

Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS

Health care in big cities: challenges to the consolidation of SUS

Mônica de Castro Maia Senna¹
Andréia Martins da Costa²
Luana Nunes da Silva³

Resumo: A implantação do Sistema Único de Saúde representou uma importante inflexão no padrão de intervenção do Estado brasileiro na questão saúde, instituindo a noção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Desde que essa prerrogativa foi garantida constitucionalmente, houve expansão considerável da oferta de serviços de saúde no Brasil, sobretudo na chamada atenção básica sob gestão municipal. No entanto, o acesso aos demais níveis da assistência permanece como um dos grandes desafios do SUS. Tal dificuldade fere frontalmente a noção de direito à saúde e os princípios da integralidade e equidade. Esse trabalho analisa constrangimentos ao alcance da integralidade da atenção à saúde, tomando por referência a experiência da região metropolitana II do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: SUS; atenção primária à saúde; integralidade.

Introdução

É consensual na literatura que trata da análise e avaliação do processo de reformas da política de saúde brasileira iniciado nos anos 1980 o reconhecimento de que a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional representou uma importante inflexão no padrão de intervenção do Estado na questão saúde. Fruto de um amplo processo de mobilização social e favorecido pelo contexto de redemocratização do país, o SUS introduziu, pela primeira vez na história republicana do Brasil, a noção de que a saúde é um direito universal, cabendo ao Estado a responsabilidade pela garantia desse direito.

A partir de então, o processo de implantação do SUS e a operacionalização de seus princípios básicos têm redesenhado os contornos da atenção à saúde, promovendo alterações institucionais importantes. Nesse quadro, merecem realce o processo de descentralização, com atribuição de novas responsabilidades aos estados

¹ Assistente social, mestre e doutora em Ciências – Saúde Pública. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social. Programa de estudos pós-graduados em Política Social. Universidade Federal Fluminense.

² Graduanda em Serviço Social. Bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ de março de 2009 a fevereiro de 2010. Escola de Serviço Social – Universidade Federal Fluminense.

³ Graduanda em Serviço Social. Bolsista PIBIC/ UFF/ CNPq desde agosto de 2009. Escola de Serviço Social – Universidade Federal Fluminense.

e principalmente aos municípios, e a participação popular, com a criação e funcionamento de instâncias colegiadas como os conselhos municipais de saúde.

Passadas duas décadas da promulgação da nossa Constituição cidadã e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), cabe analisar os rumos assumidos pelas mudanças então preconizadas. Diversos autores têm salientado que a implementação do SUS esbarrou em um conjunto de constrangimentos relacionados à conjuntura adversa dos anos 1990. O avanço das ideias neoliberais e a adoção de medidas de ajuste estrutural da economia tiveram impacto na redução dos gastos públicos, em especial na área social, com graves repercussões na saúde. Além da questão do financiamento setorial, o SUS se depara também com desafios internos ao próprio setor, dos quais se destacam a exponencial expansão do setor privado da saúde, a formação e gestão da força de trabalho e a reversão do modelo assistencial em direção à atenção integral em saúde, para citar apenas alguns.

É importante ressaltar que diversas iniciativas têm sido implantadas nos anos recentes na direção de construção de um modelo de atenção à saúde pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Desse conjunto de iniciativas, merece destaque o recente esforço de expansão da assistência em saúde, através, sobretudo, do fortalecimento da Atenção Básica. Sob forte indução da esfera federal, os municípios brasileiros ampliaram a oferta dos serviços de saúde nesse nível de atenção. Proposta cara aos ideais defendidos pela Reforma Sanitária brasileira, o investimento na Atenção Básica traz em seu bojo a perspectiva de mudança no modelo assistencial, historicamente caracterizado pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde e pelo predomínio da assistência curativa e de âmbito hospitalar, com ênfase nos procedimentos de alto custo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) aparece, nesse contexto, como mecanismo prioritário para reorientação dos sistemas locais de saúde, de forma não apenas a expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde, mas também garantir a continuidade da atenção através da integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Um olhar sobre as diversas experiências municipais revela que, se houve uma efetiva expansão da rede assistencial de atenção básica sob gestão municipal (o que de fato ocorreu), a integração entre os serviços e o acesso dos usuários do sistema aos demais níveis da assistência em saúde (média e alta complexidade) permanecem como grandes desafios do SUS. Tal dificuldade fere frontalmente não só a noção de direito à saúde – uma vez que tende a restringir a oferta dos serviços aos mais pobres apenas ao âmbito da atenção básica – como também os princípios da integralidade e equidade.

Nessa direção, o presente artigo tem por objetivo analisar as dificuldades enfrentadas pelos municípios para a construção de uma rede integrada de serviços de saúde, a partir da constituição da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada ao sistema.

O foco do estudo recai sobre os municípios da região metropolitana II do Rio de Janeiro, que envolve os municípios de Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim. A escolha dessa região se justifica pela constatação de que os grandes centros urbanos – isto é, municípios com população acima de 100 mil habitantes – concentram os maiores obstáculos e desafios para a melhoria das condições de acesso e diminuição das desigualdades na oferta de serviços de saúde.

De fato, as grandes cidades e regiões metropolitanas brasileiras apresentam uma enorme complexidade de questões, expressa pela combinação de altos índices de exclusão e/ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde; agravos de saúde característicos de grandes centros; intenso fluxo migratório diário; oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída; implantação incipiente e pontual da Estratégia Saúde da Família, com predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda; reduzida capacidade pública instalada na área hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapia (SADT); forte presença de planos e seguros de saúde e frágil regulação sistêmica (Escorel *et al.*, 2002; Senna, 2004; Viana & Hudson, 2005).

Nesse sentido, o artigo pretende contribuir para o debate em torno dos constrangimentos enfrentados pelos municípios de regiões metropolitanas para a construção de sistemas integrados de saúde, com garantia de acesso aos diferentes níveis da atenção à saúde.

Procedimentos metodológicos

Os resultados aqui apresentados foram obtidos no âmbito da pesquisa *Atenção Básica e integralidade na saúde: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro*, desenvolvida no período de outubro de 2007 a janeiro de 2010, com financiamento do programa *Jovens Cientistas* da FAPERJ.

A pesquisa aborda aspectos relacionados à gestão e organização dos sistemas locais de saúde, em especial a integração entre os diferentes níveis de complexidade da rede de serviços. Tal perspectiva de análise exige considerar a implementação de uma dada política como um processo dinâmico e complexo, marcado pela conjugação de ações e decisões que envolvem governantes e demais *stakeholders* e inúmeros desafios relativos à sustentação política dos programas, coordenação interinstitucional e capacidade de recursos (Silva *et al.*, 1999).

Optou-se pela realização de estudos de casos nos sete municípios que compõem a região metropolitana, haja vista que essa metodologia se mostra particularmente adequada quando se aposta no determinante do aprofundamento para a melhor compreensão de um dado fenômeno (Becker, 1997).

O estudo contou com pesquisa bibliográfica, levantamento documental, legislativo e de dados demográficos, socioeconômicos,

epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde dos municípios. Também foi feito trabalho de campo em todos os sete municípios da região, tendo sido realizadas entrevistas com gestores locais, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A priorização da Atenção Básica e o SUS

A partir da segunda metade dos anos 1990, a Atenção Básica em Saúde passou a assumir centralidade na conformação da política de saúde brasileira. Mudanças na forma de financiamento do setor e a adoção de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde para que os municípios assumissem a gestão e provisão de ações de Atenção Básica e para a adoção de certos programas atestam tal centralidade.

Vale dizer que o reforço da Atenção Básica tem sido uma tendência mundial de resposta à crise dos sistemas nacionais de saúde enfrentada pelos países europeus e latino-americanos desde os anos 1980. Autores como Mendes (2002) chamam atenção para a existência de perspectivas diferenciadas na construção da Atenção Primária em Saúde (APS). A APS pode assumir, assim, desde um caráter altamente seletivo, voltado à extensão da cobertura assistencial aos grupos populacionais mais pobres até a perspectiva de efetiva porta de entrada a um sistema integral de saúde, com a função de coordenação da assistência prestada. No Brasil, optou-se por empregar o termo Atenção Básica – e não APS – para demarcar a tentativa de superar o caráter seletivo e focalizado que a terminologia internacional encerra.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, M.S., 2006), a Atenção Básica em saúde se caracteriza por

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nesses termos, uma questão central é saber de que forma a Atenção Básica em Saúde tem sido implementada nos municípios e quais os seus impactos na organização dos sistemas locais de saúde.

Do ponto de vista que se defende no presente trabalho, a integração da Atenção Básica aos outros níveis do sistema é condição fundamental para a efetiva garantia do direito constitucional à saúde e um dos requisitos para superar o caráter seletivo e reducionista que pode assumir a Atenção Básica. Em outros termos, a atenção integral é uma das condições – não exclusivas – para consubstanciar o direito à saúde.

A literatura que trata da temática da integralidade no Brasil tem destacado o caráter polissêmico dessa noção (Mattos, 2001; Camargo Júnior, 2003). Dada a sua imbricação histórica com a luta pela aquisição e ampliação de direitos sociais no contexto da redemocratização do país, o termo integralidade ganhou contornos abrangentes, para onde confluíram diversos sentidos associados a um conjunto de atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais. Um ponto em comum aos diversos sentidos do termo é a crítica ao caráter reducionista, fragmentado e dicotômico que tem marcado o modelo hegemônico de atenção à saúde construído no Brasil.

Do ponto de vista analítico, um dos principais desafios é precisar o(s) sentido(s) de integralidade com o qual se vai (vão) trabalhar, bem como as dimensões priorizadas e como operacionalizá-las. No caso brasileiro, o trabalho de Giovanella et al. (2002) buscou operacionalizar o conceito de integralidade para avaliar os sistemas municipais de saúde, por meio de quatro dimensões: a. a primazia das ações de promoção e prevenção; b. a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c. a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e d. abordagem integral do indivíduo.

Tomando por referência esse estudo de Giovanella et al., o presente trabalho destaca os mecanismos de integração entre os diferentes níveis de complexidade, entendendo que essa integração está relacionada a um duplo movimento. De um lado, está a percepção de que nenhum serviço é capaz, por si só, de responder à totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, o que implica reconhecer a interdependência dos atores e organizações de saúde e a necessidade de integração dos serviços por meio de redes assistenciais (Cecílio, 2001; Hartz & Contandriopoulos, 2004). De outro lado, situa-se a preocupação em promover o caráter contínuo da atenção à saúde (Starfield, 2002).

Estudos como os de Pinheiro (2001) apontam que a articulação entre os diferentes níveis de assistência não deve ser vista como uma mera organização do fluxo de usuários dentro do sistema, mas como a capacidade de o próprio sistema estar articulado e integrado para resolver os problemas de saúde da população, através de ações interligadas. Nessa perspectiva, a atenção básica ocupa lugar estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, à medida que pode contribuir na construção da atenção contínua junto à população.

Ao mesmo tempo, há que se considerar, com base no estudo de Arretche (2003), que a capacidade de os municípios ofertarem serviços ambulatoriais e a capacidade de gestão da rede hospitalar vêm se

desenvolvendo de modo inteiramente independente, estando a primeira em um estágio muito mais avançado que a segunda, dados os requisitos que o município deve reunir para o desempenho da tarefa de gerir o sistema hospitalar, o que certamente é um fator que interfere nas possibilidades de integração entre os distintos níveis do sistema de saúde.

Breve caracterização dos municípios estudados

A heterogeneidade é uma marca da região, seja no tocante a diferenças entre os municípios que a integram, seja no interior do próprio espaço intramunicipal.

Alguns municípios concentram grande contingente populacional, com alta densidade demográfica (São Gonçalo e Niterói, principalmente), enquanto outros são de pequeno porte em termos populacionais e seus habitantes residem de forma esparsa pelo território municipal, conforme pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1. População residente e densidade demográfica dos municípios da região metropolitana II do Rio de Janeiro, 2000.

Municípios	No. de habitantes	Densidade demográfica (hab./km ² .)
SÃO GONÇALO	891.119	3.690,0
NITERÓI	459.451	3.561,6
ITABORAÍ	187.479	442,2
MARICÁ	76.737	211,0
RIO BONITO	49.691	107,6
TANGUÁ	26.057	177,0
SILVA JARDIM	21.265	22,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Do ponto de vista econômico, Niterói se destaca pela concentração de comércios e serviços, além de algumas indústrias, em especial a da construção naval. São Gonçalo e Itaboraí também apresentam importante crescimento econômico, sobretudo pela perspectiva de breve implantação de pólo petroquímico na região. Silva Jardim e Rio Bonito possuem forte vocação agropecuária.

Em termos de indicadores sociais, a região possui dois pólos de atração da classe média – Niterói e Maricá – sendo que Niterói ocupa o primeiro lugar no ranking do IDH-M do estado e o terceiro do país. Já os demais municípios apresentam indicadores de maior vulnerabilidade social, expressos em baixos índices de escolaridade e de renda e na precariedade de acesso a serviços de saneamento básico. Em síntese, à exceção de Niterói e Maricá, são municípios periféricos, cujos indicadores sociais revelam a magnitude da pobreza e das desigualdades sociais dos grandes centros urbanos brasileiros, principalmente na região sudeste do país.

A escassez de oferta de serviços sociais básicos é uma realidade na maioria dos municípios, característica essa que não difere das demais cidades da periferia das regiões metropolitanas brasileiras.

Em termos dos sistemas municipais de saúde, Niterói se destaca pela posição de vanguarda na construção do SUS municipal e apresenta uma estrutura de serviços de saúde abrangente e consolidada, constituindo pólo no processo de regionalização da saúde. Os demais casos estudados enfrentam déficit da oferta de serviços especializados e hospitalares, embora contem com investimentos recentes para ampliação da rede de serviços.

Em todos os municípios que compõem a região, foi possível verificar investimentos na ampliação da Atenção Básica, especialmente através da Estratégia Saúde da Família. Em alguns municípios, como Silva Jardim, a cobertura populacional da ESF chega a 100%, com um total de 6 equipes, enquanto São Gonçalo possui 160 equipes e cobertura populacional de 50%, mostrando diferenças entre municípios de médio e grande porte populacional.

Na fala dos gestores, aparece a perspectiva de que a Atenção Básica se constitua em efetiva porta de entrada ao sistema, mas a constatação de que esse processo ainda não se consolidou é recorrente entre os dirigentes locais. Nos municípios com área rural – principalmente Silva Jardim, Rio Bonito e Tanguá – houve um esforço de desconcentração das unidades de saúde para as localidades periféricas do município, de forma a garantir o acesso à Atenção Básica, além de garantir a construção de vínculos e a resolutividade desse nível de atenção. Em outros municípios, especialmente os de maior concentração populacional, há maiores dificuldades para implantação da estratégia Saúde da Família, ainda mais se considerar a existência prévia de uma rede de saúde ainda que pouco articulada. Em alguns casos, como Niterói, há coexistência da Estratégia Saúde da Família com o chamado modelo “tradicional” de Atenção Básica, com paralelismo de ações e conflitos de interesses.

O investimento na Atenção Básica representou melhoria de acesso da população aos serviços de saúde no que se refere a esse nível de atenção, sobretudo nos municípios com déficit histórico de serviços.

Há dificuldades de constituição da Atenção Básica como efetiva porta de entrada ao sistema, considerando a forte cultura hospitalocêntrica que marca tanto a organização dos sistemas como a própria demanda populacional. Em muitos municípios, a primeira procura da população continua sendo a rede hospitalar e/ ou os serviços de pronto-atendimento.

Tais dificuldades acabam refletindo na integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema, com restrição à garantia do direito à saúde. Foi possível observar em todos os municípios – ainda que em graus diferenciados – que o acesso à média e à alta complexidade é um grande problema da região. Muitas vezes, a atenção prestada no âmbito da Estratégia Saúde da Família sofre solução de continuidade, em

função da demora e/ ou falta de acesso a exames complementares e a consultas com especialistas, muitos deles inexistentes em alguns municípios da região.

A conformação da porta de entrada ao sistema de saúde

Segundo Giovanella et al. (2009: pág.),

(...) A integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária requer: a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, mecanismos formalizados de referência e a coordenação das diversas ações pela equipe de atenção primária, garantindo o cuidado contínuo. Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado (...).

Os sete municípios que compõem a região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro implantaram a Estratégia Saúde da Família com a perspectiva, segundo os gestores entrevistados, de promover mudanças na organização dos serviços de saúde em nível local, constituindo-se na porta de entrada preferencial ao sistema de saúde.

Os municípios de menor porte – Silva Jardim, Rio Bonito e Tanguá – adotaram a ESF como modelo exclusivo da Atenção Básica. A inexistência ou precariedade prévia da oferta de serviços de saúde nesse nível de atenção contribuiu para que a implantação da estratégia significasse uma expansão da oferta e conseqüente cobertura da população, sobretudo nas áreas rurais e periféricas desses municípios. Os demais municípios da região também lograram um aumento da oferta de serviços de saúde e expansão da cobertura populacional com a ESF, mas a estratégia convive com unidades de saúde do chamado “modelo tradicional”, o que produz paralelismo e até mesmo conflitos entre os modelos.

Vale aqui sinalizar que o município de Niterói possui um programa similar ao Saúde da Família. Implantado ainda em 1992, o Programa Médico de Família é um dos pioneiros na adoção recente da Estratégia Saúde da Família no país e destina-se a cobrir a população situada nas áreas de risco do município, reconhecidamente com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (PMF, 1997).

Apesar da expansão da oferta dos serviços, a Estratégia Saúde da Família ainda não se constitui como porta de entrada preferencial aos sistemas locais de saúde. Em municípios como São Gonçalo, o pronto socorro tem se conformado como principal porta de entrada ao sistema,

enquanto que em Silva Jardim, apesar de ter uma cobertura do PSF de 100%, há grande procura pela policlínica ou mesmo pelo setor privado (fora do município), enquanto em Rio Bonito existe, segundo a fala dos gestores, a preferência da população por especialistas, com resistência em aceitar o PSF.

Tais questões nos remetem à

(...) Necessidade de ampliar-se o debate sobre a maneira de universalizar a atenção, principalmente quando há grupos populacionais sem acesso a nenhum tipo de serviço, em todas as regiões do país e, inclusive, nas regiões metropolitanas, onde podem ser encontradas redes razoavelmente bem desenvolvidas de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (...) (CARNEIRO JUNIOR, et al, 2005)

Vários fatores contribuem para essa dificuldade. Em primeiro lugar, cabe destacar que em muitos municípios há indefinição dos perfis assistenciais das unidades de saúde que compõem o sistema, com atendimento à demanda espontânea em todos os níveis, inclusive na Atenção Básica. Não se trata aqui da defesa de que os serviços de saúde devam atender exclusivamente à demanda programada. Ao contrário, a demanda espontânea é condição inexorável ao próprio risco de adoecer, que não obedece a um programa pré-estabelecido. Nesse sentido, seu atendimento, além de um direito, é também um mecanismo necessário para estreitar os vínculos entre profissionais/ serviços de saúde e os usuários do sistema. O que se quer chamar atenção é para o fato de que o atendimento exclusivo à demanda espontânea restringe o trabalho preventivo e de promoção da saúde, uma das pedras basilares do modelo assistencial que se pretende implantar, ao mesmo tempo em que impede a construção de uma racionalidade sistêmica necessária à organização da rede de serviços de atenção à saúde.

A dificuldade de fixação dos profissionais, principalmente os médicos, na Estratégia Saúde da Família – como também nos outros níveis do sistema – é outro aspecto que merece destaque. Como discutiremos mais à frente, salários incompatíveis com a dinâmica do mercado de trabalho na região e seu entorno, precariedade dos vínculos trabalhistas e ausência de um plano de cargos e carreiras acabam constituindo sério obstáculo à adesão dos profissionais à ESF. Foi comum encontrar nos municípios da região equipes incompletas, assim como certo afrouxamento em relação ao cumprimento da carga horária exigida pela estratégia, principalmente para os médicos.

A combinação desses aspectos, aliados à falta de insumos e à demora para marcação de exames e consultas a especialistas afetam diretamente e de forma negativa a capacidade de resolutividade da Estratégia Saúde da Família. Essa condição contribui para aumentar a demanda por serviços de pronto atendimento e hospitalares, reforçando, desse modo, a cultura hospitalocêntrica para a qual esse nível de atenção,

senão garante a resolutividade, ao menos permite acessar a atenção especializada e os exames complementares de forma mais ágil.

Sobre esse aspecto, cabe indicar que a recente implantação das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) – política do governo estadual encampada pelo Ministério da Saúde, com adesão dos governos municipais – tende a reforçar o imediatismo da atenção à saúde, sem preocupação com a garantia da continuidade da atenção. Criadas com a finalidade de desafogar as emergências dos hospitais dos grandes centros urbanos, as UPAs são definidas como estruturas intermediárias entre as unidades básicas de saúde e as emergências hospitalares, prestando atenção 24 horas por dia. Sem definição das possibilidades de articulação das UPAs com a Atenção Básica, esses serviços acabam concorrendo com a Estratégia Saúde da Família como serviço de procura regular e constituem uma estrutura paralela de serviços de primeiro contato da população com o sistema de saúde.

Acesso aos diferentes níveis de atenção

A integralidade e continuidade da atenção, atributos da Atenção Primária em Saúde tal como definido por Starfield (2002), exigem a capacidade de os sistemas de saúde proverem a população de toda a assistência de que ela necessita. Requer, portanto, a articulação entre os diferentes níveis do sistema e a garantia de acesso aos mesmos.

Segundo Mattos, o Sistema Único de Saúde

(...) foi concebido como abarcando todas as ações e serviços públicos de saúde (assim como alguns serviços privados). Estes deveriam estar organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada. A noção de hierarquização pressupõe o estabelecimento de certos níveis de atenção (chamemos assim). Para delimitar esses níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde. É desses níveis de atenção que falamos quando defendemos que todos os brasileiros possam ter assegurado seu acesso a todos os níveis (...) (MATTOS, 2004, p.1412)

A garantia de acesso dos usuários aos demais níveis de assistência (média e alta complexidade) depende, portanto, da capacidade que o município possui para disponibilizar a oferta dos serviços em todos os níveis de assistência. Nos municípios estudados, observa-se que se houve uma efetiva expansão da atenção básica, todas as experiências analisadas enfrentam dificuldades, em maior ou menor grau, de acessar a média e a alta complexidades. Vale dizer que esse é, em verdade, um grande nó na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Em Silva Jardim e em Tanguá, os serviços de apoio diagnóstico e a atenção hospitalar são praticamente inexistentes (Tanguá possui um

hospital psiquiátrico e um pronto-atendimento). Mesmo o setor privado não oferece essas ações nos dois municípios, tendo em vista a baixa capacidade de pagamento da população local, quase integralmente dependente do SUS. Nos demais municípios estudados, observou-se que é grande demora para que a população consiga acesso aos serviços de média e alta complexidade. Apenas Niterói possui maior capacidade de oferta de serviços especializados e hospitalares, mas enfrenta grande demanda vinda dos outros municípios.

A implantação da Estratégia Saúde da Família permitiu ampliar a cobertura e melhorar o acesso da população local à atenção básica em saúde, mas a potencialidade de a estratégia garantir resolutividade e qualidade da atenção esbarra na dificuldade de se constituir em mecanismo de acesso a outros níveis do sistema de saúde. A atenção ao pré-natal e ao parto no município de Tanguá é emblemática nesse sentido. As equipes de Saúde da Família realizam as ações de pré-natal, mas como o município não dispõe de maternidade ou de outra unidade hospitalar, não há garantias para a assistência ao parto.

Os fluxos estabelecidos para a referência da ESF aos outros níveis de atenção variam entre os municípios. Muitos buscavam implantar centrais de marcação de exames e de regulação de leitos, mas apenas Niterói possuía esses mecanismos estruturados e em funcionamento. Assim, pode-se dizer que a implantação de iniciativas de coordenação da atenção, tais como essas centrais, ainda dá seus primeiros passos. Nos procedimentos de média complexidade, muitos municípios compram os serviços permitidos no âmbito da programação pactuada integrada (PPI). A região conta com uma central de regulação de leitos, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e com sede em Niterói. No entanto, é freqüente entre os municípios a queixa de que as vagas oferecidas são poucas e o tempo de espera é elevado.

Merece destaque o processo recente de pactuação entre os gestores municipais da região no sentido de garantir a oferta de serviços de saúde nos diversos níveis de atenção. Ainda que esse processo seja assaz complexo, por envolver uma gama extensa de interesses e assimetria de poderes, ele tem sido apontado pelo conjunto de gestores como mecanismo importante para alavancar o alcance da integralidade e qualidade da assistência.

Dificuldade de fixação de profissionais médicos

Um dos fatores que se configura como um entrave à reorganização dos sistemas locais de saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro é a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos, na Estratégia de Saúde da Família. Esse entrave, na verdade, não é uma particularidade apenas da região estudada e sim uma realidade vivenciada em outras experiências de Saúde da Família em diferentes municípios do território nacional.

A dificuldade de fixação dos profissionais e a conseqüente rotatividade dos mesmos nas unidades de Saúde da Família influenciam diretamente a eficácia e credibilidade desta estratégia para garantir a Atenção Básica como porta de entrada para os sistemas locais de saúde. O acesso à saúde se torna limitado, dificultando a universalização dos serviços.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2007), um dos fundamentos que norteiam esse grau de complexidade de atendimento à saúde é o vínculo entre os serviços de saúde e a população coberta. O vínculo dos profissionais da equipe com os usuários objetiva a continuidade do acesso e do atendimento do usuário, se tornando a unidade de Saúde da Família uma referência na procura por serviços de saúde. O profissional médico é uma figura importante na composição da equipe da ESF e a dificuldade de fixação destes profissionais nas unidades é um fator que compromete o vínculo da equipe com os usuários, podendo abalar a relação de confiança entre os profissionais e os usuários já que quando há a procura pelos serviços de saúde a referência – que seria o profissional médico – não está ali para atender as suas demandas ou não é mais o mesmo profissional.

Porém, os entraves não se limitam apenas ao vínculo dos profissionais com os usuários nas unidades de Saúde da Família. Na verdade, vários fatores permeiam essa realidade, dentre os quais podemos destacar, a partir das experiências analisadas: a precariedade dos contratos empregatícios dos profissionais; a remuneração salarial não compatível com o mercado de trabalho, sobretudo para os médicos; perfil profissional divergente da proposta de trabalho generalista elucidada pela Estratégia de Saúde da Família; falta de perspectiva de um plano de carreira; deficiência em instrumentos e insumos de trabalho nas unidades, e de capacitação continuada.

A precariedade dos contratos empregatícios é uma realidade da maioria dos municípios que compõem a Região Metropolitana II. Como resultado da pesquisa de campo realizada nos municípios, pudemos observar que há uma grande variedade nos mecanismos de seleção e nas formas de contratação dos profissionais médicos. Existem municípios que adotaram processos seletivos através de concursos públicos, entrevistas, análise de currículos, provas escritas, provas práticas, indicações políticas, etc. A forma de contratação também varia de acordo com o município, havendo desde estatutários, CLT, contratos temporários e outros meios de contratação.

Como visto, a Região Metropolitana II é bastante heterogênea. Composta por sete municípios, a região comporta problemas de diferentes magnitudes, desde aqueles relacionados aos municípios rurais e com baixo contingente populacional como os relativos à presença de metrópoles com grande contingente populacional. Logo, a oferta de serviços de saúde assume características bastante diferenciadas na composição da região. Essa especificidade também contribui para a dificuldade de fixação dos profissionais médicos nas unidades de Saúde

da Família. Primeiro porque os investimentos financeiros repassados aos municípios são diferenciados, de acordo não apenas com o porte populacional, como também pela capacidade instalada. Por outro lado, as diferentes capacidades financeiras e institucionais dos municípios geram uma concorrência dentro da própria região em busca de profissionais que possam preencher o quadro de recursos humanos no município, já que os municípios que pagam mais a esses profissionais e estão localizados mais perto dos centros urbanos tendem a fixar por mais tempo esses profissionais nas unidades.

A gestão municipal utiliza estratégias para fixar esses profissionais nas unidades de Saúde da Família. Na Região Metropolitana II é comum os profissionais médicos não cumprirem a carga horária de 40 horas semanais prevista pela Política Nacional de Atenção Básica. O chamado “day-off” – trabalhos em meios períodos ou folgas semanais - é um recurso utilizado para compensar os baixos salários oferecidos pela Atenção Básica nos municípios e uma tentativa de fixar estes profissionais na ESF, que em grande maioria possuem outros vínculos empregatícios. Portanto, os profissionais médicos são figuras difíceis de serem encontradas nas unidades, o que se relaciona diretamente com o vínculo dos usuários com a equipe de Saúde da Família, pois quando há a necessidade de atendimento no processo saúde-doença, o profissional médico não se encontra na unidade de referência. Destacamos também, o perfil dos profissionais médicos como um entrave para efetivação do vínculo da equipe com a população usuária do sistema. A constante valorização de práticas tecnologicizadas, de especializações, do trato da doença como fato isolado estão presentes na formação acadêmica desses profissionais, preparando-os assim para um mercado de trabalho diretamente voltado para as novas configurações do mundo do trabalho. Como também não há um plano de carreira, pudemos constatar na Região Metropolitana II a grande presença de profissionais médicos aposentados que trabalham na ESF apenas para um complemento de renda, sem pretensões de ascensão na carreira ou então de profissionais recém-formados em início de carreira. Pouco se vê a dedicação de um trabalho na ESF por escolha profissional, e sim por oportunidade de trabalho. Há uma insegurança por parte dos profissionais médicos de serem apenas generalistas, já que o mercado de trabalho exige especializações e valorização de práticas voltadas para o modelo curativo.

A insuficiência de recursos - instrumentos e insumos de trabalho nas unidades – está presente no cotidiano do trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família em quase todos os municípios da Região Metropolitana II, exceto Niterói, que é um município com mais recursos e investimentos financeiros para a Atenção Básica. Falta de medicamentos básicos, de insumos necessários para o atendimento cotidiano nas unidades de Saúde da Família muitas vezes impedem a realização do processo de trabalho do profissional médico e de toda a equipe. Além disso, o atendimento ao usuário não se resume apenas no atendimento dentro da unidade. A referência para exames de baixa

complexidade em outras unidades e até mesmo referenciamento do usuário para os demais níveis hierárquicos do sistema são entraves na continuidade do atendimento do usuário dificultando a garantia da categoria acesso. Muitos municípios não possuem uma central de regulação própria acentuando assim, a dificuldade na continuidade do acesso ao usuário não só dentro seu município de origem, mas dificuldades do referenciamento quando o mesmo necessitar de serviços de saúde que seu município não dispõe.

Os profissionais médicos da Estratégia de Saúde da Família na Região Metropolitana II tentam muitas vezes dar soluções provisórias para conseguir atender a demanda daquele usuário, utilizando seu conhecimento pessoal com outros profissionais ou outras unidades de saúde para conseguir atender a real necessidade do usuário.

Considerações Finais

Apesar dos inegáveis avanços que a implantação do SUS promoveu no perfil de atenção à saúde no Brasil, são muitos os desafios que ainda persistem na consolidação da reforma sanitária brasileira, tal como defendida pelo amplo processo de mobilização social que lhe deu origem. Ao lado da questão do financiamento, da gestão de recursos humanos e do avanço da chamada saúde suplementar, entre outros aspectos, um desafio a ser enfrentado pelo SUS é a mudança do modelo de atenção à saúde, de forma a garantir a assistência integral, resolutiva e de qualidade.

A prioridade alcançada pela Atenção Básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família tem impulsionado a expansão da oferta de serviços de saúde nesse nível de atenção, com ampliação da cobertura populacional. Nos municípios estudados, observou-se que a expansão da atenção básica trouxe melhoria de acesso da população aos serviços no que se refere a esse nível de atenção, principalmente em municípios com déficit histórico de serviços.

No entanto, a integração entre os diversos níveis do sistema de saúde e o acesso à atenção de média e alta complexidade permanecem como desafios à resolutividade das ações e garantia do direito à atenção integral em saúde.

O acesso ao sistema de saúde na região não se configura como porta de entrada pela Atenção Básica. Nessa região ainda prevalece a cultura hospitalocêntrica devido à falta de credibilidade na organização da ESF e a valorização de atendimentos especializados em detrimento da prevenção e promoção à saúde prevista pela PNAB (2007).

Questões como a falta de serviços de média e alta complexidade, a falta de insumos, a falta de medicamentos, a precariedade das unidades da saúde, a falta de hospitais adequados para atender a demanda, a dificuldade de fixação dos profissionais são essenciais para se entender a desarticulação da rede de saúde dos municípios. No que diz respeito à atenção básica essas questões refletem

a descontinuidade do cuidado, já que restringem a população usuária apenas a esse nível de atenção.

Outro ponto que merece destaque é a insuficiência de serviços de saúde de média e alta complexidade, o que constitui, sem dúvida, em claro limite ao alcance da integração entre os serviços e ao exercício do direito à saúde. Mas não se pode limitar o alcance da questão a esse aspecto. O estudo demonstrou que mesmo a inequívoca ampliação da rede básica em direção às áreas mais periféricas não conseguiu enraizar-se nas preferências daqueles que procuram os serviços de saúde. No geral, dificuldades de tornar a rede básica a efetiva porta de entrada do sistema reforça a tradicional cultura da população usuária de buscar atendimento nos serviços de emergência.

Assim, ainda que se observe a existência de investimentos em ações preventivas e promocionais a partir da implantação da estratégia saúde da família, sob forte indução do Ministério da Saúde, ainda não há, na região metropolitana II do Rio de Janeiro, a articulação entre os serviços em uma visão sistêmica, seja no nível da própria Atenção Básica, seja na integração entre os diferentes níveis do sistema, o que acaba por restringir o alcance do direito à saúde.

A integração entre os diferentes níveis do sistema esbarra, assim, em obstáculos vultosos, muitos deles associados a interesses cristalizados na arena setorial no nível local. Por outro lado, a construção de áreas de pactuação intergestores tem se revelado em efetiva possibilidade de cooperação e sustentabilidade na construção de um sistema de serviços de saúde abrangente e integral para a região.

Abstract: The implementation of SUS in Brazil has represented an important inflection in the pattern of State intervention in health, by instituting the notion that health is a right of all people and a duty of the State. Since the establishment of the constitutional guarantee, health services have considerably expanded, especially at the primary care level under municipal management. However, access to the other levels remains a challenge. This goes sharply against the notion of the right to healthcare and the principles of equity and integrality. This paper examines the constraints to integrality in healthcare, drawing on the experiences of Rio de Janeiro's metropolitan region II.

Keywords: Health care system; primary health care; integrality

Referências

ARRETCHE, M.T. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (2), 2003.Pp.331-345.

BECKER, Howard. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

CAMARGO JUNIOR, K. R. 2003. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In R. PINHEIRO e R. A. MATTOS (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO. Pp.35-44.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* v.14, n.2, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. 2001. As necessidades de saúde como conceito estruturante da luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In R. PINHEIRO e R. A. MATTOS (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO. Pp.113-126.

ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MAGALHÃES R, SENNA MCM, 2002. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*, Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>.

GIOVANELLA, Lígia et al. Estudos de Caso Sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. Belo Horizonte. *Relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 26 (60), 2002. Pp.37-61.

HARTZ, Z. M. A. & CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (supl.2), 2004. Pp.S331-S336.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. PINHEIRO e R. A.

MATTOS (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. Pp.39-64.

MENDES, Eugenio Villaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002..

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In R. PINHEIRO e R. A. MATTOS (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO. p.65-112.

PMF (Prefeitura Municipal de Niterói). *Programa Médico de Família: relato de experiência*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1997.

SENNA, Mônica de C. M. *Racionalidade Técnica e Lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo-RJ* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

SILVA, P. L. B. *et al.* Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. *Relatório Final*. Campinas: Núcleo de Avaliação de Políticas Públicas (NEPP)/ UNICAMP. Ex. mimeo, 1999.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, Ana L. & SILVA, Hudson P. Saúde em grandes centros. In A.L VIANA & ELIAS, P.E.M. & N. IBAÑEZ (org.). *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: HUCITEC, 2005.

