqui ou ali, eu acho que no grosso ele está
fazendo uma boa política estrutural. O investimento forte que o Estado está fazendo no
processo de regulação, o processo de formatação das redes de serviço, redes de
atenção. Eu acho que isso é um avanço que poucos estados brasileiros conseguiram
executar como a amplitude que o estado do Espírito Santo está conseguindo realizar,
apesar da minha diferença ideológica com o governo, minhas críticas... Eu acho que
nesse ponto de vista nós estamos vivendo um momento muito rico, que vai permitir um
processo de integralidade muito mais completo e muito mais rápido do que seria com as
trocas permanentes de gestores estaduais até então, e municipais também, e os
estaduais em particular. Ele teve esse tempo. Ele teve o apoio político governamental
para executar, com apoio financeiro.

Entrevistadora: Então na sua fala eu posso, se eu estiver equivocada o senhor me
corrige, eu posso concluir que esse processo que a Secretaria de Estado está

o regulatório, vai favorecer o micro processo que é o
necessidades que a população precisa?

Entrevistado: Com certeza absoluta. Na hora que eu começo a regular, que eu tenho fluxo de entrada e de saída, um seguimento do paciente dentro do sistema, independente da vontade das pessoas, o gestorzinho de plantão. Ainda mais agora com o sistema implantado em todos os hospitais filantrópicos, todos os hospitais estaduais; esses sistemas do processo de regulação, isso vai permitir que o gestor público, seja municipal, seja estadual, visualize todas as ofertas e tenha intervenção mais direta no processo. Vai fazer correção, restrição, essa sonegação de leitos vai começar a ser pressionada e ser evidenciada. As cobranças de permanência vão ser maiores, o processo de contratualização começa a ser definido. Isso também trouxe uma contribuição enorme para o Sistema Único de Saúde, porque o cumprimento de metas começa a ser colocado. Hoje eu estava vendo a nova lei de concessão de título de filantropia, que foi aprovada, amarra no cumprimento das metas da contratualização, achei isto extremamente interessante para forçar as instituições filantrópicas a deixar de enrolar e assumir realmente as suas responsabilidades no sistema, então eu acho que são passos dados, tanto pelo governo estadual quanto pelo governo federal muito importantes do ponto de vista estrutural, que vai permitir realmente uma integralidade, tanto do ponto de vista da pessoa integral quanto da integralidade do sistema de saúde, essas relações interinstitucionais. Acho que ele está fazendo um grande trabalho.

Entrevistadora: Muita coisa não ficou clara, pelo menos na minha busca documental, nos documentos oficiais do município, um deles é que os médicos gerais comunitários iniciaram na sua gestão. Como se deu essa inserção dos médicos gerais comunitários? Foi na sua gestão ou na gestão seguiu nte?

Entrevistado: Na realidade, teve um período que eu era queridíssimo pela Medicina Geral Comunitária da UFES e teve um período que eu era *persona non grata*, porque inicialmente, logo que a gente assumiu, eu fiz um convênio com a UFES, com a Medicina Geral Comunitária da UFES de capacitar os médicos da nossa rede. Eu acho que isso foi 1990, 1991. A gente encaminhava, não lembro o período, se era de 3 em meses ou de 4 em 4 meses, um final de semana por mês, quase todos os nossos médicos, quase todos porque não deu tempo de fazer para todos, passaram períodos na Medicina Geral Comunitária da UFES fazendo capacitação com aquele perfil, daquela unidade que tinha lá em baixo. Eu lembro que... um exemplo típico eu lembro,

a gente fechou para reconstruí-la, nós pegamos todos e colocamos dentro da Unidade Tomaz Tomazi, para começarem a aprender a lidar com aquele processo. Não tinha nada de saúde coletiva e de saúde da família na época, não tinha nada, o que tinha de mais basal do ponto de vista da atenção primária era a Medicina Geral Comunitária. E posteriormente, como o avanço das visões e da experiência, etc. aquilo foi se tornando insuficiente, era uma visão muito Alma-Ata do processo, de pé no chão, muito de aceitar a condição da pobreza absoluta e de lidar com a pobreza absoluta. Aí comecei a rever os conceitos e tentar fazer proposições mais ousadas do ponto de vista da realidade do município de Vitória, e não da realidade orçamentária e financeira... Quando eu saí da Prefeitura eu fui chamado pelo Departamento de Medicina Social da UFES; eu cheguei e fiz logo a proposição da fundação do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, nós criamos o Núcleo, eu fiquei lá um tempo e a gente produziu muitos trabalhos. Um dos trabalhos que eu produzi, porque mudando de arquivo de computador para outro a gente vai revendo muita coisa. Eu peguei uma proposição que eu tinha feito de mudança do Departamento de Medicina Social, muito ousado, né?

Entrevistadora: É! mexer no aparelho formador é muita ousadia.

Entrevistado: O Departamento de Medicina Social da UFES que impactaria na mudança da Região, ao invés de Medicina Geral Comunitária, para a saúde coletiva. Logo depois que eu saí da Prefeitura, porque eu já tinha conhecimento suficiente para aquele tipo de capacitação. O Brasil não estava mais, mesmo as universidades mais avançadas, não estavam mais adotando a medicina geral comunitária...

Entrevistadora: Os sanitaristas, considerados uma comunidade sistêmica, pelo seu saber e todo o seu poder do conhecimento, provocaram uma mudança institucional. Agora os médicos gerais comunitários chegaram a provocar essa mudança institucional?

Entrevistado: Não!

Entrevistadora: Então eles não podem ser considerados uma comunidade epistêmica na sua época?

Entrevistado: Não. Por esse fato de eu ter utilizado a medicina geral comunitária no início de um processo de capacitação, houve até o Congresso Brasileiro de Medicina

em Vitória. Eu fui convidado ilustre, porque estava minha fala no Congresso foi de provocá-los para um avanço institucional e não ficar só na questão do ser humano ali. Só focar no tratamento do ser humano, uma visão de rede mais potente, de uma capital, pelo menos do que se pretendia...

Entrevistadora: O papel na organização do sistema ...

Entrevistado: No Congresso Brasileiro eu fiz uma fala provocativa nesse sentido, de que era necessário rever a estrutura do aparelho formador da Medicina Geral Comunitária. Agora, médico geral comunitário pra mim não interferiu do ponto de vista estrutural no sistema em lugar nenhum. Para não dizer que não teve em lugar nenhum, teve numa cidade de Minas que houve um grande movimento, Montes Claros, um grande movimento provocado pela Medicina Geral Comunitária. Ali foi um resultado realmente... Eu acho que nenhum outro lugar teve a força que teve lá, o médico comunitário se perdeu mesmo, até porque eram poucos também, era muito pouca gente no Brasil inteiro com esse tipo de capacitação, eles mudar am pouco...

Entrevistadora: SILOS, eles tiveram início na sua época com a consultora Carmem Unglert?

Entrevistado: Não, não, Foi depois, foi logo depois. A Carmem, acho que foi o Lelo que trouxe a Carmem, não foi comigo não. O modelo que a gente trabalhava tinha algumas idéias da lógica dos SILOS. A gente criou os Conselhos Locais de Unidade de Saúde na comunidade, era na mesma lógica, só que não tinha o nome de SILOS nem de distrito sanitário.

Entrevistadora: Os epidemiologistas, como o senhor vê, na sua época, tinha ou não tinha essa comunidade?

Entrevistado: Não existia. O máximo que a gente conseguiu na época foi colocar um estatístico dentro da Secretaria, para tentar montar uma estrutura de informação de saúde que nos oferecesse condições de planejar adequadamente. Mas epidemiologista não existia, eu acho que nenhum em Vitória.

Entrevistadora: Secretário, estou contente com a sua lembrança daquela época, dá saudade toda vez que eu leio os documentos...

muito bom, muito rico. Muito trabalhoso, mas foi muito
o me fal a em Estado não.

Entrevistadora: Pensei que o senhor queria voltar.

Entrevistado: Não, não tenho mais pique não.

Entrevistadora: Há alguma coisa que o senhor não tenha falado ainda, que queira falar... Como o senhor se vê hoje naquela época?

Entrevistado: Olha às vezes as pessoas me perguntam se eu tenho vontade de voltar, eu falo assim: Não, eu teria vontade de voltar no tempo, se fosse possível, algumas coisas eu faria com um pouco mais de amadurecimento, mas se eu voltasse a ser secretário hoje com certeza não teria o mesmo sucesso, entre aspas, que eu tive naquele momento. Foi o momento histórico mesmo, que foi um momento que a gente pegou uma coisa muito ruim e colocou mais ou menos no eixo, sem dizer que foi uma maravilha. Quebrar essa cultura institucional. Foi um momento histórico muito importante, era um momento que a juventude me permitia ser muito mais audaz e ousado, eu fui muito mal criado, continuo sendo até hoje, tinha costume de bater na mesa, de “berrar” quando precisa “berrar”, de entrar na frente quando precisa de entrar na frente.

Entrevistadora: Enfrentou muito prestador...

Entrevistado: Enfrentava muitas corporações, muito prestador. De peito aberto, assim, não tinha medo de absolutamente nada.

Entrevistadora: E as corporações, elas de alguma forma tentaram interferir negativamente nas ações?

Entrevistado: Com certeza, a corporação médica por exemplo. Os médicos e os dentistas em particular, por motivos um pouco diferentes um dos outros. Os dentistas porque quando a gente assumiu tinha meia dúzia de cadeiras de dentistas espalhadas, nem era tantas cadeiras, mas algumas estavam inativas porque os próprios dentistas iam lá e quebravam as cadeiras; tinha um cara que consertava a sala do dentista. E aí demoravam 4 a 5 meses para consertar a cadeira e nesse período os dentistas ficavam em casa. Tivemos que contratar uma empresa terceirizada para fazer um diagnóstico para verificar a causa, tinha que acertar os equipamentos em 24 h, isso começou a

...tinham que trabalhar; não tinham mais desculpinhas...
...ente fez as caixinhas com equipamento de dentística,
para cada um dos dentistas e entregamos uma caixa com um termo de
responsabilização para cada um dos dentistas, porque eles falavam que não tinha
equipamento, isto gerou um incômodo enorme...

Entrevistadora: Naquela época que o senhor pediu a área da atenção que
estabelecesse atendimentos referenciais, que não precisariam ser rigorosamente
cumpridos, mas atendimento referencial, a média deveria girar em torno de... não me
lembro...

Entrevistado: Até para calcular o consumo, na época... Quando a gente começa a
mexer em interesses escusos e arraigados havia muito tempo, isso começa a
incomodar mesmo, mas isso também não me incomodou não, a primeira categoria que
eu briguei foi a minha. Se agradar todo mundo significa que você não está fazendo a
gestão, assim como também desagradar a todo mundo você não está fazendo a gestão.
Tem que ter um equilíbrio. Eu não teria mais aquela ousadia de fazer, aquela energia,
por isso que não quero, iria ser um secretarozinho à mais hoje em dia.

Entrevistadora: O senhor acha que contribuiu para a mudança institucional?

Entrevistado: Eu acredito que sim, sem falsa modéstia. Eu acho que eu contribuo até
hoje. O desafio que eu encaro hoje aqui [Santa Casa], talvez seja o maior desafio que
eu tenha encarado, é encarar a Santa Casa. É o lidar com aquela gestão de ponta,
gerência de serviço, em que você observa o cara trabalhar ou deixar de trabalhar. Eu
sempre trabalhei muito do ponto de vista da construção das políticas, das cobranças da
execução das políticas, agora eu estou realmente entre o mar e o rochedo. Eu tenho
que trabalhar com o gestor municipal, estadual, nacional, os compromissos, os
processos, as regulações, etc. E tenho que trabalhar no operacional mesmo, na
construção, de equipar, cobrar horário, horário do médico, o cirurgião porque que
suspendeu a cirurgia, gerenciando lavanderia, almoxarifado; é um grande desafio
bacana, é um relacionamento maravilhoso. Para o relacionamento político e
institucional, de ser gestor público, eu não tenho mais aquela coisa que eu tinha antes, o
lidar com o Legislativo para mim é um sacrifício, eu não sei lidar com vereador e
deputado. Não sei lidar. Não adianta, que eu não sei lidar, porque eles têm uma forma
de lidar e eu tenho a visão de institucionalização do sistema de saúde, avesso à forma
desses interesses. Eu lembro quando eu era o secretário municipal, a gente já tinha o

Como a gente ia fazer o laboratório de análises clínicas, Rose de Freitas, deputada federal, chega e diz: “tenho dinheiro para construir o laboratório de análises clínicas, mas tem que ser na Ilha de Santa Maria”. Eu disse: “se tem que ser eu sinto muito, mas eu não quero esse dinheiro não”. Ela convocou uma reunião com o prefeito, com outros deputados, achou um absurdo a gente negar aquilo, eu seria assim hoje. Dinheiro será muito bem vindo e nós precisamos dele, agora o processo de localização do trabalho faz parte do planejamento que a gente esta fazendo na cidade, não dá para ser assim porque você tem um compromisso com o pessoal lá da Ilha de Santa Maria, a gente ia pegar o dinheiro da Prefeitura e colocar em outro lugar, porque não é lá que a gente quer. Então eu fui meio “mal criado” nesse sentido. Os líderes do governo naquela época, aquele Enivaldo dos Anjos... eu já discordava de políticos há muito tempo; ele fez pedidos de colocar pessoas dentro da Secretaria da Saúde, aliás era uma condição que eu não teria condição de bancar hoje, pelos compromissos múltiplos partidários. Ele mandava pessoas para o meu gabinete para arrumar lugar para ficar e eu devolvia e dizia: aqui não tem lugar para ficar, aqui só vai entrar pessoas que tem o mínimo de conhecimento da área, técnicos que eu preso, que eu gosto muito, que eu respeito. Aí criou uma polêmica na Assembléia, ele veio para perto de mim e começou a perguntar; ele era presidente da Assembléia. Não! ele era líder de governo, o presidente era José Carlos Gratz. Aí ele reclamou, colocou na imprensa para todo mundo falar, o repórter chegou perto de mim para falar, “por quê ele está te criticando tanto? Eu respondi: “É porque eu não falo sim, é só isso, para as coisas que ele me pede, só isso”. Eu não aceito as coisas que ele me pede, uma das coisas...

Entrevistadora: Um dos momentos mais legais, porque as pessoas comentavam, era o quanto o senhor valorizou as pessoas... Eu posso falar isso porque fui uma pessoa alcançada por isto... O quanto o senhor valorizou as pessoas que estavam lá, pois a expectativa era que, não só o senhor, mas o PT, ao assumir a gestão, viesse a trocar todo mundo. E ficou todo mundo. Uma marca, valorizando as pessoas que já estavam lá.

Entrevistado: Esse é um dos motivos pelos quais eu não topo hoje, como esse processo de gestão política se misturou muito hoje sob o ponto de vista das divisões..., por pedaços do setor público para o partido A, B e C; eu vejo aquela época, tanto no município como no Estado, no Ministério de Saúde, eu nunca aceitei uma indicação vinda de fora, eu nunca levei equipes de companheiros para a gestão. Eventualmente

e. Eu sempre procurava aproveitar o conhecimento da Saúde o Ministro nunca me ligou para dizer assim: “nomeia fulaninho”, porque ele já sabia que a minha condição de ir era essa; a equipe de saúde é minha e o meu olhar não é partidário; na equipe de saúde meu olhar é absolutamente técnico. Eu quero que os melhores técnicos estejam comigo, independente de partido e de qualquer visão de mundo, o grande futuro disso, inclusive, é a gente ganhar adeptos partidários.

Pausa ...

Entrevistado:...A região de São Pedro, que tinha naquela época aproximadamente 40 mil pessoas, muito mais carentes do que é hoje, tinha o lixão.

Entrevistadora: O governo do Vitor Buaiz tomou a decisão de construir a usina de lixo, lembra disso?

Entrevistado: Construimos a usina de lixo, acabamos o aterramento e a pavimentação naquela região. A Usina tinha sido iniciada na administração do Hermes Laranja.

Entrevistadora: A usina de lixo foi iniciada com o Hermes Laranja, ela tinha um esqueleto, mas foi terminada na administração do Vitor.

Entrevistado: Como o esqueleto, estava com pendência jurídicas...

Entrevistadora: Foi feita uma outra proposta, pacto com os catadores, eles foram contratados.

Entrevistado: Foi. O primeiro Sindicato dos Catadores de lixo do Brasil foi organizado ali.

Entrevistadora: Eles trabalhariam na usina.

Entrevistado: Eles foram para a linha de produção da usina. Foi todo um projeto. Um dos projetos era uma boa rede básica, mas associada a isso não uma Policlínica; não como existe hoje. Era um hospital, um hospital municipal. A gente tinha uma população de mais de 40 mil pessoas, já naquela época, muita gente carente. O único acesso de maternidade que eles tinham ou era a Pró-Matre ou era a Santa Casa, com muita dificuldade, inclusive, por conta de condução na época. Não tinha disponibilidade de deslocamento de veículos, então a nossa opção era fazer uma maternidade associada a

era tentar absorver aquela população infantil que se deslocava e se desloca até hoje porque não avançou isso, com o passar do tempo aquilo foi transformado numa Policlínica, um PA, que atende e encaminha os casos mais graves para os hospitais. Na realidade aquilo era para ser um hospital, tinha Raio X, tinha laboratório, tinha toda uma infra-estrutura de um hospital. Isso, infelizmente, se perdeu no tempo, nem a administração conseguiu, nem a atual retomou... A única capital do Brasil que não tem a Gestão Plena, a última. Eu acho que nesse ponto de vista houve uma involução. Porque na época, em 1989-1992, agente já tinha feito uma proposta de Gestão Plena do Sistema à Secretaria de Saúde. Naquela época não houve por resistência à descentralização por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

Entrevistadora: E agora que tem o Termo de Compromisso de Gestão, em que não se habilita mais em GPSM, mas que se tem a responsabilidade plena, o serviço não pode ser agregado aqueles do sistema estadual?

Entrevistado: Não se sabe quanto se tem para gastar com a média complexidade, a situação da média complexidade é complicada. Eu acho que nesse período o que sobrou foi muito pouco, por isso que eu acho que eu tenho um dedo nessa história... não só eu, mas a equipe que trabalhava comigo ...

Agradecimentos finais da entrevistadora.

Período da gestão – 1993-1994 - Entrevistado 2

Data: 26 de Janeiro de 2010.

Explicações iniciais da pesquisadora sobre o objeto e objetivos da pesquisa.

Entrevistadora: O senhor foi secretário municipal de saúde de Vitória em qual período? Em qual gestão?

Entrevistado: O período foi 1993, integralmente, e 1994 até o mês de abril, quando me desincompatibilizei para fins de participar da eleição naquele ano como candidato a deputado estadual.

é feita como parte do processo de mestrado em saúde pública é a regulação do acesso e a integralidade. Nós podemos começar esta entrevista perguntando ao senhor como era a integralidade na atenção à saúde do cidadão na época em que o senhor foi gestor?

Entrevistado: Olha, a integralidade existia como conceito, ela não existia como organização de sistema e, mesmo hoje, com todos os instrumentos e modelagens que foram feitos, ela ainda sofre de poucas possibilidades, tanto pela oferta quanto pela referência e contrarreferência e todos os instrumentos que estabelecem uma atenção integral à saúde. Naquele momento nós tínhamos..., qual foi o nosso desafio? Eu sou médico sanitário, sou oriundo do debate e da movimentação que gerou o tema da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988, o movimento sanitário brasileiro. Eu participei do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde no ES, depois fui para São Paulo fazer o curso de Saúde Pública e participei do CEBES em São Paulo. Fui como Subsecretário do Estado da Saúde em 1988, no governo Max Mauro. Nós fomos o penúltimo estado, o último foi o Piauí, a assinar o chamado SUDS, que é o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde; eu participei dessa experiência, na época o Hélio Cordeiro era o presidente do INAMPS. Uma das limitações que nos fazia não assinar o SUDS era o tema da isonomia universitária, e veio depois da isonomia universitária também, a isonomia entre os níveis que estavam naquele momento se vinculando à Previdência e o Ministério da Saúde, o nível estadual e níveis locais. Em seguida, na sequência, nós começamos a fazer o SUDS implantação, de 1988 que estava na Constituição, nos seus desdobramentos, as leis complementares e a participação popular. Esse período que nós vivenciamos, foi um período do ponto de vista da formação dos Conselhos do Estado e da integração e, na sequência, nós saímos do modelo chamado Planejamento e Orçamento Integrado, que era o POI para o POA, que era o momento que eu junto com o hoje governador, e naquela época prefeito Paulo Hartung, que assumi a gestão em primeiro de janeiro de 1993, com os instrumentos ainda insuficientes à luz de hoje, mas que já começava a avançar. Naquele momento o nosso desafio..., nós pegamos uma administração do Dr. Vitor Buaz que era bem avaliada; ela tinha alguns compromissos importantes na expansão dos serviços de qualidade nas unidades, uma administração que na educação e na saúde tinha uma boa presença e uma boa participação. Embora não tenha sido feliz quando governador do Estado, Dr. Vitor Buaz foi muito bem sucedido como prefeito. Então, quando assumi, assumi dentro desse ambiente, um ambiente que havia um projeto de expansão e nós entendemos como correto, então nosso primeiro desafio era

Os atributos básicos que poderiam ser feitos pela rede de atenção como a mais importante, era a expansão, oferecendo as clínicas básicas, os atendimentos básicos de saúde pública, envolvendo os procedimentos de enfermagem, vacinação, e todo esse conjunto. Então havia um projeto que foi o centro naquele momento, inclusive por quem me sucedeu, o Anselmo Tozi, que ficou 9 anos como secretário municipal. Ele é que detém a maior memória dos instrumentos e das suas evoluções. Mas, naquele momento o principal desafio era esse, havia uma discussão, de além de oferecer as ações básicas, clínicas básicas na faixa ambulatorial, havia uma limitação nas clínicas especializadas; ainda do ponto de vista ambulatorial, havia uma limitação muito grande, e do ponto de vista da relação com o ambiente hospitalar essa relação era absolutamente em aberto.

Entrevistadora: Ou seja, deputado, essa expansão que o senhor coloca previa a ampliação da atenção integral no nível da atenção primária?

Entrevistado: No nível da atenção primária e... que naquele tempo ainda era visto como o arcabouço institucional do município. O município tinha limitações financeiras, até existia uma dúvida de que porque a lei estabelecia unidades de Pronto Socorro no município quando isto não era básico e não havia condições financeiras para suportar essa modelagem? Mas dentro do conceito de ações básicas, o nosso desafio naquele momento, era ofertar ao maior conjunto de regiões e bairros possível um conjunto de ações capazes de atender em pediatria, ginecologista, materno-infantil com pré-natal, a clínica geral... e começava-se a esboçar um esforço na clínica odontológica. Seleção de medicamentos muito incipientes, as ações na questão de medicamentos ainda muito insuficiente, pouco suficiente com poucos efeitos. Então esse era o nosso ambiente. Nós tivemos uma experiência que por oportunidade na relação entre o governo que nos antecedia e o governo federal, a implantação de um Centro de Prevenção de Doenças Mentais e Toxicomanias, o CPTT, como uma ação do município, mas ele acabou ficando um “filho solteiro” dentro desse processo... na atenção especializada... mais tarde é que vieram os CAPS, os CAPS já vieram com quem me sucedeu; as questões de saúde mental e em particular das toxicomanias, essas estruturas vieram a *posteriori* e do ponto de vista das clínicas básicas esse período sobre o qual eu tinha responsabilidade. Nosso grande esforço foi de expansão e qualificação. Havia um debate, um debate esperado, um debate mais por expectativa, porque quando o município que é Capital melhora a sua performance, os outros municípios que não tem seus serviços ainda, migram pra ele, é uma migração natural; era um debate sobre a

...a um debate desafiador porque ele... Embora esteja da saúde, depois desse período me tornei deputado estadual por dois mandatos, me tornei vice-governador do Estado, um período como Secretário de Estado da Saúde e no momento sou deputado federal, então fiquei afastado da gestão da saúde...; mas havia uma discussão importante de como você pode programar e projetar no universo de serviços para um público que não é fixo, que já demanda além daquilo que você oferece. Ao mesmo tempo participei de alguns debates sobre câmara de compensação, o modelo de transporte coletivo, mas como as ofertas de AIH e de procedimentos que remuneram o sistema, elas são também à menor do que as necessidades, isso é um tema que perdura até hoje. Naquela época havia esse debate, um debate do esforço teórico de pensar como ter um conteúdo definido; demonstrou-se e demonstra-se a cada momento que é muito possível de ser trabalhado. No mesmo tempo da expansão da rede nas clínicas básicas e a qualificação de alguns procedimentos naquilo que a nós poderíamos ofertar, como a questão da insulina, medicamentos anti-hipertensivos, medicamentos anti-inflamatórios, medicamentos os mais diversos que contemplavam as políticas envolvendo a gestantes, as crônico-degenerativas, as questões mais básicas. O debate que também era importante, que era uma ruptura que ainda se dava de maneira quase que definitiva, que ao longo do tempo foi se confirmando na cultura institucional, que é a idéia de que a integralidade não se aplicava apenas ao centro de serviços na sua integralidade, mas também na concepção da doença no seu conjunto, sem a separação de uma doença de caráter físico e social, as doenças que envolviam as partes relacionadas a saneamento básico, às regulações hídricas e aquelas decorrentes do envelhecimento, acho que essa é uma grande compreensão do processo de envelhecimento que vem se dando a cada dia no Brasil nos últimos 30 anos. Tem uma performance nessa área, que na Inglaterra demandou cem anos, e que envolve a taxa de fecundidade e envolvendo a expectativa de vida ao nascer, um conjunto de agravos e procedimentos que vão se dando, que vão sendo demandantes de uma rede, seja municipal seja estadual... E hoje você tem uma demanda integral em todos os níveis e os processos e instrumentos para buscar respostas para isso, estão muito mais evoluídos, passados de 1993 até 2010, dezessete anos de procedimentos. Nossos objetivos básicos naquela época eram a expansão, aprofundamento e qualificação naquilo que podíamos e estávamos fazendo e que tínhamos capacidade financeira e iniciar uma geração de novos instrumentos, que foram progressivamente tomando forma, a partir e comigo, e que se aprofundaram a seguir.

Entrevistadora: Deputado esse seu depoimento traz três questões absolutamente ricas

s. Uma questão que o senhor colocou e que a análise do senhor acaba de colocar. Em todos os atendimentos feitos em Vitória à época da sua gestão 52% eram para não munícipes de Vitória, desses 52%, 36% eram direcionados para Cariacica. Como o senhor vê isso? A integralidade na atenção, mesmo na atenção básica que o senhor coloca, não havia ainda instrumentos para ampliação do acesso aos níveis secundários e terciários especializados... mas mesmo na atenção básica e algumas especialidades que o município já tinha, como o senhor vê o que se chama de *invasão de clientela* de outros municípios em função do princípio da integralidade preconizado pelo SUS?

Entrevistado: A minha percepção hoje como agente público, e como médico sanitário, mas muito mais como agente público, é de que você não consegue dar conta, responder a essas necessidades, se não tiver o mínimo de definição de conteúdo-contínua. Como você pode operar o acesso, que é a universalidade em aberto, e uma oferta legalmente prevista, que é a integralidade em aberto, para esse mesmo universo? Na época teve uma discussão, que para mim foi muito penosa, porque eu começava a me apresentar como agente político, na expectativa de ter a dimensão de votos, então o volume de pessoas da região serrana, de Santa Maria de Jetibá, que vinham pegar a insulina NPH era fantástico e nós não tínhamos, pela legislação, instrumentos de interrupção disso. Mas ao mesmo tempo nós ficávamos assim... para que público você vai ter? Como é que o sistema compensa esta remuneração? Essa resposta nunca foi dada, e isto acabou sendo tratado no campo da resposta social, da resposta fraterna, da universalidade legal. Um conjunto de coisas que se somavam às questões objetivas e subjetivas que na vida pública acabava induzindo ao “não”, porque se alguém procura é porque precisa, daí o princípio da universalidade. E o princípio da integralidade, como... você entrou no sistema, você deve receber tudo o que você precisa e sair dele de volta para sua vida normal e no mercado de trabalho. Então esse assunto ficou sem resposta, ele fazia parte das nossas inquietações e angústias, como faz até hoje. Você tem os equipamentos de saúde da Região Metropolitana, que são muito volumosos, e até em excesso, retirados de financiamentos de longuíssimos prazos na área privada e na área não privada, e não são remunerados pelo que o sistema paga, você tem aí, nessa relação da gestão do que existe na região, no território, você poder oferecer, de acordo com o histórico existente, você sai do campo da universalidade, da adscrição de clientela, e pega uma universalidade histórica, quantas pessoas te procuram a cada tempo e o que você pode, com base nesse planejamento, da população que te procura, você ter um planejamento que possa ser colocado e vai comprando... vai pactuando

ados. A universalidade ela é uma janela em aberto, imprevisibilidade para o que você pode ofertar; você vai pro momento histórico, que integralidade é um grande desafio, que envolve como você financia equipamentos, quando autoriza em auditorias de gestão territoriais, como autoridade sanitária territorial, como secretário da saúde ou do município ou de uma região ou do estado e como você autoriza esse compartilhamento através de compra e de remuneração por serviços que você tem em outra instância que não a instância pública direta. Então naquele momento nós não tínhamos esses instrumentos, hoje, por exemplo, na atualidade, um instrumento importante que foi possível a partir do governo do Estado para atender um pouco mais a integralidade foi a recuperação de um grande conjunto de entidades filantrópicas prestadoras de serviços na área hospitalar e que foram absolutamente restauradas. Então o governo do estado pode fazer um pacto, por compras, por relações e de estilo de gestão, por um conjunto de elementos e itens de gestão, tem conseguido dar uma oferta maior. Por exemplo, Cachoeiro de Itapemirim, cuja reivindicação central era ter um hospital próprio público, lá tem dois hospitais que são filantrópicos e competiam entre si; hoje eles não referenciam mais essa necessidade, porque esta articulação que envolveu o Estado e os municípios da Região de Cachoeiro permitiu que esses procedimentos fossem bem instalados lá. Naquele momento nós não tínhamos nem sequer rastros, nem resíduos dessa possibilidade que hoje se tem..., nós tínhamos, mesmo no nosso universo no momento, o nosso “andar”. Nós trabalhávamos no andar definido [atenção básica], olhando pra cima e um pouco para o lado para tentar ver qual era a nossa margem de alcance com os instrumentos que tínhamos.

Entrevistadora: Deputado, o senhor falou por duas vezes em adscrição de clientela e uma das categorias analíticas dessa pesquisa são os pontos de decisão. O senhor se recorda de ter tomado alguma decisão que pudesse restringir o acesso da população a qualquer tecnologia? Embora o senhor já tenha falado em *invasão de clientela*, mas no seu próprio município, no Município de Vitória, o senhor se recorda se recorda?

Entrevistado: Nós iniciamos um debate para analisar a restrição de acesso de populações de outros municípios, mas em áreas de maior custo; a de medicação, odontologia, que eram as áreas de maior custo, mas como nós vínhamos de uma administração muito bem avaliada, e lidar com isso politicamente acabou ficando muito complicado, nós “jogamos a toalha”. Como disse um amigo: “Entre a razão e a felicidade, em alguns momentos a opção é feita pela felicidade”. Naquele momento nós

e conceitual, a adscrição, que não era possível, não prevista era o oposto, mas esse debate era um debate necessário. Se não dava para adscrever você tinha que compensar. Como é que você compensa? Vamos negociar isso entre municípios, entre estados, isso, essa iniciativa, terá que ser enfrentado em algum tempo, que não é agora, mas em algum tempo o será. Do ponto de vista do município, nunca pensamos uma medida, nunca tivemos diante da necessidade..., talvez sim de restringir e de fazer teto, o que não deixa de ser uma forma de restrição; não podemos dar 100 e podemos dar 80, então se 100 nos procurarem 20 vão ficar de fora. Você acabava, já que não havia instrumentos legais para a definição de meios, de conteúdos continentais, dos que vinham de fora e os que vinham de dentro do município, nós os fazíamos pela restrição do uso de meios materiais e financeiros.

Entrevistadora: O senhor declarou agora há pouco que é médico sanitaria. Na sua gestão, o senhor considera que os sanitaria representavam uma comunidade epistêmica, uma comunidade do conhecimento, que interferiu no modelo de atenção e de organização?

Entrevistado: Eu entendo que eles representavam uma comunidade de pensamento e de formulação, mas com vieses, e eu também fiz parte deste viés, muito restritivos ao conceito da atenção integral. Havia um sentimento de que esse pensamento, que tinha na verdade sua âncora de reformar as instituições, mais sem compreender de maneira muito clara como funcionava o nível da atenção hospitalar e o nível fora do ambiente das ações básicas. Ao mesmo tempo em que tinha uma capacidade, uma cultura que se iniciava na sua formulação institucional, mas ao mesmo tempo, também, tinha seus limites culturais por preconceito, no entendimento quanto às fontes geradoras dos elementos da integralidade. A integralidade estava em outro andar e os nossos “CPUs” não se falavam, dessa inteligência, até porque a inteligência no Brasil, que foi financiada no Brasil, foi a hospitalar; a inteligência de procedimentos de maior custo.

Entrevistadora: Esse era o modelo hegemônico na época, depois foi que veio o modelo da saúde coletiva?

Entrevistado: Naquela época, mesmo nós tendo o conceito, vimos que nós na prática não detínhamos a cultura institucional, a cultura institucional até para gerar novos instrumentos em relação à história da Previdência, do pagamento, das remunerações hospitalares...

do-me ao que o senhor disse, pode-se considerar que, em termos de validade epistêmica, ela não gerou transformações no modelo, efetivamente, ela começou a discutir, debatia, mas não deixou marcas?

Entrevistado: Naquele momento ela não deixou marcas, ela fez ensaios teóricos, mas ela não tinha a informação instrumental prática capaz de gerar conhecimentos que remodelassem com vigor naquele momento.

Entrevistadora: Deputado, o senhor se recorda de alguma externalidade ao SUS no Município que pudesse ter interferido na sua gestão de forma negativa em relação a integralidade? Essas externalidades podem ser pelo Legislativo, por corporações profissionais, a rede privada, algum conceito equivocado, alguma externalidade ao SUS municipal à época? O senhor se recorda que houve uma interferência ou não?

Entrevistado: Há, e ainda hoje há, mas em menor escala, naquele momento uma instituição muito frágil, não é externalidade, mas na medida que a instituição era frágil, por causa do formato organizacional que atendia aos interesses externos, como forma da estrutura não dar... estar sempre dependente de uma fonte externa. Outro elemento que acho importante foi algumas ocorrências, a dengue, por exemplo, que entrou junto comigo; eu entrei no Estado e a dengue veio junto. Também teve um início da doença de cólera na época, que mobilizou muito e a dengue criou a história que nós temos ao longo desses 19 anos. Do ponto de vista de outros elementos da política, era mesmo de choque cultural, dessa geração, desse pensamento sanitarista, dessa tentativa de reconceber a atenção como atenção integral e que devesse ter um caminho interinstitucional para evoluir para um caminho de comando unificado, ou de gestão com comando unificado, por fontes precisas e importantes de financiamento, mas do ponto de vista de externalidades importantes que pudessem gerar esse esboço que a rigor nós estamos falando aqui, não tendo mudança de perfil epidemiológico e o outro insuficiência institucional pela história, aí sim por uma certa interface de externalidade.

Entrevistadora: Outra questão importante que a gente precisa de uma afirmação sua, ou não, é nessa sua fala. Na época, o Município de Vitória por si só era capaz, porque ele é capital do Estado, e como capital ele é pólo atrativo para vários serviços, inclusive os de saúde, portanto nessa condição, naquela época, o município de Vitória por si só era capaz de prestar atenção integral a toda população de Vitória, ofertando todas as tecnologias, sejam elas consultas especializadas, exames, cirurgias, transplantes, ou não?

... não é ainda. Se você pensar na oferta específica de ... absolutamente não era; se você pensar nos equipamentos existentes na cidade, no território, você pode evoluir que naquela época existia um volume importante, tecnologias variáveis, algumas melhores e outras piores, algumas coisas melhores começando a surgir, que evoluiu hoje para muita coisa de ponta, assim como os instrumentos de relacionamento público-privado que evoluíram hoje, mas até naquele momento eram absolutamente nulos ou incipientes, de pouca possibilidade de uso naquele momento.

Entrevistadora: Assim, a quem incumbia garantir que a população, que era bem atendida no nível primário de atenção, tivesse acesso aos níveis secundários e terciários, a quem incumbia? Era ao Estado?

Entrevistado: Do ponto de vista da oferta de serviços, era o Estado. A quem incumbia a oferta de serviço era o Estado, ou filantrópica ou privada. Sem uma interação de referência e contrarreferência; por busca espontânea da população. Eu preciso de um oftalmologista, eu preciso de fazer uma cirurgia de mioma, eu preciso de um procedimento A, B ou C...; mesmo as vezes programas específicos como exame colpocitológico, que pudesse identificar um carcinoma *in situ*, o procedimento que era decorrente daquele achado não era um procedimento obrigatoriamente garantido adiante; havia uma outra fila, cuja demanda espontânea o paciente já estava orientado para aquilo, ele entrava numa outra fila, num outro momento, numa outra agenda.

Entrevistadora: Ou seja, deputado, embora à época não se falasse em regulação do acesso, com o conhecimento que nós temos hoje de regulação do acesso, então não havia regulação do acesso?

Entrevistado: Absolutamente não, mesmo hoje há limites para esse assunto, mas naquela época nós tínhamos o arcabouço teórico para esse assunto, nós tínhamos todos, pelo menos em grande parte, a estrutura conceitual; acerca dos instrumentos, estava em formação... Interessante que às vezes eu sou demandado por uma família em aflição por acesso à UTI. Até três-quatro meses atrás, quando uma demanda dessa chegava e a gente buscava uma autoridade gestora para poder tomar a decisão, se tem possibilidade de acesso ou não..., Nos últimos três-quatro meses esse acesso é absolutamente impermeável, não há nenhuma externalidade que possa entrar neste momento, então é o sistema que toma conta e tem que tomar conta, de fazer essa mobilização e essa referência de cada paciente, de onde ele vem e pra onde ele vai.

... para encerrar essa entrevista tão inteligente, eu gostaria sobre a sua gestão e hoje com toda a experiência que tem, de militância na área da saúde, como deputado estadual, federal, secretário de saúde..., olhando para trás, qual a avaliação que o senhor faz da sua gestão e quais decisões que tomou que não tomaria, e quais gostaria de ter tomado que não foram possíveis em relação à integralidade? Fale livremente, assim a gente encerra esse momento tão importante.

Entrevistado: Olha, aquele momento foi um momento muito importante para a cidade de Vitória. A cidade de Vitória tem uma característica interessante de que, mesmo com as diversas posições contrárias na gestão pública, ela tem um histórico positivo de gestões em geral ao longo dos anos. Cada prefeito que entrou na cidade, com perfis de um tipo ou de outro, seguindo tendências de um tipo ou de outro, deixaram sua marca, então assim é uma cidade que, progressivamente tem feito boas gestões. Nenhum prefeito foi gerador de catástrofes, todos eles foram geradores de algo que, à tempo e à época, tiveram coisas em geral positivas. Na área da saúde, a gente evoluiu muito mais sensivelmente a partir da gestão que nos antecedeu, na gestão do Dr. Vitor Buaiz, quando se concebeu, pela primeira vez, a idéia de um sistema municipal de saúde com oferta de serviços, organizada por regiões, a concepção de regiões, a concepção de serviços, aí a partir do que poderíamos ofertar, os territórios de saúde, a incorporação de políticas diferenciadas como a questão da saúde mental, a questão da política do idoso. Eu fui responsável pela decisão e início da obra, fruto do Dia Nacional dos Idosos, que gerou a vontade firme, que gerou o compromisso de fazer um Centro de Atenção aos Idosos; uma política pública interessante, que tomou corpo depois com o Programa do Idoso, porque antes havia uma política chamada SOE, serviço de orientação ao exercício, onde a terceira idade estava muito presente, havia um conjunto de elementos tomando forma e que o Governo que nos antecedeu foi muito feliz nisso, foi muito positivo sobre esse aspecto. Meu período foi muito curto, não foi um período longo, foi um período de 15 meses, foi um ano completo mais os três meses seguintes, e no primeiro ele teve uma atenção importante, porque como nós vínhamos de um movimento político... embora afins, mas havia intenções de baixo trânsito das pessoas que estavam envolvidas com os sistemas de saúde. Nós éramos e fomos agentes políticos e públicos naquele momento em que se esboçava a característica partidária de maneira mais intensa, então quando eu assumi a secretaria de saúde, a decisão de eu assumir só foi tomada no dia 31 de dezembro de 1992, o meu antecessor decidiu por não me passar a Secretaria, então eu tive que “navegar em ponto cego” durante uns

e apropriasse do que havia de realidade e pudesse, a do que eu tinha de informações e instrumentos que eram ofertados. Então eu considero aí os doze meses de presença importante, embora a gestão anterior..., além disso, ele teve algumas coisas que foram positivas, a discussão da flora medicinal, os fitoterápicos...; estabeleceram um política pública interessante ali, ainda muito incipiente mas muito interessante, pois estabelecia-se uma cultura sobre esse assunto, sobre o tema da homeopatia, sobre o tema da fitoterapia, que era um conjunto de procedimentos que até então não acontecia na rede pública médica, dita como atendimento médico cartesiano. Então, nesses doze meses o que nós fizemos foi consolidar o conceito de expansão, buscar instrumentos de gestão e financiamento capazes de dar conta desse tema, ampliar, à exemplo da anterior, que fez o CPTT, Centro de Toxicomania, nós usamos o tema da terceira idade, do ponto de vista de uma política específica própria, que foi o Centro de Atenção ao Idoso, um dos pioneiros no Brasil. O fortalecimento do que podíamos fazer no nosso nível e com o que tínhamos de disponibilidades e possibilidades financeiras na área de medicamentos e na área de serviços especializados na área ambulatorial, como oftalmologia, em especial, uma demanda sempre muito grande, a neurologia, a neurologia nós não conseguimos avançar... Avançamos muito no âmbito laboratorial, inclusive você fez parte desse momento, nossa lembrança é boa até por isso, nós somos cúmplices desse momento.

Entrevistadora: É deputado, ser pesquisadora nesse projeto é interessante porque as emoções voltam, ainda mais porque eu participei da sua gestão e me lembro que o senhor em momento algum descontinuou aquilo que era considerado importante da gestão anterior, pelo contrário o senhor deu continuidade e foi criativo...

Entrevistado: Até porque, em que pesasse naquele momento as tensões no âmbito da política, mais das expectativas e das atitudes políticas, de agrupamentos que se formaram desde a universidade, na vida pública pós-formados, mas do ponto de vista do conceito de política, e da nossa formação tanto democrática quanto dos instrumentos envolvendo a construção do sistema de saúde, eram importantes. Nós trabalhamos muito na compreensão do que avançava naquela direção com os instrumentos que se dispunha e o que não avançava. O conjunto das coisas era positivo, não havia porque fazer rupturas com coisas cujo espaço seria para avançar, tanto que quando eu sou sucedido por um secretário que permanece por nove anos, ele aprofunda, no limite, essa territorialidade da oferta de serviços da rede pública municipal, ele avança nos

rança nos instrumentos de referência, ele vai criando
que vão dando forma de maneira importante.

Entrevistadora: Vai efetivamente regulando o acesso e regrido o sistema.

Entrevistado: Vão sendo gerados instrumentos de regramento por níveis e por ações
que vão sendo instituídos...

Entrevistadora: Até porque o Ministério da Saúde induziu...

Entrevistado: Aí você tem também, ao mesmo tempo, que a cultura sanitarista, que
tinha restrições e preconceitos com o “andar de cima”, no sentido que era o andar rico,
também o “andar de cima” tinha restrições e preconceitos com os sanitaristas... muito
interessante porque ambos se olham. Aí você tem por exemplo a incorporação..., e essa
foi uma luta que nós tivemos muito interessante, para fazer essa lembrança..., dos
procedimentos não médicos remunerados pelo SUS; ali foi um momento que a gente
vivenciou de maneira positiva, ali são as culturas se encontrando, de remunerar um
curativo, de remunerar uma injeção, de remunerar uma consulta de enfermagem, um
atendimento de sala de atendente de enfermagem, como procedimentos remunerados
pelo sistema. A idéia era um negócio lógico, de que não existe nada que seja gratuito,
porque tudo que você faz tem um custo, seja de um pequeno custo, seja de um médio,
seja de um maior custo. Mas o sistema não remunerava, hoje não se remunera à
contento, mas se remunera todo o conjunto de ações. É um momento em que as
culturas vão se encontrando e as institucionalidades vão se formando, vão se formando
já com essa cultura de um processo de integração. Acho que como nós vivenciamos
uma experiência de Estado que foi muito positiva, tivemos um hiato de um momento de
crise, mas no município foi muito positivo. Nós tivemos aí o Dr. Vitor Buaiz, depois o
Paulo Hartung e na sequência o Luiz Paulo por dois mandatos, e agora o João Carlos
Cosser por dois mandatos, 5 mandatos, vinte anos, indo para 6 mandatos, numa
progressão, que até tem que balançar um pouquinho para ver qual o ponto que entrou
num campo de inércia. Há muitos instrumentos hoje que permitem você desafiar
algumas lógicas e criar alguns cenários distintos.

Entrevistadora: Mas exatamente é essa a beleza do SUS, na sua gestão os
instrumentos não existiam e hoje eles estão aí colocados...

Entrevistado: Hoje quando você vê, por exemplo, uma planilha de preços, é lógico que

Quando você ver o mapeamento de preços de todos os serviços, paralela, e no caso da saúde com impactos fantásticos nos medicamentos, tanto nos serviços em geral, que você pode comprá-los por um custo muito mais baixo por um procedimento de gestão, porque não se compra mais na hora que falta, mas por uma compra ao tempo e à hora com uma matriz de preço feita planejadamente, que te permite fazer procedimentos que são importantes. Acho que nós evoluímos muito na gestão pública em geral o que influencia dentro do SUS, e nas questões do SUS, e em particular, na integralidade, acesso universal, a integralidade e a interação entre os diversos níveis da atenção. Estamos muito longe do que nós desejamos, mas estamos muito longe de onde nós estávamos. Especialmente, quando alguém vai ao serviço, especialmente quando alguém sai de madrugada para ter acesso ao serviço especializado e precisa, depois ser encaminhado, esperar um número de meses para ter acesso em outro nível de complexidade. Esse sistema tem muitos problemas que envolvem gestão, que envolvem a referência e envolvem a integração entre os níveis diferentes de agentes, sejam públicos, sejam filantrópicos, sejam privados.

Entrevistadora: Algo mais a dizer, deputado?

Entrevistado: Em particular, em um ambiente teórico, esta entrevista nos permite..., no caso dessa entrevista, me provocar no sentido de que a gestão vivenciada àquele momento produz uma história, para todos os que se vêem. E eu como agente público, que continuo presente na ação política, também há uma necessidade pessoal de revisitar essa trajetória, até para aprofundar alguns temas que são importantes. Como o que nós estamos no debate congressional envolvendo o problema do tema do financiamento SUS, que envolve a regulamentação da EC-29, mas há um particular interesse em relação à criação, novamente, de uma nova contribuição, que o maltrato feito à anterior está comprometendo a possibilidade de criar uma nova. Ainda mais esse ano que é eleitoral, criar uma nova agora é praticamente impossível, mas este será um tema a ser resgatado, com certeza, no primeiro ano do mandato que se inicia em janeiro de 2011.

Entrevistadora: Novamente muito obrigada!

Entrevistado: Sucesso e que isso aí vá oferecer àqueles que estão dentro no sistema e a nós que estamos fora do sistema nesse momento, e que, eventualmente, possamos estar dentro até, é o desejo que esse curso possa oferecer boas reflexões para o

s existentes e a criação de instrumentos novos. Você agora com o Obama é um desafio fantástico, de fazer tardiamente algo que nós já começamos a fazer.

Entrevistadora: E que vieram se inspirar aqui no Brasil.

Entrevistado: Nós já temos a cultura de saúde. O SUS é um patrimônio brasileiro, é um patrimônio cultural e institucional brasileiro que precisa ser aprofundado, até para que a gente possa servir também de história.

Agradecimentos finais da pesquisadora.

Período da gestão – 2002-2003 - Entrevistado 3

PARTE I

DATA: 04 de Janeiro de 2010.

Explicações iniciais da pesquisadora sobre o objeto e objetivos da pesquisa.

Entrevistadora: Em que período o senhor atuou na gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

Entrevistado: Acho que oficialmente foi de Abril de 2002 a Janeiro de 2003, certo?

Entrevistadora: Não foi 2004?

Entrevistado: Não, foi 2003. Com certeza. Não lembro o mês, se foi janeiro ou fevereiro.

Entrevistadora: Fevereiro! Final de Fevereiro.

Entrevistado: É! Mas eu fiquei os três meses anteriores já respondendo pelo Anselmo, que tirou três férias acumuladas e eu fiquei respondendo. Fiquei janeiro, fevereiro e

de desincompatibilizou. Eu respondi três meses e depois
secretário de abril a fevereiro.

Entrevistadora: Qual o modelo de gestão adotado pela secretaria de saúde no período em que o senhor foi secretário?

Entrevistado: Modelo de Gestão?

Entrevistadora: Era uma gestão burocrática, autocrática ou gestão participativa? De que forma se dava essa gestão?

Entrevistado: A secretaria já tinha uma trajetória, acho que essa é uma das grandes variáveis que compõem a história da Secretaria de Saúde de Vitória, de um processo participativo de longa duração, em que a equipe técnica tinha parte, muito forte, de inserção no processo de construção do modelo de atenção a saúde do município, de organização da atenção a saúde, com um viés também, naquele momento, muito forte de participação comunitária no nível local. Participação direta da comunidade na questão da organização do território de saúde e dentro do Conselho, que tem uma rotina muito forte de atividade e de presença da comunidade e dos demais atores do controle social, junto com a gestão municipal. E tinha fóruns instituídos, naquele momento, em que a equipe participava rotineiramente nas agendas de planejamento da secretaria. Nós tínhamos um compromisso democrático de construção coletiva.

Entrevistadora: Em relação à organização da atenção a saúde, como é que se dava esse processo na sua gestão? Se havia alguma corrente ideológica específica? Algum método adotado?

Entrevistado: A condução que se dava, naquele momento, era com foco em organizar a atenção primária a saúde, entendendo que era essencial ter a atenção primária bem organizada e bem estruturada para você garantir qualquer tipo de integralidade do cuidado. Era importante que essa rede de atenção primária tivesse oferecida e também, a partir daí, organizar os outros espaços de gestão na discussão da saúde coletiva, na regulação, vinculada a organização desses pontos de atenção, para fortalecer a gestão municipal, já, naquele momento, enxergando com muita clareza a necessidade de incorporar responsabilidades mais abrangentes de gestão. Chegando naquele momento, na NOB 96, na NOAS, pensando na Gestão Plena do Sistema. No ano de 2002 teve uma conferência só para isso, uma conferência para discutir modelo de

aquele momento era isso, organizar uma boa atenção primária dentro da equipe, toda a lógica de reflexão do processo de trabalho, era esse. Atenção primária resolutive com foco na integralidade. A base de discussão com uma consultoria que trabalhava com a gente era a construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde a partir da atenção primária resolutive, organizando os pontos de atenção.

Entrevistadora: Então, o senhor abordou a questão da integralidade. Pode-se afirmar que o foco da sua gestão, e a que a antecedeu, era propiciar a atenção integral a população? E que veio organizar esse sistema para prestar essa atenção integral? Porque na análise documental o SISS aparece com essa proposta.

Entrevistado: Nós tivemos isso muito forte, mas aí sempre coloco assim, da vivência que a gente tem da gestão pública, às vezes a gente tem certa distância entre “intenção e gesto”, como se diz no teatro. Era uma diretriz muito clara, essa diretriz estava muito conformada, mas eu acho que muitas vezes os tempos de construção dos processos não se efetivaram, no sentido da operacionalização efetiva dessa integralidade. Mas, essa era uma diretriz muito clara, e toda a construção não se desviava desse caminho. Havia, talvez, uma distância entre o tempo que você desenhava, que estava projetado os processos, e que os que se efetivavam. Então a gente colheu muito fruto naquele momento, nessa direção de integralidade, organizando sistemas logísticos, organizando os pontos de atenção primária, estruturando algumas redes até a nível de média complexidade, mas com limitações por conta da limitação de gestão efetiva de todo sistema.

Entrevistadora: E em relação à Gestão Plena, que justificou até a realização de uma Conferência, qual o motivo pelo qual, na sua gestão como secretário, o município não assumiu a Gestão Plena? Havia externalidades ao SUS do município que levava o município a não assumir a Gestão Plena?

Entrevistado: Era embate, a gente tinha algumas divergências no ponto de vista da governabilidade que o município tinha naquele momento e havia também uma insegurança, eu diria que institucional, maior ou menor, dependendo do ator, mas a instituição Secretaria Municipal de Saúde, naquele momento representado por esse conjunto de atores, que até reforçando esse conceito de que era um espaço democrático e de decisão coletiva, no conjunto havia insegurança sobre o grau de possibilidade de pactuação com a gestão estadual, uma pactuação efetiva e construtiva,

...se, naquele momento, algumas responsabilidades de e falava de serviços de atenção hospitalar, envolvendo urgência e emergência, alta complexidade. Por essa insegurança na relação institucional, acho que talvez tenha sido o fator mais determinante naquele momento, apesar do município estar se organizando internamente com diversos recursos na área de regulação, nas ferramentas de controle, de auditoria, experiências positivas em áreas que ele teria que incorporar no futuro do ponto de vista de regulação, assistência farmacêutica, laboratório... ; havia muitas experiências boas, inovadoras, que poderiam ser agregadas no eventual avanço de gestão, o serviços a serem incorporados. Mas eu acho que o maior determinante naquele momento foi essa instabilidade na relação Estado-município.

Entrevistadora: Então esta foi uma externalidade ao SUS municipal?

Entrevistado: Sim, com certeza.

Entrevistadora: A não assunção da Gestão Plena do Sistema, na sua percepção, dificultava, à época, a prestação da atenção integral à população?

Entrevistado: Dificultava, e a não decisão até hoje de consolidar esse processo de Gestão Plena na Gestão da Capital acho que é determinante, mas, mais do que para o avanço da integralidade no município, é para o avanço da integralidade da gestão, para longe.

Entrevistadora: A gente sabe que o município de Vitória é pólo estadual, 56% dos serviços mais complexos do Estado estão localizados no território municipal de Vitória. Em função dessa qualidade dos serviços, da atenção primária e da atenção especializada que o município tinha, e ainda tem, Vitória era um pólo atrativo para essas populações e que em algum momento se chamou de “invasão de clientela” no município de Vitória por outras populações. Como que o senhor vê essa busca de populações de outros municípios para os serviços localizados no município de Vitória em relação à integralidade na atenção aos munícipes de Vitória?

Entrevistado: Eu não acho que a demanda externa seja restritiva de acesso, se você tem metodologias adequadas de organização do sistema de saúde. Por exemplo, do ponto de vista da atenção primária, uma adscrição clara de clientela, a definição de território quebra isso. Você não pode negar acesso a indivíduos como atenção pontual.

da saúde da população, não minimiza em nada; não fosse capaz de competir, até porque ainda hoje a gente identifica, e naquela época a gente já identificava, a inexistência no uso da oferta disponível, muitas fragilidades em mecanismos de gestão para usar integralmente os recursos, o potencial de acesso de serviços que a rede municipal tinha. Também acho que o essencial nessa história é você ter regras bem estabelecidas e pactuadas, porque são regras mais da relação entre gestores do que questão de restringir ou abrir o acesso à população, que ela tem que ter garantia; ela tem direito de buscar o serviço onde ela acha que é melhor atendida. Se eu faço regras claras entre os gestores, eu posso criar mecanismos de barreira que não são restritivos a atenção de urgência quando eles precisam, mas se eu começo a delimitar onde ele consegue chegar numa pactuação entre gestores, para que você tenha onde cuidar... . Eu não acredito que isso tenha sido..., que isso influenciasse negativamente o acesso da população do município de Vitória aos serviços.

Entrevistadora: A sua própria fala pode levar à conclusão de que o município de Vitória por si só não é capaz de propiciar a atenção integral à sua população. Pode-se depreender isso da sua fala? Que há uma interdependência entre os municípios para prestar essa gestão integral?

Entrevistado: Acho que é indispensável isso e, particularizando o município de Vitória, algumas tecnologias necessárias, quando você pensa integralidade do cuidado, não tem que necessariamente estar disponíveis na capital. Nós temos exemplos claros de serviços em outros municípios do Estado, que são resolutivos, ainda que não garantam a integralidade para a população capixaba. Um exemplo é a cirurgia cardíaca-pediátrica que é feita em Cachoeiro, que é um pólo, que tem condições de ampliar, de atender o Estado todo, e que poderia perfeitamente ser um exemplo de alta complexidade, que o município de Vitória teria, e que não se justificaria enquanto escala, de criar serviços próprios aqui para 300 mil habitantes.

Entrevistadora: Que mecanismos na sua gestão como secretário, ou que decisões foram tomadas que possam ter restringido o acesso da população de Vitória a qualquer tecnologia? Teve alguma decisão desse tipo?

Entrevistado: Eu não chamaria de restritiva, eu diria, naquela lógica anterior, que a gente estava falando, de organizar o acesso no sentido de preservar o conceito de equidade, associado à questão da integralidade, por exemplo, o que a gente fez na

ntos, que tinha normas bem estabelecidas de como o
uma padronização própria, ampliada, com um montante
de recursos grandes alocados, mas com regras muito claras de como o usuário teria
acesso a esses exames. Apoio ao diagnóstico a gente também trabalhou muita coisa
nesse sentido, o próprio processo de territorialização de saúde que era anterior, foi se
consolidando ao longo do tempo. É uma maneira de você, de forma pactuada,
estabelecer uma clientela preferencial para cada serviço. Eu acho que foram
mecanismos de organização e que podem até ser entendidos, dependendo da ótica que
o cidadão olha, como uma restrição, mas na verdade era uma estratégia de organização
de processo.

Entrevistadora: Na verdade é um processo regulatório!

Entrevistado: Isso! Exatamente.

Entrevistadora: Para finalizar esse item integralidade. Que medidas foram adotadas na
sua gestão que ampliaram o acesso da população às tecnologias assistenciais? Além
desse processo de organizar, de regulação, para ampliar o acesso para a atenção
integral?

Entrevistado: Em vários sentidos, tem algumas coisas que estavam perdidas...,
Naquele momento havia um incremento, ampliação de pontos de atenção no município,
a qualificação grande da estrutura física das unidades de saúde, novas unidades e
melhoria das estruturas, do ponto de vista da qualidade do acesso, serviços internos de
cada unidade. Havia um movimento franco, naquele momento, de ampliação dessa
rede. A parte toda de apoio e diagnóstico, todo sistema de apoio logístico, estava
passando por um fortalecimento grande. Toda a estruturação de laboratório, a
descentralização do sistema de coleta, a questão da ampliação do elenco de
medicamentos básicos. Eu não sei se eu estou temporalmente correto, se está tudo
dentro desse período de gestão, esse processo que estava em andamento naquele
momento, isso tudo com certeza garantiu um acesso muito maior da população aos
serviços.

Entrevistadora: De contratos também!

Entrevistado: Eu ia entrar nisso. As medidas de regulação de caráter mais formal, foi
introduzindo, a partir daí, serviços novos, terceirizados, que a gente foi contratando,

normas de relação também com esse serviço, não um com regras bem estabelecidas que estavam voltadas sempre para buscar resultados e medidas de impacto junto aos prestadores, etc.

Entrevistadora: Essa ampliação de tecnologias, de pontos de atenção especializados...

Entrevistado: Desculpa, naquele momento também tinha um movimento que estava na fase ascendente, acho que isso é um processo no país, e que naquele momento estava sendo concebido, estava sendo incrementado, que era o processo de informatização, uso de tecnologia de informação na rede, agregando muito mais eficiência, aí a melhoria do acesso em relação à eficiência, agilidade, etc.

Entrevistadora: O senhor estava colocando a ampliação de serviços, da oferta e de acesso aos serviços, terceirizações, e isso então reporta ao outro tema desse estudo que é a regulação. Na percepção do senhor, como se dava a regulação do acesso da população a todas essas tecnologias? Com a delimitação, objeto deste estudo, que é a regulação do acesso à atenção secundária e terciária na assistência clínica individual? Como se dava essa regulação?

Entrevistado: Você está falando de que nível regulação? primária, secundária e terciária?

Entrevistadora: A regulação sobre a rede de prestadores, como se dava essa regulação de acesso sobre a rede de prestadores, de tal forma que a população tivesse o acesso garantido ao nível secundário e terciário?

Entrevistado: Olha, talvez isso expresse uma opinião muito pessoal. Eu acho que naquela época ela era extremamente restritiva dessa intenção de integralidade, pensando no fluxo do indivíduo do nível de atenção primária para secundária e terciária. Vitória, por conta de não ter assumido naquele momento que regionalizou, a Gestão Plena, começou a dar soluções internas, dentro da própria rede, principalmente na oferta de serviços de urgência e os ambulatoriais, os exames para apoio diagnóstico de média complexidade, mas faltou ali, eu acho que até hoje falta, a nossa construção de Sistema Estadual de Saúde mesmo, que não conseguiu dar conta do uso de boas ferramentas para garantir esse fluxo de forma mais gerenciada pelas instâncias gestoras. Depende muito mais do indivíduo lutar por esse acesso do que por meio de um fluxo organizado. Ele acaba sendo responsável pela garantia do cuidado dele,

es de atenção dentro do sistema de saúde, mesmo que a organização de oferta. Dentro do que o município criou para ele mesmo, ele tentou construir mecanismos regulatórios; havia uma construção bem feita, aí eu me lembro bem, do reposicionamento dos clínicos, na medida em que a estratégia Saúde da Família foi avançando, os médicos de primeira linha, os clínicos, pediatras, ginecologistas e algumas outras especialidades, com a retaguarda dos fluxos de referência, inter-consulta, coisas voltadas até para a qualificação do profissional de atenção primária, com fluxos de acesso dos usuários bem organizados, mas estava longe de suprir a necessidade da população de Vitória para garantir integralidade. Então eu acho que nesse caminho nós temos grandes coisas a serem cumpridas, criando ferramentas. Mais do que ampliar a oferta, criar boas ferramentas para organizar o fluxo do cidadão entre os diferentes níveis de atenção.

Entrevistadora: Hoje é engraçado falar dessa forma, nós como Secretaria Estadual de Saúde, mas um município em Gestão Plena da Atenção Básica tem uma dependência regulatória do acesso do Estado. Na sua opinião, o Estado naquela época cumpria o seu papel de regulador na ausência do município?

Entrevistado: Não, pelo contrário. Ainda acho que o Estado é ineficiente, era muito ineficiente naquele momento. Naquele momento se torna muito mais intenso do que hoje, porque hoje tem uma concepção sendo desenvolvida de organização de rede de cuidado, que está pensando e introduzindo metodologias e os resultados vão aparecer a médio e longo prazos. Mas, naquele momento, não havia essa construção, nem conceitual na gestão estadual, e o usuário quase que disputava, de forma isolada, o acesso a cada ponto de atenção, seja nos serviços de urgência, seja um leito de internação ou uma consulta especializada, seja um exame. Eu acho que naquele momento era um fator limitante.

Entrevistadora: Então, em relação à regulação, esta é uma externalidade ao SUS municipal interferindo na organização do processo regulatório?

Entrevistado: E que interferia de forma negativa no processo.

Entrevistadora: Por conta de condição de gestão!

Entrevistado: Isso! Pouquíssimas ferramentas de gestão disponíveis no momento e da forma de pensar o Sistema Estadual de Saúde naquele momento. E aí a estrutura

o do Sistema Estadual, estava muito mais restrita para
par seus pontos de atenção, mais organizados, fluxos
mais bem definidos, com os pontos de atenção gerenciados pelo Estado.

Entrevistadora: Por que o SISS não foi capaz de potencializar essa interrelação e integração desses pontos de atenção, já que esse era o propósito dele?

Entrevistado: Porque a condicionante ali era ter a governabilidade sobre os pontos de atenção, a Gestão Plena do Sistema, ou um processo de pactuação muito bem construído e metodologias de trabalho similares, devido aos dois interlocutores distintos. Não havia essa interlocução com o Estado. O Município buscava para efetivar uma metodologia, consolidar um conceito, criar pequenos sistemas integrados de saúde, por exemplo, na linha de cuidado da mulher, buscou uma maternidade de referência, entrando no processo de gestão da maternidade que era de gestão estadual, mesmo sem participação do Estado. Sem a participação formal de transferência de gestão, ele passa a influenciar, se aproximar de alguns serviços de média e alta complexidade, pactuando alguns processos de trabalho à revelia de uma construção entre os gestores, de gestor municipal e estadual.

Entrevistadora: Mas aí o senhor traz para o palco dessa entrevista uma pactuação entre gestores que tem a finalidade de ampliar, não só de ampliar, mas de organizar o acesso da população às tecnologias assistenciais, que é a PPI. Como é que o senhor vê esse pacto entre os gestores das diferentes tecnologias assistenciais em relação a regulação? A regulação só existe em função de garantir o acesso. Se já tem a PPI que distribui essas tecnologias, porque que a regulação e a PPI juntas, associadas, não foram capazes de propiciar essa ampliação de acesso?

Entrevistado: Nós não temos... A PPI é uma ferramenta dentro do processo de regulação e aqui no estado do Espírito Santo acho que em poucos momentos ela sobreviveu, vou usar o termo sobrevivência para entender como ela era frágil; sobreviveu como uma coisa viva, uma PPI dinâmica. Houve um processo de pactuação muito mais, de novo a leitura minha, em todos os momentos que se pactuou no Estado a oferta de serviços da população. Ela representou muito mais a distribuição de recursos financeiros do que efetivamente a construção de mecanismos de acesso da população, que se consolidassem depois, a partir do momento que a gente pactua, em operações efetivas para viabilizar o acesso pactuado. Elas eram PPI's que "congelavam" muito rapidamente, num determinado momento histórico, e daí pra lá vinha sofrendo

os isolados de um ou outro ator, de um ou outro gestor não havia, e devo dizer que estamos longe de chegar lá, o uso efetivo da ferramenta da PPI, como instrumento de pactuação integrada entre os gestores e com esse viés da integralidade colocada na construção dos pactos. Talvez tenha sido uma reflexão séria durante o processo de pactuação, uma expectativa, mas, do ponto de vista de gestão ela não se dava na concepção efetiva do que estava sendo pactuado.

Entrevistadora: Para finalizar esse item, o senhor acha que se justifica regulação do acesso quando a PPI não é “viva”? Na ótica do município de Vitória?

Entrevistado: Para um município como Vitória a PPI, como ela era gerenciada na época que estava na secretaria, ela era muito pouco expressiva como ferramenta, então ela poderia ser muito mais útil se ela fosse efetivamente utilizada como mecanismo de gestão de processos, mas, de novo, vou insistir, ela tinha um momento, um marco zero, em que ela era validada e daí para lá, à medida que você fosse construindo outros mecanismos de acessibilidade, de construção de acesso do indivíduo, ela não se integrava ao processo da PPI, para que efetivamente fosse uma ferramenta de regulação a ser utilizada de forma viva, dinâmica. Então eu acho que ela é uma ferramenta muito pouco expoente, ela só servia naquele momento em que eu estabelecia um determinado recurso *per capita*, que é difuso e igual para toda a população, um padrão do Estado, colocando todo mundo em pé de igualdade e quando eu rateio eu coloco uma determinada oferta na mão da população daquele município, daí para lá ela se perdia nos mecanismos de acesso, se perdia na priorização do aporte de recursos, da oferta de novos recursos. Acho que é um instrumento muito pouco útil, o que não torna todos os mecanismos de regulação, que estou usando aqui durante a entrevista, errados. Acho que Vitória vem amadurecendo ao longo do tempo, mesmo com muito pouca governabilidade sobre a PPI, porque poucos pontos de atenção que faziam parte da pactuação da PPI, sob gestão dela, do município de Vitória..., ela conseguiu estabelecer um conjunto muito grande, ela construiu uma inteligência regulatória dentro da secretaria estadual, conseguiu enxergar inclusive essa fragilidade.

Entrevistadora: Em relação à análise documental, nesses vinte anos de SUS, foram identificadas duas comunidades epistêmicas que provocaram profundas mudanças nos arranjos institucionais e organizacionais que estavam colocadas. Estas duas comunidades, que foram muito marcantes, foram a dos sanitaristas na primeira gestão

ção do pós-SUS, iniciada pelo Dr. Lelo Coimbra e logo comunidade dos epidemiólogos, ou epidemiologistas. Duas comunidades que realmente provocaram mudanças nas instituições. Logo em seguida vieram os médicos gerais comunitários e a análise documental não mostra com clareza se os médicos gerais comunitários se configuraram em uma comunidade epistêmica. Em sua opinião, que é médico geral comunitário, o secretário era e é médico geral comunitário, havia pessoas do alto escalão médicos gerais comunitários, ou seja, o comando da política pública de saúde no município era feito por médicos gerais comunitários. A pergunta é, pode se considerar que os médicos gerais comunitários eram uma comunidade epistêmica naquela época? E se foi, que mudanças aconteceram e em decorrência dessa comunidade epistêmica?

Entrevistado: Colocando na escala do tempo, eu posso enxergar o grupo de médicos gerais comunitários e os atores em torno deles, como uma comunidade interferindo no processo de construção do sistema municipal de saúde de Vitória, muito mais enquanto comunidade acadêmica do que efetivamente pelos atores que naquele momento passaram pela gestão municipal. Tinha uma formação de lá, tem uma influência muito forte desse passado, que interferiu, lógico que os atores tinham lugar de poder para interagir, e o que foi construído na gestão municipal tinha ideologia. O conceito que vinha se construindo no Programa de Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal de 1993, que se extinguiu, ele foi marcante porque muito de práticas de serviços foi construída em relações, no final da década de 1980 e início de 1990, de interações de serviços da Universidade, de interações de várias unidades de saúde do município. O pessoal foi lá, vivenciar a prática da medicina comunitária na unidade piloto do Programa Tomaz Tomazzi, que inclusive depois foi incorporada pelo município quando o Programa se extinguiu. O município absorveu, transformou em unidade municipal e até hoje faz parte da rede municipal de Vitória. Eu acho que ali tem uma comunidade que no momento de transição, que você busca no processo de trabalho, no final da década de 1980 e início da década de 1990, ela tinha uma influência muito grande. Os atores que participaram desse processo chegaram a lugares de poder e com certeza a trajetória de conhecimento dessas pessoas, o saber acumulado, a forma de pensar, a importância dada à atenção primária no município naquele momento, tem a ver com esse saber de uma comunidade que pensava dessa forma. Eu diria que ali naquele momento que não era uma comunidade mais estruturada, mais organizada, se posicionando como uma comunidade, proveniente de uma comunidade, da mesma forma que aconteceu com os consultores, que tiveram um papel importantíssimo em

forma de pensar, mesmo não sendo atores intrínsecos

Entrevistadora: Então há uma dependência desses atores na trajetória dessa uma comunidade epistêmica?

Entrevistado: A contribuição clara desses atores com a comunidade tinha uma força muito grande na década de 1980 e início da década de 1990 que não foi percebido pela Universidade, que foi o “pai” mas era o “pai ausente” do projeto, que se deixou perder na história, na vivência, que teria sido muito rica na Região Metropolitana, e eu acho que ali, nesse exemplo, que demonstra, um pouco dessa influência dessa comunidade no serviço, quando esses atores chegam na gestão do sistema e sustentaram um determinado modelo, muito influenciado pela concepção, pela forma de organização do saber que esse grupo refletia.

Entrevistadora: Agora, mudando um pouco a dimensão da pergunta, a análise documental mostrou que há várias leis autorizativas e vários indicativos de leis, originados da Câmara Municipal de Vitória que propunham a criação de serviços, a ampliação de serviços, programas, projetos de toda sorte e natureza. Como é que o senhor vê essa iniciativa do Legislativo, se isso é uma externalidade na sua concepção? E o quanto isso facilitou ou dificultou o avanço da gestão?

Entrevistado: Parte da resposta pode ficar em *off*? Pode não citar a fonte!

Entrevistadora: Pode, não tem problema não!

Entrevistado: Não tem problema não? Essa é uma leitura que eu tenho. A gente que convive com isso o tempo todo na gestão pública, eu acho que é uma externalidade positiva, mas é preciso ter uma leitura disso. A presença do Legislativo Municipal nesse processo, de modo geral, foi muito positiva e as exceções se davam muito mais por conflitos de interesse, de caráter eleitoreiro e pontuais, de um ou outro Legislador Municipal, mas, de um modo geral, quando surgiam indicações, a grande maioria das vezes, referendava o que a gente estava fazendo na política e não desviava para outros caminhos e não a induziam outros processos. Demonstrava uma legitimidade dessa construção junto à sociedade, de um ator que era o Legislativo, que tem um papel de representação, a interlocução em geral com as Comissões de Saúde era muito positiva naquele momento. Agora, a minha leitura efetiva, é que não era uma relação pró-ativa e

...li um oportunismo, por isso que eu falo que ele era um oportunismo de aderir a uma coisa que eles viam uma legitimidade muito grande na população, e ao colocar lá uma determinada Lei Autorizativa, como indicativo que consolidava a proposta em andamento, ele apunha o nome dele, do vereador ou da instituição do Legislativo a um projeto institucional que estava sendo desenvolvido pela Secretaria. Eu acho que era positivo, no sentido que referendava o que se estava fazendo, mais do que tenha saído de lá propostas inovadoras, que se agregaram na construção do projeto, era mais uma coisa de indicar determinados caminhos. Interessante dizer isso porque, naquele momento, tinha o Orçamento Popular. Muita coisa que a comunidade “chegava junto”, e decidia junto com o Executivo Municipal a forma de aplicar os recursos. A influência negativa do Legislativo foi muito pequena, em termos de interferir em qualquer direção contrária. Todo movimento, de um modo geral, que eu me lembre, o Legislativo legitimava esse processo, ao apontar as propostas de Leis Autorizativas ou de indicações.

Entrevistadora: Em relação à organização do SUS municipal...

Entrevistado: Desculpa-me, só um lado que é importante reforçar nisso, que mesmo quando a gente recebia determinadas indicações, eu mesmo quando estava em exercício fazia muito isso, dizia: “essa indicação não bate, não é consistente”, e o Legislador ouvia e discutia com a gente, acatava e mudava a proposta. Discutia dentro do Conselho, como forma de fazer com que o Legislador entendesse que a proposta não estava em consonância com a política municipal, mas com acatamento. Não me lembro de nenhuma situação de conflito com a Câmara Municipal nesse ponto, por a gente não ter acatado alguma indicação, ter proposto mudanças, ter reorientado o projeto. A interlocução era muito positiva.

Entrevistadora: Em relação à organização do SUS municipal, o senhor se lembra de alguma decisão e de algum ponto de veto, seja ele direto ou indireto, ao SUS estadual e ao SUS federal que o município possa ter tomado? *Veto Point*, inclusive, veto direto e veto indireto. O veto direto é quando um gestor se contrapõe frontalmente à legislação maior e o indireto é aquele que ele deixa de fazer, porque ou não concorda ou não reúne as condições objetivas para fazer. O senhor se lembra de algum veto direto ou indireto que o SUS municipal, em sua gestão, tenha feito à decisão estadual ou federal?

Entrevistado: Olha, eu posso dizer que teve, estou tentando lembrar.

cabou de falar. As normas orientavam que as capitais
o município fez a opção clara em não assumir, isso é

um veto indireto.

Entrevistado: No próprio processo de ordenamento, tem algumas coisas em relação direta de buscar caminhos alternativos, no momento que você não tinha uma formalização da pactuação de gestão existente, de buscar muitos caminhos alternativos de relação com prestadores, subvertendo, de certa forma, uma lógica que estava institucionalizada nas normas operacionais.

Entrevistadora: Mas isso não é mais um ponto de decisão – *decision point*, e não um ponto de veto – *veto point*?

Entrevistado: É, porque aí é a iniciativa, a iniciativa local, não é um veto ao formato, está correto. É muito mais uma decisão.

Entrevistadora: Alguma política que o Estado definiu e o município não seguiu? Que o Governo Federal tenha decidido e o município não seguiu? Uma política temática?

Entrevistado: Olha, estou com dificuldade de lidar isso, porque eu me lembro muito de um processo de construção muito próprio, quando a gente fala do ponto de vista da saúde coletiva, por exemplo, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, por mais que já estivesse processo normativo, digamos assim, do ponto de vista federal, ... o Estado... Não era muito próprio do Estado, naquele momento, ser um Estado normativo. Não lembro muito de coisas nesse sentido... Mas o que eu me lembro, naquele momento, tudo que eu penso eu penso mais como o exercício da autonomia do gestor local, essa questão da Estratégia de Saúde da Família, nós ousamos naquele momento regulamentar a prescrição da enfermagem, que era uma coisa que estava documentada, não havia uma normatização nem federal nem estadual. O reposicionamento do médicos, nós não colocamos pediatras dentro da equipe, mas institucionalizar um outro lugar para esse profissional, mas não como um confronto com a norma estabelecida.

Entrevistadora: Não, mas o veto indireto não significa necessariamente confronto, ele pode ser de cunho ideológico, de organização...

Entrevistado: Fazer diferente! Nesse aspecto eu acho que a gente inovou muito, esse fazer diferente, por exemplo, vou dar um exemplo, que a gente vi venceu, e que eu acho

na relação com o outro lado do sistema, é a Vigilância Sanitária é ser extremamente normativa, presa a regras e Vitória construiu um processo muito rico de melhoria, todo em cima de pactuações, muito menos punitivo, em que você implantava normas através de um processo de pactuação. A Vigilância Sanitária era muito menos policial e muito mais de construção de qualidade, de qualificação de serviços prestados. Eu acho que aí tem um pouco da subversão da norma, dizer que não quero fazer desse jeito. A tendência, naquela época, eram modelos que você importava de centralização de Vigilância Sanitária. Citei um exemplo, de colocar os profissionais de primeira linha intimamente ligados com a Estratégia de Saúde da Família, que naquele momento era quase que não pode, não tem pediatra e ginecologista na equipe de PSF. Nós integramos, dentro de um modelo próprio de integração, em que eles interagem diretamente com a equipe da Estratégia Saúde da Família em lugar próprio definido dentro da rede de atenção primária. São dois exemplos. Talvez, com um pouco mais de reflexão, estou puxando pela minha memória, dentro da atenção primária, acho que havia naquele momento uma cultura institucional, um modelo de ação que sobrevivia muito mais para a inovação da rede de gestão do que para constranger ...

PARTE II

Entrevista concedida por Dr. Francisco, como Subsecretário de Saúde de Vitória, no período de 1995 a 2002, responsável pela organização do sistema de saúde municipal.

Entrevistadora: Ninguém pode se esquecer que o senhor foi subsecretário durante aproximadamente 8 anos na gestão municipal e que o senhor era responsável pela construção da política de saúde nesse período. Queria que o senhor falasse livremente sobre esse período em que o senhor foi subsecretário, não mais agora como secretário, mas como subsecretário em relação a esses dois temas.

Entrevistado: Eu acho que o município de Vitória teve uma trajetória, de duas décadas, nas duas últimas décadas, vamos falar do final da década de 1980, muito diferente do que acontecia no estado do Espírito Santo que, enquanto município, iniciou o processo de implantação, de efetiva implantação do Sistema Único de Saúde, partindo dos princípios e diretrizes, de se orientar por eles, de construir a questão da participação e do controle social, sendo muito vivas em sucessivas gestões. Então, esses oito, nove anos que fiquei na gestão no município de Vitória, eu já entrei pegando “um bonde

esse mesmo caminho, essa trajetória permitiu, e mesmo acho que ali houve um ganho de qualidade por uma mesma equipe estar à frente da secretaria durante esse período longo, mas mesmo a partir daí em que houve uma troca mais freqüente de Secretários de Estado, no segundo mandato do Luís Paulo, depois vem a administração seguinte, aí já há uma continuidade maior, entra na administração do PT. É uma sucessão de gestões municipais caminhando numa mesma direção, que é a de consolidação do SUS dentro do máximo possível, dentro dessas limitações todas que a gente conversou aqui, que acho que são coisas que tem que ser superadas ainda, mas ele não se desviou da rota de implantar o SUS em seus diversos aspectos, com as restrições que a gente conversou, organização de modelo de atenção no município, sistema integrado, um conceito pré-estabelecido de sistema integrado de serviços, qualidade da atenção, nós falamos muito pouco sobre isso, mas tem a qualidade na lógica mais primária que a gente fala que é a da humanização, até da criação de um ambiente satisfatório, espaço onde as pessoas são acolhidas nesses serviços de saúde.

Entrevistadora: Protocolo de acolhimento.

Entrevistado: O processo normativo foi surgindo ao longo do tempo e até hoje nunca foi modificado, está valendo, consolidado como norma de processo de trabalho, o reconhecimento do espaço da saúde coletiva. Praticamente introduziu-se nesse período a questão da regulação e ela se consolidou; o município tem uma estrutura que está pronta para avançar em qualquer nível de responsabilidade de gestão, com a estrutura de regulação que ele tem hoje e um norte muito claro nessa direção de garantir a integralidade do cuidado, com equidade, uma preocupação sempre de usar os instrumentos de regulação normativos nesse sentido, e de efetivamente se dizer assim: “aqui tem SUS”. Vitória, talvez seja um dos primeiros lugares onde se fez pesquisas e havia isso, uma preocupação, eu não conheço dados mais recentes, mas na época a gente fazia muita pesquisa para avaliar a percepção da população e é impressionante de como naquele período a população incorporou o conceito de que tinha um serviço de saúde dela, que ela era usuária e proprietária, e reconhecia o avanço contínuo desse recurso, por mais que o foco da percepção da população seja a questão do atendimento médico ali, mas, ela via que a saúde do município de Vitória, estava num processo de melhoria constante, não só por leitura de indicadores, da população mais qualificada, mas uma percepção subjetiva quando você faz a pesquisa de opinião pública.

rovação, né?

Entrevistado: Olha, o que é mais marcante para mim é quando a gente usava aquele indicador composto, que era de menos 100 a mais 100, e era sempre... Vitória tinha a lógica dos parques, jardins, naquela situação, a área ambiental vivia lá em cima, cidade muito limpa, limpeza pública. Lá em baixo nos resultados das pesquisas na década de 1990, estavam saúde e educação, que a população “batia muito”, mas que foi a que evoluiu mas rápido nas pesquisas de opinião pública; mas eu me lembro, mais ou menos, em 1997 e 1998, quando a gente virou, chegamos no zero, ou seja, metade da população achava ruim e metade achava bom. Depois foi um ascendente, a gente chega a esses números a 86,3 de média, de nota entre os diversos seguimentos da população. Média altíssima.

Entrevistadora: Na pesquisa própria da Secretaria, feita pela equipe própria da secretaria, do Departamento de avaliação e controle, a nota era de 7.5 e 7.8, que se fazia a cada seis meses com a equipe própria.

Entrevistado: Que se fazia internamente! Mas, foi muito marcante, eu me lembro exatamente o ano, eu nem lembro quem fazia essa trabalho com a gente.

Entrevistadora: Futura!

Entrevistado: Ah, Futura! É, que virou, na época que usava era que abaixo do zero tinha mais negativo do que positivo na percepção da população, então a gente reverte isso e começa a curva ascendente, chegando na linha do zero, metade da população consegue ver que “a coisa” está melhor, que a saúde está mel horando.

Entrevistadora: Bem Dr. Francisco, estamos caminhando para encerrar a entrevista. Em oito anos aproximadamente como subsecretário e um como secretário, o senhor contribuiu para a mudança institucional?

Entrevistado: Olha! Dizem que quem tem a caneta na mão... Acho que a construção é sempre coletiva, uma coisa que eu vivi muito pouco, e nós não falamos aqui, e em outros locais, que eu só trabalho no SUS desde 1985, só faço isto, são 25 anos, esses nove, foi um momento que eu acho que o resultado tem haver com isso, que eu senti mais o trabalho em equipe. A integração em torno de um mesmo projeto, o esforço coletivo para levar uma proposta à frente, superar as limitações de cada um e construir um produto coletivo que é muito maior do que a soma de cada pessoa, eu acho que o

muito a ver com isto. Na trajetória de Vitória, muitas de conhecimento que se organizaram lá dentro e que ficaram ao longo do tempo, tenham contribuído muito mais do que qualquer contribuição individual. Acho que a contribuição individual que eu dei, foi conseguir me inserir nessa equipe e conseguir aproveitar ao máximo o momento em que eu era gestor e o que a gente queria produzir.

Agradecimentos finais da entrevistadora.

Período da gestão – 2003-2004 - Entrevistado 4

Data: 22 de dezembro de 2009.

Explicações iniciais da pesquisadora sobre o objeto e objetivos da pesquisa.

Entrevistadora: Qual o período em que o senhor foi Secretário Municipal de Saúde de Vitória?

Entrevistado: Fevereiro de 2003 até 31 de março de 2004.

Entrevistadora: Como estava a integralidade na atenção à saúde da população na sua gestão? A população tinha acesso às consultas, a exames, a internações, de tudo que ela precisavam ou não, ou o município tinha uma dependência da Secretaria de Estado para garantir esse acesso?

Entrevistado: A dependência era quase que total em termos de exames especializados e consultas especializadas. Tanto é que nós inauguramos no fim da minha gestão o Centro de Especialidades no Parque Moscoso. E hoje ainda esse problema acontece; o grande problema da rede de assistência de Vitória, eu fui candidato a Prefeito em 2008, as pesquisas que nós usamos na campanha eleitoral mostraram isso, só existia uma área em Vitória de grande insatisfação, que era a área de saúde, no que diz respeito a consulta especializada e exames especializados. Inclusive vários programas de campanha meu foram tratando desse assunto.

Entrevistadora: O senhor acha, pela sua fala, que o município de Vitória por si só não é

de. Ele tem uma dependência do Estado para poder
endida na íntegra. É isso Dr. Luciano?

Entrevistado: Totalmente, a estrutura de Vitória é de excelência na atenção básica, depois disso ainda está em construção.

Entrevistadora: Além dessa iniciativa que o senhor teve de criar o Centro Municipal de Especialidade, que outra iniciativa na área da atenção especializada o senhor adotou? O senhor fez alguma contratação com alguma entidade filantrópica, algum hospital, alguma clínica?

Entrevistado: Fizemos. Nós fizemos um repasse de recursos que foi inédito, porque era acoplado à prestação de serviços; era habitual na Prefeitura de Vitória no final do ano repassar recursos para os hospitais; nós fizemos isso, mas com amarração na prestação de serviços, condicionado a atenção, a exames laboratoriais, a exames especializados, consultas especializadas. Fizemos isso com a Santa Casa, com o Hospital das Clínicas, com a Pró-Matre, que virou a maternidade municipal, inclusive nós fizemos a inauguração da ala nova da Pró-Matre, naquela época, a ampliação da lavanderia. Fizemos isso com a APAE; com a Profis, que atendia ao fissurado lábio-palatal, e fizemos também com o Hospital Santa Rita e com a ACACI, Associação Capixaba de Câncer Infantil. Todos com uma cota de atendimento para desafogar e para melhorar o acesso dos cidadãos de Vitória às consultas especializadas e exames especializados.

Entrevistadora: Ou seja, doutor, como o objeto da nossa pesquisa é a integralidade na assistência, se pode entender que essas iniciativas eram para ampliar o acesso da população à atenção especializada, foi para garantir a ampliação da integralidade da assistência?

Entrevistado: Sim, que é a grande falha no sistema de saúde municipal de Vitória. Volto a dizer, ele é muito bom na atenção básica, mas depois disso ele tem um gargalo enorme e que ainda não foi resolvido; a pessoa consegue a primeira consulta e não sai disso.

Entrevistadora: O senhor localiza esse problema mais na média complexidade ou na alta complexidade? Ou nas duas?

Entrevistado: Nas duas. O município de Vitória..., o SUS é uma experiência muito

... Vitória fez o dever de casa montando as unidades de saúde montadas, se eu não me engano, na administração do Vitor Buaiz, foram depois ampliadas na administração do Paulo Hartung, depois foram novamente ampliadas nas duas gestões do Luiz Paulo e continuam sendo ampliadas na última gestão, que é a do Coser. Então esse é um procedimento muito firme em Vitória, mas somente as unidades básicas de saúde; os outros níveis de atenção de média e de alta complexidade dependem totalmente do governo do Estado e de hospitais filantrópicos.

Entrevistadora: Principalmente a alta complexidade.

Entrevistado: Principalmente!

Entrevistadora: Dr. Luciano, na sua gestão o senhor se recorda de alguma externalidade ao SUS que pudesse estar interferindo na qualidade da atenção que o senhor pretendia? Alguma corporação profissional, algum prestador que queria se impor, greves...

Entrevistado: Greve nos hospitais públicos! Foi uma época de muita greve nos hospitais públicos. São Lucas, o Hospital dos Funcionários Públicos, Hospital das Clínicas, Pró-Matre; todos esses momentos tiveram greve e com conseqüências no atendimento do cidadão de Vitória.

Entrevistadora: O senhor foi vereador durante vários mandatos.

Entrevistado: E Presidente da Comissão de Saúde da Câmara.

Entrevistadora: Nós sabemos, e até o estudo documental aponta, que há muitas leis autorizativas, de iniciativa de vereadores no sentido de que a Secretaria Municipal de Saúde implementasse a assistência, seja construindo hospital, seja colocando ambulâncias à disposição da população, consultas e programas. Como o senhor vê isso, enquanto vereador que foi, na sua época enquanto secretário? Isso o senhor considera uma interferência? Uma externalidade ao SUS?

Entrevistado: Não. Eu acho que esta é uma tentativa de suprir as necessidades do sistema. O vereador sofre uma pressão da população por um melhor atendimento, então ele tenta legislar; agora, evidentemente, a legislação mais perfeita que existe é a do Sistema Único de Saúde, tanto é que ao longo dos anos ele vai se organizando apesar

guindo resultados na regulamentação do sistema.

Entrevistadora: Então na sua gestão o Legislativo não chegou a interferir negativamente.

Entrevistado: Não.

Entrevistadora: E positivamente, tem alguma coisa que tenha marcado?

Entrevistado: Eu acho que por ser legislador, quando ocupei, e agora que ocupo cargo no Executivo, eu sempre respeitei o trabalho do legislador. Eu acho que o problema é poder deixar o legislador trabalhar e cumprir a função dele de representar a população. Quando a gente faz isso, a tendência é o vereador, no caso do município, ajudar. Ele não pode ser ignorado, é um erro crasso ignorar. Mesmo quando ele erra, a tentativa dele é devido a uma pressão popular que é legítima. Então o Executivo tem que saber filtrar isso...

Entrevistadora: Mesmo que a opção dele seja contrária à organização da gestão?

Entrevistado: Mesmo que seja tecnicamente equivocada. A atenção à tentativa dele tem que ser respeitada, porque se ela for respeitada ele acaba dando resultado à base dele, e ele compreende a ação do Executivo. Na verdade o que ele quer é representar a população e ele às vezes não tem conhecimento profundo da área e aí a legislação é tecnicamente não adequada, mas isso em uma ação de respeito é facilmente resolvido. Foi assim que eu agi quando fui Secretário de Educação, Secretário de Saúde e agora como Secretário Estadual de Esporte. A minha relação com os deputados é nos mesmos moldes. Eu não tenho problema com deputado nenhum, por causa disso; mesmo quando a proposta é equivocada eu sempre levo em consideração a intenção de acertar. Aí a gente acerta tecnicamente a proposta e acaba ficando bem.

Entrevistadora: O Senhor se lembra se na sua gestão, o senhor ou alguns dos seus diretores ou gerentes do mais alto escalão, alguma decisão que o senhor ou eles possam ter tomado que possam ter gerado limitações e constrangimentos do acesso da população às tecnologias assistenciais?

Entrevistado: Não, muito pelo contrário; nós abrimos o horário de funcionamento das unidades de saúde, fui eu quem fez isso pela primeira vez; eu lembro que a Policlínica de São Pedro ficou aberta até as dez horas na minha gestão, hoje todo mundo atende

boca era a quebra de um paradigma.

Entrevistadora: O senhor se recorda na sua gestão de alguma categoria profissional que tenha interferido positivamente na mudança da gestão? Alguma categoria profissional ou uma corporação que possa ter interferido positivamente na sua gestão.

Entrevistado: Olha teve... Eu sempre trabalhei respeitando muito as corporações. Teve algumas corporações que eu sou muito grato. Primeiro as Agentes Comunitárias de Saúde. Nós combatemos a epidemia de Dengue, muito em cima da parceria com os Agentes Comunitários de Saúde. Depois os Agentes de Saúde Ambiental, pelo mesmo motivo; depois os odontólogos, porque nós introduzimos em Vitória o dentista na Equipe de Saúde da Família, que não existia. Na época a boca era ignorada pela Saúde da Família. Aí os dentistas nos ajudaram. Nós tivemos experiências muito importantes com enfermeiros que ocuparam cargos importantes na Secretaria, das unidades de saúde, assistentes sociais que também foram muito importantes, administradores que ocuparam cargos. Eu lembro que a minha subsecretária, a Elizabeth Endlich, era administradora, e ela mesma resistiu muito a ocupar o cargo, mas foi um sucesso total, fez uma excelente gestão. Eu acho que todo o Executivo devia ser legislador primeiro; o legislador aprende a tolerar as diferenças, ele aprende a aceitar o conflito sem se irritar. Isso, depois que você vai para o Executivo, a gente vai juntando todo mundo; eu não tive problema com corporação nenhuma. O Conselho Municipal de Saúde foi meu parceiro o tempo todo, mesmo nas pequenas divergências, aquilo era resolvido com democracia interna. Eu, felizmente, tive uma experiência só positiva, posso dizer assim.

Entrevistadora: Nessas iniciativas de ampliação do acesso da população às tecnologias assistenciais, a regulação do acesso se dá como uma atividade meio para organizar o acesso da população a essas tecnologias. São duas questões que gostaria de perguntar ao senhor. A primeira: na época esse processo, mesmo que não estivesse informatizado, ele acontecia de forma positiva?

Entrevistado: Sim, e ele começou a ser informatizado naquela época. Nós começamos o processo, eu não sei como está hoje, a gente começou o processo de fazer as unidades funcionarem em rede, ou seja, a pessoa chega em qualquer unidade e a ficha dela está online, para que ela não precisar se mover fisicamente no sistema. Esse é o único caminho, não tem outra solução para a facilitação do acesso, da universalidade a não ser a informatização e o funcionamento das unidades de saúde em rede de computadores.

cretário, que é a segunda dimensão da pergunta. O município de Vitória, inclusive na rede onde o senhor foi gestor, em busca de assistência qualificada, o senhor acha que isso interferia positivamente ou negativamente na sua gestão?

Entrevistado: O processo da compreensão do SUS é que isso não pode ser visto pontualmente como um problema, mas como um processo a ser resolvido. Eu cheguei a ligar para um prefeito da Grande Vitória pessoalmente e pedi a ele para que tomasse medidas para me ajudar, porque em determinado momento a gente teve o Pronto Atendimento de Vitória, que foi inaugurado pela gente já que não existia pronto socorro municipal 24 horas, com tratamento odontológico 24 horas, fomos nós que inauguramos, e em determinado momento na epidemia da dengue a maior parte dos leitos estavam sendo tomados por municípios do interior, nós não limitamos acesso, não fizemos nenhuma restrição, mas eu pedi ajuda do prefeito e liguei para ele pessoalmente e ele me ajudou, arcou com a responsabilidade. Na realidade, quando você exige esse tipo de parceria, se isso for bem trabalhado, isso acaba acontecendo. Eu não vejo isso como um processo negativo, até porque o sistema como um todo organizado no país, ele tem que ser solidário. O cidadão não tem a menor noção do que é municipal, do que é estadual, e o que é federal; ele quer ser atendido.

Entrevistado: Na sua fala, por três ou quatro vezes, o senhor tocou na dengue. Os documentos da época em que o senhor foi gestor mostram que o senhor teve uma atuação brilhante em relação à epidemia da dengue. O senhor quer falar um pouco mais sobre isso?

Entrevistado: Quero. Eu acho que dengue é mobilização. Eu me lembro que eu começava a manhã andando pelos bairros à frente do exército de Agentes Comunitários e Agentes Ambientais. Diariamente eu ia andar com eles, limpar caixa de água, fazer os grandes mutirões. É um processo de educação, até que seja descoberta a vacina não tem outra saída, porque o processo da dengue é muito em cima da desorganização urbana, lixo, e a gente tem que fazer uma faxina diária, o tempo todo. Isso foi feito e nós descobrimos que naquela época a transmissão da dengue se fazia muito pelas caixas d'água, que era uma novidade na época, então tampamos as caixas d'água, compramos lona e conseguimos abaixar o foco, que naquela época a gente descobriu que estava muito nas caixas d'água.

a última pergunta. Daquilo que a gente não falou até
a última consideração sobre a sua gestão? Fale
livremente sobre aspectos importantes na sua gestão, na relação com a população, do
atendimento integral, melhoria da qualidade de vida da população a partir das ações de
saúde.

Entrevistado: Olha, foi uma construção; eu aprendi que a montagem do Sistema Único
de Saúde é uma construção. Quando eu cheguei na Secretaria muita coisa foi realizada
e quando eu saí também muita coisa foi realizada, porque é um acúmulo. É uma
bobagem achar que alguém está resolvendo a montagem do SUS, isso é um acúmulo,
que leva décadas. O importante é que me parece que a consciência da população já
facilita essa coisa.

Agradecimentos finais da entrevistadora.

Período da gestão – 2005-2010 - Entrevistado 5

DATA: 03 e 05 de Março de 2010.

PARTE I

Explicações iniciais da pesquisadora sobre o objeto e objetivos da pesquisa.

Entrevistadora: Secretário, qual o período de início de sua gestão?

Entrevistado: Eu estou na Secretaria desde o início da gestão passada, portanto
aproximadamente a 5 anos; desde o início do Governo Coser.

Entrevistadora: O senhor foi funcionário da SEMUS na primeira gestão do pós-SUS,
portanto o senhor poderá fazer um paralelo entre a gestão àquela época e a sua atual,
não pode?

i de toda a gestão, depois como sanitarista e saí em
tenho vínculo até hoje e atuei em várias frentes.

Entrevistadora: A administração à época da primeira gestão da saúde do pós-SUS foi do Partido dos Trabalhadores e a atual também é, não é secretário o?

Entrevistado: Sim.

Entrevistadora: Secretário, qual era o modelo de gestão à época da primeira gestão e qual é o atual e, se possível, faça um paralelo entre os dois modelos, considerando que um dos temas desse estudo é a integralidade.

Entrevistado: No período da primeira gestão o SUS tinha acabado de ser instituído e o modelo era o convencional, e nós territorializamos o município para que cada território tivesse um mínimo de serviços e que as necessidades da população pudessem ser identificadas e identificados os vazios assistenciais existentes, exatamente para que a médio e até a longo prazos a gente pudesse ir dotando o território desses recursos. Uma outra coisa era trabalhar, acho que em 1993, ou 1992, não me lembro bem, em cada território com um sanitarista, que pudesse trabalhar o seu território e reconhecer as necessidades desse território. Cada um dos territórios tinha um sanitarista. O modelo que a gente está desenvolvendo hoje teve seus fundamentos no que fizemos lá atrás. Territórios, que hoje são os territórios da Saúde da Família.

Entrevistadora: A análise documental aponta que há territorialização na primeira gestão no pós-SUS e, na sua percepção, essa territorialização tinha a ver com a integralidade?

Entrevistado: Tinha, principalmente na atenção básica, ou primária, o conceito que se quisera adotar, mas na verdade, a ideia era exatamente dotar o território de solução para seus problemas e suas necessidades mais comuns. Também, um conceito maior, era que a Vigilância Epidemiológica e a Sanitária deveriam estar presentes nesses territórios, já numa lógica de saúde coletiva, de forma descentralizada, com os sanitaristas atuando nessas áreas. Os sanitaristas não seriam os interlocutores entre a Secretaria e o território, mas eles faziam a interlocução dentro do próprio território. E, de uma certa maneira, esses princípios permanecem até hoje. Naquela época não tínhamos todas as ferramentas que temos hoje, mas o sentido é o mesmo, só que de forma um pouco diferente porque a realidade é outra e as experiências são outras.

...nhor na sua fala abordou três dimensões importantes. sanitaristas. O senhor entende que os sanitaristas podem ter se configurado numa comunidade epistêmica no início da década de 90? O senhor também é sanitarista, não é secretário?

Entrevistado: Sim. Aquele foi um momento muito rico em que se fez a opção por territorializar o município, para se trabalhar com populações definidas, não só para as questões assistenciais mas, também, para as ações de vigiar a saúde, e os sanitaristas tiveram papel fundamental nesse processo. Eu acho que sim, que os sanitaristas formaram uma comunidade epistêmica.

Entrevistadora: O senhor abordou a saúde coletiva em sua fala. A análise documental, principalmente do Plano Municipal de Saúde em vigor, sugere que o modelo de gestão e de organização do sistema municipal de saúde é um mix entre a Cidade Saudável e o Em Defesa da Vida. É isto Secretário. O senhor confirma ou não?

Entrevistado: Na nossa gestão, todas as secretarias estão trabalhando com este conceito de Cidade Saudável e Segura, não é uma iniciativa apenas da saúde. Um exemplo disto é que todos os serviços públicos já estão com a calçada cidadã e a saúde foi a primeira a fazer isto. Nós temos 42 estruturas e todas elas foram as primeiras a terem a calçada cidadã antes de todas as outras secretarias. Então a gente está trabalhando com um conceito de territorialidade, de interssetorialidade. Existe um Comitê de Políticas Setoriais que envolve todas as secretarias, que é uma instância estabelecida no novo modelo de gestão da Prefeitura de Vitória, onde tudo que se quer de melhorias para a cidade é discutido. Então o que se quer é uma Cidade Saudável, Segura e Em Defesa da Vida.

Entrevistadora: Num conceito mais amplo de saúde não é secretário?

Entrevistado: Sim, e para a Defesa da Vida nós contamos com a consultoria do LAPA-UNICAMP, com o Gastão Wagner. Eu acho que nós estamos iniciando esse processo, e acho que muita gente não está entendendo ainda o que nós estamos fazendo, mas eu espero que no futuro este trabalho seja entendido, não só entendido, mas que os gestores futuros deem continuidade a esse processo. Acho que só no futuro é que a gente vai entender melhor se este processo estava no caminho. A gente trabalha com um espaço coletivo de decisão, um comitê gestor, onde se dá o processo de pactuação dessas decisões.

estratégias e que iniciativas o senhor adotou em sua integral aos usuários?

Entrevistado: Nós, como eu já falei, territorializamos e estamos mantendo o mesmo conceito de saúde que tínhamos com os sanitaristas, associado com as unidades básicas. Claro que a realidade hoje é outra e as ferramentas de gestão são outras. Fizemos alguns contratos, porque a demanda reprimida era muito grande, ampliamos a oferta de consultas e exames, por meio de parcerias com o setor privado.

Entrevistadora: Secretário, agora tratando a integralidade em seu sentido mais micro, que coloca o indivíduo em contato com as tecnologias biomédicas de que necessita, e da regulação do acesso sobre a rede de prestadores para garantir esse acesso, gostaria que o senhor falasse um pouco sobre isto, na medida em que a análise documental apontou várias iniciativas de ampliação de serviços, principalmente de média complexidade, mas também de alta.

Entrevistado: A Secretaria vem ampliando seus serviços no segundo nível de especialidades sim, mas, antes disso, nós temos que pensar na regulação do acesso na atenção primária. Nós estamos melhorando a nossa rede, organizando o acesso, os profissionais estão compreendendo que é preciso organizar essa demanda, primeiro a gente tem que organizar a atenção primária e aí sim partir para uma organização dos demais níveis e é isto que a gente está fazendo. Nós estamos implantando um sistema para ser mais ágil esse acesso e também para racionalizar esse acesso, para não ter repetições. O cidadão vai a uma unidade e vai a outra e acaba não se tendo um per fil da real demanda. Por isto...

Entrevistadora: O senhor está falando do SISREG secretário, o software disponibilizado pelo Ministério da saúde?

Entrevistado: Sim, nós estamos usando o do Ministério.

Entrevistadora: Voltando ao que o senhor ia dizer...

Entrevistado: Sim, nós estamos desenvolvendo uma ferramenta para interligar a rede, para evitar duplicidade, onde todos os atendimentos podem ser visualizados para facilitar a atuação do regulador, que conhece mais sobre o caso, sobre o paciente..., ele pode decidir com maior segurança e qualidade.

letrônico secretário?

Entrevistado: Sim, não é nos moldes do Ministério e o que a SESA esta desenvolvendo, é uma outra solução e com isto todas as informações do paciente poderão ser acessados para qualificar a regulação e o atendimento. Todos os profissionais da rede poderão acessar e conhecer mais do paciente. E uma outra ferramenta, são os contratos, como já falei com parcerias, ampliar a oferta por meio de parcerias, contratos.

Uma outra coisa, é que os prontuários eletrônicos permitem ao profissional visualizar o que ele fez, o que registrou, e até aqueles que à princípio resistiram, agora são os maiores defensores. Estes prontuários potencializam a atenção básica e a regulação do acesso.

Entrevistadora: É um processo de autorregulação, secretário o?

Entrevistado: É ...

Entrevistadora: Secretário, o senhor se recorda de alguma medida restritiva, alguma iniciativa que pudesse ter sido entendida como uma restrição à integralidade em sua gestão?

Entrevistado: Não. Quando a gente está organizando pode dar a impressão de restrição, mas não, nossa gestão preza a inclusão.

NOTA: A primeira parte da entrevista, por motivos não identificados, ficou praticamente inaudível, razão pela qual os registros foram feitos imediatamente após a entrevista para que não se perdessem da memória da entrevistadora os aspectos mais importantes da mesma. No segundo momento da entrevista, em outra data, a primeira entrevista foi revisitada/relembrada junto ao gestor.

PARTE II

Entrevistadora: Continuando secretário, nós estávamos falando dessa regulação do acesso às consultas, aos exames, às interações, às tecnologias assistenciais e o

as que considera importantes para a regulação. Uma z que é o próprio SISREG do Ministério da Saúde, que está possibilitando agilizar o atendimento da população, mas não só agilizar como também a impedir ou minimizar essa questão de entrarem em várias unidades, em vários pontos de atenção, sem necessidade de fila. A outra dimensão foi o prontuário eletrônico como uma das ferramentas para melhorar a qualidade da regulação. O regulador tendo acesso ao prontuário teria mais conhecimento da real necessidade do cidadão e a outra questão foi os contratos e os convênios feitos com os parceiros. Então, o senhor já identificou essas três ferramentas de regulação. Continuando esse item, o senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistado: Esse conjunto de iniciativas nos permitiu realmente ampliar o acesso à média complexidade, embora... Eu queria marcar bastante esta questão que é a especialidade, o segundo nível de complexidade nas nossas organizações do Sistema Único de Saúde. Ele tem uma dependência muito grande da própria organização dos profissionais que atuam na média complexidade, então o formato de organização dessa prestação de serviço geralmente está condicionado a forma com que eles se organizam. Uma boa parte aqui no Estado, sob a forma das cooperativas médicas, dificilmente é um profissional que se dispõe a trabalhar vinculado à área pública, geralmente é um profissional que está no setor privado, ou então, é uma situação na área filantrópica. Estabelecer essas relações com esses setores é muito mais difícil e os processos de regulação, que tem vinculação na contratualização, ficam muito mais difíceis de ser operacionalizados, porque normalmente é um serviço que o valor referencial é diferente do valor da Tabela Nacional que o SUS adota, e há, então, primeiro, um desequilíbrio financeiro para os municípios contratarem esse serviço, porque normalmente tem que desembolsar um valor maior do que aquele que recebem pela tabela, isso dificulta, sobremaneira, o acesso das pessoas, porque é uma área de difícil contratualização.

Entrevistadora: Secretário, pegando um pouco isso que o senhor colocou em relação à disponibilidade dessas tecnologias, o senhor acha que a PPI é um elemento essencial para a regulação? Uma PPI atualizada, não só na sua programação financeira, mas na programação física, é um elemento importante para a regulação do acesso?

Entrevistado: Eu tive a oportunidade de conhecer uma PPI “viva”. Nós temos uma história de PPI no ES muito difícil, muito complexa, de difícil atualização, ela é muito virtual, mas eu tive a oportunidade de conhecer uma PPI “viva” e vi o quanto isto é

tado à convite do próprio Ministério para compreender A PPI é fundamental, porque ela, quando ela é “viva”, “viva” no sentido de dinâmica, ela facilita muito o acesso das pessoas. Porque ao mesmo tempo em que ela coloca os recursos no lugar certo, na gestão adequada, que é a estadual e a municipal, não importa, ela define quem opera esse recurso, então ela responsabiliza também esse ente que tem a gestão desse recurso a garantir o acesso das pessoas. Então a PPI é fundamental, é uma pena que aqui a gente não consiga, e aqui não tem responsável, não tem um culpado, não se trata disso, mas nós no ES não conseguimos operar essa PPI “viva”, e eu acho que enquanto a gente não fizer isso a gente dificulta o acesso das pessoas a um nível de complexidade maior.

Entrevistadora: Secretário, nós falávamos ainda há pouco sobre instituições, será que a cultura que está instituída da PPI sendo um limite financeiro que é transferido fundo a fundo pode ser um dificultador da integralidade e da regulação? Porque está instituído que a PPI é financeira. Entretanto nós sabemos que não é.

Entrevistado: A PPI deveria ser principalmente a necessidade das pessoas. Se tem a base do que é necessário para determinada população e hoje ela é um dinheiro sendo dividido muito mais em cima de séries históricas, sem fazer verdadeiramente uma discussão sobre a necessidade das pessoas. Acho que chegou o momento, já passou da hora, de que todos juntos pudéssemos rediscutir isso. Na hora que fizermos isso eu tenho certeza que vamos melhorar muito a nossa organização do serviço aqui no Estado. Não é só de uma cidade, não é só da capital, porque todos nós somos uma rede mesmo; ela até transcende as nossas fronteiras estaduais, mas se, minimamente, nós conseguíssemos organizar esse processo no ES, nós iríamos melhorar muito a organização dos nossos serviços.

Entrevistadora: O senhor falou que a contratualização é o início da regulação e a contratualização é feita para complementar a disponibilidade que a PPI não oferece, grande parte, pela indisponibilidade ou pela insuficiência. Então juntando as metas físicas da PPI com as da contratualização, o senhor acha que esses dois elementos justificam a implantação de um mecanismo de regulação do acesso? Ou o senhor acha que a regulação do acesso independe da PPI e de contratos?

Entrevistado: A regulação do acesso é um processo tentado mesmo sem a efetivação de uma PPI “viva”. Obviamente que ele melhora e colabora, ajuda muito no acesso das pessoas. Uma questão assim, talvez não seja o foco, mas, eu tive uma oportunidade há

...stia a PPI, era uma outra ferramenta que se usava para... do; um dificultador que eu imagino da PPI é que sistematicamente ela opera apenas os recursos federais. Ela não tem a capacidade ainda de integrar recursos estaduais, municipais, numa mesma visão; ela fala de recurso federal. Acho que isso atrapalha um pouquinho o processo de organização, nós vimos evoluindo no Brasil uma PPI mais ampla que não fosse apenas à base de recursos federais a serem distribuídos entre os entes, vira uma disputa. Não considera a capacidade já existente de outros recursos, inclusive para fazer a diferença, para fazer equidade para melhorar o processo de regulação. Eu acho que é um dificultador, também, o fato de que a PPI, infelizmente, hoje faz um rateio de recursos federais, não tem... é obvio que eu estou falando de maneira genérica; a gente já avançou em muito quando a gente instituiu algumas redes e essas redes vão forçando a organização da própria PPI; a rede da oncologia, a rede da cardiologia, são processos vigorosos que forçam a mexer na PPI, mas ainda precisamos avançar muito.

Entrevistadora: Secretário conforme eu disse no início, essa pesquisa trabalha com a mudança institucional, com a dependência de trajetória de decisões tomadas no passado interferindo na organização do sistema atualmente, mas dois outros conceitos que essa pesquisa também trabalha são pontos de decisão e pontos de veto. Esses pontos de veto podem ser tanto diretos, diretamente se confrontando com uma legislação, uma determinação maior, quanto vetos indiretos que acontecem na micropolítica. Estou fazendo essa colocação para que o senhor possa, na sua percepção, colocar na trajetória histórica da PPI, se é um veto indireto à integralidade no acesso. O veto indireto não seria intencional.

Entrevistado: Pois é, eu até não sei se aqui não é intencional, porque eu fui conhecer uma PPI “viva”...

Entrevistadora: Se é intencional, o veto é direto secretário.

Entrevistado: Eu tenho dúvidas...

Entrevistadora: Secretário, foi Minas Gerais?

Entrevistado: Não, Goiás. E a PPI é tão “viva” que ela é quase que um debate público mensal; eu me impressionei, e aí eu tive a oportunidade, e me deram a palavra, e eu disse: “eu queria muito que a gente fizesse isto no ES; eu fui como uma representação

tação do COSEMS-ES, eu queria muito que a gente se lá é perfeição e se não tem problema, mas na discussão da PPI eu gostaria muito que nós tivéssemos um modelo parecido, próximo com aquele. Porque as decisões ali são baseadas muito na necessidade; eu percebi isso ali nitidamente. Aqui tem um travamento importante, se ela é intencional ou não, se é veto direto ou indireto, não sei porque nunca ouvi falar: “não vamos produzir a PPI porque assim é melhor para todos nós”. Nunca ouvi dizer assim, olha, uma decisão... um murro, no bom sentido, na mesa, um basta assim na mesa; eu acho que essa decisão precisa ser tomada. O Ministério tentou intervir no ES várias vezes, veio aqui, depois disse que nunca mais voltaria aqui porque... e eu até fiz uma brincadeira, isso foi até objeto de muitas discussões nossas; eles voltarão porque é o papel deles, mas eles realmente sentiram uma posição assim... muito magoados com o ES, porque não evolui; parece que essa situação é boa alguém, parece que esse processo não se consolida ...

Entrevistadora: Para quem secretário? Para os prestadores talvez?

Entrevistado: Assim, para os prestadores é muito bom. Mas não estou dizendo dessa intencionalidade do prestador, mas tudo leva a crer que há uma certa concordância de todos que nesse formato faz muito bem, mas não é bom para o usuário. Eu vou falar mais um pouquinho da PPI, na continuidade dessa conversa, o processo de gestão que Vitória assumiu, finalmente está assumindo a gestão de oito serviços, ainda é muito incipiente e está no começo, ficou nítida de como essa ausência de uma PPI reguladora do processo não coloca aquele serviço que está sendo efetuado à disposição da população. Coloca à disposição dos interesses de um setor; tamanha é a ausência da importância daquele fato para o município, num determinado serviço que presta, entre aspas, desenvolve um processo de atenção, e outra, você vai conversar com o secretário e gestor daquela cidade, “eu nem sabia, para mim pode tirar, porque para mim não faz a menor falta isso”. Isso precisa andar, precisa evoluir.

Entrevistadora: Secretário, desculpa interromper o senhor, mas veja bem, não se pode dissociar o senhor que é Secretário Municipal de Saúde da capital, que tem um papel absolutamente importante na organização do Sistema Estadual de Saúde, da posição que o senhor ocupa como Presidente do COSEMS. Então, secretário, porque o COSEMS não se mobiliza de maneira mais forte para se contrapor? Não estou falando de contraposição político-ideológica, mas de política pública de saúde. Porque que o

... se colocando e não está conseguindo?

Entrevistado: Eu exerci ..., é a segunda vez que exerço a ação de Presidente do COSEMS; na primeira permaneci por pouco tempo, mas militei esses cinco anos como secretário, entrei no COSEMS com muita força quando estive lá, a questão da PPI foi pautada sistematicamente no COSEMS, mas também parece que dentro desse espaço, esse espaço dos secretários, parece que não há uma força que consiga reunir esses atores na lógica da PPI, parece também que é bom para esses atores ... há alguma coisa nesse formato que atrai quase a uma unanimidade para permanecer com esse modelo... É muito difícil, é complexo...

Entrevistadora: Interessante porque o senhor viu uma PPI “viva” em Goiás, nós sabemos que Minas Gerais também tem uma PPI “viva”. São duas propostas diferentes mas são interessantes, essa situação do ES é uma instituição forte, como é que a gente desinstitui isto? Então a gente não pode desconsiderar que a cultura da gestão da política pública de saúde no ES não é favorável a PPI. É isso?

Entrevistado: Eu estou tentando traduzir exatamente isso. Parece que o modelo instituído é bom para todos, gestores, prestadores, mas a gente sabe que não é bom para quem precisa; a PPI deve ser um instrumento em defesa de quem usa o SUS – o usuário, e não a serviço do prestador... parece que realmente ela está à serviço desses atores - do prestador, dos gestores, não a serviço dos usuários. Eu acho que nós, todos nós, não é processo de culpabilização, mas todos nós temos responsabilidade nisso, infelizmente não conseguimos mudar essa história ao longo desses anos todos.

Entrevistadora: Veja bem, se nós não temos uma PPI “viva”, isso é um veto indireto à norma, nós não temos dúvida. Como é que se explicaria um Estado que tem pouca trajetória, pouca cultura de regulação? Os dois processos estariam interligados? Estariam um interferindo no outro? Se não tem uma PPI “viva” não tem regulação, se não tem regulação não tem uma PPI “viva”? Queria que o senhor falasse um pouco sobre isso.

Entrevistado: Acho que são processos que não são umbilicalmente interligados, mas são processos dependentes. Eu penso que a regulação no ES não se estabeleceu até hoje porque a PPI é um instrumento que não contribui para a própria regulação, porque ele se estabelece em cima da capacidade instalada e não em cima da necessidade, em cima de uma série história acumulada ao longo dos anos. Eu acho que essas duas

de regulação, eles dependem um do outro, então não enquanto a PPI não for completamente reorganizada.

Você pode instalar um complexo regulatório, você pode talvez até pensar numa melhoria do fluxo do usuário, que não quer dizer necessariamente regulação. Eu acho que a base da regulação é a PPI, obviamente numa visão que vai para a contratualização, e aí sim as ferramentas da regulação vão fluir com muito mais facilidade e tranquilidade.

Entrevistadora: Continuando essa conversa sobre o veto direto e veto indireto, se as normas do Ministério, pactuadas na Tripartite, orientam para que se estabeleçam uma PPI e para que mecanismos de regulação do acesso, agora já mais do acesso mesmo, já estão sendo disponibilizados pelo Ministério, inclusive com uma ferramenta, uma solução de informática disponível gratuitamente para todos os municípios, o senhor diria que o Estado, enquanto gestão, faz um veto direto à recomendação do Ministério? Pactuada tripartite?

Entrevistado: O Estado?

Entrevistadora: A Secretaria de Estado da Saúde.

Entrevistado: Acho que ao longo de muitos anos, e eu conheço o que é o papel do Estado nisso, eu diria que é indireto, não é um processo de decisão institucionalizado, mas a ausência do papel do Estado na questão da PPI, na questão da organização dos modelos regulatórios aqui é uma ausência importante que contribui para que a gente não tenha um processo de regulação adequado, eu não tenho a menor dúvida disso.

Entrevistadora: Secretário tudo isso que a gente está conversando leva a um outro conceito, que são externalidades ao SUS municipal, mesmo que o senhor repita, não há nenhum problema para nós, que externalidades ao SUS municipal interferem na sua gestão, atualmente? De toda a sorte e natureza... corporações, prestadores, outras esferas de gestão... Que externalidades interferem na sua gestão, tanto positivamente quanto negativamente?

Entrevistado: A primeira delas é a grande dificuldade que a gente tem de se configurar como uma Região Metropolitana, eu conheço essa história desde 81...

Entrevistadora: O senhor milita na saúde desde quando?

. De 79 para cá, 31 anos, então desde 1982 e 1983 metropolitana da Grande Vitória, pelo Governo do Estado, eu compus um grupo de trabalho, que era a Dra. Graça Rios, a SESA é que coordenava, em que nós nos reunimos para estabelecer as diretrizes para a organização de um embrião do que seria a saúde na Região Metropolitana. De lá para cá, eu experimentei “n” movimentos, mas nós não conseguimos constituir uma rede de atenção na Região Metropolitana, especialmente naquilo que são as articulações que precisam fazer. Acho que essa é a primeira influência muito complexa na constituição de um sistema de saúde e na contratualização, todo processo de regulação, toda essa organização... De fato, com toda transparência do mundo, não é só a Região Metropolitana, mas que uma boa parte dos municípios de nosso estado vem aqui na capital e fazem um contrato para prestação de serviços, com “n” serviços privados e inclusive filantrópicos, sem conhecimento do gestor estadual, sem conhecimento do gestor municipal, isso demonstra uma completa desarticulação, e isto é mais grave na Região Metropolitana.

Entrevistadora: Secretário, para ficar mais claro para mim, o senhor acha que esse fluxo, não pactuado, é uma externalidade à organização do seu sistema municipal?

Entrevistado: Com certeza absoluta.

Entrevistadora: E a Região Metropolitana, por mais que eu saiba da sua história, que o senhor respeita muito os princípios do SUS, todos eles, toda essa não organização de forma sistemática, digamos pactuada da Região Metropolitana interfere também na organização do seu sistema? São duas externalidades?

Entrevistado: Com certeza. Uma segunda que eu poderia colocar é que ao longo do processo de consolidação do SUS, suas diretrizes e seus princípios, a dificuldade que a esfera estadual, a Secretaria Estadual, ao longo desses anos tem em se abstrair da prestação de serviço, mantendo-se como órgão de regulação, de compensação de desigualdades, que é o seu papel principal, contribui também. Da mesma forma que eu conheci uma PPI “viva”, eu conheci, nessa mesma experiência, um Estado essencialmente regulador e pouco prestador. Houve, me pareceu, que ao longo do tempo, porque a maioria dos estados brasileiros esse processo já andou ao longo do tempo, a estrutura estadual não estimulou com rigor o processo de descentralização, manteve, nesses anos todos, o forte caráter, que ainda mantém, de prestação de serviços; isso também é um dificultador.

na instituição! O senhor concorda? Está instituído um
or e pouco financiador, é isso?

Entrevistado: É, está instituído.

Entrevistadora: Alguma corporação que o senhor possa considerar uma externalidade à sua gestão?

Entrevistado: Sim, porque quando a gente fala, já um pouco repetindo a fala, do processo de organização, da vinculação através das cooperativas, isso e outras experiências que a gente encontra, isso interfere diretamente na nossa capacidade de gestão, na nossa capacidade de regulação, porque essas corporações é que ditam as regras, elas se organizam e a esfera municipal acaba se organizando em função desse modelo, um exemplo é as cooperativas médicas, sem dúvida.

Entrevistadora: Em relação ao Legislativo, secretário, como vem se comportando em relação à gestão da saúde, porque a análise documental aponta, e nós estudamos toda a legislação desde 1985 pra cá, aponta várias leis autorizativas e vários indicativos de leis propondo serviços, programas, projetos, ações pontuais, aquisição de unidades móveis como ambulâncias, odontomóveis, talvez numa tentativa de interferir, não estou dizendo que seja. Gostaria de saber qual a percepção do senhor, na tentativa de atenção à saúde no município, como o senhor vê a presença do Legislativo nessa dimensão que estamos falando, em relação a isso que estamos conversando?

Entrevistado: A gente passou por algumas situações aqui um pouco nessa linha que você colocou, o período que estou aqui na secretaria, aí é uma situação de governo, essas leis, você colocou uma palavra, esses processos de leis são autorizativos e não de obrigação, até porque raramente um parlamentar pode iniciar um processo de lei em que há uma despesa por parte do Executivo; isso é vedado, não há essa possibilidade. A maioria dos processos são autorizativos, a maioria das leis. Mas lógico que quando essas leis, mesmo autorizativas, estabelecem, criam uma certa expectativa em um determinado seguimento, ou em uma determinada comunidade, nós temos buscado, num debate muito franco com o Legislativo Municipal, especialmente quando há a obrigação legal de prestação de contas no Legislativo, de sempre demonstrar qual é a diretriz, quais são os princípios e as diretrizes do SUS, com intuito de falar um pouco da nossa estrutura para que isso crie no parlamentar um conhecimento, uma informação para que ele não inicie um processo de lei que vá interferir nesse nosso modelo de

entende que há uma... não intencional, quando o
criação de uma lei dessas, ele o faz em função da
ansiedade de determinado seguimento, ou de determinada comunidade. Mas quando
nós percebemos que uma lei poderá..., a gente teve aqui a indicação da criação de um
hospital da mulher, alguns serviços dessa natureza, vários outros, nós vetamos. O
governo veta, é um desgaste, mas a gente veta, numa conversa muito transparente,
porque sabe que vai ser melhor lá na frente.

Entrevistadora: Secretário, então o Legislativo pode em algum momento ser considerado uma externalidade, na medida em que, em defesa da organização do sistema, a secretaria, a gestão, toma a decisão de vetar, então é uma externalidade, que provoca um veto direto à legislação?

Entrevistado: Sim, nós podemos falar isso, e essa externalidade do legislativo eu tenho que reconhecer em duas direções: em determinados momentos são necessários os vetos porque provocariam dificuldades, mas, em contrapartida, em muitos momentos o Legislativo é um grande aliado, porque uma cidade não se governa apenas pelo Executivo. O Legislativo são os olhos e os ouvidos da comunidade, que se articulam com o Executivo. Então há momentos que nós recorremos ao Legislativo eles se colocam ao lado do SUS. Essas questões são muito pontuais, não são sistematicamente ...

Entrevistadora: Então secretário, em algum momento essa externalidade cria limites e constrangimentos e em outro momento pode provocar os avanços que a gestão necessita?

Entrevistado: Com certeza, eu afirmo com toda segurança.

Entrevistadora: Em relação à condição de gestão do município de Vitória. Nesses 20 anos de SUS, nós tivemos a NOB em 1993 que estabeleceu as gestões, parcial e semi-plena, a NOB 96 que estabeleceu a plena e a básica, a NOAS a plena e a básica, o município não assumiu a Gestão Plena do sistema nesse período. Há dois documentos-posição..., na análise documental nós encontramos esses documentos e fizemos essa análise. Há dois documentos-posição nas duas décadas, tanto na NOB 96 quanto da NOAS 2002, em que o município toma a decisão de não assumir a Gestão Plena do sistema naquele momento, o quanto essa tomada de decisão interfere na sua organização de serviços hoje. A não assunção da Gestão Plena pelo município.

até o título de especialistas na atenção básica..., Cada momento; eu vivi alguns momentos aqui, acho que sempre faltou, isso é histórico, enquanto uma cultura institucional por parte da Secretaria Estadual, àqueles momentos, até pelas condições que a própria Secretaria vivenciava, situações complexas, políticas complicadíssimas, ao longo daqueles anos todos..., Então faltou à Secretaria Estadual um processo coordenado, ativador desse processo de gestão mais avançado por parte da capital, que é muito mais difícil de fazer do que num município menor para os quais a Secretaria tinha uma política muito bem definida, a lei do ICMS-Saúde. Inicialmente eu acredito que os fatores que ao longo daquele período, não permitiram, ou fez com que o município não adotasse medidas para assumir as gestões mais plenas do sistema, foi uma ausência de uma política muito bem definida pela própria Secretaria Estadual. Mas isto faz uma diferença muito grande, as experiências que nós conhecemos pelo Brasil, nos parecem, obviamente que os problemas da saúde, eles são muito mais complexos do que somente a questão de gestão ou não, mas me parece que no Brasil onde a gestão se estabeleceu com mais rapidez, depois do processo de reforma sanitária, essas cidades, as capitais, avançaram muito mais, e os modelos de organização dos Estados avançou também. Não tenho a menor dúvida que isso interferiu muito para que hoje..., hoje é muito mais difícil iniciar o processo de Gestão Plena do que naquele período, então fazer esse movimento no dia de hoje é muito mais pesado e muito mais difícil, porque não foi feito naquele momento.

Entrevistadora: O senhor falou, secretário, que assumiu a gestão de oito serviços, e o nosso entendimento é que foi agora no Pacto de Gestão... , Porque o senhor não assumiu, o município não assumiu, sua gestão não assumiu, a totalidade dos serviços, o comando único sobre a totalidade dos prestadores?

Entrevistado: Eu tenho algumas palavras, a primeira delas é a PPI, o conhecimento que a gente tem da inexistência de uma PPI, uma PPI “viva”, uma PPI dinâmica, tanto que a gente... No momento em que esses serviços vieram, são agora três meses que estão sob a nossa gestão, a gente percebeu a dificuldade para onde nós fomos, onde nós nos levamos. É uma coisa pequena diante do tamanho do desafio, é um primeiro passo, mas já nesse primeiro passo, há completa dissociação, completa.. Falta de PPI, as outras são conseqüências... falta um sistema de contratualização desse serviço. Eu acho que é uma lição muito grande, até para explicar para a sociedade que o município de Vitória, para todos os gestores, os atores do Executivo, atores do Legislativo, qual é a razão de que Vitória assume oito serviços e que nenhum desses serviços não é

de Vitória, com a completa ausência de informação. Não que frequenta esse serviço, não se conhece a efetiva prestação de serviços por parte desses prestadores e é muito complicado de identificar. Então, por isto foi a opção de iniciar gradativamente. Se não houver uma mão muito forte da Secretaria Estadual, a capital vai ter muita dificuldade de ir além desse serviço que ele já assumiu, porque é muito complicado fazer isto.

Entrevistadora: Secretário, o quanto esse não comando único, essa responsabilidade difusa, interfere na integralidade na atenção ao munícipe de Vitória. Seria uma repetição, mas queria que o senhor deixasse marcado isso, o quanto isso interfere?

Entrevistado: Não interfere apenas para moradores de Vitória, eu falei alguns momentos lá atrás, que esses serviços, quando nós chamamos os pretensos usuários, municípios que fazem uso, que encaminham usuários para esses serviços do município, simplesmente a grande maioria desconhecia. Não sabia, não se conhece o fluxo, não sabia como acessar, quem acessa? mas como? Onde? Havia uma distribuição desse serviço de forma que Vitória não conhecia e os moradores dos demais municípios usavam sem que o gestor conhecesse. O que é completamente desarticulado, então interfere drasticamente, você nem conhece adequadamente os fluxos, não conhece os modelos, há um processo que me parece muito mais articulado entre prestadores do que propriamente da necessidade do usuário. É crítica essa situação.

Entrevistadora: Secretário, caminhando para o encerramento desta entrevista, duas questões: a primeira, que tomada de decisão, ou tomadas de decisão, o senhor pode ter tomado nessa sua gestão que possa ser entendida como medida restritiva à integralidade?

Entrevistado: Explicando o que já falei... acho que a medida mais restritiva é o fato de não assumir completamente o comando único aqui na capital; acho que essa decisão é a mais restritiva de todas, por tudo que já expliquei. Nós iniciamos gradualmente esse processo e isso é restritivo. É intencional, foi de caso pensado, até com todas as dificuldades estabelecidas, eu escolheria essa decisão tomada.

Entrevistadora: Ao contrário, que decisões, que tomada de decisão que o senhor tomou, que sua gestão tomou em relação ao avanço da integralidade, a análise documental aponta que na sua gestão há uma contratualização importante de tecnologias de média complexidade e também de alta. O Senhor não é gestor pleno

ampliar a integralidade, mas em que medida, na sua
já tomou de decisão até hoje, está próximo do que o
senhor espera? Ainda está distante?

Entrevistado: Eu diria que o que nós temos de oferta de outros contratos, com o que nós contratualizamos, nós estaríamos mais próximos de uma necessidade, mas aí eu volto à PPI; o fato da PPI não ser “viva” e não contemplar recursos estaduais disponibilizados, recursos municipais, nós não conseguimos colocar na mesa tudo que está colocado. Tudo o que existe na contratualização, faz com que esse esforço grande que foi feito de ir para... de maneira até não apropriada diante das normas estabelecidas de contratualização; nós fizemos contratos, não vou falar contrato paralelo, mas nós fizemos outro contrato com quem já tinha contrato com o SUS, mas ele ampliou o acesso sem dúvida nenhuma, isso é uma medida que facilita o acesso. Agora, se nós tivéssemos uma PPI “viva”, se esses recursos todos do Estado, dos municípios e os recursos federais estivessem todos planilhados, nós, com certeza, estaríamos mais próximos da necessidade da população; obviamente faltam ainda alguns elementos, mas seria bem minorado se a PPI estivesse toda adequada.

Entrevistadora: Secretário, última questão, nesses 20 anos de trajetória do SUS vários partidos políticos passaram pelo município; o Executivo foi ocupado por vários partidos políticos, no primeiro período do pós-SUS foi o Partido dos Trabalhadores; o PT tinha a gestão do Executivo e a gestão municipal da saúde, agora novamente vem o Partido dos Trabalhadores iniciando sua segunda gestão. Nós sabemos que a cor partidária interfere na cor ideológica da política pública de saúde, o senhor poderia fazer uma analogia entre aquele momento e o momento atual, em relação à saúde pública?

Entrevistado: Eu acho que aquele período, logo imediatamente após o advento do SUS, eram poucos anos..., havia referendado o sistema único lá na Constituinte, depois a Lei Orgânica, havia um viés ideológico muito forte de um sistema completamente estatal, todo ele colocado à disposição da população com recursos próprios, estruturas próprias. No decorrer desses anos, acho que hoje o próprio Partido dos Trabalhadores já compreendeu que isso é muito difícil de operar, então há um debate muito mais amenizado em relação a essa questão de um sistema completamente estatal. Já há uma compreensão de que algumas áreas da prestação de serviços que o SUS precisa dificilmente, num país como o nosso, com esse processo de organização, se estabelecerão completamente no SUS. Isso foi superado.

o desinstituída aquela visão?

Entrevistado: Sim, eu diria que praticamente já é superada essa fase, agora algumas questões permanecem, eu não diria inalteráveis, mas permanecem como diretrizes de um sistema, quando ele é um sistema público. Na regulação dos seus trabalhadores há um esforço muito grande, eu diria que os outros partidos compreendem, menos flexibilizados no sentido da atuação desses trabalhadores, há um processo de regulação mais incisivo no modelo do Partido dos Trabalhadores, embora democrático, debatido e pactuado com antecedência, então nesse modelo de regulação que vai desde um modelo de contratação, que passa por concurso público, de efetivação de uma carreira desse profissional dentro da Secretaria de Saúde, em contraponto a um modelo mais flexível de contratação temporária, de mais flexibilidade na própria atuação das equipes, dos profissionais. Então essas diretrizes, por exemplo, permanecem muito próximas daquelas diretrizes lá daquele período anterior.

Entrevistadora: Secretário, o que nós pretendíamos nesse estudo, todas as dimensões já foram aqui abordadas e desveladas, eu gostaria de saber se o senhor gostaria de falar livremente sobre a sua gestão, sobre a regulação do acesso no momento atual.

Entrevistado: O que me encanta bastante em Vitória, embora as diferenças que eu já mencionei entre os diferentes partidos que exercem o Poder Executivo aqui na cidade, mas eu tenho um encantamento com a capacidade de ao longo desses anos, constituir os territórios de Vitória. Teve um momento decisivo lá atrás, que nós já conversamos sobre ele, que esse movimento não foi interrompido; então hoje as pessoas com quem eu conversei sobre isso, a quem eu relato, elas se surpreendem e muitas vezes não acreditam nesse processo territorializado de Vitória, certinho, dividido, compreendido pela população, embora haja conflitos em alguns momentos, mas sempre os conflitos são por saídas da área de abrangência desses territórios para outros territórios. Já se sabe na nossa cidade a importância dos territórios, que o serviço conheça aquele indivíduo... assim, muita gente ainda compreende e acha, gente que não é daqui, que estaríamos ferindo um preceito de livre escolha estabelecido na Constituição, nas leis, enfim... Na verdade não é isso, é um processo de organização do serviço que está em andamento, nós somos... eu acredito que o grupo que está aqui nesse momento caminha no sentido de fortalecer ainda mais o espaço territorial; é muito importante na minha visão, eu diria que nesse período que estou na secretaria o que nós estabelecemos aqui foi um espaço de pactuação. O primeiro deles, é lógico, é com o

municipal quanto os Locais, com muito vigor, com muito
crático que é o Conselho de Saúde, estabelecido na
legislação, Conselhos Locais, espaços regionais na constituição dos serviços, espaços
de pactuação com os trabalhadores através da mesa de negociação e o espaço coletivo
de decisão da secretaria, através de um comitê chamado de Comitê Gestor. Essa é uma
diretriz estabelecida e que eu acho que, na minha avaliação, ela é o aspecto mais
importante que nós coletivamente conseguimos instituir nesses 5 anos.

Agradecimentos finais da pesquisadora.

Pergunta complementar ao gestor, feita e respondida por email, para ampliar os esclarecimentos quanto às externalidades ao SUS.

Entrevistadora: Secretário, no Espírito Santo há uma peculiaridade, que parece ser maior que nos demais estados da federação, que é a judicialização da saúde. Sobre este aspecto qual é a sua percepção em relação à integralidade?

Entrevistado: Quanto à questão da judicialização da saúde posso dizer que, mais que a Justiça, é a ação do MP que interfere no nosso processo de gestão. Não no sentido de desorganização, pois o MP se apropriou muito dos nossos princípios e diretrizes [do SUS], mas pela temporalidade com que as questões são tratadas. Digo temporalidade como o prazo que nos é concedido para o cumprimento de determinada desconformidade que uma estrutura, um processo de trabalho ou um resultado esteja apresentando naquele momento. Tenho que reconhecer que o MP aqui no ES tem buscado intervir de maneira mais ampla, não que desconsidere questões pontuais, mas hoje a grande maioria das questões diz respeito ao coletivo. São três as intervenções de caráter mais coletivo e as demais que ocorrem, via de regra, são para medicamentos não padronizados... As ações de natureza coletiva estão voltadas para o controle da dengue; o funcionamento do PA da Praia do Suá e a proibição de contratação de pessoal em caráter temporário. Para as questões coletivas diria que também não concorrem para a desorganização do processo de trabalho porque, geralmente, o MP tem o mesmo objetivo que nós da gestão temos. O problema como o MP é quanto ao prazo, muito diferente do tempo administrativo da gestão pública. Em relação à Justiça,

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ou gestor, tivemos até poucas decisões. A decisão da
pre. As coletivas, penso que poderiam ser evitadas
através de acordos, TAC e outras formas de consenso. Quando se trata de uma questão
de direito individual, penso que a situação fica mais difícil. Geralmente a autoridade se
depara com um documento que define para aquela pessoa um grau de risco ou de
morte ou agravamento de determinada doença e que invariavelmente o leva a conceder
amparo da Justiça e obriga o Poder Público a fornecer determinado tratamento. Penso
que para estes casos carecemos no Brasil de uma melhoria nos instrumentos legais.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Universidade Federal do Estado do Espírito Santo
Instituto de Pesquisa e Pós-graduação
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva



REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM VITÓRIA - ES, sob a perspectiva da análise institucional.

MESTRANDA: Marcia Portugal Siqueira
ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Marta Zorzal e Silva
CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Elda Coelho de Azevedo Bussinger

Vitória
2010



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

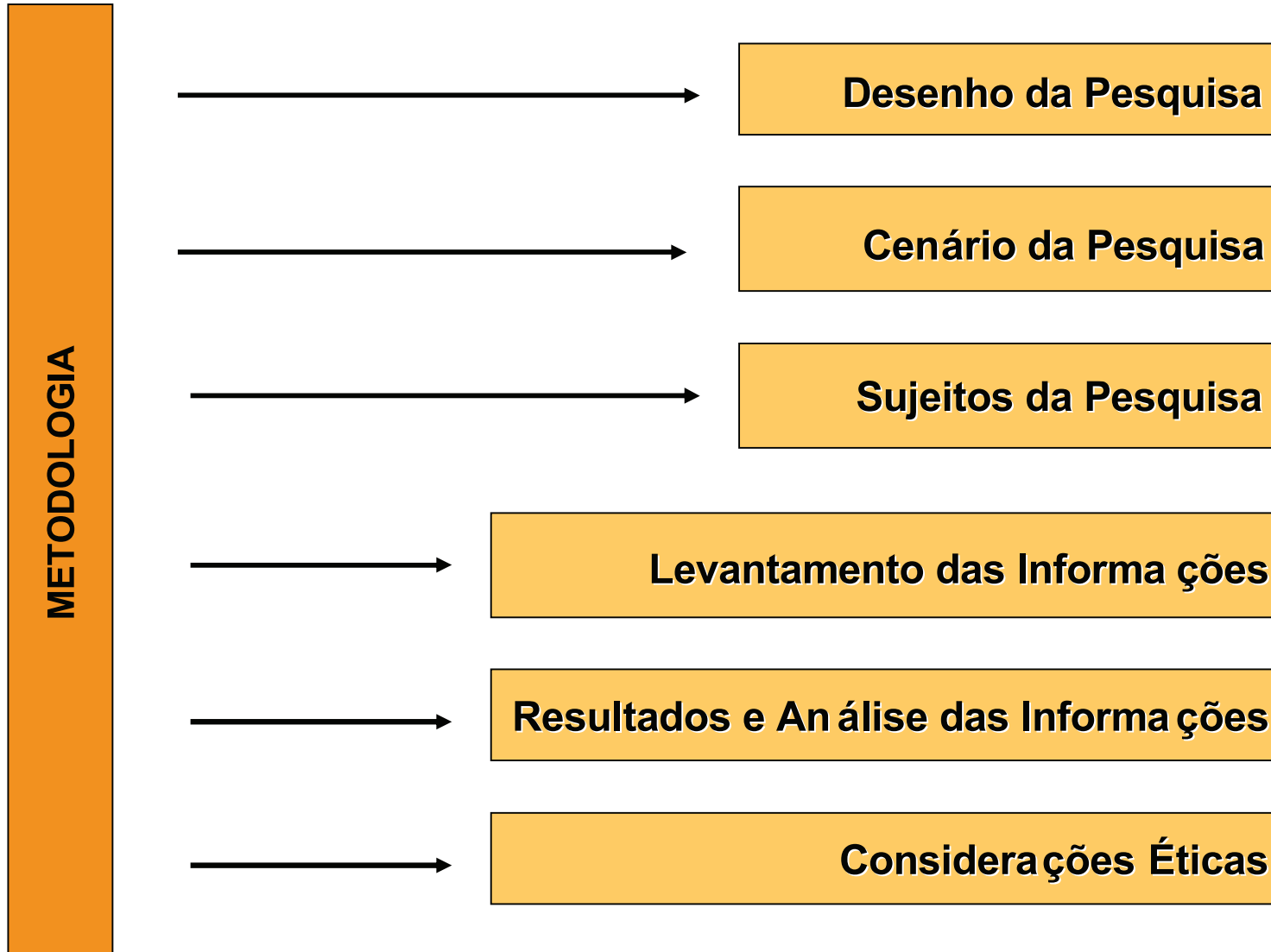
SQUISA

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Percurso da mudança institucional

- a. desvelar o momento atual de implementação da política de saúde no município de Vitória, no que tange à regulação do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência;**
- b. identificar, na percepção dos gestores que atuaram na Secretaria Municipal de Saúde desde a criação do SUS, se a regulação do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência contribui para a integralidade na assistência dos usuários;**
- c. verificar, por meio de análise documental, a trajetória histórica da organização e sua influência no desenvolvimento das ações e meios no presente momento, para propiciar atenção integral e regulação do acesso dos munícipes de Vitória aos níveis secundário e terciário.**



ÓRICO

INTEGRALIDADE

**INTERFACE
INTEGRALIDADE E REGULAÇÃO**

REGULAÇÃO

TEORIA ANALÍTICA: Neoinstitucionalismo Histórico

INTEGRALIDADE: Conceitos e Concepções

“[...] **variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente [...]**” (STARFIELD, 2002).

“[...] **oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais freqüentes da população, [...]**” (ANDRADE, 2006).

“[...] **acesso a toda a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida [...]**” (CECÍLIO, 2001).

“[...] **interdependência de serviços para garantir [...] a atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal**” (BOURGUIGNON, 2001).

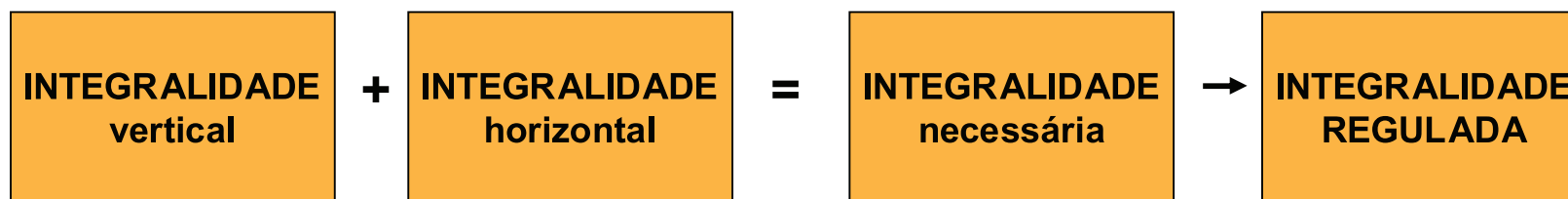
“[...] **uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes**, num processo dialético de complementação, [...]” (CECÍLIO, e MERHY, 2003).

“[...] **conjunto de serviços, discutidos com base técnica, na efetividade e na segurança das tecnologias**, no seu conteúdo ético, em sua **conformidade com as necessidades de saúde da população** e em sua aceitabilidade social.[...]” (CARVALHO, 2006).

Alguns sentidos que se referem às práticas em saúde que buscam a atenção integral

INTEGRALIDADE: delimitação do tema

Observada apenas em sua **dimensão assistencial, clínica individual, especializada**, como um **conjunto de recursos/tecnologias ambulatoriais e hospitalares**, ofertados nos **níveis secundário e terciário**, para cura, controle, reabilitação e recuperação das pessoas.



REGULAÇÃO: dimensões no SUS e delimitação do tema



REGULAÇÃO DO ACESSO: conceitos e concepções

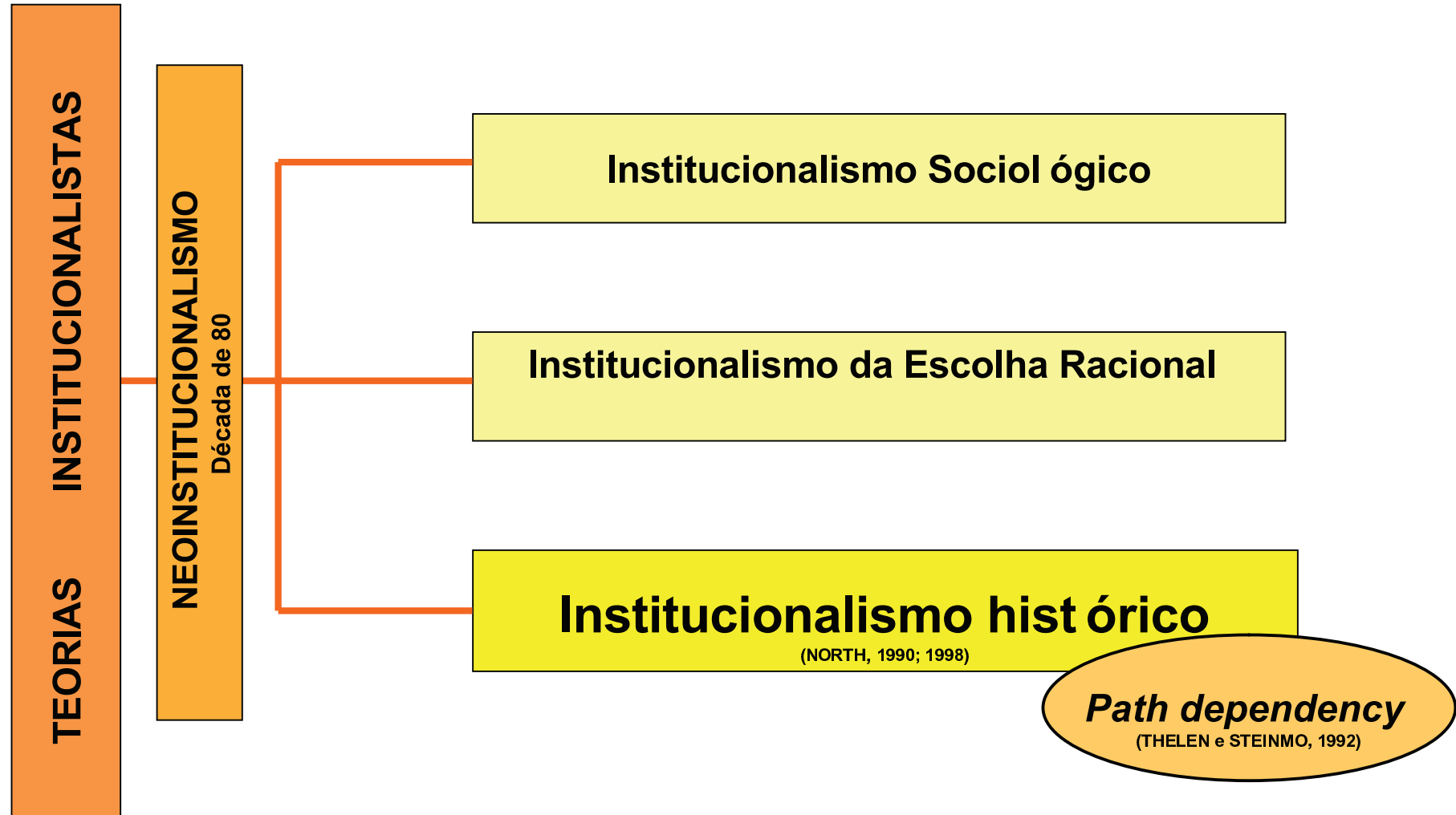
“[...] um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que se interpõem entre a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes [...]”. (MS, 2002)

“[...] disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, [...] responsável pela regulação das urgências e emergências, consultas, exames especializados, cirurgias, internações, transplantes e outros que se fizerem necessários”. (MS, 2002)

INTEGRALIDADE e REGULAÇÃO: interface e delimitação dos temas

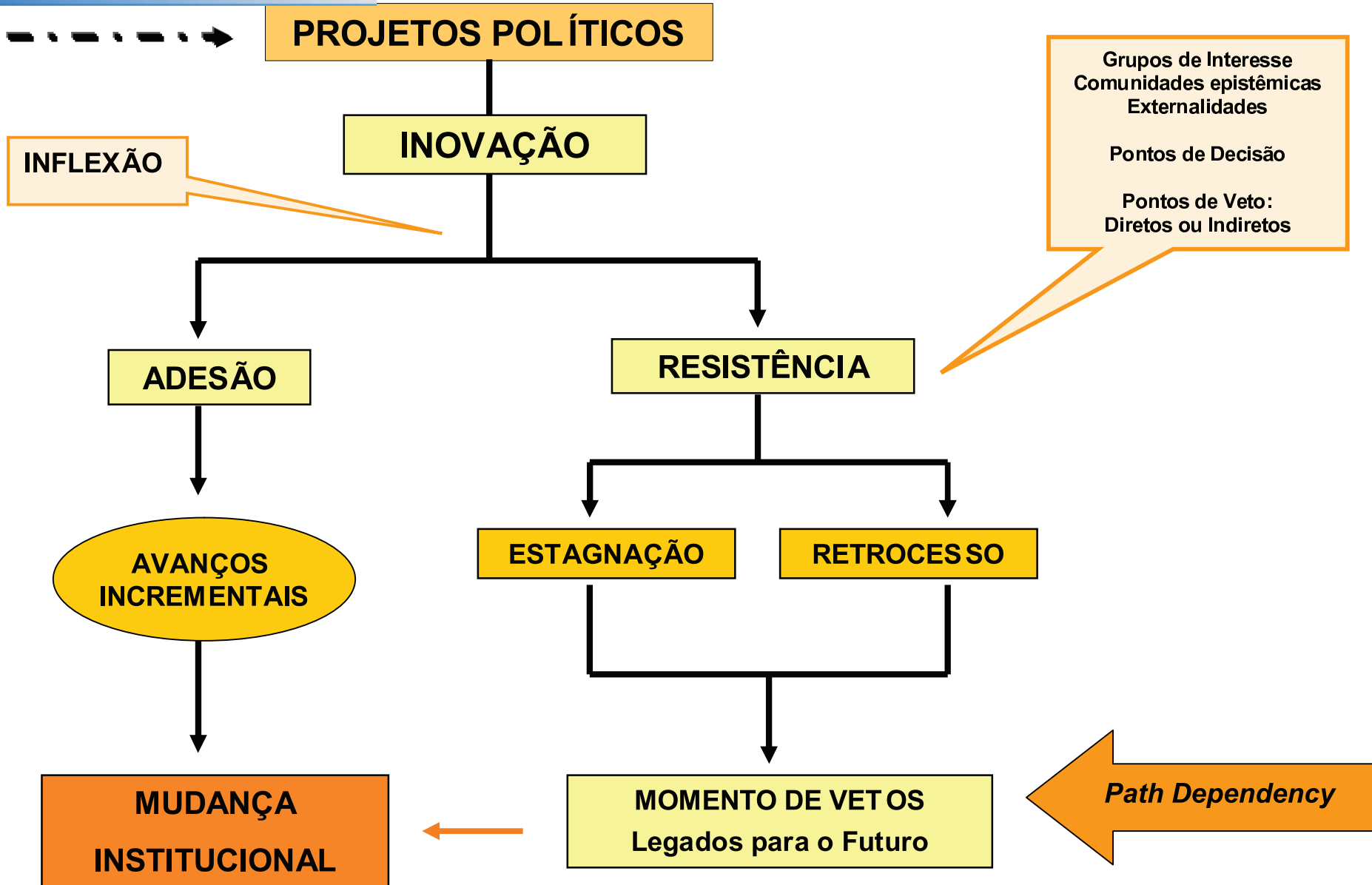


CO: teoria analítica



): teoria analítica





DEPENDÊNCIA DE TRAJETÓRIA - *Path dependency*

A ***dependência de trajetória*** “ênfatisa o impacto da existência de legados políticos influenciando sobre escolhas políticas subsequentes” (HALL e TAYLOR, 1996).

Referencial teórico metodológico bastante útil para se **explicar e compreender [...] o estabelecimento de trajetórias políticas em diferentes unidades de análises e mudanças institucionais** (THELEN e STEINMO, 1992).

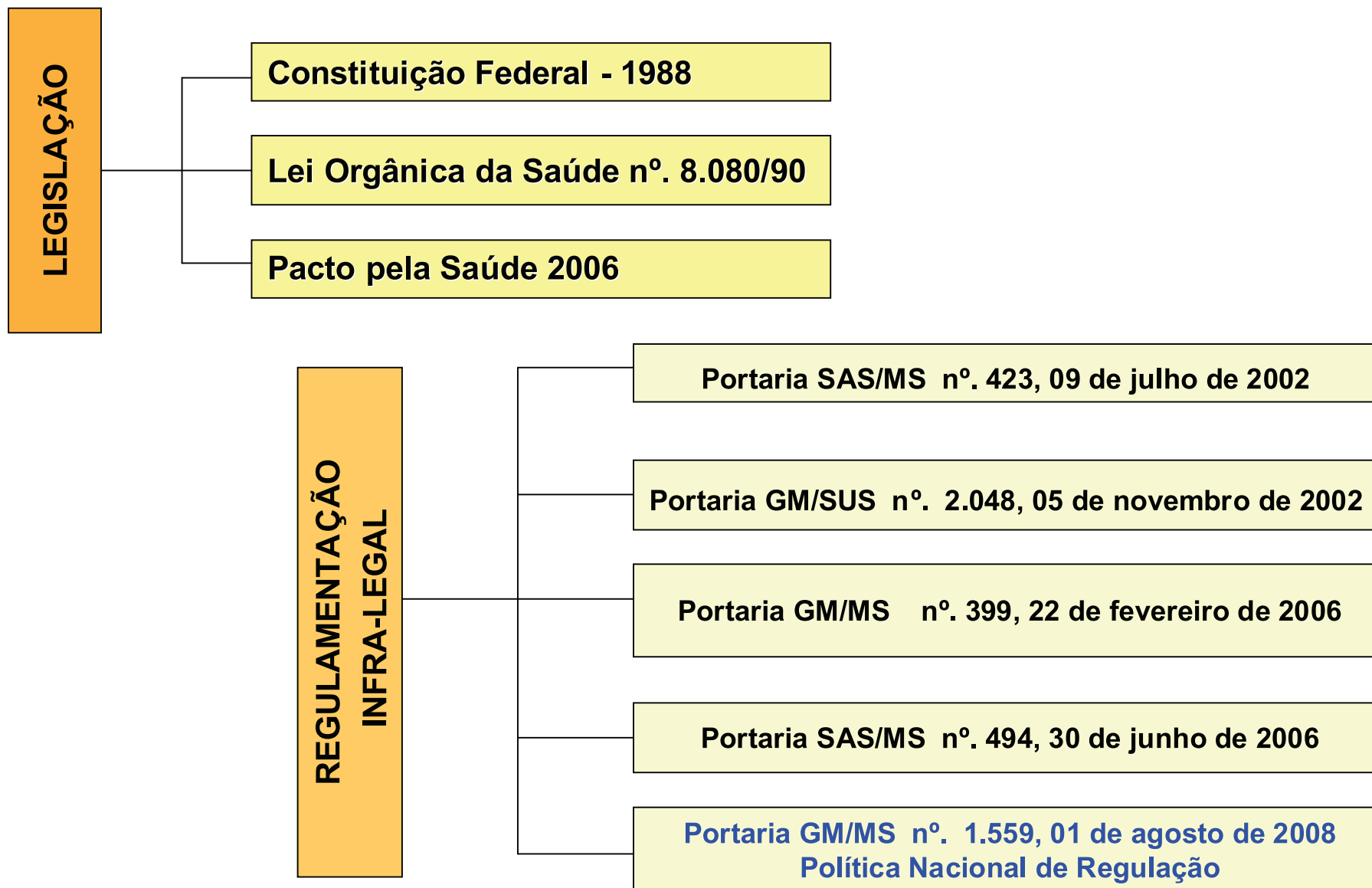
PONTOS DE DECISÃO - *Decision points*

PONTOS DE VETO - *Veto points*

(IMMERGUT, 1992; LABRA, 1999)

Veto Direto

Veto Indireto



VITÓRIA: 20 anos de SUS

RESULTADOS: dependência de trajetória e a
mudança institucional

20 anos de SUS

**MOMENTOS POLÍTICO-PARTIDÁRIOS
E DE GESTÃO DO SUS**

EXECUTIVO MUNICIPAL

SEMUS

Período de 1989 a 1992

1989-1992

1993-1994

1994-2002

Período de 1993 a 2004

2002-2003

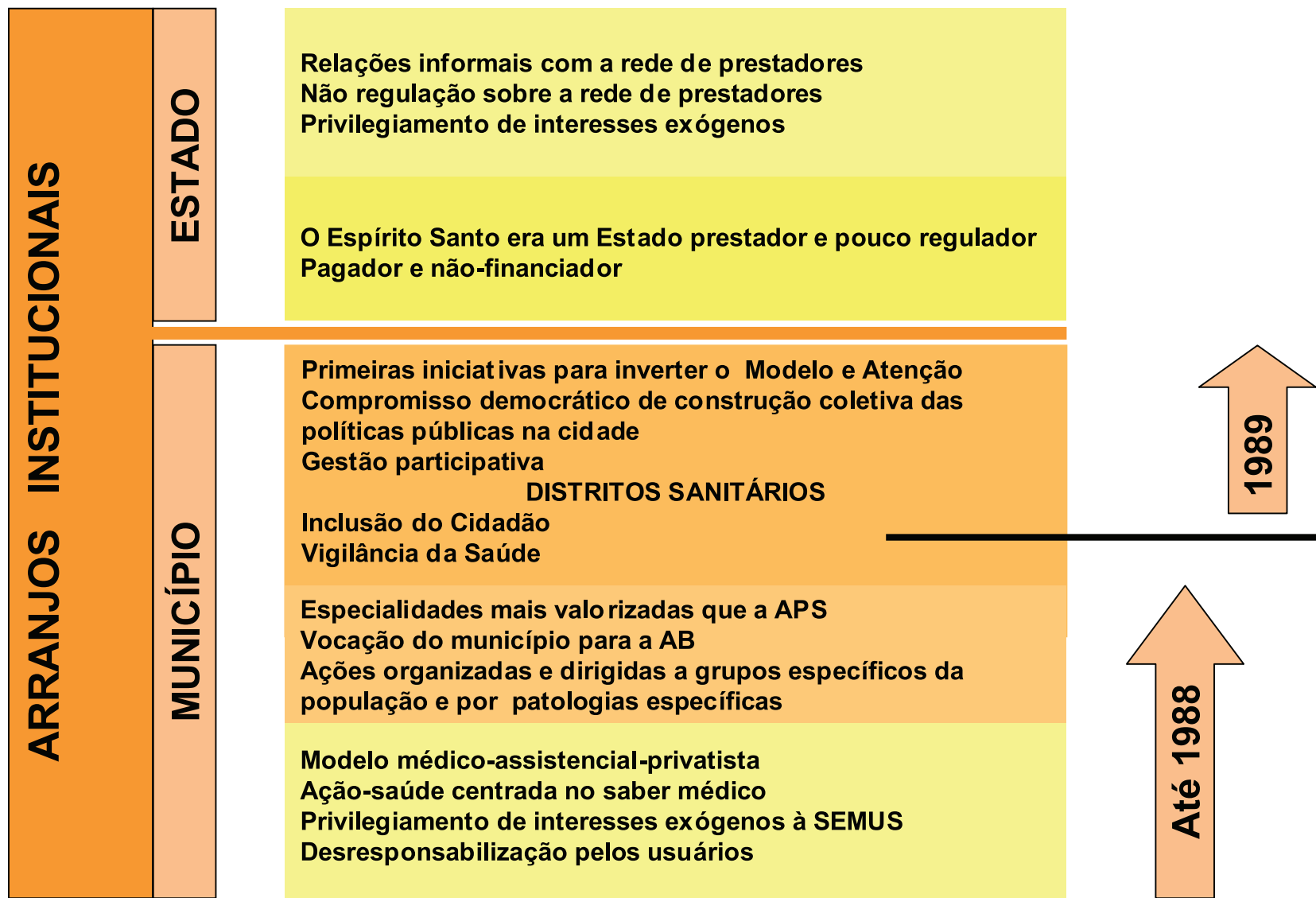
2003-2004

2004

Período de 2005 a 2009

2005-2009

cenário inicial



cenário inicial

CONSTRANGIMENTOS

Década de 80

SUBFINANCIAMENTO DO SUS

Pouco conhecimento conceitual dos profissionais e dos gerentes sobre modelos de atenção e do MRS no Brasil

Falta de compreensão do projeto político para a saúde

Falta de ferramentas claras para se desenvolver um novo jeito de fazer atenção em saúde.

Precariedade da estrutura da rede física de serviços

Resistências políticas ao processo de mudanças

CONDIÇÃO DE GESTÃO – Prestador de Serviços

Inexistência de Regulação do Acesso

Baixo índice de contratualização

Integralidade apenas conceitual, com práticas distantes do conceito

Modelo de gestão que privilegiava os relacionamentos micropolíticos

SESA aceitava municipalizar a APS-UBS, mas não a descentralização política do sistema.

Path dependency

dependência de trajetória e mudança institucional

CONSTRANGIMENTOS

Década de 90 e 2000

SUBFINANCIAMENTO DO SUS

PPI baseada no financiamento

Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde

Baixa oferta de consultas e exames gerando demanda reprimida

Longas filas expectantes

**INEXISTÊNCIA DE GOVERNANÇA SOBRE TODA A REDE
DE PRESTADORES DE SERVIÇOS**

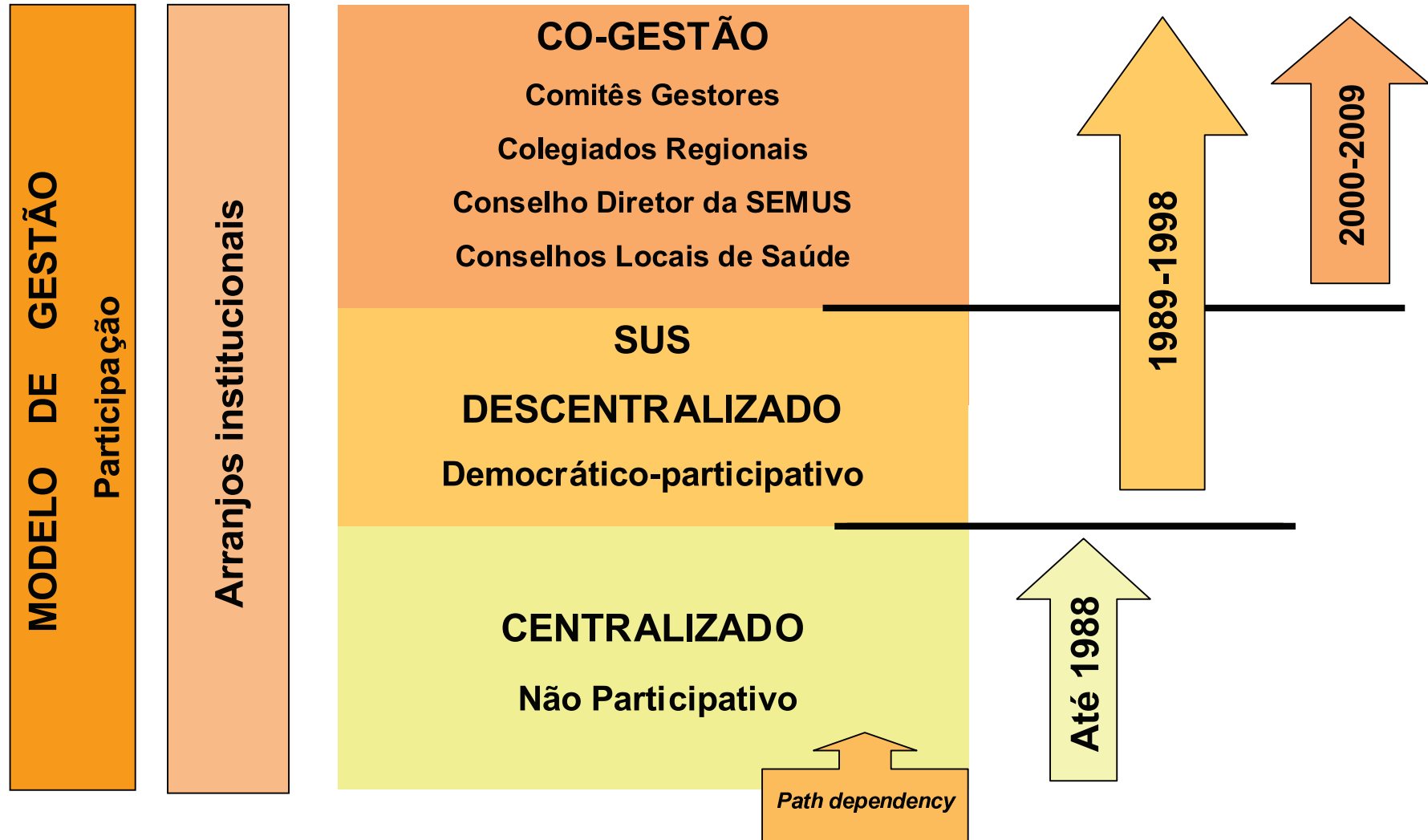
Sistema de Saúde segmentado e fragmentado

Legislação restringindo acesso a medicamentos em 1993 e 1998

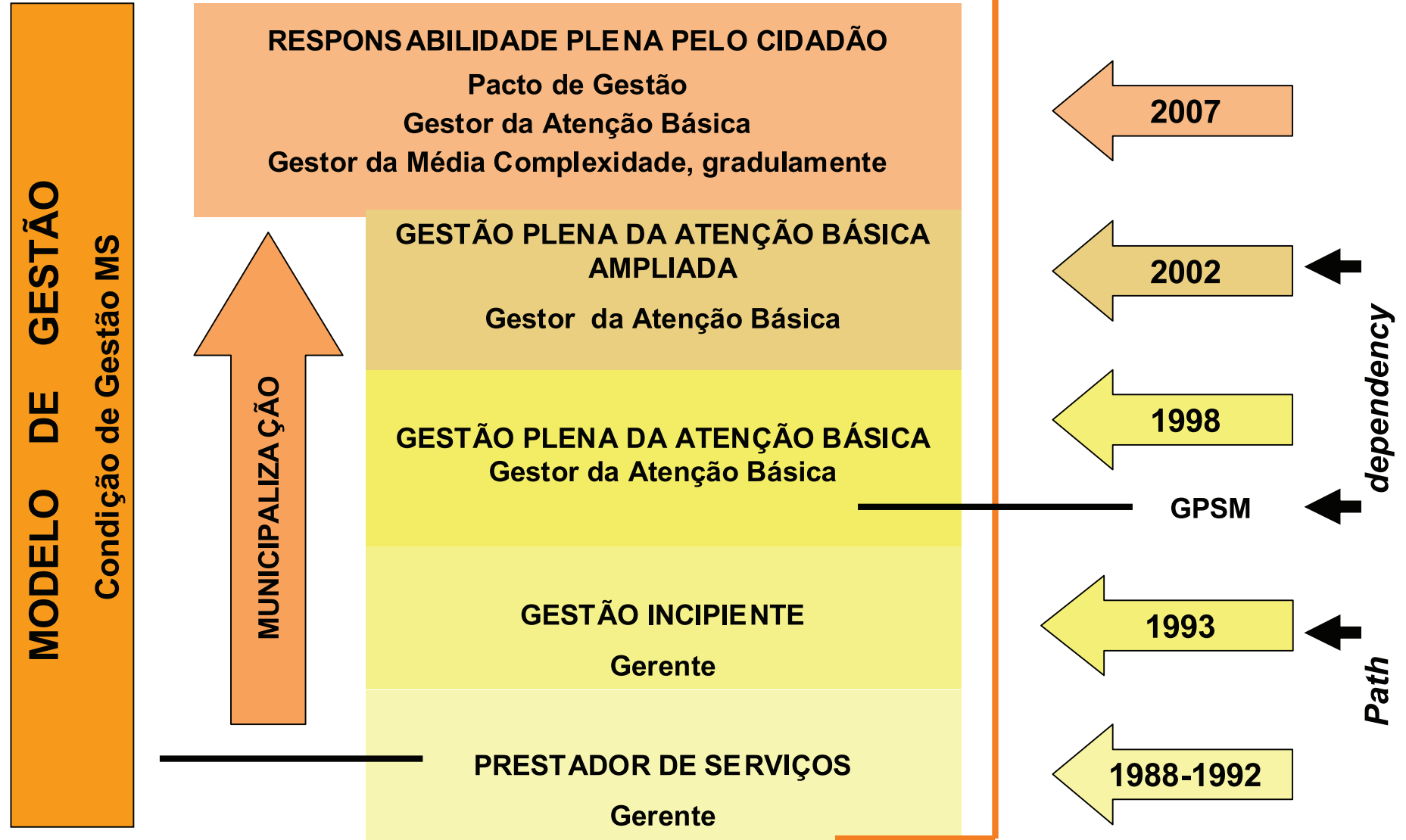
Sobrecarga de outras populações nas unidades de saúde,
provocando *rechaço* de sua demanda própria



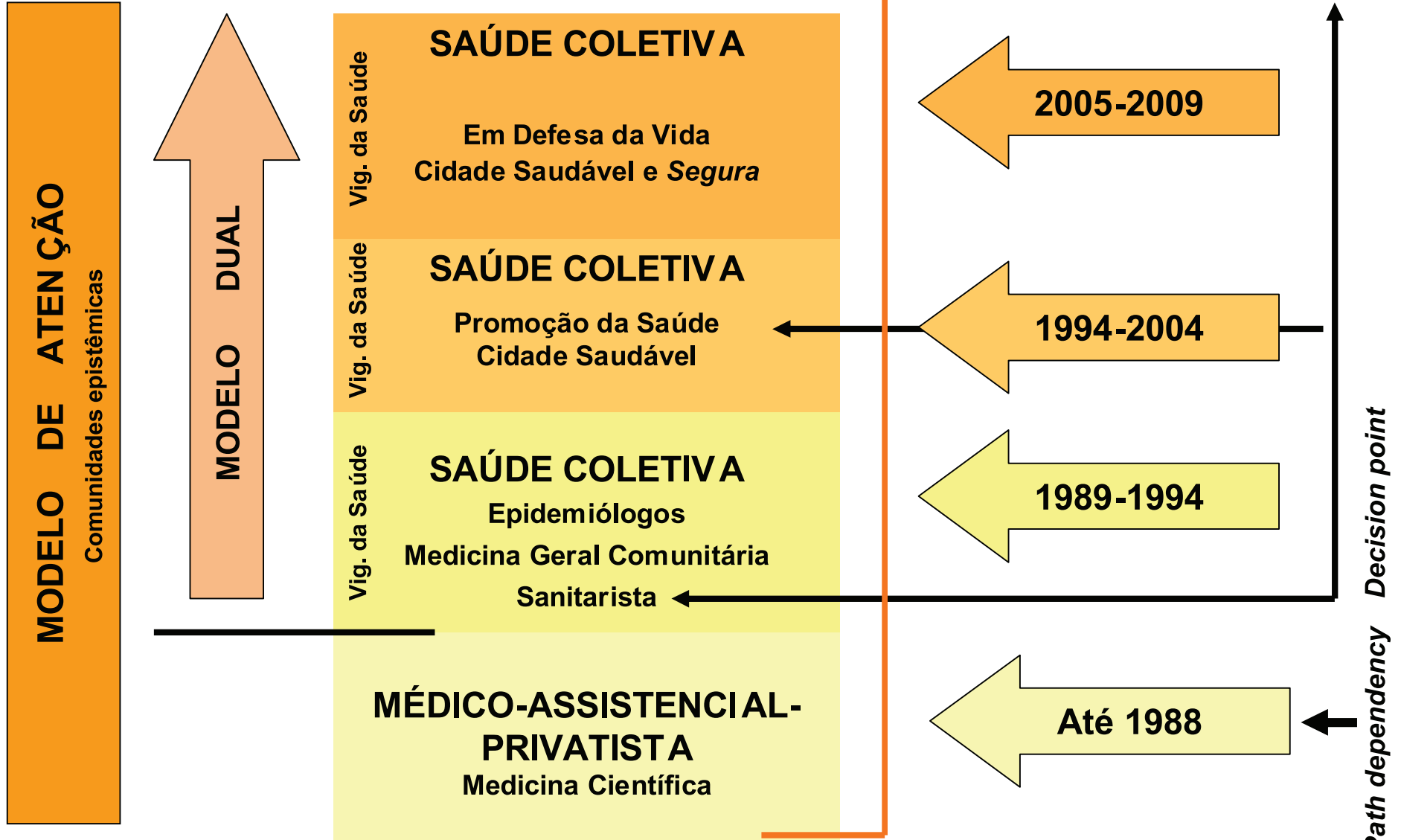
Tendência de trajetória e mudança institucional



dependência de trajetória e mudança institucional



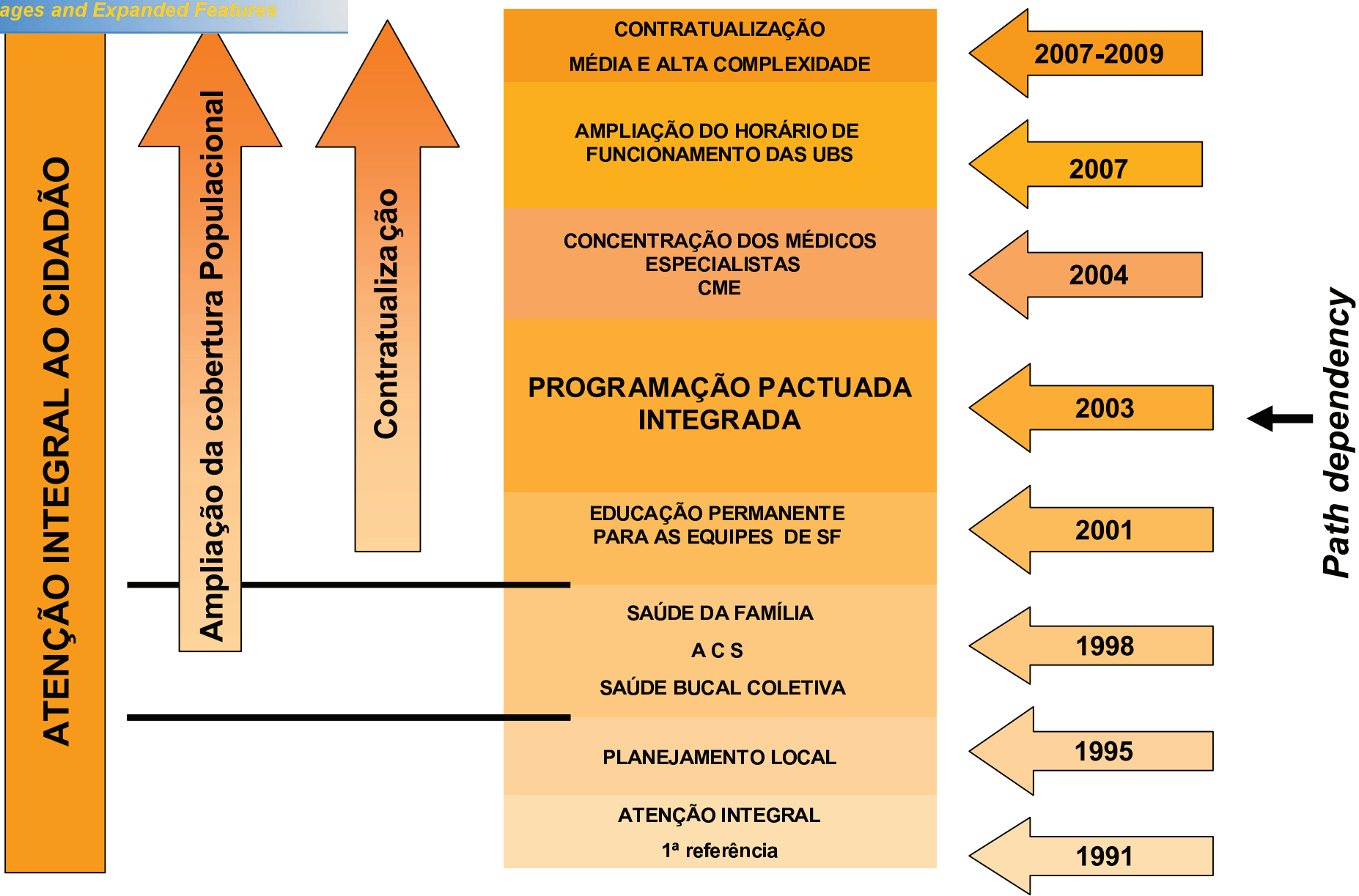
Tendência de trajetória e mudança institucional



Prevalência de trajetória e mudança institucional



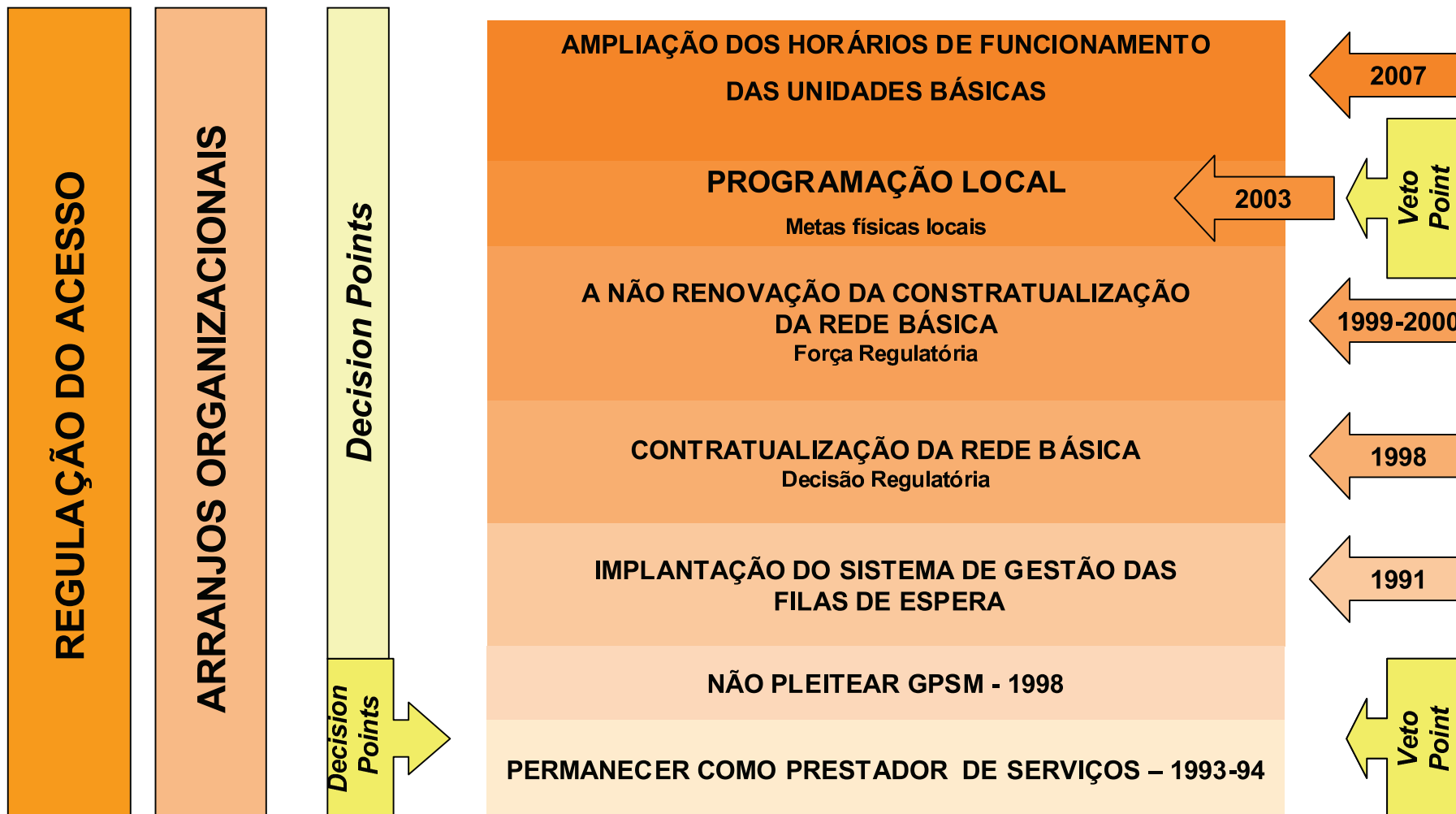
evolução de trajetória e mudança institucional



Dependência de trajetória e mudança institucional



Dependência de trajetória e mudança institucional



Tendência de trajetória e mudança institucional



dependência de trajetória e mudança institucional

EXTERNALIDADES AO SUS MUNICIPAL

MICROPOLÍTICA DO PODER

LEGISLAÇÃO CONTRÁRIA À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

LEIS AUTORIZATIVAS

LEGISLAÇÕES PARA CLIENTELA FECHADA

GREVES NO SETOR SAÚDE

COOPERATIVAS MÉDICAS

PRESSÕES CORPORATIVAS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

FRAGILIDADES DOS PACTOS INTERGESTORES

SEGMENTOS DA SESA - SRSV

INTERESSES POLÍTICO-IDEOLÓGICOS E PARTIDÁRIOS

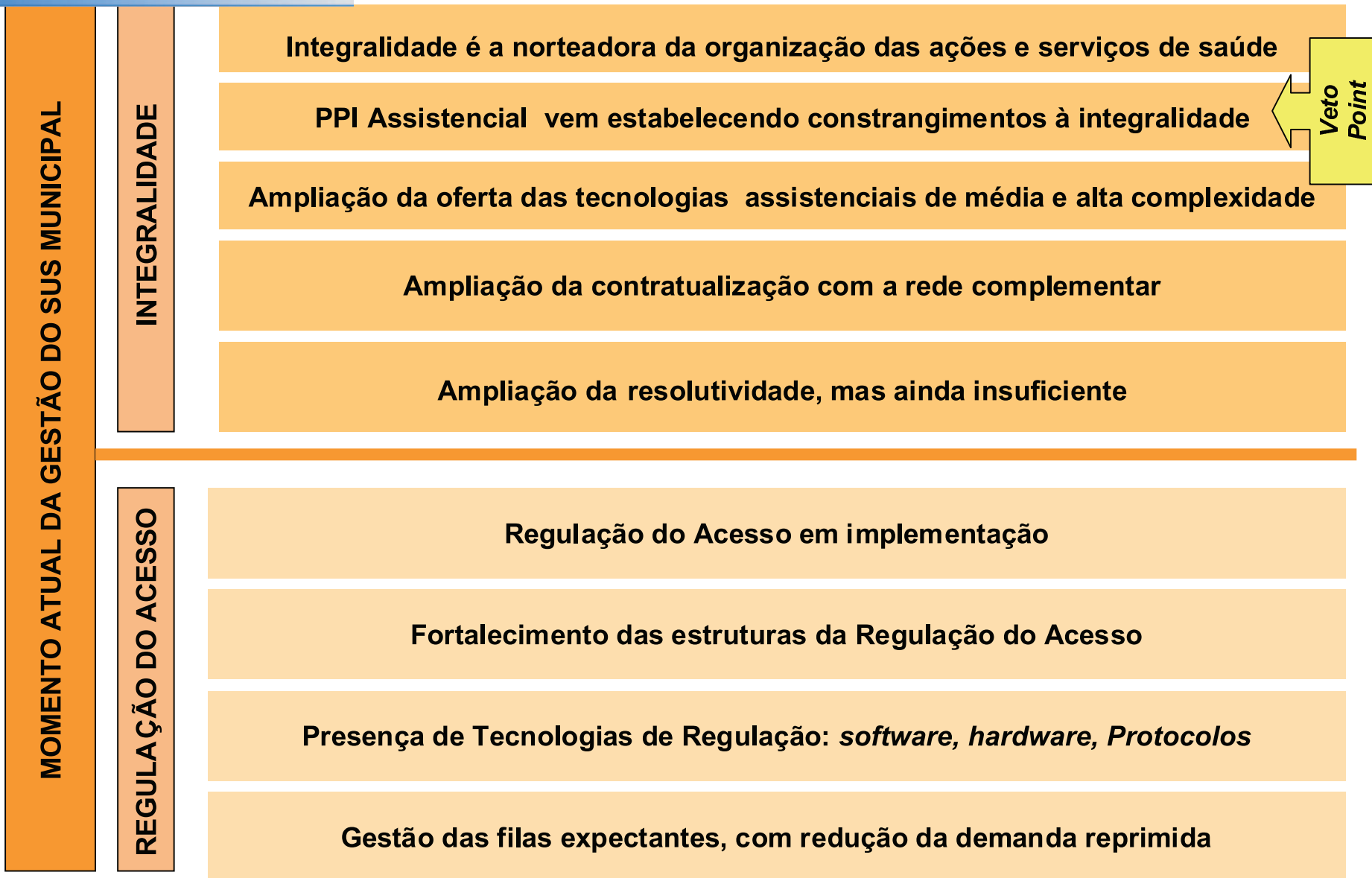
VIOLÊNCIA

AUMENTO DE ACIDENTES DE TRABALHO

CRESCIMENTO INDUSTRIAL ATRAIU POPULAÇÕES DO INTERIOR

Veto Points: vetos indiretos

Condição de trajetória e mudança institucional



Condição de trajetória e mudança institucional

MOMENTO ATUAL DA GESTÃO DO SUS ESTADUAL

PPI “ESTÁTICA” E “DESFINANCIADA” COM RECURSOS DO ESTADO

**INDEFINIÇÃO DE FONTES PRECISAS DE FINANCIAMENTO PARA
A MÉDIA COMPLEXIDADE**

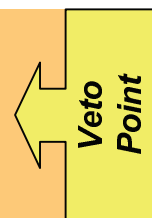
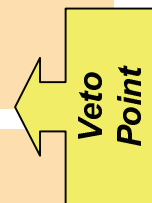
**NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO e DESCENTRALIZAÇÃO DA OFERTA
DE DIVERSAS TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

CULTURA INSTITUCIONAL PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

**REGULAÇÃO DO ACESSO - CENÁRIO DE DIFICULDADES, DE DESARTICULAÇÃO
E DE DESCONTINUIDADE**

FORTE INVESTIMENTO FINANCEIRO NO PROCESSO DE REGULAÇÃO

REDES DE ATENÇÃO MODELADAS E EM FASE INICIAL DE IMPLANTAÇÃO

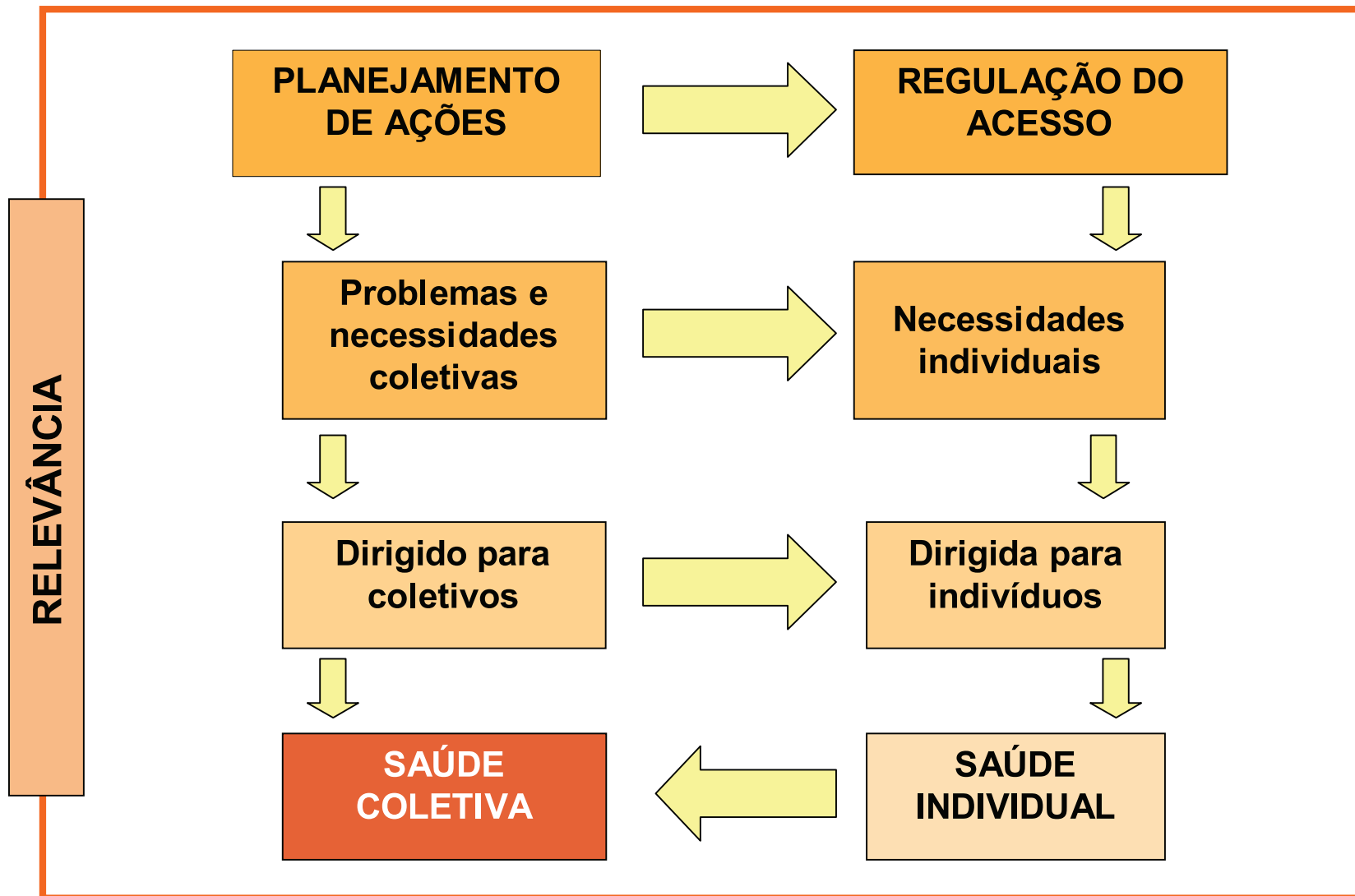


Mudança institucional e avanços incrementais



MUDANÇA INSTITUCIONAL Avanços Incrementais			Incremento %
	% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família	1998-2009	77,5
	% de internações da população residente	2008	5,2
	Programas de saúde implantados	1990-2009	361,53
	Serviços de saúde especializados implantados	1990-2009	333,33
	Nº procedimentos básicos realizados	1998-2008	237,89
	Nº receitas médicas dispensadas	1994-2006	365,53
	% de Tratamentos completos dispensados	2006	89,55
	Nº de procedimentos ambulatoriais especializados realizados	1998-2008	224,25
	Nº de exames de análises clínicas realizados	1989-2008	5.700
	% Internações por CSAA	2007	14,0/7,0
	Coeficiente de mortalidade infantil/1.000NV	1994-2008	21,62/10,93
	Despesa per capita com recursos próprios	2000-2008	412,08
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	1991-2000	0,797/0,856	

Relação entre a regulação do acesso e a saúde coletiva



S FINAIS

GERAIS

- **Decisões tomadas no passado interferem no momento presente e contribuem para a mudança institucional – *path dependency*;**
- **Instituições histórica e socialmente construídas afetam as estratégias e as metas dos atores no futuro;**
- **Identificar a trajetória de determinada unidade de análise torna-se extremamente importante quando se olha para o futuro, buscando-se antever os possíveis efeitos e mudanças que se processarão.**

S FINAIS

- A integralidade na atenção era e é o objetivo maior das gestões da saúde;
- Vitória não poderia, por si só, proporcionar a integralidade na atenção à saúde da sua população;
- Não existe a possibilidade de municípios totalmente autônomos, capazes de ofertar e atender a todas as necessidades da população;
- A integralidade vem se ampliando por esforço municipal para suprir a falta de uma política estadual, principalmente para a média complexidade;
- Observa-se que houve uma gradual inclusão de maior número de usuários no sistema;

INTEGRALIDADE

S FINAIS

- **A regulação do acesso contribui para a ampliação da capacidade de respostas do SUS à integralidade na assistência;**
- **A regulação retroalimenta o planejamento assistencial num ciclo virtuoso para a gestão do SUS;**
- **A PPI é entendida como sendo a base para a organização da regulação do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência;**
- **O município vem implantando a regulação do acesso com ênfase na integralidade necessária e regulada, por meio de protocolos operacionais de regulação e utilização de prontuários eletrônicos;**
- **Ausência de mecanismos regulatórios ágeis para a identificação da procedência da população usuária dos serviços de média complexidade localizados no território municipal.**

REGULAÇÃO

MUNICÍPIO

INDÍCIOS CAUSAIS TRAJETÓRIA-DEPENDENTES MAIS MARCANTES NO PERÍODO SOB ANÁLISE

- Observa-se um certo encadeamento causal e indícios de mudanças de rotas resultantes de saberes e heranças culturais arraigadas;
- O modelo de atenção médico-assistencial-privatista;
- O município nunca ter assumido a Gestão Plena do Sistema Municipal;
- A recentralização das ações de Vigilância da Saúde;
- A estagnação da Programação Pactuada e Integrada;
- Subfinanciamento do SUS.

PATH DEPENDENCY

A trajetória histórica da SEMUS, analisada na linha do tempo deste estudo, evidencia que a não efetivação da implantação da regulação do acesso no passado traz inúmeras dificuldades para sua concretização no presente, reflexos da pouca presença do Ministério da Saúde e da SESA nessa política temática ao longo das duas décadas desta análise.

REGULAÇÃO

MENDES, 2005

CARVALHO, 2006

MAGALHÃES JR, 2006

SANTOS e MERHY, 2006

MENICUCCI, 2005; 2009

MS, 2002; 2006; 2008;
2009

INTEGRALIDADE

MATTOS, 2001; 2003; 2009

PINHEIRO, 2001; 2003; 2009

STARFIELD, 2002

CECÍLIO e MERHY, 2003

GUIZARDI, 2008

AYRES, 2009

SANTOS, 2010

TEORIA ANALÍTICA

HALL e TAYLOR, 1990

THELEN e STEINMO, 1992

NORTH, 1990; 1993

IMMERGUTH, 1994

PUTNAM, 1996

LABRA, 1999

PIRES, 2002; 2004

ROCHA, 2005

SILVA e BRITO JR, 2009

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, Fernando Henrique, amado, muito amado, que apesar de pouca idade, esteve sempre comigo, falando quando entendia ser necessário, se calando, me abraçando e acariciando meus cabelos nos momentos de alguma tensão, e se alegrando com minha alegria.

**À minha mãe, Joirta
e ao meu avô Portugal,
sempre sentados ao meu lado,
mesmo que a cadeira esteja vazia.
Ao meu tio Portugal.
Exemplos de vida e que deram
direção à minha vida.**

Agradeço às Professoras e amigas Elda e Rita Lima e às amigas Josilda e Leonor, por terem me encorajado a percorrer este caminho

Prof. Dra. Marta Zorzal e Silva e à Co-orientadora Profa. Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinger, Pelo aprendizado acadêmico e profissional.

Aos examinadores da Banca de Qualificação do Projeto Dr. Gilson Carvalho, Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo e Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, pelo respeito e sutileza com que fizeram suas sugestões, que me ajudaram a qualificar este estudo.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória Dr. Pedro Benevenuto Junior, Dr. Wellington Coimbra, Dr. Francisco José Dias da Silva, Dr. Luciano Rezende e Dr. Luiz Carlos Reblin, que tornaram este estudo possível.

Aos colegas e amigos Ângelo Dalmaschio, Lucia Pesente, Jôse, Tião, Sônia Beltrame, Ipojucã, Waldir, Edilson, Wanda e Luiza, por terem tornado possível a coleta de dados e informações.

À Secretaria de Estado da Saúde por ter tornado possível minha participação nas aulas presenciais.

À minha amiga-gerente Dr^a Luiza Maria Augusto de Castro Alvarenga pelo acolhimento nos momentos de maior dificuldade, sempre com palavras delicadas, de incentivo, de motivação, de “amor de mãe”.

A todos os secretários municipais de saúde com os quais tive o privilégio de trabalhar enquanto assessora técnica do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do estado do Espírito Santo.

Ao Ministério da Saúde pela honrosa possibilidade de atuar como consultora voluntária na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, nas pessoas da Nina Cordeiro, Débora do Carmo e Claunara Shilling.

Aos colegas do mestrado, ao João e à Laila, que sempre alegravam nossos dias e à Ana Rosa por toda sua dedicação e sempre presente amizade.

Ao Prof. e amigo Túlio, pela leve presença ao nosso lado e pelos inesquecíveis “pic-nic culturais”.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Meu muito Obrigada!