

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PRÁTICAS REGULATÓRIAS NO SUS: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A REGULAÇÃO PARA A EMERGÊNCIA
CARDIOCIRCULATÓRIA DE UM MORADOR DE SÃO JOSÉ DO
RIO CLARO/MT.**

ELIZABETH JEANNE FERNANDES SANTOS

CUIABÁ
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELIZABETH JEANNE FERNANDES SANTOS

**PRÁTICAS REGULATÓRIAS NO SUS: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A REGULAÇÃO PARA A EMERGÊNCIA
CARDIOCIRCULATÓRIA DE UM MORADOR DE SÃO JOSÉ DO
RIO CLARO/MT.**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Mato Grosso para
obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.**

**Área de concentração: Processos e
Práticas em Saúde e Enfermagem, inserida
na Linha de Pesquisa: Direito, Ética e
Cidadania no contexto dos Serviços de
Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Roseney Bellato

**CUIABÁ
2008**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

S237p Santos, Elizabeth Jeanne Fernandes
Práticas regulatórias no SUS: um estudo de caso sobre a regulação para a emergência cardiocirculatória de um morador de São José do Rio Claro/MT / Elizabeth Jeanne Fernandes Santos. – 2008.
130p. : il. ; color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2008.
“Orientação: Prof.^a Dr.^a Roseney Bellato”.

CDU – 614.2(817.2)

Índice para Catálogo Sistemático

1. Sistema Único de Saúde (SUS)
2. Saúde pública – Regulação e fiscalização
3. Saúde pública – Serviços – Organização
4. Saúde pública – São José do Rio Claro (MT)
5. Emergência cardiocirculatória – Saúde pública

**PRÁTICAS REGULATÓRIAS NO SUS: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A REGULAÇÃO PARA A EMERGÊNCIA
CARDIOCIRCULATÓRIA DE UM MORADOR DE SÃO JOSÉ DO
RIO CLARO/MT.**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação realizada pela Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.
Aprovada na sua versão final em _____, atendendo às normas da legislação vigente no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Drª Maria Aparecida M. Gaíva
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Drª Roseney Bellato
Presidente (Orientadora)
FAEN/UFMT

Drª Silvana M. Mishima
Membro Efetivo
EERP/USP

Drª Laura F. S. de Araújo
Membro Efetivo
FAEN/UFMT

Drª Aldenan L. R. C. da Costa
Membro Suplente
FAEN/UFMT

Dedico este trabalho ao meu pai, Sr. João Evangelista, que, como tantos outros cidadãos brasileiros, buscou socorro e infelizmente não o encontrou a tempo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem Ele nada posso, com Ele tudo é possível.

À minha querida orientadora Dr^a Roseney Bellato, pela oportunidade e privilégio de ser sua pupila, auxiliando-me com muita competência, paciência, generosidade, liberdade e perseverança. Seus ensinamentos vão além deste momento, são para a vida.

À Dr^a Laura Filomena S. de Araújo e Dr^a Sonya Ayako T. Maruyama, pelos momentos de elucidação do referencial teórico-metodológico.

À Faculdade de Enfermagem, minha querida FAEN, meu berço. Minha admiração pelo seu pioneirismo e comprometimento com a Educação do Enfermeiro em Mato Grosso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo apoio financeiro.

À Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Claro /MT e seus profissionais, por disponibilizar os dados necessários para esta pesquisa.

Ao Hospital Santa Rosa (HSR), por ter aberto suas portas para a primeira entrevista, em especial à Dr^a Fabrícia e à Enf^a Gisele da Unidade Coronariana. À querida Enf^a Uilzânia por sua força e altivez. À Enf^a Loredelci por ter prontamente auxiliado nos trâmites para oficializar as autorizações éticas junto à Direção Clínica do HSR.

Às minhas queridas amigas, Enf^a Rosemare Maciel e Enf^a Lilian Fleck pelo carinho, compreensão e motivação. Nossos momentos perdidos não foram em vão.

Às colegas mestrandas, aos professores do mestrado, aos bolsistas e membros dos grupos de pesquisa GPESC e GEPLUS, por seu coleguismo e conhecimento compartilhado.

À minha amiga Enf^a Vanessa, enfim conseguimos... obrigada por tudo, tudo mesmo.

À minha amiga, Mestre Enf^a Ana Paula Silva de Faria, '... se todos fossem iguais a você...'. Não sentirei sua falta, pois estarei sempre aí e você sempre aqui.

À Prof^a Dr^a Aldenan Lima Correa da Costa, a grande 'culpada' por este momento maravilhoso. Aldenan, obrigada pela confiança, generosidade, apoio incondicional e paciência; além de mãe maravilhosa és 'Professora do Bom Viver', obrigada mesmo!

Aos entrevistados, pela disposição sincera para esclarecer os acontecimentos durante o momento da doença. Muito obrigada.

À Escola Adventista da Várzea Grande, por ser parceira durante esses dois anos, muito obrigada aos professores, monitores, coordenadores e à direção da escola.

Por fim, agradeço aos meus familiares (filhos Julinha e Gabrielzinho - tudo que sou hoje é por vocês; mãe Odete - mamãe de todas as horas; irmãos Artur, Elen e Janaína - meu incentivo; tios e tias: Délia, Nice, Fonso, Preta, Alemão, Omar, Dida, enfim todos - minha motivação; esposo Iriosvaldo - pelo amor e desejo de ser melhor, meu exemplo de transformação; sobrinho João Pedro, minha esperança de uma vida melhor).

'Ô senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior: É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, de montão.'
(João Guimarães Rosa)

SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes. **PRÁTICAS REGULATÓRIAS NO SUS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REGULAÇÃO PARA A EMERGÊNCIA CARDIOCIRCULATORIA DE UM MORADOR DE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO/MT**, 2008. Dissertação. (Mestrado Em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, BRASIL. Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 125p. Orientadora: Dr^a Roseney Bellato.

RESUMO

Este estudo procura compreender os caminhos percorridos pela pessoa doente em busca de cuidado para atender às suas necessidades de saúde, assumindo como eixo teórico principal a Integralidade que permeia toda a construção do SUS. Ao tensionarmos a história da pessoa, hospitalizada com as práticas regulatórias do SUS, desenhamos o que denominamos Itinerário Terapêutico. Como um dos principais temas, a regulação precisou ser explorada desde sua gênese, estabelecendo conceitos sobre as práticas regulatórias. Trata-se de um estudo de caso exemplar que utiliza a história de vida focal para desenhar os caminhos percorridos pela pessoa doente em busca de atendimento à sua emergência cardiocirculatória. Para possibilitar a compreensão destes caminhos, utilizamos a História de Vida Focal como principal estratégia na busca pela vivência do usuário durante a busca de cuidado nos serviços do SUS, tendo a entrevista em profundidade como instrumento para a apreensão destes durante o processo de cuidado da pessoa doente. Nas falas da história de vida focal encontramos pontos importantes de desencontro entre o que o usuário vivencia no seu cotidiano na busca por atendimento e cuidado, e o que o poder público demonstra através de seus documentos e indicadores de saúde sobre suas práticas. Para apreender a lógica destas práticas *institucionalizadas*, utilizamos a leitura das materialidades discursivas e não-discursivas registradas em documentos, imagens fotográficas de documentos e procedimentos para o cuidado. Durante o seu trajeto pela rede assistencial em busca de cuidado, a pessoa doente entra em contato com as práticas de saúde; que são normatizadas por políticas de saúde, que se colocadas em prática, operacionalizam as ações cotidianas dos profissionais de saúde. Nesta dinâmica, os usuários do SUS encontram apoio em redes de pertença, redes formais e informais de ajuda que alteram as decisões sobre sua busca, possibilitando novos arranjos nestes itinerários em busca de cuidados a sua saúde. Em relação à lógica do usuário em sua busca por cuidado, podemos constatar que a sua rede informal age de maneira dinâmica no que se refere à busca pelo cuidado; ainda, que as práticas dos profissionais de saúde sejam condicionadas pelas decisões tomadas entre a pessoa doente e sua rede de pertença. A lógica dos serviços de saúde do SUS atende as normatizações e programações impostas pelo sistema de regulação. Cada nível deste sistema possui diferentes características e dificuldades de articulação entre si, sendo importante não apenas a espacialidade entre os serviços de saúde, ou sua complexidade, mas principalmente quanto à temporalidade, pois este último não possui determinação nos níveis hierárquicos do SUS, não atendendo de forma hábil as necessidades emergenciais dos seus usuários.

Palavras-chaves: Sistema de Saúde. Regulação e Fiscalização em Saúde. Pesquisa em Enfermagem

SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes. **REGULATORY PRACTICE IN SUS: A CASE STUDY ABOUT REGULATION FOR CARDIOCIRCULATORY EMERGENCY OF A RESIDENT OF THE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO/MT, 2008.** Dissertation (master's degree in Nursing) - Post-Graduate Course in Nursing. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, BRAZIL. Tutor: Dr^a Roseney Bellato.

ABSTRACT

This study Intends to understand the paths traveled by the person in search of patient care, to meet its needs for health. Assuming as a principal axis theoretical the Completeness, which permeates whole construction of the SUS, because it is the main guideline of this system; tensioning the history of the person hospitalized with the regulatory practices of SUS, we designed what we call Therapeutic Itinerary. As one of the main theme, the regulation needed to be explored since its genesis, setting concepts about these regulatory practices. This is an exemplary case study that uses the focal history of life to draw the paths traveled by the person in search of patient care to its cardiocirculatory emergency. To enable the understanding of these paths, we used the focal History of Life as the main strategy in the search for the experience of the user during the search for care in the SUS services, and the in-depth interview as a tool for the seizure of these data during the process of care of patient person. In the speeches of the focal history of life are points of mismatch between what the user experiences in its daily life in the search for care and attention, and that the public power shows through its documents and indicators of health about its practices. To understand the logic of these institutionalized practices, we used the reading of the discursive and non-discursive materialities recorded in documents, photographic images. During his trip by the care network in search of care, the sick person get in touch with the health practices; these are Normalized by health policies, which put into practice, operationalise the daily actions of health professionals. In this dynamic, users of SUS find support in networks of belonging, formal and informal networks of aid, which alter the decisions about its search, allowing new arrangements in these routes in search of its health care. About the logic of the user in its search for care, we can see that their informal network act of dynamic way as regards the search for the care; still, that the practices of the health professional are conditioned by the decisions taken between the sick person and its network of belonging. The logic of health services of SUS meet the rules and schedules imposed by the regulatory system. Each level of this system has different characteristics and difficulties of coordination between them, being important not only spatial among health services, or its complexity, but mainly about the temporality, because this latter has no determination on hierarchical levels of the SUS, not given so clever the emergency needs of its users.

Keywords: Health System. Health Regulation and Fiscalization. Nursing Research

SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes. **PRÁTICAS REGULATÓRIAS EN EL SUS: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LA REGULACIÓN PARA LA EMERGENCIA CARDIOCIRCULATORIA DE UN MORADOR DE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO/MT**, 2008. Disertación. (Máster en la Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso,

RESUMÉN

Este estudio busca comprender los caminos recorridos por la persona enferma en la busca de cuidado para atender a las sus necesidades de salud. Asumiendo como eje teórico principal la Integralidad, que permea toda la construcción del SUS, pues es la principal directrices de este sistema; tensionando la historia de la persona hospitalizada con las prácticas regulatorias del SUS dibujamos lo que nombramos Itinerario Terapéutico. Como un de los principales temas, la regulación, necesitó ser explorada desde su génesis, estableciendo conceptos sobre estas prácticas regulatorias. Tratase de un estudio de caso ejemplar que utiliza la historia de vida focal para dibujar los caminos recorridos por la persona enferma en busca de atendimento a la su emergencia cardiocirculatoria. Para posibilitar la comprensión de estes caminos, utilizamos la Historia de Vida Focal como principal estrategia en la busca por la vivencia del usuario durante la busca de cuidado en los servicios del SUS, tiendo la entrevista en profundidad como instrumento para la aprehensión de estes datos durante el proceso de cuidado de la persona enferma. En las hablas de la historia de vida focal encontramos puntos importantes de desencuentros entre lo que el usuario vivencia en el su cotidiano en la busca por atendimento y cuidado, y lo que el poder público demuestra a través de sus documetos e indicadores de salud sobre sus prácticas. Para aprehender la lógica de estas prácticas *institucionalizadas*, utilizamos la lectura de las materialidades discursivas y no discursivas registrada en documentos, imagenes fotograficas de documentos y procedimientos. Durante su trayecto por la red asistencial en busca de cuidado, la persona enferma entra en contacto con las prácticas de salud; estas son normatizadas por políticas de salud, que colocadas en práctica, operacionalizan las acciones cotidianas de los profisionales de salud. En esta dinamica, los usuarios del SUS encuentran apoyo en redes de pertenencia , redes formales e informales de ayuda, que alteran las decisiones sobre su busca, posibilitando nuevos arreglos en estes itinerarios en busca de cuidados a la su salud. En relación a la lógica del usuario en busca por cuidado, podemos constatar que la su red informal actua de manera dinamica en el que se refere a la busca por el cuidado; aún que las prácticas de los profisionales de salud son condicionadas por las decisiones tomadas entre la persona enferma y su red de pertenencia. La lógica de los servicios de salud del SUS atienden las normatizaciones y programaciones impuestas por el sistema de regulación. Cada nivel de este sistema tiene diferentes características y dificultades de articulación entre si, siendo importante no apenas la espacialidad entre los servicios de salud, o su complejidad, pero principalmente cuanto a la temporalidad, pues este último no tiene determinación en los niveles jerarquicos del SUS, no atendiendo de forma hábil las necesidades emergenciales de los sus usuarios.

Palabras Claves: Sistemas de Salud. Regulacion y Fiscalizacion em Salud. Investigacion em Enfermeria.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde
AIH	Autorização Internação Hospitalar
btm	batimentos por minuto
CER	Central Estadual de Regulação
CERMAC	Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
EP	Entrevista em Profundidade
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e compensação
FAEN	Faculdade de Enfermagem
GEPLUS	Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde
GPESC	Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania
HA	Hipertensão Arterial
HiperDia	Sistema de Informação para acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos
HPSMC	Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
HUJM	Hospital Universitário Júlio Muller
HVF	História de Vida Focal
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
IT	Itinerário Terapêutico
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNASS	Plano Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PPI	Plano de Pactuação Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SES/MT	Secretaria Estadual de Saúde/ Mato Grosso
SJRC	São José do Rio Claro
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
RESUMEN	X
LISTA DE ABREVIATURAS	XI
1. INTRODUÇÃO	
1.1 Projeto da BR 163 – O nascimento e a implementação de uma idéia	17
2. OBJETO DE ESTUDO	
2.1 A construção do Objeto de Estudo a partir dos dados epidemiológicos	20
3. OBJETIVOS	27
4. O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	28
4.1 Trabalhando com a História de Vida Focal	33
4.2 As práticas profissionais em saúde frente à situação de emergência cardiocirculatória vivenciada pelo Sr.Gabriel	41
5. COMPREENDENDO A GÊNESE DO AGRAVO DO SR. GABRIEL: CONSTRUINDO E CONTEXTUALIZANDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM MORADOR DE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO/MT	
5.1 As características socioeconômicas e culturais do Município de São José do Rio Claro	48
5.2 O contexto de vida e saúde do Sr. Gabriel e sua esposa	56
5.3 A experiência de adoecimento: períodos intermitentes de normalidade e agravamento	59

6. O COMPLEXO (DES) REGULADOR EM SAÚDE, CONFORMANDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM USUÁRIO DO SUS NA BUSCA POR “SOCORRO”.	
6.1 A Regulação como ferramenta de gestão governamental nas ações de saúde: relações, conceitos e considerações importantes	67
6.2 Bases Legais da Regulação em Saúde no SUS	71
6.3 Itinerário Terapêutico: desenhando o caminho para a busca de atendimento de uma situação de emergência cardiocirculatória	73
7. A CONFORMAÇÃO DO FLUXO DA REGULAÇÃO ENTRE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO E CUIABÁ/MT	92
7.1 Desenhos da Rede de Regulação formalizada entre a Regional de Diamantino, SJRC e Cuiabá	93
8. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A INTEGRALIDADE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DESTE ESTUDO	104
REFERÊNCIAS	108
ANEXOS	117

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), com duas décadas completas de sua promulgação constitucional, tem como um de seus princípios fundamentais o atendimento integral às necessidades de saúde de seus usuários. Dentre as necessidades de saúde dos seus usuários, o SUS inclui outros princípios que procuram nortear as ações de saúde assistenciais ou políticas; observamos, então, a instituição de normas operacionais com o objetivo de viabilizar as propostas intencionadas pelo SUS através da regulamentação de suas ações em saúde.

As discussões sobre a integralidade da atenção à saúde e suas ferramentas ocupam lugar importante nos meios em que o cuidado à saúde se concretiza; destacamos aqui as discussões que circulam o meio acadêmico, pois demonstram a importância da reflexão sobre a integralidade como princípio norteador de novas práticas em saúde. Ainda, ressaltamos que o atendimento a este princípio possibilitaria não apenas a mudança de práticas profissionais individuais na atenção à saúde, mas poderia impulsionar o processo de transformação do modelo assistencial à saúde medicalizante, e ainda hegemônico, que não queremos mais para um modelo centrado no sujeito do nosso cuidado, possibilitando, assim, novas práticas de cuidado à saúde chegando o mais próximo possível do que buscamos (MATTOS, 2001).

No entanto, para encontrar um possível consenso quanto ao que seja necessidade de saúde da população destacamos a existência de diferentes olhares para identificá-la, que definem uma diversidade de conceitos sobre os problemas de saúde das pessoas. Muitos desses olhares compartilham visões de modelos assistenciais já existentes, outros buscam novas formas de apreender as necessidades das pessoas que buscam cuidado. Destacamos, aqui, a importância daqueles que evoluem a partir do modelo biomédico, visto que ainda fundamentam de modo predominante, o cuidado à saúde.

O atendimento ao usuário do SUS em suas necessidades de saúde exige que os profissionais de saúde busquem cotidianamente, nos espaços sociais e políticos, as diretrizes regulamentares para as suas ações durante o cuidado. A regulamentação dos serviços de saúde pode ser fator condicionante para definir o modelo assistencial praticado pelos profissionais. Enquanto a determinação das formas de atendimento e de racionalização do cuidado acontece nos espaços institucionais (os hospitais, unidades de saúde ou qualquer espaço onde o cuidado acontece sob a responsabilidade do Estado), a operacionalização das ações em saúde é decidida nos espaços políticos, que acontecem distantes destas realidades.

As micropolíticas ou políticas locais de saúde estão inscritas no cotidiano das realidades dos serviços de saúde e oferecem uma diversidade de realidades nos vários municípios brasileiros. O movimento e a relação entre as normas e os profissionais criam o cotidiano dos serviços de saúde; este (re)produz normas e regulamentações em uma miríade de formas, que podem ser observadas nas práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde. Nestes espaços, a possibilidade da participação social seria um balizador, obrigando os serviços a atenderem as necessidades das comunidades sob sua responsabilidade; a abertura de espaços e a organização da comunidade buscariam a discussão sobre a assistência oferecida pelo SUS, reinserindo o desenvolvimento de novos modelos assistenciais específicos a cada realidade populacional.

Infelizmente, como afirmam vários autores (MATTOS, 2005; PINHEIRO, GUIZARDI, MACHADO E GOMES, 2005; AYRES, 2004; DESLANDES, 2004), a participação social nestes espaços ainda é muito tímida ou até mesmo programada, havendo uma distância importante entre a que temos hoje no cotidiano destes espaços, daquela que podemos nominar de participação efetiva. Para que a comunidade tenha voz nestes espaços, Mattos (2001) afirma que a comunidade *empoderada* pelo conhecimento das políticas aplicadas a saúde e pelas soluções tecnicamente possíveis para os problemas de saúde nas suas localidades, seria um ator importante e participante em tais espaços, deixando de ser equalizador das decisões dos profissionais e técnicos da saúde que representam o Estado nesses espaços.

Por isso, além da abertura para a participação social e a garantia de ambiente propício para negociações, é importante que os cidadãos participantes estejam preparados e realmente possam ser porta-voz do interesse daqueles que representam. Porém, nos espaços criados para a interlocução destes atores pode ocorrer a *monofonia*, ou seja, se faz ouvir apenas a voz dos seus técnicos e profissionais da saúde, que acabam por decidir como serão as intervenções na saúde da população, criando mecanismos e políticas para o atendimento às necessidades de uma comunidade (MATTOS, 2001). Uma das conseqüências desta *monofonia* é a existência de agravos à saúde que são originados a partir da não observância das reais necessidades das pessoas, atendendo a demandas que não causam impacto na saúde da comunidade (MATTOS, 2005).

Com nossa entrada no Programa de Pós-Graduação/Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso e durante as discussões ali ocorridas, começamos a dar corpo aos questionamentos sobre como as políticas de saúde, que propõem o cuidado às pessoas em suas comunidades, em

seus municípios poderiam ter sido resultantes das discussões realizadas entre os atores sociais e os profissionais da saúde. Uma das idéias que defendemos com muita paixão é que a sustentabilidade e a exeqüibilidade dos princípios norteadores do SUS, nas práticas dos seus trabalhadores, só podem se concretizar a partir da existência de uma troca permanente entre os usuários atendidos na rede criada, seus organizadores, gestores e técnicos, ou seja, negar a existência da *monifonia* referida anteriormente, mas que é uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde (PINHEIRO, 2005; MATTOS, 2005; LUZ, 2005;). No entanto, esta comunicação tem sido inexistente na grande maioria dos municípios do nosso Estado, caracterizando uma participação social *objetivada*, ou seja, a *participação programada dos atores sociais concedida por formuladores de políticas de saúde*, possibilitando a existência de um entendimento restrito aos autores das políticas de saúde formuladas (MATTOS, 2001).

Essa participação da comunidade na formulação das políticas de saúde locais e no nível mais central se faz imprescindível uma vez que as necessidades de saúde das comunidades acontecem de forma dinâmica e instável no tempo, justamente por originarem-se em realidades sociais diversas, contando ainda em nosso Estado com índices elevados de crescimento populacional, conforme pudemos constatar na localidade do nosso estudo. Para compreender como estas necessidades se definem é preciso observar principalmente a situação socioeconômica e cultural da população e o modo com buscam resolução para as mesmas.

A pobreza, as novas conformações familiares e o baixo nível educacional são fatores importantes na definição deste panorama de necessidades que, se não as determinam, no mínimo causam certa exposição, fragilidade e/ou vulnerabilidade (AYRES, 2004). Esta vulnerabilidade pode ser definida também pela conformação que os serviços de saúde assumem para atender as necessidades dessas populações, pois podem, em certa medida, deixar de resolver algumas necessidades com a organização do serviço sendo baseada em um sistema hierarquizado de assistência, criando um paradoxo entre hierarquização dos serviços e o direito ao acesso a eles.

Ao problematizarmos o acesso aos serviços de saúde para atendimento às necessidades de saúde da população em nosso Estado, identificamos as práticas profissionais que são normatizadas a partir da regulamentação dos serviços de saúde. A hierarquização e gestão dos serviços de saúde se fazem possíveis através do que chamaremos de *práticas regulatórias*. Entendemos por *práticas regulatórias* ações realizadas pelos profissionais de saúde em seu cotidiano,

que produzem *dispositivos de controle* sobre a execução dos serviços de saúde, normatizadas e legitimadas nos macroespaços, mas com reflexo amplificado e regulador nos microespaços, nos quais se dão as ações em saúde.

É recorrente a observação de que os problemas relacionados ao agendamento de consultas médicas, em todos os níveis hierárquicos do SUS. O agendamento da consulta de um especialista (médico, fisioterapeuta, psicólogos e outros) possibilita a programação dos serviços de saúde para atender as demandas de cuidado requeridas pela comunidade. Entretanto, as práticas regulatórias se apresentam sob diversos matizes e formas dentro e entre os serviços de saúde, bem como permeando as práticas profissionais que aí acontecem. Também não se restringem, como seria de se esperar, aos níveis de atenção mais elevados, estando presente até mesmo na atenção básica, considerada porta de entrada para o sistema de saúde. Embora tenham sua justificativa imediata vinculada ao Sistema de Regulação em Saúde que visa intermediar a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, de modo a garantir o direito à saúde, conforme texto constitucional, as práticas regulatórias põem em movimento o controle do acesso. O principal controle é o da utilização do agendamento das consultas médicas e de hospitalizações, bem como dos exames diagnósticos.

É dessa compreensão que emerge este estudo, sendo parte de uma pesquisa maior e tendo por foco as práticas regulatórias em saúde que envolvem uma situação de emergência cardiocirculatória vivenciada por uma pessoa residente em um município mato-grossense ao buscar cuidados em saúde.

1.1 Projeto “BR 163” - O nascimento e a implementação de uma idéia

Pensando no contexto apresentado anteriormente, mas ainda não tendo a clareza de sua dinâmica, em 2005, na Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), participamos das reflexões que resultaram no projeto *maior* de pesquisa intitulado “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”¹, que visa, entre outros objetivos,

¹Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq sob o nº 402866/2005-3 – Ed. 342005-BR163 2aEt/Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 34/2005 – Área de influência da BR 163 e desenvolvido com parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva/UFMT e Grupos de Pesquisa: GPESC e GEPLUS da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

compreender, a partir da perspectiva organizacional do SUS, como os serviços de saúde dos municípios selecionados podem responder aos princípios da integralidade e da resolutividade dos problemas de saúde da população que assiste.

O foco do estudo para o alcance desse objetivo se centra na lógica de quem busca por atendimento nos serviços de saúde e na materialidade das práticas profissionais que consubstanciam esse atendimento, possibilitando apreender o modo como os usuários do Sistema Único de Saúde residentes nesses municípios redesenham a configuração/hierarquia entre os serviços de saúde ao buscarem a integralidade e a resolutividade para seus problemas de saúde. Esse projeto foi concebido na parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva, o Grupo de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania” (GPESC) e o Grupo de Pesquisa Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde (GEPLUS), estes dois últimos pertencentes à Faculdade de Enfermagem (FAEN). Ao GPESC e ao GEPLUS coube um recorte específico dentro do projeto matricial, nominado de Sub-Projeto II, cuja abordagem se apóia na história de vida para direcionar a compreensão do processo de adoecimento e busca por cuidado de pessoas com agravos caracterizados como evento-sentinelas, de modo a atender às suas necessidades de saúde; se embasa também na apreensão da materialidade das práticas dos profissionais, de atenção e de gestão, realizadas para atender a essas necessidades.

O sub-Projeto II está sendo implementado através de estudos desenvolvidos por mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FAEN/UFMT, sendo sua duração estimada em 30 meses, a contar a partir de Janeiro/2006. A presente dissertação se apresenta como um desses estudos e busca compreender a experiência de adoecimento e busca por cuidados de uma pessoa em situação de emergência cardiocirculatória e as práticas profissionais que buscam responder às suas necessidades é um dos recortes deste estudo maior, guardando estreita relação com o Sub-Projeto II, através da abordagem metodológica originalmente desenhada.

A região de abrangência da BR 163 não foi escolhida de forma aleatória como contexto do projeto matricial, mas considerando principalmente a dificuldade de acesso a essa região mato-grossense e sua distância da capital do Estado, Cuiabá. Para isso, foi realizado um acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/ MT), sendo um dos aspectos que motivou a escolha dessa região. Após vários encontros entre os pares interessados na proposta de estudo, decidimos por sua operacionalização como um projeto de pesquisa a ser desenvolvido em quatro municípios da área de abrangência da BR 163 dentro do

Estado de Mato Grosso, quais sejam, Sinop, Sorriso, Alta Floresta e Diamantino, ou municípios a eles consorciados.

2. O Objeto de Estudo

O município eleito para este estudo deveria estar ligado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, regional de Diamantino. A cidade de Diamantino seria a referência para atenção especializada, entretanto este acordo não foi realizado, ou seja, pactuado entre os municípios. Segundo a Secretaria de Saúde de SJRC, não havia interesse em participar desta pactuação, pois SJRC tem condições para atender sua população no nível de complexidade oferecido pelo consórcio intermunicipal que tem sede em Diamantino; por isso necessita dos serviços especializados de alta complexidade que são garantidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT), oferecido em Cuiabá (Notas de Observação – 28/08/07).

Nossas inquietações como membros integrantes dos Grupos de Pesquisa partem principalmente da realidade que vivenciamos no ambiente hospitalar do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC). A disposição de assistência médica especializada para o Estado, referenciada ou não, relatada pela SES/MT, indicam uma realidade contrária a que encontramos no HPSMC. Diariamente, usuários do SUS moradores de municípios vizinhos a Cuiabá e do interior do MT, procuram atendimento médico especializado, ou não, no HPSMC. Em alguns casos presenciamos o desespero dos familiares ao perceberem o estágio de gravidade desenvolvido por seus entes durante a espera e busca por atendimento, remetendo a questionamentos importantes sobre os serviços de saúde dos municípios de origem destes eventos. Este contexto exige dos familiares e da pessoa doente vários arranjos para possibilitar seu atendimento, com a intenção de otimizar o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade na capital cuiabana.

Portanto, uma vez que nessas localidades existem serviços de saúde especializados programados para serem referência àqueles que foram encaminhados pelo serviço de saúde, nos questionamos: Qual seria o deslocamento empreendido pelos usuários em busca de atendimento? Existindo o deslocamento, como conseguiam atendimento médico em Cuiabá? Como seria o caminho percorrido por essas pessoas? Como essa vivência poderia nos ajudar a compreender o seu processo de adoecer e de buscar cuidado? Como os serviços e profissionais de saúde estão respondendo às necessidades de saúde das pessoas que a eles acorrem?

2.1 A construção do Objeto de Estudo a partir dos dados epidemiológicos

Bellato e Araújo (2006) e Gerhardt (2006) concordam que, na Saúde Coletiva, observamos a busca pelo cuidado através de redes informais e formais de cuidado e que, nesta busca, criam-se os *itinerários terapêuticos*. Estes, são caminhos empreendidos em busca de cuidados que atendam às necessidades de saúde dos usuários de determinada localidade. Observamos o movimento, a saída de sua cidade de origem para outras cidades, com maior capacidade de oferecer serviços especializados, que podem oferecer resolução mais complexa dos seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006; BELLATO, ARAÚJO, 2006).

Ao descrever e analisar as práticas dos profissionais de saúde e os caminhos trilhados pelo usuário em busca por atendimento, percebemos as tentativas para solucionar os problemas de saúde das populações, principalmente as de baixa renda. Estas pessoas são as que mais precisam do SUS para resolver seus problemas de saúde, dando sentido absoluto à sua nominação, pois passa a ser a *única* opção de assistência à saúde. A possível escolha pelo caminho na procura do cuidado inicia-se quando a pessoa reconhece que tem um problema de saúde e que precisa de atendimento, ou seja, a partir do momento em que se sente doente e percebe a necessidade de cuidados, mesmo independente da avaliação de um profissional da saúde para a sua constatação.

Segundo Bellato e Araújo (2006), ao perceber seu adoecimento são acionadas *redes de pertença* que iniciam a busca pelas possíveis opções de cuidado para o membro pertencente doente. A rede de pertença se forma através de pessoas ligadas por laços emocionais, familiares ou não, que se mobilizam na direção do outro com o objetivo de cuidar, viabilizando várias direções que levem às melhores formas de cuidado possíveis e disponíveis para aquele que necessita.

Gerhart (2006), mantém a idéia mais abrangente de que a pessoa doente e sua família ao procurar por cuidado entra em contato com uma rede complexa de escolhas possíveis. É importante citar que esta rede vai se conformando de maneira dinâmica e que ela se reconstrói com novas formas e a cada nova necessidade da pessoa doente, ou quando um novo membro da rede se põe em busca de cuidado. Portanto, em nenhum momento encontraremos uma conformação de *redes* igual à anterior, mesmo que seja a mesma pessoa doente, mas em épocas diferentes, caracterizando este dinamismo contextual.

Essa característica é balizada pelos componentes da rede, pelas pessoas que se movimentam em busca de soluções para os problemas que surgem a cada nova necessidade, pois cada pessoa que mantém a rede ou a modifica, imprime sua individualidade criando novas formas a cada movimento. É exatamente aí que reside a riqueza desta pesquisa, ou seja, compreender a vivência das pessoas doentes que precisam do cuidado do SUS e como estes buscam cuidados e como vivenciam as alegrias, dificuldades, surpresas e desesperos que esta busca proporciona.

Para atender as necessidades de saúde da população, os serviços de saúde possuem uma organização que segue uma lógica própria baseada em dados sistematizados que são coletados nas comunidades, pois, assim, as ações de saúde poderiam melhorar a saúde das comunidades, tais ações são planejadas a partir dos princípios filosóficos e operacionais do SUS. Quando essa lógica de organização consegue atender as demandas da população com qualidade e resolutividade, os serviços de saúde ao serem avaliados apresentam resultados positivos resultantes das ações em saúde. Caso as ações do sistema de saúde não consigam atender adequadamente as necessidades das comunidades, podem surgir agravos, que indicam o comprometimento maior da saúde dos seus usuários. Esses agravos são indicadores precisos da situação de saúde das comunidades que estão sob a responsabilidade deste sistema.

Em MT os mecanismos operacionais criados para possibilitar o acesso da pessoa doente às ações e à assistência integral do SUS são a descentralização e hierarquização, que objetivam o oferecimento de serviços na forma de uma sistema de referência e contra-referência. Como os serviços de maior complexidade, nível terciário de atenção e algumas especialidades médicas não são oferecidas pelos gestores municipais no interior do MT. Em 2003 o Ministério Público através obrigou a SES/MT a encontrar soluções para este problema enfrentado pelo municípios do interior do estado. Por isso, a SES iniciou em 2003 o processo de descentralização da regulação dos serviços de saúde do estado de MT, interiorizando as ações regulatórias dos serviços especializados para 14 escritórios regionais de saúde, responsáveis pela organização do fluxo de atendimento de alta complexidade para 141 municípios de MT (CARVALHO, 2005).

A Central Estadual de Regulação com sede e funcionamento no Município de Cuiabá-MT, é a central que recebe as solicitações dos 14 escritórios regionais, com objetivo de estabelecer certa unidade, uniformidade na qualidade da assistência prestada pelo SUS, em todos os níveis e localidades procuradas pelo usuário, mantendo-se, assim, o princípio da equidade, possibilitando o acesso à

serviços especializados a comunidades que não possui referência para seu atendimento. No entanto, o estabelecimento de elos de comunicação entre estes diferentes níveis de atenção à saúde é, ainda, um grande desafio a ser enfrentado (LUZ, 2005).

A criação de sistemas integrados e hierarquizados no SUS busca o atendimento das necessidades da população e o seu funcionamento, sendo vital para o emprego do sentido real da palavra sistema. Portanto, embora encontremos o cidadão, usuário desse sistema, sendo atendido parcialmente em suas necessidades de saúde nos serviços oferecidos pela rede, os quais são organizados para atender a uma demanda programada, ainda são visíveis alguns problemas estruturais/processuais, que causam falhas no sistema de atendimento, permitindo, ainda, a ocorrência de agravos evitáveis (LUZ, 2005; LUCCHESI, 2005; MONKEN, 2005; OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA, 2004; LOPES, 2004).

As lacunas deixadas pelo sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção são, em grande medida, responsáveis por complicações que poderiam ser evitadas se o mesmo atendesse, de maneira integral, às necessidades dos usuários. Tais complicações são denominadas *evento-sentinela* e, Segundo Fontes (2006), é a ocorrência do *agravo* à saúde decorrente do não atendimento a uma *condição marcadora* que, por sua vez, consiste em alterações da saúde da pessoa doente, em acontecimentos que indicam a perda de equilíbrio, ou perda do estado saudável deste indivíduo. Conseqüentemente, é necessário avaliar a condição marcadora ou *traçadora* e os eventos-sentinela ou agravos evitáveis, para obter dados ao planejamento do atendimento às necessidades de saúde da pessoa com doença crônica, ou ainda para antever ações necessárias ao evitamento dos agravos secundários a ela.

Hartz (1996), ao estudar um desses eventos-sentinela no Estado da Bahia, discute a possibilidade de empregá-lo como metodologia de avaliação do sistema de saúde que denomina de *real*, através da utilização dos agravos secundários às doenças evitáveis ou controláveis. Ainda, expõe a necessidade de organização e avaliação das estratégias de mudança e da própria avaliação da atenção à saúde oferecida nos diversos níveis pelo sistema público de saúde, através de estudos dos eventos-sentinela que podem definir indicadores que possibilitem a tradução destas condições (Hartz, 2005). Portanto, a escolha de um evento-sentinela, que seja significativo para uma determinada população e seu estudo, poderá indicar a gênese das condições traçadoras para estes eventos, bem como oferecer elementos de análise sobre o modo como o sistema de saúde vem disponibilizando cuidado para a mesma.

Em consonância com a pesquisa matricial à qual este estudo se vincula, definimos a escolha do sujeito de nossa pesquisa a partir de um evento sentinela por nós recortado como agravo resultante de não atendimento adequado às necessidades de saúde em pessoa com a condição traçadora hipertensão arterial residente em um dos municípios eleitos como campo de pesquisa, ou seja, Alta Floresta, Sinop, Sorriso e Diamantino ou municípios a eles consorciados. A partir desse recorte delimitamos nosso objeto de estudo em torno da compreensão de como as práticas profissionais estão organizadas para o atendimento de um agravo dessa condição, tendo por perspectiva a história de adoecimento e de busca por cuidado narrada pela própria pessoa que a vivência.

Na busca empreendida por uma pessoa que respondesse a esses critérios estabelecidos encontramos uma com um grave problema de saúde decorrente de hipertensão arterial não controlada de maneira adequada e que se tornou sujeito do nosso estudo. Como foco principal da sua história de adoecimento e busca por cuidado encontramos a regulação do atendimento à suas necessidades de cuidado não condizente com as normatizações estabelecidas em nosso Estado para a situação de emergência enfrentada pela mesma, apontando inadequações no encaminhamento nesse processo.

Dessa forma, delimitamos como **Objeto de Estudo** a compreensão do modo como se constituem as práticas de atenção e de gestão voltadas à regulação em saúde a partir de uma situação de emergência cardiocirculatória vivida por um morador do município de São José do Rio Claro – MT. A partir desse recorte, e considerando a importância dos agravos cardiovasculares a partir da hipertensão arterial, passamos a desenhar o perfil epidemiológico dos mesmos com foco em nosso Estado que indicassem alguns possíveis eventos-sentinela. Constatamos a elevação dos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares se mostra de modo importante, tanto no mundo, quanto no Brasil e também em nosso Estado, reforçando a importância de estudos que abordem esses agravos sob diversas perspectivas de análise.

Dados mundiais nos apontam que aproximadamente 80% dos óbitos por essas doenças ocorre em países de média e baixa renda, sendo que, no mundo 16,6 milhões de pessoas morrem anualmente dessas patologias, o que equivale a um terço dos óbitos em 2001 (OMS, 2003). No Brasil, segundo o Plano Nacional de Saúde/MS de 2005, os agravos secundários a hipertensão arterial não reconhecem fronteiras geográficas, sócio-econômicas e de gênero, desenhando silenciosamente um quadro de complicações cardiovasculares de causa inespecífica. Segundo relatório do Sistema de Informação sobre Mortalidade em 1998, as doenças cardiocirculatórias

são a primeira causa de morte na população com 60 anos de idade ou mais, com 93.791 casos, que representam 18,8% dos total de mortes registrados nas declarações de óbitos no Brasil em 1998 (BRASIL, 2002).

Entre 1999 e 2003, a mortalidade proporcional por grupo de causas na região Centro-Oeste evoluiu mantendo a percentagem de ocorrência (BRASIL, 2002), sendo demonstrado que, em Mato Grosso, 27,21% dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório (CID 10 / 100 – 199) em 1999, evoluiu para 28,41% em 2002. A taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório demonstra que, em 2002, a faixa etária que apresentou maior porcentagem é a de 70 anos e mais, com 43% dos óbitos, seguida pelas faixas etárias de 60 a 69 anos com 22%, e de 50 a 59 anos com 16% dos óbitos. Estes dados indicam que a idade é um importante fator de risco para esse agravo, pois os óbitos em pessoas com mais de 50 anos de idade somam 81% das mortes por doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2002).

Destacamos que os dados acima podem ter sub-registro, pois o levantamento é realizado conforme o município de registro do óbito e não conforme o município de origem do paciente. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a taxa de mortalidade por doenças do aparelho cardiocirculatório estima o risco de morte por doenças que têm sua incidência associada aos fatores de risco, ou seja, o que aqui consideramos como condições *traçadoras*: tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes. Afirma, ainda, que variações destas taxas podem estar relacionadas à qualidade da assistência médica disponível, destacando a necessidade de estudos que identifiquem situações de desigualdades assistenciais nas redes de atendimento (OMS, 2003). Entretanto, registramos a dificuldade de acesso aos dados nos sistemas de informação, que se encontram com informações incompletas, sugerindo que a alimentação dos sistemas ainda não faz parte das prioridades nas agendas de trabalho no nível municipal, estadual e federal. Segundo Ataíde (2007, p. 25)

[...] no tocante à análise da situação atual, não é de fácil acesso, pois não se encontra disponível nos meios eletrônicos [...], a coleta de dados da internação, foi feita a partir de fontes documentais e dados de observação [...].

Portanto, entendendo que complicações desencadeadas pela condição traçadora hipertensão arterial podem ser consideradas como alterações cardiocirculatórias, e que estas colocam em risco iminente de morte a pessoa doente, denominamos estas complicações de *evento-sentinela*. Esta denominação é um referente ao *agravo* à saúde que poderia ter sido evitado por meio de uma assistência eficaz durante a fase crônica da condição marcadora/traçadora, ou seja, se os serviços de saúde da atenção básica fossem efetivos (BRASIL, 2004).

A hipertensão arterial é aqui tomada, portanto, como um *traçador*, uma vez que tem comprovada a efetividade do seu controle por medidas terapêuticas passíveis de concretização nas práticas de saúde na atenção básica, que objetivam a prevenção destes *agravos*, diminuindo a ocorrência de eventos sentinelas relacionados à aquele traçador. Assim, o evento-sentinela indica a existência de problemas nesse nível de atenção que envolvem tanto as práticas de gestão quanto de atenção. A partir dessa compreensão o desenho do estudo busca entender como está conformada a rede assistencial no município de São José do Rio Claro e no Estado de Mato Grosso para o atendimento tanto à condição traçadora hipertensão arterial quanto ao evento-sentinela emergência cardiocirculatória aqui eleitos, identificando pontos de estrangulamento que podem estar gerando esses agravos.

Dessa forma, é necessário o registro e estudo na atenção básica sobre a hipertensão arterial para a indicação do traçador ou marcador crônico. Consideramos o traçador como uma das causas dos eventos-sentinela por problemas cardiocirculatórios no Estado de Mato Grosso, ligado a outros traçadores crônicos como a obesidade e o *diabetes mellitus*, são considerados elementos importantes para compreender o real alcance das ações básicas de saúde nas localidades da região no entorno da Rodovia BR 163, contexto do nosso estudo.

Souza (2006), ao desenvolver um estudo qualitativo sobre a percepção do doente crônico com febre reumática e cardiopatia reumática, quanto ao seu processo de adoecer e ter saúde descreve as dificuldades do mesmo quando necessita de atendimento. Conclui que a assistência à saúde é ainda fragmentada, concentrada em especialidades médicas; que os serviços de referência e contra-referência ainda não conseguem responder às demandas dos doentes crônicos do grupo estudado no que se *necessita* quanto ao tipo de serviço e o tempo para sua agilização, indicando a necessidade de desenvolver estudos que discutam a assistência oferecida nos níveis primário e secundário nos municípios que estão inseridos na rede de regulação do estado do MT. Entendemos necessidade segundo Mishima (2005, p. 1261)

[...] Assim, tomar **necessidades de saúde** como objeto das práticas em saúde implica adotar uma noção de saúde que considere a inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais. Isso significa que o objeto das práticas em saúde é **amplo**, abrangendo, além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica, política, comandadas – no modo de produção capitalista – pela dimensão econômica.

Cecílio (2001) aponta também que as necessidades de saúde podem ser a busca de alguma resposta para as más condições de vida que a pessoa vivenciou ou esteja vivenciando, a procura por vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de maior autonomia no modo de andar a vida, ou ainda de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível e que seja capaz de melhorar e prolongar sua vida. Desse modo, podemos perceber que o atendimento pontual a um dado problema de saúde geralmente não traz respostas efetivas para os agravos, particularmente aqueles de característica crônica, como é o caso da hipertensão arterial, se constituindo mais em um momento possível de uma atenção mais ampla. Por isso, o envolvimento de todos os níveis de atenção, com práticas articuladas e complementares, ou seja, práticas baseadas no princípio da integralidade, é o que pensamos que seja o ideal para atender as necessidades das pessoas com esses agravos (OMS,2003).

O estudo das práticas profissionais que o usuário se submete e a organização dos serviços de saúde por ele acessados, tem como ponto de partida os relatos sobre a sua experiência de adoecimento e de busca de cuidados. Assim, neste estudo interessou-nos compreender como um usuário do SUS, procedente de São José do Rio Claro – MT, vivenciando uma situação de emergência cardiocirculatória, foi em busca de cuidado, tendo que redesenhar a rede assistencial existente e formalmente constituída para a atenção a esse agravo. Procuramos ainda apreender, através de seu relato, “como as coisas aconteceram” nos serviços de saúde dos municípios por onde passou nessa busca. Focamo-nos também na observação das práticas profissionais que visaram atender as suas necessidades nos serviços de saúde por ele acessados, priorizando aquelas práticas que tratam da Regulação em saúde.

O *corpus* de dados fundamentou as reflexões e tensionamentos aqui realizados sobre a assistência à saúde formalizada e aquela concretizada nos municípios contextos deste estudo, apontando-nos nós críticos na organização dos serviços e na disponibilização de cuidados para agravos que envolvam situações de emergência cardiocirculatória.

3. Objetivos do Estudo

Buscando possibilitar a compreensão de nosso objeto de estudo, tivemos por objetivos nesta pesquisa:

- Objetivos específicos:
 - Compreender a **lógica de um usuário** do SUS do Município de São José do Rio Claro-MT, que vivenciou uma situação de emergência cardiocirculatória e empreendeu buscas por cuidados em serviços de saúde, traçando o seu Itinerário Terapêutico através do relato do caminho por ele percorrido, da rede de apoio acessada e das respostas obtidas para seu agravo desde o seu município de origem até o Município de Cuiabá / MT;
 - Compreender a racionalidade presente **nas práticas profissionais** destinadas a usuários em situação de emergência cardiocirculatória no cotidiano dos serviços de saúde nos três níveis de atenção referenciados pelo usuário em sua história de adoecimento e busca por cuidados, com foco nas práticas de Regulação em Saúde.

Estes objetivos possibilitaram refletir sobre as perspectivas do SUS para atender as diretrizes constitucionais sobre a integralidade da atenção em saúde; possibilita vislumbrar como a rede assistencial tem conjugado este princípio no seu cotidiano, durante as ações de atendimento aos usuários do SUS em situação de emergência cardiocirculatória no interior do Estado do Mato Grosso.

4. O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

A construção do conhecimento se faz a partir de outros conhecimentos, sobre os quais realizamos a apreensão, a crítica e a dúvida. Minayo (2000, p. 89), citando Limoeiro Cardoso, utiliza a metáfora de aplicação de feixes de luz sobre os objetos a serem estudados para explicar a necessidade de se ter vários olhares destes, buscando apreender o máximo de conhecimento sobre ele. Explica que, por serem feixes de luz, é justificada a imperfeição do conhecimento sobre aquele objeto, caracterizando a sua inatingibilidade, pois, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade, cada estudioso-pesquisador poderá realizar uma leitura diferente, indicando dimensões inteiramente novas ao objeto.

Em Minayo (2006, p. 42), as Ciências Sociais inseridas no campo do conhecimento dos seres vivos possuem o olhar sobre o seu objeto buscando sua historicidade, construindo uma consciência histórica, trabalhando no nível da identidade entre o sujeito e o objetivo da investigação. Por isso podemos afirmar que o seu objeto é **essencialmente qualitativo**, implicando, obrigatoriamente, nas similitudes entre os seus atores. Nossa escolha por este método baseou-se na possibilidade do sujeito investigador e o sujeito investigado possuírem uma relação, pois esta *visão de mundo entre eles e todo o processo de conhecimento se relacionam e se implicam desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho*. A relação entre os atores deste estudo foi a *condição* que possibilitou ao pesquisador *objetivar o conhecimento através da aproximação e construção da realidade*, mantendo a sua crítica para a compreensão do objeto, assim como para seus próprios procedimentos exploratórios e analíticos (MINAYO, 2006, p. 44).

Fundamentado nestas orientações, esta pesquisa procurou lançar feixes de luz sob duas perspectivas que nos parecem complementares para se desenhar a complexidade do objeto deste estudo. Em um primeiro momento demos voz ao Sr. Gabriel², bem como a D. Júlia, sua esposa, moradores de um município de pequeno porte do interior do Estado de Mato Grosso, ao utilizarem os serviços de saúde devido a uma situação de emergência cardiocirculatória³ vivenciada pelo Sr. Gabriel. Através das narrativas de sua história de vida focalizada na busca por cuidado, compreendemos alguns aspectos importantes dessa experiência que nos

² Empregamos aqui nomes fictícios de modo a preservar o anonimato do sujeito do estudo, da sua esposa e dos profissionais de saúde citados durante a entrevista.

³ Utilizamos a denominação de “emergência cardiocirculatória” de forma ampla para o agravo apresentado pelo Sr. Gabriel de maneira a evitar a sua identificação, garantindo assim, como cuidado ético, o seu anonimato. Entendemos que essa conduta metodológica em nada prejudica a análise a ser feita neste estudo.

serviu de base para, em um segundo momento, discutirmos a rede de atenção à saúde organizada naquele município, bem como a Regulação dessa atenção posta em movimento na situação de agravo à saúde vivenciada pelo Sr. Gabriel.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, pois busca compreender a profundidade do objeto aqui estudado, visto que, segundo Haguette (1997, p. 80), *ênfatisa as especificidades* dos fenômenos sociais, através da revelação de sua *gênese e da sua razão de ser*. Minayo (2006, p.57), por sua vez, afirma que

[...] o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos.

Optamos pela metodologia *Estudo de Caso* (MINAYO, 2006, p. 165) por entendermos que para a compreensão do objeto deste estudo haveria necessidade de aprofundarmos nosso olhar na situação de adoecimento e busca por cuidados, vivenciada por uma pessoa em situação de emergência cardiocirculatória, mapeando, descrevendo e analisando o contexto de vida e saúde, as relações, percepções e sentidos dados pela mesma, bem como na apreensão dos modos com que as práticas profissionais de regulação em saúde se configuraram, para responder ou não as necessidades de saúde daí emanadas.

O Estudo de Caso nos permite, ainda, estabelecer ligações causais entre as intervenções e situações da vida real, o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre, o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo. É, portanto, um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado (MINAYO, 2006). A autora alerta que os atributos requeridos dos pesquisadores são os mesmos de qualquer um que atua com abordagens qualitativas: habilidade para perguntar, ouvir e observar, sendo flexível e firme nos parâmetros propositivos de sua investigação. Discutiremos estes atributos ao citar as estratégias para a coleta de dados.

Para a seleção do sujeito do estudo seguimos o mesmo critério da pesquisa maior à qual este estudo se vincula, ou seja, pessoa com agravo à sua saúde que pudesse ser caracterizado como evento-sentinela, entendido como “a ocorrência de situações evitáveis – doenças, complicações, incapacidades e mortes – visando avaliar as repercussões das ações realizadas” (BRASIL, 2004c, p.59). Estes

eventos indicam a ocorrência de uma situação indesejável, que pode estar relacionada a problemas estruturais ou organizacionais dos serviços de saúde, o que torna interessante a escolha dessa ferramenta avaliadora para os propósitos deste estudo.

Segundo Hartz et al (1996) o evento-sentinela é observado quando há *ocorrência inesperada* ou *variação* do movimento entre *adoecer e ser saudável* resultando em morte, lesões ou riscos evitáveis. Afirma ainda que qualquer situação que envolva risco, de qualquer grau, deve ser estudada, esclarecendo que, se após este estudo, a não conformidade (variação) possibilitar a associação entre estes dados, identificando os indícios de riscos para a ocorrência de *resultado adverso sério*, deve ser considerada como evento-sentinela; identifica alguns tipos de riscos para a saúde como *condições traçadoras*, pois indicam a ocorrência de alteração da saúde que indiquem o agravo evitável.

Nessa compreensão, o evento-sentinela é uma fase posterior a do risco, e o acontecimento da doença e de seus agravos sem condições de reverter ou prevenir esta fase. A existência de ambos, traçador e evento-sentinela, teoricamente é cadenciada e inter-dependente, podendo essa relação pode ser estudada para identificar pontos de estrangulamento no sistema de atenção a saúde, pois tais pontos impedem a resolução dos problemas de saúde, especificamente nos níveis da atenção básica, resultando no aparecimento de agravos.

Analisando a relação entre eventos-sentinela e suas possíveis origens, a condição traçadora pode ocorrer sem evoluir para um evento-sentinela, que pode ser caracterizado como crônico ou latente e, nessa situação, podemos inferir que a pessoa ao ser assistida pelo sistema de saúde de forma adequada não apresentaria agravos. No entanto, um evento-sentinela não surge sem que haja uma condição traçadora, caracterizando, assim, a evitabilidade de certos agravos ou eventos, indicando a possibilidade de falhas assistenciais nos diferentes níveis hierarquizados de assistência à saúde.

Desta forma, podemos afirmar que os eventos-sentinela aparecem na ocorrência de atendimento *não adequado* à condição traçadora, e classificar duas possíveis causas para a ocorrência do evento sentinela: a falta de assistência aos problemas de saúde (HARTZ, 1996), com especial atenção para os problemas/doenças crônicas, na sua gênese; e falhas nos modelos assistenciais que propõem a promoção da saúde e a prevenção de doenças/agravos. Por isso, compreender *como o evento-sentinela ocorreu* através do relato da pessoa doente, possibilitou-nos analisar os serviços oferecidos nos níveis primários, secundários e de alta complexidade utilizados/procurados pelo sujeito do nosso estudo.

Segundo Lopes, Silva e Hartz (2004) a ocorrência de falhas no processo de atenção à saúde pode ocasionar a morte desnecessária, doença ou invalidez dos usuários. Hartz et al (1996) afirmam que as condições traçadoras representam um dos caminhos para a abordagem de problemas complexos do sistema de saúde, podendo gerar dados de fácil compreensão capazes de retroalimentar o sistema de avaliação do SUS redirecionando suas políticas de saúde.

Os estudos de eventos-sentinela, pela sua própria gênese, têm sido mais amplamente empregados para a avaliação da qualidade da atenção básica oferecida a certo contingente populacional. Neste estudo, empregamos esta estratégia de avaliação com a finalidade de analisar a atenção à saúde frente a uma situação de emergência cardiocirculatória, visto que o mesmo teve como sujeito uma pessoa com dissecção da aorta que identificaremos como uma complicação cardiocirculatória, ou seja o evento-sentinela, ligando este agravo à condição crônica da hipertensão arterial não tratada, sua condição traçadora.

Para a localização do sujeito da pesquisa mantivemos intensa busca periódica nos dois hospitais públicos do município de Cuiabá procurando localizar uma pessoa com agravo a sua saúde que pudesse se caracterizar como evento-sentinela cardiocirculatório. Também havia o critério de que fosse originário dos municípios de Alta Floresta, Sinop, Sorriso ou Diamantino, cidades sede de pólos regionais de saúde do Estado de Mato Grosso, ou de municípios que estivessem no seu entorno fazendo parte da regionalização destes; e/ou que com eles mantivessem consórcios dos serviços de saúde, preservando os mesmos critérios de inclusão da pesquisa maior à qual este estudo está vinculado. É necessário explicitar que Cuiabá é referência para a atenção terciária para todo o Estado de Mato Grosso, sendo que, frente ao agravo do estado de saúde e à impossibilidade de obter atenção nesse nível em seus municípios de origem, as pessoas para aqui se deslocam para serem atendidas em suas necessidades.

No entanto, diferentemente do que esperávamos, localizamos o sujeito de nosso estudo em um hospital particular de Cuiabá, porém, já tendo passado pela Unidade de Emergência do Hospital e Pronto Socorro Municipal desta capital durante a sua busca por cuidado no momento da sua emergência. Sua opção por procurar o serviço particular deu-se por falta de leitos em unidade de terapia intensiva da rede pública para sua internação e tratamento na fase de emergência por agudização de sua doença. Frente a situação foi necessária uma intervenção cirúrgica de emergência para correção de seu agravo e o cotenção da sintomatologia, com o principal objetivo do controle efetivo da *hipertensão arterial* com uso de drogas vasoativas endovenosas potentes. Como estes procedimentos não são possíveis em uma unidade de

internação ou de atendimento de emergência, foi vital a sua transferência compulsória para uma unidade de terapia intensiva. Conforme diagnóstico médico o Sr. Gabriel não poderia permanecer em uma unidade de atendimento emergencial ou de internação aguardando o surgimento de uma vaga/leito em unidade de terapia intensiva do SUS ou conveniada, pois, segundo o diagnóstico médico, realizado em 15/04/07 na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica do Hospital Santa Rosa, o mesmo apresentava uma lesão vascular grave com risco de morte se não ocorresse atendimento cirúrgico imediato e cuidados intensivos durante a espera para a intervenção cirúrgica (Notas de observação - 15/04/07).

Assim, o sujeito do estudo, Sr Gabriel, foi localizado durante a fase aguda de seu agravo, constituído por uma emergência cardiocirculatória, com dor intensa e como necessitava de cuidados intensivos no nível terciário, e o SUS não tinha leito em UTI disponível para a espera, o mesmo se dirigiu a um hospital particular em busca de vaga para tratamento intensivo. A partir de suas narrativas, assim como da esposa, quanto a sua situação de adoecimento e busca por cuidados, foi possível analisar também a disponibilização das práticas profissionais, tanto de atenção quanto de gestão, especialmente aquelas voltadas aos encaminhamentos feitos pelos profissionais desde seu município, quando do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas de seu agravo, até o momento em que seu problema foi resolvido.

Essa análise combinada nos possibilitou, entre outras, a compreensão de como se configura a Rede de Regulação em saúde para situações de emergência cardiológica, tendo por foco o complexo regulatório que envolve os municípios mato-grossenses de São José do Rio Claro (SJRC), local de residência do sujeito do estudo, sendo Diamantino a sede do Pólo Regional de Saúde ao qual SJRC pertence; entretanto, para tratamento deste tipo de agravo a referência utilizada é Cuiabá, pois é referência terciária para cuidados intensivos para toda a região do pólo de Diamantino.

Como abordagem metodológica para o estudo foi empregada a História de Vida Focal (HVF), materializada através da Entrevista em Profundidade (EP), de modo a obtermos as narrativas acerca da experiência de adoecimento e busca por cuidados empreendida pelo Sr. Gabriel e sua esposa, bem como a Materialidade discursiva e não discursiva para compreendermos de que modo têm sido efetivadas as práticas profissionais de Regulação em saúde no município de São José do Rio Claro, local de residência do Sr. Gabriel. A apreensão dessa materialidade constou de Observação das práticas profissionais relativas à Regulação em serviços de saúde utilizados pelo Sr. Gabriel, bem como da análise de documentos que pudessem oferecer dados relativos ao cuidado recebido e aos encaminhamentos dados à situação de emergência cardiológica vivenciada pelo mesmo.

Minayo (2006) explica que a história de vida tópica ou focal pode ressaltar determinada *fase da vida pessoal*, respostas situacionais e urgências de um grupo, sendo uma estratégia privilegiada para interpretar o processo social das pessoas envolvidas. Afirma ainda que, geralmente, esses fatos são descartados da realidade em estudo, sendo considerados inúteis, segundo a visão de algumas linhas de pesquisa. Porém para a execução do nosso objetivo neste estudo, os dados obtidos através das gravações das narrativas, de documentos escritos, imagens, dentre outros, foram importantes fontes de análise, constituindo uma combinação estratégica que compôs o *corpus* de dados desta pesquisa de modo a possibilitar a ampliação da compreensão da realidade por nós estudada.

Para a abordagem metodológica da HVF empregamos, principalmente, o referencial teórico de Ecléa Bosi (1994), bem como as experimentações e discussões realizadas pelo grupo de pesquisadores da pesquisa maior à qual este estudo se vincula e que trabalha com as mesmas abordagens aqui feitas. Sua pertinência para o estudo se deveu ao fato de nos possibilitar dar voz à pessoa que vivenciou o adoecimento e a busca por cuidados junto a serviços de saúde de seu município e da rede de atenção construída dentro do Estado de Mato Grosso, trazendo os sentidos que o direcionaram nessa busca, sendo o mais fiel possível as suas experiências, memórias e interpretações (HAGUETTE, 1997).

4.1 Trabalhando com a História de Vida Focal

A história de vida focal foi particularmente útil neste estudo, pois nos permitiu captar a dinâmica do adoecimento e da busca por cuidado como um *processo em movimento*. No entanto, a sua abordagem necessitou de uma compreensão *íntima da vida do outro*, deixando este outro de ser apenas o *usuário* para ser a pessoa que vivenciou, de maneira intensa e perpassada de sentido, a sua experiência de adoecimento, tornando natural e ao mesmo tempo obrigatória, uma maior aproximação da pesquisadora e do pesquisado, para possibilitar o registro das táticas, suposições, constrangimentos, pressões, sentidos vivenciados pelo entrevistado (HAGUETTE, 1997; SANTOS, 2006; BOSI, 2003).

É importante considerar, no entanto, que as narrativas obtidas na HVF contam menos a experiência direta dos informantes do que o resultado do trabalho que a memória faz com essa experiência. Segundo Santos (2006), mesmo com suas limitações metodológicas, essa abordagem é entendida como um método capaz de

reproduzir interpretações sobre processos referidos a um passado recente, no qual dependemos da memória de quem vivenciou os acontecimentos.

A memória é a matéria prima que trabalhamos nos depoimentos, sendo ela uma reconstrução do passado que se ancora em dados do presente, por isso é dinâmica e instável, porém verdadeira, já que representa a oralidade de uma vivência passada ancorada no presente (BOSI, 2003). É preciso considerar ainda, que as lembranças são coletivas, pois nelas nunca estamos sós (SANTOS, 2006), sendo necessário compreender que as memórias são construídas a partir de vivências que os sujeitos experimentam no curso de suas vidas, no interior de grupos sociais, porém com suas representações próprias (BOSI, 2003; RAYNAUT, 2006).

As lembranças, além de possibilitarem a exploração de fatos vividos, trazem também uma análise daqueles mesmos acontecimentos, pois lembrar não é apenas reviver, é refazer, reconstruir, repensar, com o “eu” de hoje, as experiências passadas (BOSI, 2003). Portanto, o relato fundamentado na memória reelaborou as significações e restabeleceu as relações com o passado, permitindo a compreensão da dinâmica desta experiência no presente e no futuro. As lembranças do passado fazem parte da identificação do sujeito no presente; suas lembranças buscaram *âncoras* no passado para relembrar fatos vividos, estabelecendo uma relação de equilíbrio, segurança e verdade para o entrevistado durante a entrevista.

Bosi (1994, p.55) nos lembra ainda que:

[...] a memória não é sonho, é trabalho. Se assim é, deve-se duvidar da sobrevivência do passado, ‘tal como foi’, e que se daria no inconsciente de cada sujeito. A lembrança é uma imagem construída pelos materiais que estão, agora, à nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual. Por mais nítida que nos pareça a lembrança de um fato antigo, ela não é a mesma imagem que experimentamos na infância, porque nós não somos os mesmos de então e porque nossa percepção alterou-se e, com ela, nossas idéias, nossos juízos de realidade e de valor. O simples fato de lembrar o passado, no presente, exclui a identidade entre as imagens de um e de outro, e propõe a sua diferença em termos de ponto de vista.” Assim, há já uma interpretação do vivido quando a narrativa acontece, sendo necessário considerar essa premissa ou se trabalhar com essa abordagem metodológica.

Pela *pessoalidade* das narrativas da experiência de adoecimento e busca por cuidado empreendida pela pessoa, identificamos emoções, sentidos, valores. Para explorar e compreender estes sentimentos é necessário o vínculo entre a pessoa que narra tal experiência e o pesquisador que a investiga, a proximidade

permite este conhecimento mútuo. Assim, não se trata apenas de “coletar dados” durante o trabalho de campo, visto que eles não estão lá, disponíveis para serem “apanhados” pelo pesquisador. O que precisamos é criar uma relação de confiança e abertura com a pessoa informante de modo que sua fala possa emergir (BOSI, 2003).

Para dar movimento a HVF empregamos como estratégia metodológica a Entrevista em Profundidade (EP), que consiste em uma conversa aberta, mas com finalidade, durante a qual se estabelece uma relação comunicativa, articulada, com liberdade para ambos, entrevistado e entrevistador, para o que torna-se imprescindível a existência de um vínculo de confiança entre ambos. Nela o entrevistado é convidado a falar livremente sobre o tema do estudo e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar profundidade às reflexões trazidas pelo entrevistado (MINAYO, 2006).

Por sua própria característica, a EP necessita que as narrativas aconteçam em mais de um encontro, com intervalo de tempo entre um e outro para que o entrevistador possa rever o que já foi narrado, quais os temas da entrevista que precisam ainda ser aclarados ou aprofundados, tendo por base os objetivos e a questão norteadora do estudo. Também pela riqueza de detalhes que as narrativas apresentam, tanto em relação a fatos, modos de se expressar, momentos de excitação, emoção ou silêncio, houve necessidade de que os encontros de entrevista fossem gravados, de modo que pudesse haver, posteriormente, a transcrição integral de seu conteúdo, servindo, então, de base para o nosso estudo.

Como já exposto, o primeiro encontro com o Sr. Gabriel e sua esposa, Sr^a. Júlia, ocorreu em um dos serviços hospitalares por eles procurado no momento da ocorrência da emergência cardiocirculatória, sendo que nos encontrávamos na posição de enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva desse hospital particular do município de Cuiabá onde o mesmo foi admitido. Pela situação de grande sofrimento e *stress* vivenciada por ele, este primeiro momento de contato foi feito de modo mais direto com a Sr^a Júlia, visto ter sido ela a grande motivadora de todos os processos de mobilização para atendimento do Sr. Gabriel. Em registro do diário de campo, descrevemos o primeiro contato e os procedimentos éticos em pesquisa adotados:

[...] Nosso primeiro encontro foi bastante tenso, a esposa estava muito nervosa por conta da falta de informação sobre como seriam pagos a estadia e o tratamento do Gabriel no Hospital Santa Rosa. A recepção da Unidade Coronariana tem cadeiras para acomodar os visitantes, não comporta acompanhante. A mesma não saiu da porta da unidade durante a noite de 15/04, dormiu nas cadeiras, ficou sem se alimentar..., chorando e sempre perguntado informações do

marido. Sempre muito educada, mas absolutamente preocupada com o fechamento do diagnóstico e a continuidade do tratamento. [...] Gabriel encontra-se bastante calmo, comunicativo conta a aventura de vir a Cuiabá com tanta dor, mas sempre bem humorado, preocupado com a esposa na porta sem descansar, barbudo, tirei uma foto para registrar o primeiro encontro. Com fisionomia cansada, magro [...] Ao ser abordado por mim para a realização da entrevista demonstrou-se interessado e referiu ter muito a contribuir para melhorar a saúde da sua localidade, ainda referiu saber de outros casos que poderia me contar para ajudar a desenhar as condições da saúde na sua localidade. Após isto solicitei que ele falasse com a esposa, para que ela também fosse informante da história deles, justamente porque eu tinha medo do fechamento do caso e porque não teria como registrar como as coisas iriam acontecer durante o processo de cirurgia do mesmo, passando a esposa para a condição de informante da pesquisa. A mesma aceitou participar da pesquisa. Gabriel encontrava-se um pouco mais cansado que o dia anterior, falando bem menos, com Nipride a 55 ml/hr, taquicárdico para seu quadro, frequência cardíaca de 108 bpm, mesmo em uso das medicações pra controle da frequência. Li o termo de consentimento na íntegra para ele explicando o que ele tinha dúvidas e após o mesmo assinou o documento. Expliquei que voltaria a tarde para a entrevista. Situação tensa. É hora de visita na UCO, as 17 horas inicia a entrada dos parentes, sinto Julia muito tensa, nem fala comigo direito... eu pergunto se está tudo bem e ela responde com um aceno que sim [...] orientei o Gabriel sobre as limitações físicas que ele tinha, e que por isso a gente iria fazer algumas paradas... que ele poderia interromper no momento que quisesse... já fiz estas orientações com o gravador ligado e perguntei “Conte-me como foi sua vinda para Cuiabá em busca de atendimento?” [...]depois de uns 20 minutos de entrevista percebo que a esposa chama uma funcionária e questiona se a entrevista não estava prejudicando o Gabriel... Então interrompi e disse que poderia parar se ela pedisse... percebi pelo rosto contorcido dela que algo estava errado ... não entendi direito mas reconduzi pedindo que ela ficasse ali e respondesse no lugar dele... mas, ainda ficou aquele mal estar. Ela segurou na mão dele e ele meio dando bronca nela... dizendo ‘bem eu to bem... ela sabe e me orientou...’ prossigo a entrevista. Agora na presença da esposa, o tom melhora pois ela fala por ele traduzindo, interpretando algumas palavras não entendidas, mas sempre evitando o nó do problema, a regulação e a espera pela vaga em UTI do SUS (Notas de Observação em 15 e 16/03/07).

Devido à gravidade de sua situação de saúde, a esposa foi quem buscou novas possibilidades de atendimento, tentando a transferência, assim como acompanhou com olhar crítico todos os cuidados prestados a seu marido. Dessa forma, assim como o Sr. Gabriel, sua esposa foi por nós considerada como fonte importante de informação, oferecendo narrativas sobre todos os cuidados e buscas acompanhados e realizados por ela. Sua inclusão possibilita explorar a dimensão familiar que é empreendida pela família para a *pessoa doente, para o ente querido que está doente*. As narrativas do casal são entrelaçadas como uma espécie de tecido,

tornando impossível a separação das narrativas sem alterar os significados que os entrevistados querem transmitir; como as falas são *tecidas juntas*, demonstram uma dependência interna entre si, são ao mesmo tempo complementares e motivadoras para o início de um novo assunto que é lembrado por um dos entrevistados, e comentado pelo outro, mantendo um *continuum* de percepções e sentimentos vivenciados. A experiência de adoecimento e busca por cuidado, inclusive com o uso constante da primeira pessoa do plural *nós* ao se referirem às ações, condutas e sofrimentos compartilhados, no momento de utilização das mesmas nas análises aqui feitas, vamos mantê-las no seu conjunto, do modo como aparecem em seqüência na gravação da entrevista, não fazendo distinção entre a fala do Sr. Gabriel e da Sr^a Júlia.

Além da entrevista realizada com o Sr. Gabriel e sua esposa durante sua hospitalização em Cuiabá, tivemos ainda outro encontro durante a segunda fase do trabalho de campo, quando fomos a SJRC para realizarmos a coleta de dados, totalizando duas entrevistas, sendo a segunda entrevista direcionada pelas questões para aprofundamento apontadas pela primeira entrevista. Para isso, recebemos o Sr. Gabriel e sua esposa no Hotel em que nos encontrávamos hospedados, visto ser um local discreto e acessível aos pesquisadores e os entrevistados (estaremos descrevendo a observação em campo no próximo tópico).

Bosi (2003) destaca que a entrevista deve desdobrar e alargar os horizontes da cultura fazendo crescer juntos o pesquisador, o pesquisado e a sociedade na qual estão inseridos. Neste sentido, é importante manter certa margem de liberdade para que o entrevistado possa se expressar livre de amarras, o entrevistador possa ampliar o seu campo de explanação e aprofundar o nível de opinião e de informações a respeito do seu objeto de estudo (MINAYO, 2006). Nossa entrevista foi realizada buscando atender a esses aspectos. O momento do segundo encontro é descrito a seguir,

[...] Vejo um casal entrando no hotel, me lembro o quanto estava ansiosa por ver de novo os dois. Afinal, o caso dele é único e exemplar, ele está vivo depois de tudo. Mais magro, com a expressão tranqüila e feliz, me emociono com a visão, vejo um filme passar pelos olhos, tudo o que passaram para chegar até aquele momento, tanto sofrimento. Fomos para uma sala de café do hotel, não havia pessoas na sala, mas era uma sala aberta. No entanto não fomos interrompidos nenhuma vez e não tínhamos nenhum observador a mais. A conversa correu de forma tranqüila, depois que a fita do gravador acabou continuamos conversando. Nossa conversa teve duração de 2 horas e 20 minutos. Em vários momentos interrompi o assunto quando percebia que era um ponto que trazia lembranças difíceis, pois percebia o sofrimento nas palavras dos dois. O Gabriel falou muito menos, estava gripado. Mas percebi e ele falou também depois do gravador desligado que não se lembrava de muita coisa, ele tinha apenas noções, e que isto era desconfortável, pois parecia

que tinham arrancado a memória dele e ele reafirmava que quem poderia mesmo contar muita coisa era a Julia. Percebo que terei de justificar a participação dela na pesquisa, rever minha metodologia, incluindo a parceira, companheira dele, pois é nela que está a memória da família que fica no corredor, que pede e suplica por uma vaga. Ele não viu muita coisa, além do esquecimento ele foi poupado de certas informações que ela tinha. Na época ele só sentia a gravidade do caso dele, ela sentia e sabia. Ao terminarmos a entrevista pedi para tirarmos uma foto, aceitaram de imediato. Após a foto, ao nos despedirmos, perguntei a ele sobre sua cicatriz cirúrgica e ele mostra o início da cicatriz na parte superior no tórax e diz 'tá bonitinha, tem história essa danadinha' e dá risos com a esposa. Após isto procuramos um lugar para jantar antes de ir para Diamantino. Embarcamos às 22 horas para o próximo município (Notas de Observação - 28/08/07).

Durante o período de observação das práticas profissionais em saúde em SJRC, identificamos o contexto de vida e saúde do Sr. Gabriel. Localizamos e fotografamos o seu local de moradia de modo que pudéssemos destacar dos cenários, a geografia e o contexto socioeconômico de sua vida, para dar uma maior aproximação de sua vivência na busca por cuidados ao seu problema de saúde. As imagens registradas foram posteriormente descritas e analisadas; as filmagens e fotos realizadas nos serviços de saúde e no município de SJRC, possibilitaram a materialização e registro dos sons e das imagens que contam esta experiência, atendendo a orientação de Bosi e Minayo sobre a construção de um *corpus* de dados baseado nas imagens e nas lembranças dos entrevistados (BOSI, 2003; MINAYO, 2006).

Não elaboramos roteiro prévio de entrevista, mas fomos guiadas pela questão norteadora de nossa investigação: “**Conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o seu aparecimento até o momento**”. O tema foi oferecido ao entrevistado atendendo a proposta deste estudo e, a partir dele, a entrevista foi sendo realizada de forma livre obedecendo à organização temporal estabelecida pelos entrevistados na apresentação dos fatos por eles vividos, pois entendíamos que a utilização de um roteiro poderia restringir as suas lembranças, ocasionando a perda de dados subjetivos essenciais para o entendimento desta experiência. A rememoração com liberdade de pensamento possibilitou ao entrevistado expor os sentidos de sua experiência desconhecida para nós, enriquecendo os dados obtidos (BOSI, 2003).

Não houve intercorrência durante a realização das entrevistas e após os encontros todo o material gravado foi transcrito e digitado (ANEXO 1 e 2), compondo um *corpus* de dados que nos possibilitou compreender não apenas a experiência do

adoecimento e busca por cuidado vivido pelo Sr. Gabriel e sua esposa como também nos ofereceu elementos importantes para a seleção e apreensão das práticas profissionais que pudessem subsidiar o entendimento de como se configura a rede de atenção à saúde em situação de emergência cardiocirculatória. A complexidade do material oriundo das entrevistas exigiu de nós uma *abordagem compreensiva*, visto que ela nos possibilitou não reduzir ou mutilar o que se mostrou rico e denso. Bellato (2001) lembra que, para que o investigador compreenda o mundo que o cerca, é preciso compreender *como* as pessoas atribuem significado ao mundo da vida e as experiências que aí têm lugar.

A compreensão de como se deu a busca por cuidados empreendida pelo Sr. Gabriel e sua esposa nos possibilitou apreender, em movimento concomitante, os sentidos que a direcionaram. Para chegarmos a tal compreensão foi necessário realizarmos o ‘mapeamento’ dos deslocamentos efetuados nessa busca, os quais Bellato e Araújo (2006) nomeiam de **trajetórias**. Em cada uma dessas trajetórias foram identificados serviços de saúde procurados, as respostas aí obtidas para as necessidades de saúde apresentadas, bem como a lógica que direcionava a busca empreendida pelo Sr. Gabriel e sua esposa.

Assim sendo, essa configuração do “mapa” que teve como *escala de leitura* a ótica do Sr. Gabriel e sua esposa, nele se revelando, além do desenho por eles empreendido na busca pelos serviços de saúde para a resolução do seu problema, também as dificuldades sociais e organizacionais encontradas na resolutividade de suas necessidades, tendo como perspectiva o atendimento ao princípio da integralidade da atenção em saúde. Esse “mapa” complexo Bellato e Araújo (2006, p.77-78) denominam de Itinerário Terapêutico, visto que

[...] comporta os percursos empreendidos por usuários e suas famílias na busca por resolver suas necessidades de saúde e, nesta busca, o modo como traçam esses percursos seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes formais e informais de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar uma certa sustentabilidade na experiência do adoecimento e da condição crônica. Comporta, ainda, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, também segundo sua lógica própria, assim como a maneira como acolhem estes usuários e famílias, atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades.

Portanto, esse trajeto empreendido pelo usuário na busca por atenção integral e resolutiva às suas necessidades de saúde que chamamos de **Itinerário Terapêutico** (IT) (BELLATO e ARAÚJO, 2007; GERHARDT, 2006), é capaz de dispor

a racionalidade da organização formal da atenção à saúde a partir do município de origem da pessoa por nós entrevistada; a organização das práticas profissionais de atenção à saúde nos serviços procurados também foi empregada para tal compreensão, assim como a formalização de documentos legais que tratam da organização da atenção e da gestão em saúde no SUS, e que são, ou não, operacionalizados nas práticas profissionais. Entendemos, assim, que essa tríade metodológica pôde nos oferecer elementos que permitiram a discussão e reflexão acerca de como se organiza e é disponibilizado o cuidado à saúde a pessoas que vivenciam situação de emergência cardiocirculatória na rede assistencial do SUS no Estado de Mato Grosso, tendo por base a integralidade e a resolutividade pautadas, principalmente, na necessária integração dos serviços de saúde.

O Itinerário Terapêutico nos permitiu apreender não só o movimento espacial realizado, ou seja, as trajetórias de um serviço de saúde a outro, como também possibilitou demarcar a temporalidade envolvida em cada uma dessas trajetórias, ampliando nossa compreensão quanto às respostas dos profissionais e serviços oferecidas frente a uma situação de urgência em que cada minuto é vital para se evitar o desfecho fatal. E com esse corpus de dados oriundos das entrevistas, partimos para a segunda fase do trabalho de campo junto aos serviços buscados pelo Sr. Gabriel e sua esposa no município de SJRC, no momento da agudização de seu agravo de saúde, procurando aí compreender como acontecem as práticas profissionais, particularmente aquelas que tratam da atenção à situação de urgência e a sua regulação dentro da rede de atenção em saúde no Pólo de Diamantino – MT.

Os serviços procurados pelo Sr. Gabriel para seu atendimento em emergência foram: Hospital Geral Irmã Maria das Neves e o Pronto Atendimento Jonas Pinheiro Junior, em SJRC/MT; em Cuiabá/MT o Hospital Amecor, o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HMPSC) e o Hospital Santa Rosa. Foram feitos registros de imagem através de fotografias e observação da sede da Secretaria Municipal de SJRC, o Pronto Atendimento Jonas Pinheiro Junior em SJRC, o PSF do bairro onde o Sr. Gabriel reside, Unidade Coronariana do Hospital Santa Rosa (HSR) (apenas do paciente e da porta de acesso da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica) e fachada do Hospital Geral de SJRC. Infelizmente não tivemos permissão para registrar imagens do hospital privado contratado pelo SUS em SJRC, do HMPSC e do HSR em Cuiabá, ficando apenas com as informações sobre o cuidado relatado pelo Sr. Gabriel e as observações realizadas durante a nossa visita.

4.2 As práticas profissionais em saúde frente à situação de emergência cardiocirculatória vivenciada pelo Sr. Gabriel

Para a compreensão da organização e da lógica presente na atenção em saúde frente a uma situação de urgência cardiológica optamos por empregar o estudo das práticas concretas verificadas nos cotidianos dos serviços de saúde. Assim, a partir da história de vida focal obtida junto ao Sr. Gabriel e sua esposa procedemos a eleição dos serviços de saúde para a realização da segunda etapa do trabalho de campo que nos permitiu apreender *a materialidade das práticas profissionais* em saúde frente à uma urgência cardiológica, ainda aqui seguindo a orientação metodológica da pesquisa maior a qual nos vinculamos (ANEXO 05 - “Práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde em sua materialidade discursiva e não discursiva”). Desta forma, dirigimo-nos às *práticas* como domínio de análise, sendo estas entendidas como modos de atuar visto serem elas a dar a chave da inteligibilidade para a constituição correlativa de sujeitos e objetos (VEIGA-NETO, 2004).

O recorte metodológico da materialidade das práticas iniciou-se com a eleição daquelas de atenção e de gestão em saúde que se caracterizassem como *casos exemplares* (FARIA, 2007), ou seja, são seleções de fatos, de ocorrências, ou acontecimentos que sintetizam significados importantes e que possibilitam evidenciar as regularidades presentes nas práticas (ARAÚJO e AZEVEDO, 2006). Contudo, também é importante estarmos atentos às dissonâncias, aos saberes e práticas *menores*, às brechas e outras possibilidades que fogem ao controle normatizador.

Supúnhamos que algumas práticas de atenção e de gestão em saúde pudessem ser privilegiadas na seleção dos casos exemplares: o planejamento estratégico, o agendamento, a consulta médica, o atendimento de enfermagem e o encaminhamento – pois em todas estas opera, de algum modo, a racionalidade no atendimento à integralidade da atenção em saúde. Estas práticas, por terem como cenário os diversos níveis da atenção e da gestão em saúde, eram consideradas como exemplares das demais que têm lugar na atenção à saúde como um todo.

No entanto, ao tratarmos mais detidamente das práticas de regulação em saúde, foco deste estudo, visto que foi o tema que mais nos chamou a atenção dentro das narrativas apresentadas pelo Sr. Gabriel e sua esposa, passando a se constituir no nosso foco principal de análise. Essa escolha se deu respaldada pela situação de emergência por eles enfrentada, a demora nos encaminhamentos e a indecisão quanto a que serviços recorrer e como proceder no encaminhamento

apresentado pelos serviços e profissionais médicos que os atenderam, gerou angústia extrema e risco de morte iminente para o Sr. Gabriel.

No trabalho de campo as estratégias empregadas na pesquisa nos permitiram apreender a *materialidade discursiva e não discursiva das práticas profissionais*. Consideramos que as estratégias devem possibilitar focar as práticas de atenção e de gestão em saúde, entendendo-as como atos operatórios que podem adquirir diversas expressões. Um atendimento, uma técnica, um procedimento, ou mesmo a disposição espaço-temporal das mesmas, assim como do próprio ambiente em que ocorrem; como importante fonte de dados e registro destas práticas encontramos nos documentos elementos essenciais para compreendermos como elas se configuram na sua materialidade discursiva.

Estivemos atentas também ao fato de que os atos se ligam, sempre, a discursos na forma de saberes operadores. Desta forma, interessou-nos as práticas de atenção e de gestão em saúde em sua *materialidade discursiva* - os discursos observados ou documentados, produzidos ou não pelos profissionais de saúde ou gestores; e sua *materialidade não discursiva* - imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador, tais como formas, processos, organizações, localizações, disposições, relações, procedimentos, técnicas e demais execuções (ARAÚJO, 2005).

O termo “discurso” é aqui utilizado com o mesmo sentido dado por Foucault e pelos pós-estruturalistas e apontado em Veiga-Neto (2004), ou seja, como tendo seu foco no conteúdo e no contexto da linguagem, e não na estrutura da linguagem, da maneira como é usado na lingüística. Assim, o discurso evoca noções particulares de verdade, discurso que evoca noções particulares, define ações e eventos que são plausíveis, justificados ou racionalizados num dado campo. Desta forma, entendemos que aos discursos conectam, irremediavelmente, saberes, poderes e práticas. Convém lembrar que para Foucault (2003, p.158) materialidade não discursiva das práticas descreve as relações saber/poder remete “àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região, território”.

Com base nessas compreensões sobre discurso e sua materialidade, compusemos o *corpus* de análise através da observação (ANEXO 2), do registro de imagens (ANEXO 3) e da seleção e leitura de todo um corpo documentário ao qual tivemos acesso, tanto nos serviços de saúde como naqueles de domínio público, que materializam as políticas de saúde em planos, normas, regulamentações, proposições, protocolos, rotinas, manuais, impressos e demais formas documentais. A importância destes últimos em nosso estudo se deve à compreensão de Araújo (2005) que considera os registros como produções e/ou documentos que contêm descrições de

práticas profissionais e são entendidos como expressão dos modos de atuar dos sujeitos. Os manuais operacionais são produções e/ou documentos que contêm saberes operadores das práticas e discriminam, em geral, os passos a serem seguidos.

Dentro desse corpo documentário a que tivemos acesso, privilegiamos, inicialmente, o protocolo de referência e contra-referência, o agendamento, o Plano Estratégico e seu Relatório, o Plano e Relatório de Gestão em Saúde do município de SJRC, o Plano de Programação Pactuada e Integrada, o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de SJRC e outros registros da rede de serviços constantes dos sistemas de informações. Também tivemos acesso a alguns documentos na Prefeitura do município, sendo eles: Relatório de Gestão Municipal de 2006, cópia das atas deliberativas da Iª Conferência municipal de Saúde de SJRC, cópia da ata da Iª Conferência Municipal de Saúde Bucal do município de SJRC, Plano Pluri Anual das Secretarias do período entre 2006-2009, Lei nº 139/91 que institui o Conselho Municipal de Saúde, Cronograma de Prazos para alimentação dos sistemas de informação em saúde, relatório do SISPACTO – Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto Pela Saúde, acessado em 28/08/2007. Estes documentos reúnem informações sobre a gestão da saúde do município de SJRC e a escolha de uma parte dos documentos para serem estudados baseia-se na intenção de focalizar as discussões sobre o sujeito deste estudo. Na nossa compreensão os documentos que relatam a I Conferência Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão Municipal de SJRC de 2006, incluindo o Relatório do SISPACTO, descrevem fatores importantes para a gestão da saúde neste município. O prontuário do usuário não foi solicitado ao serviço de saúde no município de SJRC, por acreditarmos que sua solicitação identificaria o informante, neste caso, o Sr. Gabriel que seria facilmente identificado após a solicitação do seu prontuário. Acreditamos, ainda, que este documento não causaria alterações significativas no andamento deste estudo.

No que se refere à estratégia da Observação das práticas profissionais esta se deu através de nossa permanência nos serviços de saúde eleitos do município de origem do Sr. Gabriel, ou seja, SJRC. Durante os dias 27 e 28 de agosto de 2007 visitamos os serviços por onde o Sr. Gabriel passou (Hospital Irmã Maria das Neves e Pronto Atendimento Médico 'Postão') e os serviços que estavam disponíveis mas que não foram acessados por ele durante a situação de emergência e sim em outros momentos de sua história de adoecimento (unidade de saúde da família do território de sua moradia).

A equipe de pesquisadores que realizou esta observação (ANEXO 3) era composta por uma Doutora, docente de Enfermagem e pesquisadora ligada a

pesquisa maior, cinco alunos de Enfermagem bolsistas de Iniciação Científica, também ligados a pesquisa maior, e uma mestranda em Enfermagem responsável por este estudo. Acompanhamos alguns profissionais na execução de suas atividades cotidianas com o olhar atento para perceber “como” suas práticas estavam sendo desenvolvidas, tivemos um olhar especial para a UBS responsável pelo território de moradia do Sr. Gabriel, tentando identificar como a unidade acompanha os hipertensos no seu território. Assim, não buscamos os motivos ou justificativas delas, ou seja, buscamos como elas operam. Por isso, centralizamos nosso olhar para as práticas por nós eleitas, embora não perdêssemos de vista o contexto em que se materializavam.

O ambiente também foi foco de nosso interesse, visto trazer elementos importantes tais como: muitos cartazes e informativos afixados às paredes, a disposição dos espaços e sua utilização pelas pessoas, os materiais e equipamentos disponíveis para instrumentalizar o trabalho, as relações entre as pessoas, etc. Empregamos também o recurso da imagem fotográfica como apoio à observação, de modo que nos possibilitasse apreender os detalhes não captados no momento da nossa presença nos serviços. Toda observação realizada foi descrita de maneira minuciosa e se constituiu nas “Notas de Observação” que foi por nós empregadas na análise. A observação e registro de imagens constituíram-se num banco de dados muito rico e complexo que exigiu, no momento da análise, a escolha de dados que melhor possibilitassem a discussão sobre as categorias de análise deste estudo (ANEXO 4).

Contrariamente ao que esperávamos, não houve indisposição por parte dos profissionais com a nossa presença no seu ambiente de trabalho, sendo que explicitávamos os objetivos da pesquisa e as estratégias para apreensão dos dados a cada pessoa com a qual tínhamos contato mais direto, solicitando sua ajuda e autorização para fazermos a observação e a tomada das imagens. Também o acesso aos documentos das unidades de saúde foi facilitado pelos profissionais que nos permitiram, inclusive, fotografá-los para posterior análise.

Assim, obtivemos considerável volume de dados, compondo um *corpus*, que precisávamos organizar e analisar, procurando dar-lhes um sentido que possibilitasse a compreensão do nosso objeto de estudo, qual seja, como se constituem as práticas de atenção e de gestão voltadas à regulação em saúde a partir de uma situação de emergência cardiocirculatória vivida por um morador do município de São José do Rio Claro – MT.

As práticas profissionais observadas, particularmente aquelas relacionadas à regulação em saúde, foram por nós questionadas em sua constituição

e efeitos sobre a situação vivenciada pelo Sr. Gabriel e sua esposa. Assim, indagamos “como elas foram formadas em seus elementos constituintes e em quais saberes operadores se apóiam”, de modo que possam, ou não, responder às necessidades de saúde de uma pessoa que se apresenta em risco de morte devido a uma emergência cardiocirculatória e necessita de atendimento imediato.

Da leitura exaustiva de todo o *corpus* de dados das entrevistas e da observação das práticas profissionais surgem as seguintes organizações para dar-lhes sustentação na sua interpretação:

1. A busca por “socorro” – a construção do Itinerário Terapêutico empreendido por morador de São José do Rio Claro durante a situação de emergência cardiocirculatória
 - As características sócioeconômicas e culturais do município de São José do Rio Claro – MT
 - O contexto de vida e saúde do Sr. Gabriel e sua esposa
 - A experiência de adoecimento antes da ocorrência da situação de emergência cardiocirculatória – um período de normalidade aparente

2. A Regulação em saúde para o doente em emergência cardiocirculatória no município de São Jose Do Rio Claro-MT
 - A regulação como ferramenta de gestão governamental nas ações de saúde: relações, conceitos e considerações importantes
 - Bases legais da Regulação em Saúde no SUS
 - A infra-estrutura e as práticas de atenção e de gestão nos serviços de saúde conformando o Itinerário Terapêutico em um caso de emergência cardiocirculatória no município de SJRC

3. A conformação do fluxo da regulação entre a Regional de Diamantino, SJRC e Cuiabá
 - Estabelecendo um desenho da Rede de Regulação formalizada entre a Regional de Diamantino, SJRC e Cuiabá

Em cada uma das “categorias” procuramos articular tanto os dados de entrevista que apresentam a lógica do Sr. Gabriel e sua esposa frente a sua experiência de adoecimento em busca por cuidado, como os dados de observação

que trazem a lógica das práticas profissionais voltadas para a regulação da atenção à saúde para esta emergência. Para a articulação dessas duas lógicas procuramos trazer também a análise dos documentos legais que materializam as políticas de saúde, particularmente aquelas que oferecem diretrizes e normas para as práticas de regulação em saúde.

Por fim, destacamos que este estudo atendeu integralmente aos preceitos éticos e legais da Resolução 196/CNS/96 (BRASIL, 1996), que trata de Pesquisas que envolvem seres humanos, em consonância com o projeto de pesquisa maior, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUJM/ UFMT, sendo que seu parecer final de aprovação foi emitido sob o nº. 235/ CEP – HUJM/ 2005. Para tanto, obtivemos o Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos do estudo, Sr. Gabriel e sua esposa, bem como a anuência dos secretários de Saúde do Estado de Mato Grosso e do município de São José do Rio Claro para o trabalho de campo junto aos serviços de saúde. Também foi obtida a anuência do serviço hospitalar privado de Cuiabá onde iniciamos a entrevista com o Sr. Gabriel e sua esposa (ANEXOS 5 à 10).

5. A BUSCA POR “SOCORRO” – A CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EMPREENDIDO POR MORADOR DE SÃO JOSÉ DO RIO CLARO DURANTE A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA CARDIOCIRCULATÓRIA

O complexo tema sobre as respostas socialmente construídas para a enfermidade reflete o processo subjetivo do adoecimento para cada pessoa. Considerando a enfermidade e o cuidado como um processo subjetivo, construído sob uma rede tensionada que apresenta em suas extremidades agentes tensionadores da comunidade, da família, do ambiente físico, profissionais e outros, pretendemos neste capítulo compreender a experiência de adoecimento da *pessoa* e dos *sentidos* resultantes deste processo, que dão movimento à capacidade de transformação e construção de conhecimentos individuais e coletivos.

A construção do panorama situacional da cidade de São José do Rio Claro, focalizando a área de onde vem o Sr. Gabriel, possibilita lançar um olhar compreensivo sobre o seu problema de saúde e os acontecimentos ocorridos depois deste, procurando entender a sua “*experiência de adoecimento*” e os sentidos a ela dados por aquele que a vivenciou (FARIA, 2007, p. 65). Também a descrição e análise das suas condições de vida e saúde possibilitam a compreensão do contexto no qual a experiência se deu.

A cada necessidade de saúde apresentada empreende-se uma nova busca para seu atendimento e essa experiência não é solitária, mas partilhada com aqueles que estão próximos, particularmente a família, motivo pelo qual também ela está presente neste estudo. Com esta troca vivenciada no cotidiano de sua família, de seu grupo, no seu município percebemos que a pessoa não só acumula estes novos sentidos, mas também oferece aos familiares a possibilidade de compartilhá-los.

Assim, neste capítulo vamos discutir o movimento realizado, ou seja, empreendido pelo entrevistado em busca de resolução para seu problema de saúde. Empregamos aqui o termo “*empreender*” por entendermos que a pessoa doente e sua família “*praticam ou executam*” um papel ativo e decisivo no processo de buscas pelo cuidado, fazendo as escolhas dentro das possibilidades que se apresentam em cada momento dos muitos trajetos que colocam em movimento. Também as pessoas que compõem a rede de apoio exercem influência sobre essas escolhas, sendo que, de modo muito intenso esse poder foi percebido na situação aqui estudada merecendo, pois, destaque na interpretação dos dados.

Inicialmente descreveremos as características socioeconômicas e culturais do município de São José do Rio Claro, bem como seu perfil epidemiológico e capacidade instalada de serviços de saúde para atender a sua população, de modo a contextualizar as narrativas do Sr. Gabriel e sua esposa, possibilitando também maior compreensão quanto à organização da rede de atenção à saúde no município e seu Sistema de Regulação, que será discutido em momento específico.

5.1 As características socioeconômicas e culturais do município de São José do Rio Claro - MT

O município de São José do Rio Claro localizado na região Norte do Estado de Mato Grosso, foi fundado em 1979, sendo que seus primeiros habitantes foram os indígenas: as tribos Paresís, Arinos, Beijo-de-Pau e Rikbakta. Existem relatos que descrevem um povo primitivo denominado Haliti que antecedeu os Paracizes, com a mudança da grafia para Paresís posteriormente. Este território era denominado Chapada, Serra ou Planalto dos Parecis, apesar de não se tratar de uma serra, apenas de terreno mais elevado da região. O rio Claro e Arinos são os mais importantes da região, explorados na década de 40 por garimpeiros (CAMPOS, 1960).

No final da década de 40, a região serviu de passagem para os seringueiros e, posteriormente, em 1953 foi colonizada por paranaenses que compraram lotes do Estado, passando a se chamar Gleba Massapé. Em 1954, passou a se chamar São José do Rio Claro (SJRC), recebendo esta denominação em homenagem ao Rio Claro que é um dos principais afluentes da região e também a São José, pois os colonizadores eram seus devotos (CAMPOS, 1960). Em 1958, começam os desmatamentos e construções, registrando-se um crescimento importante na década de 60 quando a área em que foi construída a cidade começa a ser loteada, e os lotes vendidos para imigrantes vindos, em sua maioria, da Região Sul do país (MATO GROSSO, 2002).

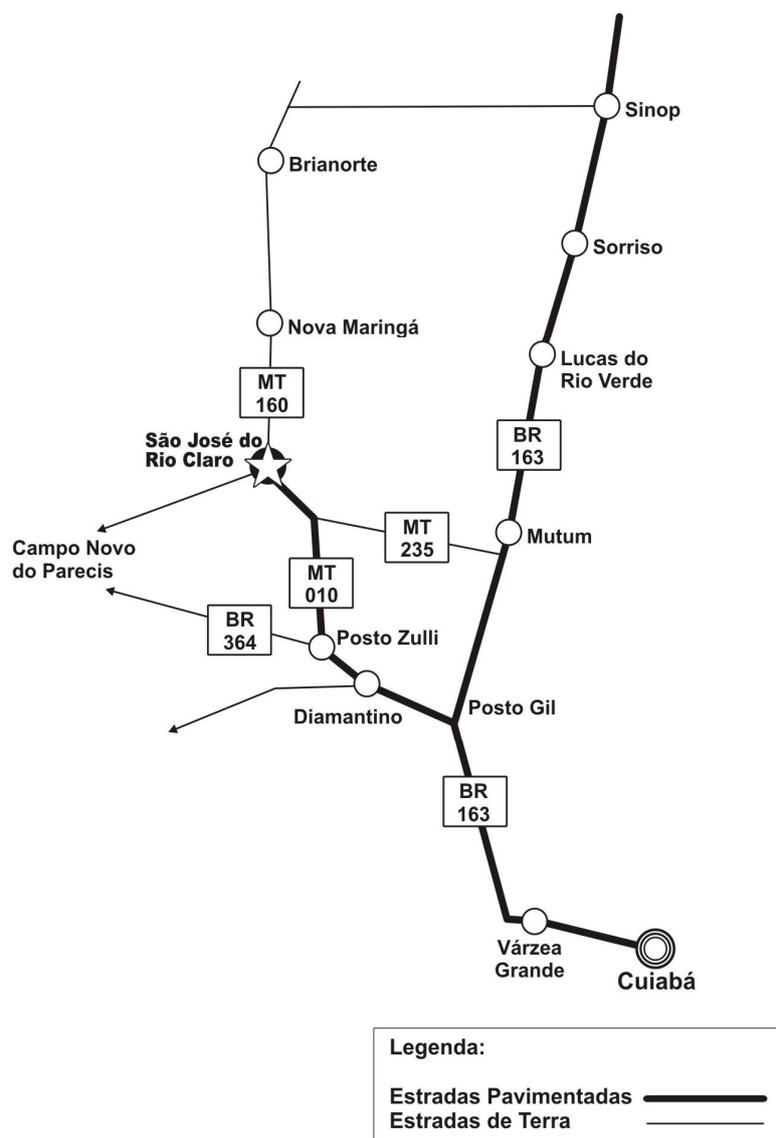
Em 1972, a cidade passa a ser conhecida como 'Capital da Borracha', fazendo parte do Programa de Incentivo à Produção de Borracha Natural. Emancipado na década de 80, em 1982 elege seu primeiro prefeito, Dr. Lourival Rezende Monteiro (MATO GROSSO, 2002).

No que se refere às características físicas, SJRC é uma cidade de pequeno porte, com relevo plano, considerada área de transição entre o cerrado e a Floresta Amazônica, localizada ao Sul da Amazônia mato-grossense, e dista 320 Km de Cuiabá, com acesso pela BR-163 – BR-364 – MT-010. É importante mencionar citar as condições das rodovias citadas que se encontram em péssimo estado de

conservação, com trechos de até 7 Km sem asfaltamento (que se perdeu devido ao desgaste da rodovia) e à existência de buracos que têm a extensão de até um carro pequeno (Notas de Observação-27/08/07); com isto o tempo que se leva para fazer o percurso de SJRC a Diamantino, ida e volta, é cerca de três vezes o tempo que se levaria para fazer este percurso com a rodovia com condições trafegáveis.

SJRC tem área territorial estimada pelo IBGE (2007) em 5.058 Km² ou 505.785 hectares, sendo que destes 254.220 hectares são dedicados à agropecuária, 85.791 hectares à lavoura e 105.811 hectares é ainda uma área de florestas e matas.

Roteiro de Acesso à São José do Rio Claro - MT



Fonte: Prefeitura Municipal de São José do Rio Claro. Dados Gerais do Município de São José do Rio Claro, 2007.

Segundo o Censo realizado em 2000 a população do município de SJRC era de 12.740 pessoas, em 2006 a estimativa populacional foi de 14.432,

representando um crescimento estimado em 1.3% ao ano. Em 2007 foi realizada nova contagem na qual a taxa de crescimento anual estimada foi de 2.1%, ou seja, o crescimento real foi muito maior que o esperado. Hoje, o município possui 17.345 habitantes dos quais 48% está na faixa etária entre 20 e 49 anos, e 28% de crianças com até 6 anos de idade. Ainda segundo o censo de 2007, o sexo masculino representa 52% desta população (IBGE, 2007).

A exploração florestal, agricultura, silvicultura, pecuária, indústria de transformação, reparação de motores, hotelaria e alimentação são os setores que geram emprego no município de SJRC. Destacamos a indústria de transformação que aparece com 758 pessoas empregadas com regime de contratação pela CLT, sendo que os outros setores apareceram com números bastante discretos. A taxa de desemprego é de 9% com relação à população com idade entre 20 e 40 anos de idade, esta taxa é considerada alta para os municípios deste porte (IBGE, 2000; 2007).

A cidade apresentou crescimento populacional importante no período de 2000 a 2006, com destaque para os anos de 2006 e 2007. No entanto, observamos que os índices de desemprego foram baixos até 2005, apresentando aumento em 2006 e voltando a diminuir em 2007, mantendo uma relação inversamente dependente com os índices de crescimento populacional neste período. O impacto do aumento populacional foi pouco positivo para o município quanto à diversificação da fonte de renda para seus moradores, pois não houve alteração significativa entre 2000 e 2007 nos índices de empregabilidade e nas fontes de renda de SJRC. A utilização das riquezas naturais como fonte de renda ocasiona transformações regionais preocupantes e irreversíveis, pois esta região é citada como uma das regiões que mais desmataram em 2007 (FEMA, 2007).

O município de SJRC possui 15 escolas, sendo: 07 para o Nível Fundamental com gestão municipal; 02 escolas para o Nível Médio, uma pública com gestão Estadual e uma privada; 06 para o Nível Pré-escolar, cinco delas públicas com gestão do município e uma privada. Em 2006, o ensino fundamental das escolas públicas matriculou 3.179 crianças, o ensino médio da escola estadual matriculou 795 alunos e a pré-escola matriculou 295 crianças. O índice de alfabetização é de 92% das crianças entre 06 e 12 anos no ano de 2006 (IBGE, 2006), sendo considerado um dos melhores índices entre os municípios de mesmo porte no Brasil.

Gerhardt (2006, p. 2449) em seu estudo sobre as desigualdades sociais e sua relação com a procura de cuidados à saúde, considera a análise das desigualdades sociais um ponto importante de ancoragem para a discussão do acesso aos serviços de saúde, pois

[...] o rápido crescimento urbano, decorrente de migrações rural-urbano urbano-urbano e de taxas de crescimento vegetativo ainda elevadas, acarretou não só transformações no meio físico, mas também transformações sociais. Essas transformações na sociedade não ocorreram de forma homogênea no espaço urbano, originando uma diversificação que compõe o atual quadro de heterogeneidades espaciais e desigualdades sociais.

A ocupação legal do território, com escrituração dos terrenos da zona urbana do município, foi efetivada em todo o município, não existindo áreas de invasão ou ocupação ilegal de terrenos urbanos (Notas de Observação – 28/08/07). Segundo o histórico de ocupação e crescimento do município de SJRC, este processo teve início na década de 50, quando as famílias compostas, em sua maioria gaúchos, paranaenses e catarinenses, chegavam à região de SJRC trazendo seus costumes e adequando a região para a manutenção de alguns deles. A agropecuária pode ser indicada como uma das formas que estes moradores encontraram como fonte de renda, mantendo suas raízes econômico-culturais ligadas ao cultivo da terra e à criação de animais. Outra característica cultural importante é a arquitetura das casas nos bairros periféricos, construídas com madeira rústica extraída da região, com suas formas idênticas às casas da região sul, como observado:

[...] as casas são altas, mesmo as casas apenas de madeira, que recebem tinta após sua construção; na região central existem poucas casas de madeira dando a impressão de que foram substituídas com o passar dos anos por casas de alvenaria, e nelas os ornamentos, as colunas, as janelas, as portas, os portões, os bancos, são de madeira de lei trabalhada e entalhada a mão (Notas de Observação – 27/08/07).

Este encontro de imigrantes sulistas desbravadores transformou não só as características físicas da região de SJRC, mas permitiu a construção de uma maneira própria de viver, mantendo alguns costumes e tradições da terra natal. Na culinária o consumo da carne assada, o popular churrasco, a polenta servida nos restaurantes em que fizemos a refeição durante nosso trabalho de campo, mostram que são características mantidas pela comunidade (Notas de Observação – 27/08/07). Já a utilização do peixe como fonte de alimento foi uma característica alimentar aprendida com os índios da região, pelo fato do seu território ter uma hidrografia rica e diversificada; no entanto, teve seu modo de preparo modificado, com a intenção de

agradar o paladar dos moradores sulistas. Estes alimentos são consumidos em áreas de restaurantes ou de centros de convivência, que são mantidos com o objetivo de transmitir às novas gerações os costumes regionais acumulados.

Quanto à ocupação das áreas urbanas e rurais, registramos relatos dos profissionais de saúde, sobre a existência de uma ocupação na zona rural do município:

[...] em uma área de assentamento na nossa zona rural, tem cerca de 150 famílias, quando a gente vai prá lá é o dia todo, levamos as vacinas, almoçamos por lá mesmo (Notas de observação – 28/08/07).

Outro item importante que reflete as condições e a qualidade de vida nos centros urbanos é a disponibilidade de serviços essenciais, privados ou públicos, acessíveis para toda a população (GERHARDT, 2006; OLIVEIRA, 2005). No que se refere à infra-estrutura de saneamento básico presente no município, os dados do ano 2000 (DATASUS) apontam que a rede geral de abastecimento de água abrange 80,6% da população do município. Em relação ao tipo de instalação sanitária, temos 93,8% da população usando o sistema de fossa rudimentar; e a coleta do lixo abrange 80,8% da população.

Ainda como exemplo do oferecimento de serviços essenciais à população podemos citar que o município de SJRC ainda não dispõe de transporte urbano, o que dificulta o acesso da população a todas as áreas da cidade, embora o terreno do município seja plano facilitando o uso de bicicletas como meio de locomoção, conforme descrito,

[...] vimos várias bicicletas estacionadas e motos em menor número, e nelas, idosos carregando crianças, crianças carregando crianças, maridos carregando gestantes, meninas andando de bicicletas em pequenos grupos de uniforme ou sem ele, com mochilas, sacolas de supermercado; enfim, a bicicleta parece movimentar toda uma camada da população (Notas de Observação – 28/08/07).

Dados oficiais confirmam nossa observação, apontando que o transporte de 38% dos moradores de SJRC é feito em automóveis, o restante da população movimenta-se com motocicletas, bicicletas e outros (IBGE, 2006). Dessa forma, o acesso a determinados locais do município é dificultado para a maioria de

seus moradores, indicando a ausência de um fator importante para a qualidade de vida dos mesmos.

Também como dados importantes para se compreender a qualidade de vida e saúde de uma população estão aqueles que se relacionam diretamente com o perfil epidemiológico aí existente, explicitando, a seguir, a rede de serviços de saúde instalada e disponível à população em SJRC.

A Morbidade Hospitalar do município, em 2005, teve como primeira causa as doenças do aparelho circulatório, com 32% das internações na faixa etária de 50 a 60 anos, e de 47% para pessoas com 60 anos ou mais; em segundo lugar aparecem as doenças do aparelho respiratório, com 17% e 28%, respectivamente, para as mesmas idades e, em terceiro, lugar as doenças do aparelho digestivo com 10% e 6,5% para as mesmas idades (SIH/SUS, 2005).

Em relação às internações por especialidades temos a clínica médica como preponderante, com 759 internações, representando 56,9% do total (SIH/SUS, 2005). As condições de saúde da população podem ser avaliadas também com base nos dados de mortalidade e morbidade; destacamos aqueles relacionados com o evento-sentinelha deste estudo, uma situação de emergência cardiocirculatória, e sua condição traçadora, a hipertensão arterial. Estes dados revelam o seguinte quadro: mudança gradativa do perfil de mortalidade na faixa etária em que começam a aparecer os problemas decorrentes do envelhecimento populacional, principalmente os problemas cardiovasculares. No entanto, ainda persistem problemas relacionados às taxas significativamente elevadas de mortalidade infantil e materna, ou seja, preponderância das doenças infecto-parasitárias, sobretudo na população infantil (BRASIL, 2007(b)).

Apesar da importância dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como fonte de informação direta das unidades de saúde da família, a disponibilização destes para pesquisa é ainda restrita. Segundo observamos durante o trabalho de campo, o sistema de informação do município tem a atualização dos dados de cada equipe de PSF feita mensalmente (Leitura de Registros fotográficos e Notas de Observação – 28/08/07). Porém, ao recorrermos aos informativos on line do DATASUS, em busca de informações sobre o número de habitantes acompanhados especificamente no território do PSF do bairro em que o Sr. Gabriel e sua esposa residem, encontramos apenas os dados do município como um todo, já trabalhados com os indicadores preconizados pelos órgãos responsáveis pelo planejamento e avaliação relatados no relatório do PNASS de 2007.

Ainda em relação aos dados sobre a adesão disponíveis no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), estes

indicam que o município de SJRC faz parte desse sistema desde o ano de 2002. Mas, segundo dados obtidos, o número de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes ali cadastrado foi crescendo anualmente, sendo que, em 2007, o município de SJRC passa a apresentar 244 hipertensos, dos quais 147 são do sexo feminino e 97 são do sexo masculino (HIPERDIA, 2007). Provavelmente esse número constante apenas em 2007 se deva ao fato de que os dados das pessoas já acometidas anteriormente por esses agravos, tenham sido cadastrados ao longo dos anos após 2002.

Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o Coeficiente de Mortalidade por Causas, em 2004, tinha nas doenças cerebrovasculares sua maior causa no Município de SJRC, aparecendo em segundo lugar o infarto do miocárdio, e em terceiro as mortes por agressões. É importante destacar que os óbitos por doenças cerebrovasculares e infarto do miocárdio estão concentrados na faixa etária de 50 anos ou mais, com 30% dos casos para as Doenças do Aparelho Circulatório (SIH/SUS, 2005).

O perfil epidemiológico aqui recortado para os agravos que acometem pessoas adultas, particularmente acima de 50 anos, se mostra preocupante, tendo em vista haver grande predominância das doenças do aparelho circulatório, que respondem ao evento-sentinela aqui estudado - a situação de uma emergência cardiocirculatória, e sua condição traçadora, a hipertensão arterial. É importante ressaltar que o controle da hipertensão arterial tem sido foco de inúmeras diretrizes de atenção nas últimas décadas, culminando no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em 2000, e na Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em 2005, tendo sua base de ação na Atenção Básica, visto que esse nível tem a capacidade de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados desses agravos (BRASIL, 2001).

Os Indicadores da Atenção Básica em SJRC registraram, em 2004 e 2005, uma cobertura populacional pelo PSF de 100%, sendo importante registrar que, nos anos de 2004 e 2005, houve um aumento de cobertura realizada por esse Programa para cerca de 1.100 famílias. E, segundo o SIAB do Município, ao qual tivemos acesso durante o trabalho de campo, o território que engloba a Equipe do PSF do bairro em que o Sr. Gabriel e sua esposa residem, registrou 140 casos de hipertensos em tratamento que estão inscritos no Programa Hiperdia (Leitura de imagem fotográfica, 28/08/07).

A Rede de Assistência Básica do município é constituída por uma unidade mista, denominada de Pronto Atendimento Jonas Pinheiro Júnior, localizada na região central de SJRC; uma unidade de Vigilância em Saúde, quatro unidades de saúde com equipes que trabalham no formato do PSF (ver localização no mapa

ANEXO 12), sendo que uma delas atende a área Rural do município; quatro postos de saúde; duas Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia (privada) que prestam serviços ao município; um consultório isolado e duas Clínicas Especializadas privadas de reabilitação. Apenas o PSF do bairro onde o Sr. Gabriel reside, tem consultório para tratamento da saúde bucal, sendo que, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), há mais um consultório odontológico para atendimento da população. Em 2008 a previsão é haver mais duas unidades de PSF com capacidade de assistência à saúde bucal (Notas de Observação, 28/08/07).

A equipe do PSF do bairro do Sr. Gabriel é composta por sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um médico, um odontólogo, um auxiliar de gabinete dentário e um técnico em higiene bucal, responsáveis por 1.050 famílias moradoras daquele bairro (Leitura de Imagem fotográfica – 28/08/07). Durante nossa visita estava sendo formada a 5ª equipe de PSF para atender uma área urbana que seria redimensionada.

A estrutura para atendimento à saúde no nível secundário é composta pelo Ambulatório e Pronto Atendimento Municipal Jonas Pinheiro Júnior, conhecido por PAM, e também, quando se trata de procedimentos cirúrgicos simples, pelo Hospital Irmã Maria das Neves, nível de complexidade média, com 30 leitos de referência para o SUS contratados pela Secretaria Estadual de Saúde. Destes leitos contratados para internação, temos a seguinte distribuição: nove leitos para cirurgia geral, vinte e quatro para clínica geral, nove para obstetrícia clínica, dois para pediatria clínica (CNESNet, 2008).

O serviço do Pronto Atendimento Municipal está estruturado com equipamentos para atendimentos de emergência, disponibilizando tecnologia básica para a manutenção da vida. O serviço de diagnóstico radiológico possui dois aparelhos de Raio-X, sendo que um deles está disponível para utilização no prédio do Pronto Atendimento Jonas Pinheiro Júnior, e o segundo para uso no Hospital Geral Irmã Maria das Neves (CNESNet, 2008). Essa parceria com o Hospital Geral Irmã Maria das Neves se faz através de contratos firmados com o Estado que equipa os serviços e o primeiro garante destinar 60% do seu atendimento ao SUS. Porém, durante nosso trabalho de campo, em visita ao Pronto Atendimento Municipal, verificamos que o aparelho de Raio X ali disponível era o único em funcionamento no município, e, ainda, com restrição para realizar exames radiológicos em pessoas que não conseguem ficar sentadas ou em pé (Notas de observação - 27/08/07).

A partir desses dados mais gerais do município de SJRC vamos apresentar agora uma descrição mais restrita ao bairro ao qual pertencem o Sr. Gabriel e sua esposa, adentrando, aos poucos, em sua própria organização familiar e

social, de modo a compreendermos sua condição de vida e os recursos de que dispõem para o cuidado à saúde, particularmente frente a uma situação de urgência como a que vivenciaram. Apoiamo-nos em Mattos (2004) que aponta que a diminuição de barreiras formais para o acesso aos serviços de saúde teria um resultado positivo, modificando os indicadores locais de saúde. Este autor destaca ainda que segundo a lógica das políticas de saúde, todos os níveis de atenção encontram problemas durante a sua implementação.

5.2 O contexto de vida e saúde do Sr. Gabriel e sua esposa

Durante nosso trabalho de campo em visita ao bairro em que o Sr. Gabriel reside observamos que a maioria dos moradores é branca de origem sulista. As casas neste bairro seguem o mesmo padrão dos bairros periféricos já descritos anteriormente. Como característica própria percebemos que não existem muros que separam as casas, sendo que, no lugar deles vemos cercas baixas de madeira. Nesse bairro também não existe invasão de áreas territoriais pela população, tendo sido essa região loteada e comercializada (Notas de Observação – 27/08/07).

Porém, embora tenha havido um planejamento para a estruturação física da cidade, conforme pode ser observado no desenho regular e geométrico de suas ruas e avenidas, o crescimento urbano aconteceu sem planejamento quanto à necessária infra-estrutura para as áreas periféricas em expansão. Para abastecimento de água tratada e fornecimento de energia elétrica, observamos que o bairro tem a infra estrutura adequada na maioria das casas observadas, como não foi possível verificarmos com que qualidade estes serviços acontecem observamos a quantidade de registros de água e a presença de registros para o controle do fornecimento de luz, que indicam a existência da estrutura, mas não com qual qualidade estes serviços são oferecidos. O esgotamento sanitário é feito através de fossas rudimentares, sendo que 37% das residências do município possuem fossa séptica; a água é tratada e abastece todas as casas, no entanto em algumas casas o esgoto corre a céu aberto (IBGE, 2007). As ruas centrais são asfaltadas, sendo que os bairros periféricos têm ruas de terra batida, relativamente limpas, não apresentam lixo exposto; conforme revela a imagem registrada durante o trabalho de campo:

Nos bairros periféricos observamos ruas sem asfalto e esgotamento das águas pluviais a céu aberto. As ruas são de terra batida e, nesta época de seca, percebemos a ocorrência de poeira que se levanta na passagem dos carros e se acumula nas árvores, nas plantas, nas casas. As ruas apresentam valas e no final das ruas existem buracos

causados pela ação erosiva das águas da chuva. Na região mais baixa do bairro formou-se uma vala maior, com cerca de 3 metros de largura e 2 metros de profundidade. A implantação dos postes de luz é irregular, vejo poucos com lâmpada, o sistema de controle (relógio-padrão) de gasto de energia elétrica é do tipo Box, algumas residências não tem esta caixa (Leitura de Registros Fotográficos; Notas de Observação - 28/08/07).

Ainda observando a infra-estrutura do bairro percebemos que a iluminação pública é precária, com algumas lâmpadas quebradas ou não existindo em algumas ruas, o que dificulta a visibilidade à noite. A coleta de lixo é realizada uma vez por semana e, segundo uma moradora o caminhão passa e recolhe o lixo que é levado para um terreno fora do município (Notas de Observação – 28/08/07).

O Sr. Gabriel reside em uma casa deste bairro, localizada em uma região em que as casas são de alvenaria, denominadas “casas da COHAB”, mas as condições de infra-estrutura disponíveis são as mesmas do restante do bairro. Durante nossa caminhada pelo bairro para observação, várias reflexões foram surgindo, com base nas condições de moradia do Sr. Gabriel e sua esposa.

As características das casas se repetem, sendo, em sua maioria, limpas, pintadas e com uma infra-estrutura que oferece condições para a manutenção de padrões mínimos de higiene e conforto para uma vida saudável. Por isso, questionamos sobre quais seriam os problemas de saúde a que eles estariam expostos? Por ser uma comunidade que apresenta condições de infra-estrutura favoráveis para se ter saúde (OMS, 2003), no que se refere as condições básicas de moradia, como as doenças ainda ocorrem? É sabido que a adequação dos recursos espaciais para se manter um padrão de vida confortável e de qualidade, livre de riscos ambientais é uma das recomendações realizadas pela OMS (2003), e que estes moradores tem estas condições. Porém, outros problemas/riscos podem ser identificados ao direcionarmos nosso olhar para os recursos sociais desta comunidade.

Para a reflexão sobre esta indagação, nos pareceu pertinente o pensamento de Gerhardt. Tendo em vista a relação entre as condições de vida e disponibilidade de recursos sociais, e de como esta relação influencia diretamente na busca e utilização de recursos de saúde, ao observarmos as condições de moradia do Sr. Gabriel identificamos outras relações que poderiam proporcionar riscos à sua saúde e da comunidade a qual ele pertence e que estas condições não estariam diretamente

ligadas ao ambiente de onde vem o Sr. Gabriel. Essa idéia encontra respaldo em um estudo realizado por Gerhardt (2006, p. 2449), no município de Paranaguá-PR, onde a pesquisadora “procura descrever e analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde”. Justificando sua abordagem a autora aponta que:

[...] para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas [...], a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social (GERHARDT, 2006, p. 2450).

A pesquisadora, ao analisar famílias de baixa renda e as buscas que empreendem por cuidados à saúde, caracteriza-as quanto aos recursos intrafamiliares que possam auxiliar nessa busca, ou seja, se os chefes cônjuges têm laços familiares próximos do seu local de moradia, a convivência e a proximidade com estes laços, o grau de organização da estrutura familiar, o pertencimento a grupos religiosos, sindicais e de amigos, visto que a rede de apoio intrafamiliar tem certa capacidade de mobilizar recursos para atender as necessidades de seus membros. Embora não tenha trabalhado exclusivamente com recursos formais de saúde, ou seja, aqueles disponibilizados por profissionais de saúde, a autora considera que a capacidade de mobilização dos recursos sociais está diretamente ligada às redes de relações mantidas pelos membros da família, ou seja, quanto maior a sua rede, maior o poder de mobilização, utilizando tempo menor para a mobilização dos recursos para atender as suas necessidades.

A essa complexa trama de recursos, e rede de apoio possível de serem acessados no enfrentamento da doença, Gerhardt (2006, p.2459) denomina de “potencial de mobilização de recursos sociais” que está apoiada na idéia de que:

[...] a capacidade de mobilizar recursos e formular estratégias é modelada pela história de vida, pela experiência vivida pelos indivíduos e suas famílias, pela dinâmica individual que resulta disto ou até mesmo pela personalidade individual; cada um interpreta e constrói sua própria situação de vida, e estas situações variam nas diferentes zonas da cidade e nos diferentes estratos sócio-econômicos (GERHARDT, 2006, p.2451).

Embora não seja nossa pretensão empregar critérios de classificação para a família do Sr. Gabriel, consideramos importantes os apontamentos aqui feitos com base no estudo de Gerhardt, visto que, também neste estudo, nos deparamos com uma situação de adoecimento e seu enfrentamento em que a rede de apoio familiar e social se mostrou decisiva na sua resolução de forma positiva, vencendo até mesmo os entraves administrativo-burocráticos impostos pela rede de Regulação em saúde e a insuficiência de infra-estrutura de atenção do SUS para atendimento às suas necessidades.

Para entendermos o processo de adoecimento e a busca por cuidado na situação de emergência vivida pelo Sr. Gabriel, precisamos compreender, inicialmente, o período de aparente normalidade da sua condição de saúde, quando a hipertensão arterial que o acomete estava sendo controlada de maneira irregular e com um acompanhamento profissional pouco efetivo.

5.3 A experiência de adoecimento: períodos intermitentes de normalidade e agravamento

A experiência de sentir-se doente ou saudável é pessoal e diretamente dependente do tipo do agravo, da sintomatologia que desenvolve e da forma de vida que a pessoa doente tem. Em estudo com crianças e adolescentes com febre reumática, Souza (2006) trata de maneira muito clara acerca das concepções de sentir-se doente ou sentir-se saudável, afirmando que, o primeiro, está sempre associado à fase aguda da doença, quando os sintomas são intensos, particularmente com presença de dor. Nesse caso, a doença passa a ser percebida como algo visível, que se sente, “que não deixa dúvidas quanto a sua presença, interferindo no modo de

andar a vida de maneira constante ou esporádica” (SOUZA, 2006, p.176). A autora aponta, ainda, que o sentimento de estar saudável tem relação direta com a fase assintomática do agravo, quando a vida parece seguir seu curso normal.

Também em relação à hipertensão arterial e à situação de emergência cardiocirculatória vivida pelo Sr. Gabriel percebemos esses dois movimentos, quando em uma fase crônica da hipertensão, pela pouca sintomatologia gerada, a vida parecia ter seu curso normal preservado, despertando pouco interesse para os cuidados necessários ao seu controle, pois estava normal, conforme pode ser percebido na sua narrativa:

Eu estava esta semana, estes últimos dias trabalhando bem, normal, sem problema nenhum... nada, nada,... Chique memo (sorrisos). E tava tomando 'vasopressin', um por dia, após o café, que o Dr. Silvio me receitou. Era pra voltar no doutor e não voltei, e... tava indo bem... aí, não foi nada assim de mal estar... Às vezes fico quase o dia sem almoçar, não almoço na hora certa. Tem dia não tem hora, nem mais cedo nem mais tarde, às vezes quando vai comer, come mais exagerado, bebo muita água, tenho problemas de rins, e a vida é assim... (...) Cê sabe, a gente é acomodado... Tô bem, não tô sentindo nada... Então não vou atrás de nada... E não devia ter feito isto...

O caminho insidioso que a hipertensão arterial percorre ao longo dos anos, mas que, embora em silêncio, deixa suas conseqüências, era, de alguma maneira, conhecido pelo Sr. Gabriel, pois esse agravo esteve presente de modo intenso em sua família, assim como suas conseqüências, não raro, fatais. Ao ser indagado sobre seus antecedentes familiares, ele expõe o seguinte:

Tem... Hipertenso... Há esta historia do meu avô que morreu de problema de derrame cerebral, deu na minha mãe e quase morreu, mas fez cirurgia em Londrina e depois melhorou. E... meu pai morreu de infarte do coração, a minha irmã mais nova deu infarte e morreu também... (...) Minha mãe e minha irmã... E o pai da minha mãe na década de 60, ele morreu. Ele tava bão, meu avô, ai ele caiu de repente, ficou 08 dias no hospital e morreu de infarte... Ai depois veio minha mãe, deu também. Só que daí fraturou a cabeça, e daí foi para Londrina e tal, e fez tratamento e ficou boa... Tá véia, mas ta viva. Depois disso veio meu pai, foi coração mesmo, faleceu. Minha irmã,

mais nova que eu, rápido também. Foi por volta de 2002, deu infarte. Este foi infarte mesmo, e daí ela morreu por volta de 2001. Foi sim.... Foi rápido também. E tratava sim, sabia, sim. E a maioria da família sabia que tinha pressão alta e tratava, mas num teve jeito... Meu pai foi parecido do tipo que deu em mim também, mas não deu tempo de chegar num lugar que nem foi pra mim... Não deu tempo de chegar num lugar de recurso... Dai faleceu.

A história de adoecimento da família, ao se repetir, mais uma vez, com o Sr. Gabriel, parece dar-lhe certo sentido de fatalidade, de predestinação, visto que, após narrar os diversos casos de morte por agravamentos causados pela hipertensão arterial, ele acrescenta de maneira fatídica “Então, eu tô no caminho também...”. Assim, saber da gravidade da hipertensão arterial não controlada, ter experiências numerosas e fatais na família, parece não ser suficiente para que haja a adesão ao tratamento e cuidados, mesmo porque há muitos outros fatores que interferem nessa relação doença-cuidado, que vão para além do querer tratar-se.

Dr. Silvio já sabia que era hipertenso, já fazia tratamento com ele... Cada 30 dias, 60 dias, eu tava vindo no consultório dele e receitava os remédios pra mim toma... E eu tomava os remédios dele e me sentia bem... E por motivo de ser longe, de ficar pra lá, e tal, fui deixando...

Por fazer o acompanhamento com um médico especialista em cardiologia fora de seu município, pagando as consultas particulares e comprando as medicações prescritas enfim, utilizando o sistema privado para a assistência a sua saúde, era necessário se deslocar bimestralmente de SJRC até Cuiabá, o que significa percorrer cerca de 640 Km entre ida e volta. Além da distância, havia também os custos com relação ao tempo e gastos financeiros utilizados, como o Sr. Gabriel aponta em sua fala:

Uma semana quase. A gente ia no domingo e chegava na quarta quinta-feira. Ah, podia ponhar 1000 reais no bolso que gastava tudo e

ainda faltava. É passagem, alimentação, hotel e tudo, taxi em Cuiabá...

Faria (2007), ao tratar das repercussões da condição crônica *diabetes mellitus* na vida da pessoa, aponta a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem o seu contexto de vida para poderem compreender a maneira como cada uma reage e responde às necessidades que o cuidado à doença impõe. Como parte desse contexto há dimensões do cotidiano que são desconsideradas pelos profissionais de saúde ao fazerem sua 'prescrição do cuidado': os gostos pela comida, as dificuldades de acompanhamento do tratamento nos serviços de saúde, uma rotina de trabalho que não favorece os cuidados, entre outros. Ao ser indagado sobre o controle da pressão, da caminhada e da alimentação, o Sr. Gabriel assim se expressa:

E não é por que quer não é porque precisa... (risos), mas é verdade, eu num ia não... Eu num tava fazendo isso... (E quanto a alimentação?) não mudou muito não, porque ele ainda não se cuida muito (esposa). Já engordei 3 quilos (responde sorrindo como se tivesse fazendo algo de errado) depois que vim do hospital... Mas eu to segurando... (Está caminhando?) Não, caminho só quando vou na fazenda.

É possível perceber que o cuidado à saúde tem uma dimensão racional, com base no conhecimento que se possa ter sobre a doença e suas conseqüências e dos benefícios do cuidado e controle com a mesma. E essa dimensão é possível de ser trabalhada pelos profissionais de saúde em suas práticas de educação em saúde. No entanto, há outras dimensões mais afetivas e conjunturais das quais os profissionais parecem não dar conta, ou mesmo se aperceberem delas, em suas práticas. Nelas permeiam os gostos, a forma de organização e as condições de vida e o próprio desejo de fazer concessões em favor de uma qualidade de vida e de saúde que, muitas vezes, não estão assim tão claras e certas para a pessoa doente.

Participam ainda como fatores complicadores da adesão ao cuidado à hipertensão arterial, a própria estruturação e funcionamento dos serviços de saúde:

Uma vez por semana mais ou menos o médico vai lá e consulta a gente... (No posto de saúde do seu bairro). Cada bairro tem um posto lá, no bairro X, tem um posto, é uma serraria antiga que deu o seu nome. Tem outros postos que ficam do outro lado da cidade, perto de outra serraria, a Mississipi. Têm mais alguns, assim, no Jardim Olinda tem também... Mas daquele jeito... Vai lá espera...

Embora seja freqüente considerar a disponibilidade de um serviço de saúde e a possibilidade de acessá-lo como sendo sinônimo de acessibilidade e resolutividade, é necessário que estes termos sejam bem compreendidos em sua concepção e intencionalidade (ANEXO 11). Faria, Santos, Bellato e Araújo (2007), a respeito deles, apontam que, pensar em acesso em saúde implica considerar algumas dimensões que não se refiram apenas ao adentrar nos serviços de saúde e ao consumo das práticas profissionais que aí sejam desenvolvidas, mas considerar a integralidade da atenção com vistas à resolutividade do problema de saúde do usuário aí obtida. Seguem as autoras afirmando que:

[...] Dessa forma, poderíamos dizer que o conceito de acessibilidade é diretamente dependente da maneira como os profissionais percebem as necessidades de saúde dos usuários que acorrem aos serviços, sendo daí resultante o consumo e uso dos demais níveis de atenção à saúde (FARIA, SANTOS, BELLATO E ARAÚJO, 2007, p.8).

A acessibilidade parece não estar sendo o elemento direcionador das práticas profissionais desenvolvidas no cuidado ao Sr. Gabriel, visto que sua ligação com a unidade de saúde de seu bairro é, aparentemente, pouco valorizada, provavelmente, por julgá-la pouco resolutiva.

Só agora depois que nós voltamo que nós foi lá medir pressão... E agora no posto me deram um cartão de hipertenso... E quando vai lá e marco, desta última vez que fui num marquei... Fui com seu pai lá e num marquei nada. Todo dia, sim, esta dor na nuca tinha. Todo dia.

De vez em quando a dor de cabeça e na nuca sempre. Mas a dor, era uma dor que incomodava, mas dava para suportar. E depois da cirurgia que passei não senti mais... Essa dor de cabeça e na nuca não tive mais não, não sei se é os remédios...

Essa não resolutividade se apresenta na permanência de uma sintomatologia que o acompanhou por um tempo e que não teve a atenção devida dos profissionais de saúde, já como um sinal importante do agravamento e descontrole da sua hipertensão arterial, que culminou em um agravamento com risco iminente de morte. Somente após o agravamento de sua saúde com a ocorrência da emergência cardiocirculatória que começa a haver um acompanhamento mais sistemático da sua hipertensão, tanto por parte do próprio Sr. Gabriel, quanto dos profissionais de saúde da USF à qual está agora vinculado pela emissão do “cartão de hipertenso” como ele mesmo afirma. Mas, ele próprio se sente responsável por esse não acompanhamento sistemático que resultou em tanto sofrimento para si:

Deveria ta sempre procurando ele (o médico)... Sempre fazendo uma consulta com ele... Tá tomando o que Dr. Albram passou, daí voltei lá de novo... Aí foi com Dr. Toni, ta tomando outros remédios, ta tomando agora é dois pela manhã e um à noite. Tá controlada... Daí vou no posto duas vezes na semana, ou uma. Mas ta sempre boa, graças a Deus.

Em outro momento de nossa conversa o Sr. Gabriel se mostra ainda mais arrependido pela sua conduta antes do agravamento de sua doença, indicando a necessidade de uma atenção prévia, ou uma mudança de postura e de hábitos antes que aconteça o agravamento, para evitar o agravamento, ou seja, o controle da hipertensão arterial.

Lá mesmo no hospital eu falo para quem tá com mesmo problema...faz tratamento e num deixa fica como o meu ficou... Rapaz, eu sei que você tem problema, num deixa acontecer igual eu... Emagreça passa fome... Não tem problema, não. Mas não deixa não, eu sofri muito, eu fui lá e voltei. Então é muito mais fácil hoje

você fazer um controle, vai num médico, num deixa não... Foi ruim pra mim... Muito difícil. Sofri bastante, passei apertado, gastei tudo...

Voltamos a afirmar que a adesão ao conjunto de cuidados e medicações que a hipertensão exige tem um componente de responsabilidade por parte da pessoa com o agravo. No entanto, há uma co-responsabilidade por parte dos serviços e profissionais de saúde, visto ser na qualidade da atenção oferecida e da correspondente resolutividade que possa ser obtida que se ancora a possibilidade dessa adesão. A criação de vínculo entre a pessoa com hipertensão e o serviço de saúde e seus profissionais é fator decisivo nesse processo.

Mattos (2004) afirma que tem havido uma diminuição de barreiras formais para o acesso aos serviços de saúde, mas que, no que se refere às práticas de integralidade na atenção em saúde, tais obstáculos ainda não são visíveis. Concordamos com essa análise, visto que, se a pessoa doente demonstra resistências à adesão ao controle e tratamento da hipertensão arterial, com agravamentos sérios da sua saúde, conforme pode ser demonstrado pelos dados epidemiológicos que apontam as doenças cardiocirculatórias como uma das mais importantes causas de morte no Brasil e mesmo no município onde reside o Sr. Gabriel, os profissionais poderiam ser os motivadores para a reversão deste quadro. Entretanto, reconhecemos que esta mudança depende também de modificações maiores, que envolvam as políticas que regulamentam as ações em saúde.

E como conseqüência dessa situação temos sérios comprometimentos à saúde dessas pessoas, com um grande acréscimo de sofrimento em suas vidas, bem como um custo financeiro alto para o próprio SUS, visto que o agravamento da saúde exige, não raro, intervenção imediata e uso de aparato tecnológico de ponta, ambos nem sempre disponíveis em quantidade e qualidade nos serviços de saúde de referência no SUS, conforme passaremos a discutir a seguir.

6. O COMPLEXO (DES)REGULADOR EM SAÚDE, CONFORMANDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM USUÁRIO DO SUS EM BUSCA DE 'SOCORRO'.

Para pensar a Regulação a partir da organização dos sistemas de saúde municipais, descentralizados e auto-gestores, é necessário estabelecermos alguns conceitos que sustentem nossas discussões que aqui serão feitas ao tratarmos de um caso específico da regulação voltada para uma situação de emergência cardiocirculatória de morador de SJRC - MT. Entendemos que os sistemas de saúde municipais se organizam a partir da regulamentação dos seus gestores e que estes, nos níveis federal e estadual, sejam também regulamentados. Por considerarmos que os serviços de saúde em cada município são, ou deveriam ser, portanto, acompanhados e avaliados em suas ações locais de saúde, propomos inicialmente descrever, as principais normas e regulamentos que compõem a base dessa avaliação pelos níveis estadual e federal no que se refere aos Sistemas de Regulação em saúde.

Em um segundo momento, descreveremos os sistemas de saúde do município de SJRC e sua relação com o complexo regulador regional - Pólo Regional de Saúde de Diamantino, sendo que a experiência do Sr. Gabriel ao necessitar do sistema de saúde local para atender a uma emergência cardiocirculatória foi empregada como base para as discussões aqui feitas. As narrativas acerca da sua experiência de adoecimento e busca por cuidados apontam para os problemas locais que se chocam com as diretrizes do SUS. A descrição da relação entre o sistema regulador do SUS do município de SJRC e o complexo regulador regional nos permite questionar o atendimento ofertado pelos serviços de referência e de contra-referência quanto a sua resolutividade, complementaridade, acessibilidade e integralidade para atendimento em casos emergenciais.

6.1 A regulação como ferramenta de gestão governamental nas ações de saúde: relações, conceitos e considerações importantes

Entendemos por regulação, assim como apontam Santos e Merhy (2006), a habilidade de alterar o processo de prestação de serviços de saúde, pois exerce sua função interventora, re-orientando a realização dos processos, através de mecanismos próprios regulamentados, que possuem características restritoras e normatizadoras. Concordamos com Santos (2006, p. 85) que a

[...] intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos pode ser caracterizada como mecanismo de regulação. A demanda, assim como a prestação de serviços, podem se organizar das mais variadas formas e travar o seu relacionamento nos mais diversos campos. Assim sendo, as possibilidades de intervenção, ou seja, de regulação, também são extremamente diversificadas.

Ainda sobre o conceito de regulação, trata-se de uma seqüência de ações técnicas, científicas e políticas que alteram o sistema de saúde, em todos os níveis (macro e microrregionais), com o objetivo de adequar as relações entre demanda e oferta dos serviços de saúde. Estas ações buscam alcançar melhores resultados nestes serviços, pois são baseadas nos princípios fundamentais do SUS, ou seja, na integralidade das ações, na equidade e na garantia do acesso para os usuários (BAHIA, 2005).

Como afirma Santos (2006), embora o conceito de regulação mais disseminado no SUS seja aquele relacionado à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, essa concepção se mostra restrita em sua finalidade, induzindo à iniciativa de controle ao acesso do usuário e de adequação à oferta, vinculando as normas do sistema e das ações de regulação às formas de gestão estabelecidas. O mesmo autor afirma ainda que, a partir do estabelecimento do Pacto pela Saúde, em 2006, os três níveis de gestão se deparam com a necessidade de definir responsabilidades e estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia ao acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde (SANTOS, 2006).

No mesmo documento, elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), busca-se diferenciar os conceitos de regulação, da seguinte forma:

Regulação da atenção à saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles.

Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros. (BRASIL, 2006(a), p. 31-32).

De maneira mais pragmática, Santos e Merhy (2006, p.29) afirmam que o processo regulatório pode ser pensado do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas, o que denominam de “microrregulação” ou regulação assistencial, que traduz a operação do sistema, ou seja, consiste “em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços”. Implica também em “avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, de modo a dotar a gestão de uma inteligência reguladora operacional. Já a “macrorregulação” consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão, ou seja,

[...] o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde, que é sempre um ator importante (SANTOS e MERHY, 2006, p.29).

Já Magalhães Jr. (2006, p.26 e 40) alerta para o fato de que o termo regulação pode ter ainda outras leituras, ou seja, ele 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, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica (MAGALHAES Jr., 2006, p.26; 40).

Na prática, os termos 'regulação' e 'regulamentação' podem ser utilizados de forma indevida, fazendo-se necessária a diferenciação entre os mesmos. A regulação 'entendida aqui como um conceito principal que expressa a intencionalidade' dos atores ao exercer as suas capacidades. Já a regulamentação é o 'ato de transformar em regras', pois normatiza a intenção dos atores nos processos, ou seja, a regulamentação está 'subordinada ao conceito principal de regulação' (SANTOS, 2006, p. 86). A regulamentação pressupõe a descrição de 'procedimentos de controle', pois 'é um processo de produção de atos para regulamentar', fazendo parte de um mecanismo maior 'político-administrativo de regulação de relações e contratualidades entre os atores conflitantes' (SANTOS, 2006, p. 87).

A permanência de alguns instrumentos de gestão, desenvolvidos no extinto INAMPS, possibilita, ainda hoje, o acompanhamento dos processos de regulação no cotidiano dos serviços de saúde através dos seus instrumentos: o 'controle', a 'avaliação' e a 'auditoria'. Estes se mantêm com algumas reconfigurações, porém ainda são considerados as principais ferramentas que possibilitam a gestão do SUS hoje. Segundo Santos (2006, p. 87), tais instrumentos podem ser assim definidos:

[...] **controle**, que pode ser tomado como acompanhamento permanente do processo de execução de uma ação, buscando sua conformidade com o que foi prescrito, e se o que está sendo realizado aproxima-se de um parâmetro, de um limite pré-fixado, se está ocorrendo distorções [...] pode ser prévio, concomitante ou a posteriori do processo em acompanhamento [...], **avaliação**, como um processo de determinação sistemática e objetiva, da relevância, efetividade e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos [...], para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão [...], **auditoria**, é um conjunto de técnicas para avaliar processos e resultados e a aplicação dos recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais [...], comprovar a legalidade e legitimidade dos fatos e atos [...].

Podemos apreender que o controle, quando exercido pelo gestor estadual, tem como objetivo a efetivação do monitoramento dos sistemas municipais, acompanhando as ações e serviços de saúde, verificando a operacionalização e implementação das ações municipais, garantindo o respeito à pactuação entre a macrorregulação e a microrregulação.

Atualmente, a forma de controle utilizada pelo gestor estadual se dá em momento posterior aos processos ocorridos nos sistemas municipais com gestão plena, o que torna o controle um importante aliado da avaliação, pois sem um controle adequado existe um sério comprometimento dos processos de avaliação e de auditoria. Portanto, o controle é anterior aos outros dois processos descritos, porém seu desenvolvimento, sua evolução mantêm uma relação de dependência com os processos de avaliação e auditoria.

Outra característica importante do controle é que, independente dos níveis elevados dos mecanismos para acompanhamento da gestão municipal, se estes níveis forem inferiores à totalidade necessária para o acompanhamento eficiente destes processos, as falhas ou ausências no acompanhamento podem causar impacto potencializado no planejamento das ações em todos os níveis em que estas informações forem utilizadas. Infelizmente, os sistemas de informações que realizam o acompanhamento e possível controle destes processos ainda estão em fase de implantação, o que dificulta avaliar sua efetividade, com base apenas nas informações disponibilizadas por estes sistemas.

Como a regulação acontece em um contexto de interesses diversos, conflitantes, que acabam por determinar a interdependência entre os níveis assistenciais, a macrorregulação pode se moldar conforme suas “bases sociais públicas” (SANTOS, 2006, p. 87). O **usuário** e ator social, dentro de dado contexto histórico, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macroobjetivos (SANTOS; MERHY, 2006, p.31). Esta ação pode alterar a conformação do sistema assistencial possibilitando a resolução do seu problema de saúde; entretanto, o sistema é proporcionalmente resolutivo com a disponibilidade dos serviços de saúde para atender as demandas. Atualmente, são poucos os autores que admitem a não concordância entre demanda e oferta de serviços de saúde, sendo importante destacar que o conjunto das atividades desenvolvidas não tem conseguido

consubstanciar esses conceitos em atividades rotineiras dos serviços de saúde (SANTOS, 2006, p. 88).

É importante ter em perspectiva que os interesses e as disputas colocados entre os atores sociais se fazem dentro de dado contexto histórico e político. Portanto, a regulação adquire características conforme a base política que a sustenta e sua orientação origina-se nas premissas e lutas dessas bases. Dessa forma, a macrorregulação

[...] pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscrita nos postulados legais do SUS, em bases corporativas ou tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados. Podemos afirmar que não existe sistema sem regulação. A diferença se estabelece sobre quais as premissas e disputas que orientam a regulação existente (SANTOS, 2006, p. 88).

Sobre a microrregulação, ou regulação assistencial, Santos (2006) afirma que suas ações são regulamentadas pela macrorregulação, consistindo na articulação e efetivação de ações do sistema para as necessidades demandadas pelas populações, possibilitando acesso aos serviços referenciados para apoio do sistema municipal de saúde. Essa experiência, acompanhada pelos gestores locais e registrada nos sistemas de informação existentes, possibilitam a operacionalização do sistema, pois a avaliação das ações através da leitura das informações produzidas realiza um feedback de informações que serão utilizadas para um próximo planejamento de ações.

6.2 Bases legais da Regulação em Saúde no SUS

O sistema de regulação atual tem sua gênese normatizada a partir do texto constitucional, que apresenta o seguinte teor:

[...] Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, 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.

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 atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 2004(a), p. 132).

Em 1990, para regular em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde do SUS e sua rede hierarquizada de atenção, foi necessário definir as competências em cada esfera governamental, estabelecendo sistemas de realização do controle, fiscalização e avaliação destas ações, sendo que, para isso, o Sistema Nacional de Auditoria foi estabelecido através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 2001a). Já para sua operacionalização, foram necessárias as regulamentações de suas ações, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) que têm cinco edições entre 1991 e 2002 e, segundo Santos (2006, p.89)

[...] O processo de regulamentação da relação entre os entes federados foi consubstanciado na edição das Normas Operacionais (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96 e na NOAS 01/2002). Todas as NOBs, de forma mais ou menos elaborada, trataram do processo de regulação nos seus vários componentes, notadamente os de controle e avaliação. A principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório.

Entretanto, como afirma Santos (2006), as dificuldades para a implantação desse Plano estavam colocadas em algumas de suas prescrições e pressupostos, pois

[...] a NOAS e suas portarias regulamentadoras tentaram fazer o enquadramento das diversas situações em modelos, pressupondo uma forte atividade de regulação dos Estados e acabou por frear o processo de descentralização para o âmbito municipal. Além disso, a proposta de regulação restringia-se à assistência de média e alta complexidade, e se mantém a separação entre 'controle, regulação e avaliação' e 'auditoria'. Pressupõe a regulação enquanto atividade específica, limitando o seu potencial de intervenção e separando-a das atividades de controle e avaliação (SANTOS, 2006, p. 90).

É importante apontar algumas modificações de forte impacto sobre o sistema de saúde brasileiro a partir da década de 90. Citando Santos (2006) e Ferreira (2007), destacamos:

NOB /91 – equipara os prestadores públicos e privados através do mesmo mecanismo de repasse de recursos, estabelecendo que o repasse do orçamento do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) aos estados e municípios para custeio da atenção hospitalar e ambulatorial dar-se-ia via convênios e pagamentos por produção, além de determinar critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações cobertas por este mecanismo de financiamento. Dessa forma, o primeiro grande ato normativo define que o mecanismo regulatório praticado no momento anterior não sofreria solução de continuidade e sim, se expandiria para o setor público;

NOB /92 – define a competência dos municípios através do controle e avaliação sobre os serviços assistenciais e aos estados pela avaliação dos serviços, de maneira periódica. O controle e fiscalização orçamentária são exercidos ainda pelo INAMPS, desde a NOB/91. São criados o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), cabendo a este último organizar as informações sobre as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH);

NOB 96 – normatiza a gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema, com novas formas de financiamento, como o Piso da Atenção Básica, incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Os recursos passam a ser transferidos fundo a fundo, ou seja, inicia-se o processo de desvinculação da produção de procedimentos, iniciando-se os repasses vinculados à base populacional e/ou série histórica. Os sistemas de informação e de levantamento populacional começam a ter papel importante na decisão destes financiamentos, modificando as agendas de levantamento nos municípios habilitados nestes programas. Alguns procedimentos de alta complexidade e alto custo ainda são regulados pela esfera federal através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), significando a interrupção do processo de descentralização destes procedimentos; os recursos do FAEC passam a ser transferidos fundo a fundo com os prestadores, recentralizando uma capacidade regulatória do governo federal. Outro avanço importante consistiu na inclusão de mais de 4 mil municípios na gestão de algum nível no sistema, trazendo a questão da regulação para a agenda dos municípios;

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), através da regionalização da saúde, remete aos Estados a competência de organizar e controlar os fluxos da assistência intermunicipal, definindo mecanismos de reorganização dos fluxos da regulação da assistência e regulação do acesso de urgências e outros. Como insere novos conceitos sobre os fluxos de referência e contra-referência, fortalece as funções de controle e avaliação dos gestores do SUS, avaliando a qualidade dos serviços produzidos a partir da satisfação dos usuários, verificando os resultados e impactos sobre a saúde da população exigindo o acompanhamento destas ações pelos Estados e municípios. Os Planos de Controle, Regulação e Avaliação passam a ser elaborados para transpor dificuldades encontradas na implantação do sistema de regulação;

Cada edição destas regulamentações descrevia, com definições próprias de sua época, a forma de organizar e pôr em movimento o SUS. Essa evolução legal culmina com a redação da NOAS, em 2002, sendo que sua contribuição principal foi trazer a regionalização da assistência, com a responsabilização dos Governos Estaduais pela organização do fluxo assistencial intermunicipal de seus municípios e o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS. Dentro dos mecanismos para reorganização dos processos de referência e contra-referência inicia-se a utilização do conceito de regulação assistencial ou regulação do acesso às urgências, consultas e outros. A avaliação da qualidade dos serviços produzidos, da satisfação do usuário, dos resultados e impactos sobre a saúde da população, bem como a exigência, aos estados e municípios, para elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação passam a fazer parte das agendas de trabalho dos estados e municípios (BRASIL, 2002).

Assim, é possível perceber que o principal mecanismo indutor das ações e serviços de saúde constitui-se no financiamento, através de seu instrumento mais visível, a tabela de procedimentos. As tabelas de procedimentos têm sido, desde os primórdios do INAMPS, o formato adotado para remunerar prestadores e gestores pelos serviços realizados. Sua capacidade de indução ocorre tanto pela listagem dos procedimentos a serem executados, quanto pelos valores estabelecidos para os mesmos.

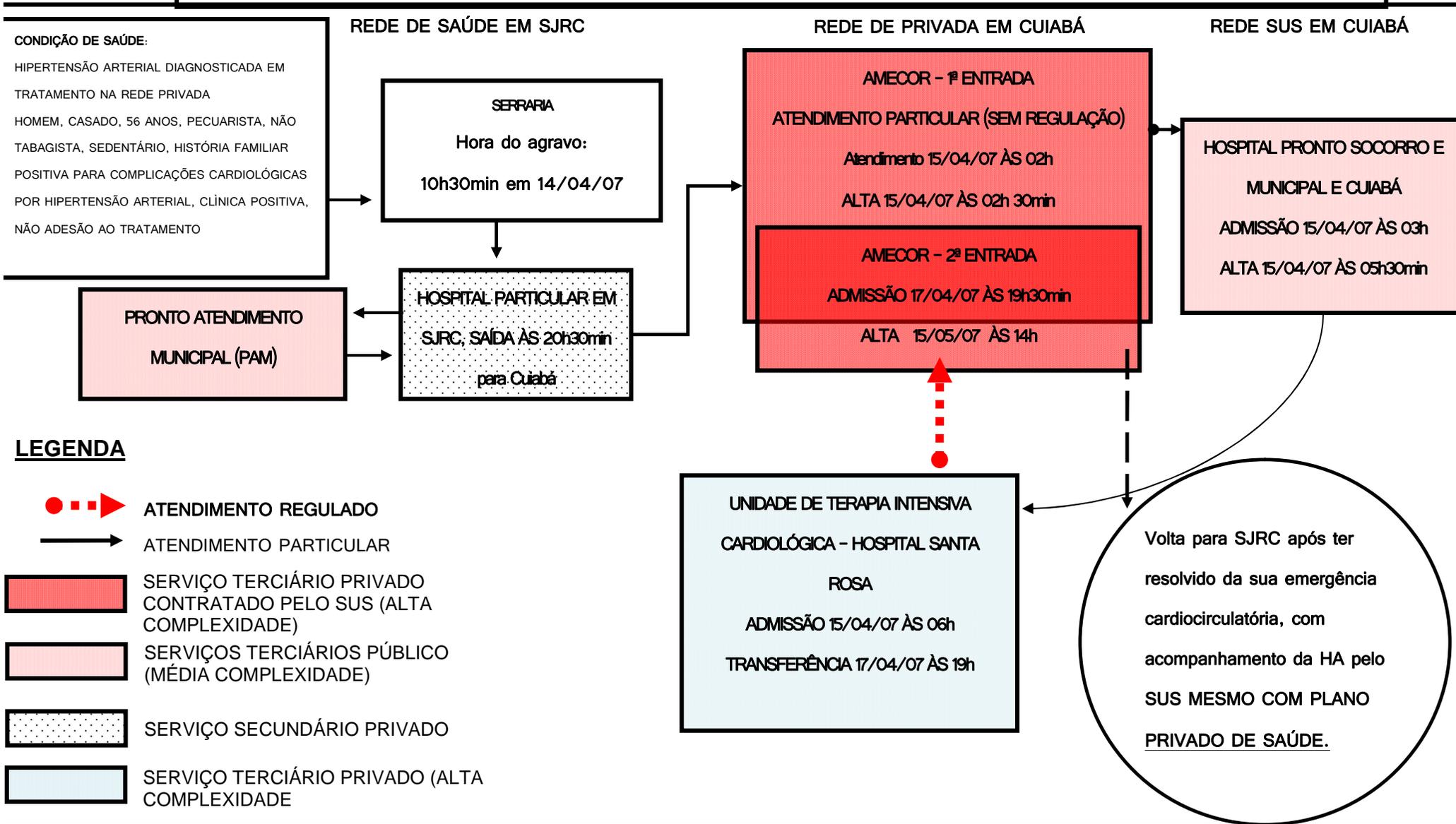
A Agência Nacional de Saúde foi criada como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde. Importante destacar que na saúde suplementar está pautada a relação de cerca de 40 milhões de usuários de planos de saúde, mediante compra de alguma modalidade ofertada de serviços de assistência à saúde (BRASIL, 2004b).

Com base nessa rápida revisão de alguns conceitos aqui apresentados sobre o tema da Regulação em Saúde passamos a apresentar, de maneira mais focalizada, a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde no município contexto de nosso estudo, e a influência que tiveram no desenho do Itinerário Terapêutico empreendido pelo Sr. Gabriel e sua esposa na busca por cuidado na situação de emergência cardiocirculatória por ele vivenciada. Também analisaremos o papel da Regulação em saúde dentro do Pólo Regional de Saúde ao qual o município de SJRC pertence frente a essa situação e a sua interferência nessa busca.

6.3 Itinerário Terapêutico: desenhando o caminho para a busca de atendimento de uma situação de emergência cardiocirculatória

Empregamos aqui a concepção de Itinerário Terapêutico conforme Bellato, Araújo e Castro (2007) ao apresentá-lo tanto como uma tecnologia de organização e análise de dados para uso em pesquisa, como uma tecnologia para avaliação em saúde. O seu primeiro emprego deu-se no momento em que trabalhamos a organização dos dados de entrevista e observação em seu desenho espaço-temporal, ordenando as narrativas do Sr. Gabriel e sua esposa acerca de sua experiência de adoecimento e busca por cuidado, “mapeando” os serviços de saúde por ele buscados e a lógica que direcionou essa busca.

Sua aplicação neste momento se mostra também diante da possibilidade de análise sobre a maneira e em que medida os serviços de saúde buscados pelo Sr. Gabriel e sua esposa puderam responder às necessidades de saúde por ele apresentadas frente à sua situação de emergência cardiocirculatória que vivenciou. Por entendermos que o desenho do Itinerário Terapêutico é bastante esclarecedor em sua visualidade, o trataremos já no início da análise de modo a oferecer elementos para discutirmos a regulação em saúde posta em prática nessa situação.



*Elaborado a partir da HVF do Sr. Gabriel, por Elizabeth Jeanne Fernandes Santos, 2008.

A descentralização da gestão da saúde representa a mudança da gestão dos serviços, na qual o controle dos serviços de saúde municipais passa a ser determinado pelo gestor local, nominando-se esse processo de descentralização da gestão da saúde. Nela, o município se torna responsável pela re-estruturação do sistema para atender a sua população através do controle exercido pelo sistema de saúde local.

No caso de SJRC, sendo um município em **Gestão Plena para a Atenção Básica**, sua possibilidade de atender, localmente, agravos à saúde que envolvam a necessidade de um aparato tecnológico e de profissionais do nível terciário torna-se precária, visto que não possui tal infra-estrutura, sendo que, para viabilizar o atendimento à sua população nesse nível, SJRC faz parte do consórcio de saúde do Pólo Regional de Saúde de Diamantino que tem o município de Cuiabá como referência terciária em cardiologia.

A situação inesperada vivida pelo Sr. Gabriel, interrompendo o seu cotidiano de trabalho e impondo uma busca imediata por um serviço de saúde que pudesse aliviar seu sofrimento e o risco de morte foi o levou a pensar em recorrer, primeiramente, ao serviço de saúde hospitalar particular.

No sábado de manhã fui na serraria, carreguei umas madeirinhas para levar para a fazenda e tal, mexendo lá, e de repente, eu tava bom sem problema, junto com os pessoal pião... E deu tipo uma trava por dentro assim... E corpo ruim. Aí fiquei mal. Ai não conseguia nem se mexer... Afoguei o carro, e ai pegou outro carro baixo pegou eu, boto dentro e levo eu pro hospital. Aí até chegar lá minha perna começou a formigar, fomisava o peito do pé e ia subindo a furmigação, já fiquei com a perna parálitica, sem fazer nada... Sem ação duma vez... Ai foi, foi, me levou para o hospital... Então eu cheguei no hospital (...) o pessoal que ponho eu lá pra dentro e a dor, dor demais na perna esquerda, muito, muito, muito (...)

Sobre esse atendimento no Hospital Particular o Sr. Gabriel relata o seguinte:

Este hospital é um hospital particular, como te falei. É, aí eu desci me carregando perdi a noção da perna (...) Dei um tempo, aí lá num tinha os aparelhos de radiografia, não tinha eletro, aí teve que levar no hospital municipal. Aí não tinha carro. Pegou a ambulância, que quebrou, e ai foi atrás da outra ambulância do hospital municipal... E eu pedi para o motorista se apressar... Daí nós viemos pra Cuiabá. É, a ambulância é da prefeitura...

No município de SJRC existe apenas o hospital referido pelo Sr. Gabriel e esposa. O atendimento neste serviço pode ser realizado pelo SUS quando a pessoa encaminhada chega com uma solicitação ou encaminhamento realizado no PAM de SJRC. Outra forma de atendimento é particular, para este existe atendimento para emergências 24 horas, nas especialidades de ginecologia, ortopedia, cirurgia geral e clínica geral (Leitura de Imagens fotográficas – 28/08/07). Observando sua estrutura física e equipamentos médico-hospitalares e de diagnóstico, destacamos que o mesmo tem uma capacidade instalada muito restrita para atender a casos emergenciais, pois faltam equipamentos básicos para este tipo de ocorrência. No entanto, foi este o serviço procurado pelo Sr. Gabriel, quando do início dos sinais e sintomas de sua emergência cardiocirculatória, sendo o ponto de partida da trajetória desenhada no Itinerário Terapêutico desenhado na página 76.

Através da narrativa do Sr. Gabriel é possível perceber que até mesmo a condição de transporte oferecida por esse hospital é bastante precária, tendo sido necessária a utilização de uma ambulância da prefeitura para levá-lo do pronto socorro do hospital particular, para o Pronto Atendimento Municipal, que ele denomina de “hospital municipal” para a realização de exames. A remoção do Sr. Gabriel do hospital privado para Cuiabá, também foi feita pela ambulância do município. Os equipamentos para a realização de exames relativamente simples, como é o caso do Raio-X e do eletrocardiograma, não estavam à disposição no serviço hospitalar procurado e, mais uma vez, são utilizados os recursos do Pronto Atendimento Municipal para esse fim.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESnet, 2006) o serviço hospitalar privado utilizado pelo Sr. Gabriel tem contrato firmado com o governo estadual de Mato Grosso, fazendo parte do complexo regulador mantido para a região. Entretanto, o acompanhamento/avaliação desse serviço, deve ser realizado pelo município (em parceria com o Estado), visto ser ele que vivencia o cotidiano dos atendimentos nesse estabelecimento.

A Portaria nº 3.277 (BRASIL, 2006c), que trata da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê ajuda para aquisição de equipamentos aos serviços contratados pelo estado. Dentro desses acordos o Estado equipa os serviços que são contratados para complementar a assistência oferecida nas localidades que ainda não têm condições de atender a população, caracterizando uma permuta pelos serviços a

serem prestados. Usualmente estes equipamentos mantêm uma identificação de patrimônio do estado, podendo, com o passar dos anos, serem absorvidos pelo patrimônio da instituição que os utiliza. Este serviço está classificado como serviço capaz de atender a média complexidade com gestão estadual (CNESnet, 2006).

Sobre as unidades móveis para o transporte de pacientes, a Portaria Nº 3.277 (BRASIL, 2006c) prevê que os serviços contratados podem adquirir, através dos contratos, ambulâncias que são cedidas para uso dos hospitais conveniados com o SUS. No entanto, o que observamos em SJRC é que existe uso compartilhado das unidades móveis da própria Secretaria Municipal de Saúde com o hospital particular conveniado. Não nos é possível afirmar, porém, que as 03 unidades móveis existentes no município sejam suficientes para o transporte de usuários dentro e fora do município, nos casos em que há necessidade de serem encaminhados a Cuiabá/MT.

Como a USF não foi procurada no momento de emergência deste usuário, fizemos referência à mesma no capítulo que trata do seu processo de adoecimento de caráter crônico, ou seja, quando o mesmo descreve o uso deste nível de serviço para o controle da hipertensão arterial (ver capítulo 5.3).

Segundo o relatório realizado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), no que se refere à satisfação do usuário, os serviços hospitalares da região do Centro-Oeste foram classificados como ótimos por 72% da população entrevistada (PNASS, 2006). Esta avaliação foi realizada entre 2004-2005, e o município de SJRC não aparece, ainda, como tendo a gestão plena; por isso, entendemos que a avaliação tenha sido realizada em outras unidades de saúde do Estado, inserindo esse serviço entre os 28% que não foram avaliados em 2005. Ainda, na pesquisa sobre a satisfação do usuário foram aplicados 105.831 questionários de pesquisa, em 5.745 serviços de saúde, sendo 42,7% na região Sudeste, 29,6% na região Nordeste, 12% na região Sul, 9,3% na região Centro-Oeste e 6,3% na região Norte. Podemos constatar através destes índices que os serviços de saúde da região Centro – Oeste ao serem incluídos como ótimos nestes resultados foram considerados como os serviços regionais que estão em maior número representados nesta média. Talvez uma cobertura maior dos serviços regionais, uma descrição específica de cada região possa descrever as reais condições dos serviços de saúde das localidades mato-grossenses.

Durante nosso trabalho de campo observamos que o hospital:

[...] é particular e mantém com o SUS um contrato para as AIHS do município e localidades. É um prédio reformado, pavilhonar, em forma de M, sendo a frente do prédio a parte superior do M. No primeiro pavilhão, à direita, funciona a entrada para a emergência, pequena, e a internação do SUS. No pavilhão do meio funciona o centro cirúrgico; e no pavilhão da esquerda temos os setores de apoio, consultórios e apartamentos particulares. Existem quatro entradas no prédio, duas laterais, uma pelos fundos e uma central. A lavanderia funciona na parte externa do prédio, em uma edícula na parte de trás do hospital. A conservação da estrutura é boa, e não observamos rachaduras ou sinais de desgaste do tempo nas paredes. O hospital localiza-se a duas quadras do Postão/PAM do SUS, numa área central do município, sendo que as ruas de acesso são asfaltadas. A unidade de atendimento emergencial, o PA do hospital, não tem serviço de diagnóstico básico em funcionamento, como raio-x, por exemplo. A profissional de saúde que nos atendeu explica que, se tiver necessidade, o doente é encaminhado ao PAM SUS para fazer o raio-x. O laboratório do hospital não existe, e as pessoas são encaminhadas para coleta no PAM SUS. Segundo verificamos existem cerca de 30 leitos para atendimento do SUS, sendo 06 deles para a obstetrícia, 04 para pediatria e o restante para adultos (Notas de Observação e Leitura de Imagem fotográfica - 28/08/07).

É importante observar que, pela precariedade dos equipamentos de apoio e diagnóstico do hospital (exames complementares e de laboratório), a utilização dos mesmos se faz através do Pronto Atendimento Municipal, cabendo aqui o questionamento de quem está sendo o serviço complementar neste caso. Questionamos também sobre quais procedimentos de avaliação o serviço contratado está sendo acompanhado e se é realizado pelo nível municipal ou estadual da gestão do SUS, visto que essa situação observada não parece ser atual e/ou esporádica.

No que se refere à estrutura do Pronto Atendimento Municipal (PAM) de SJRC observamos a seguinte estrutura para seu funcionamento:

No PAM do SUS verificamos uma estrutura nova, pavilhonar, com capacidade de atender até 06 pessoas simultaneamente, dividida em boxes, com todos os equipamentos para atendimento de emergência, incluindo respiradores modernos. Conta com serviço diagnóstico de apoio, ultrassom e raio-x (só é realizado sentado, não tem possibilidade de ser feito deitado) e serviço de coleta de exame de laboratório durante as 24 horas, segundo nos informaram (Notas de Observação e Leitura de Imagem fotográfica 28/08/07).

Também durante o trabalho de campo realizado no município de SJRC observamos evidências da existência deste circuito informal, sendo que a estrutura física, os equipamentos e recursos humanos do SUS poderiam estar sendo utilizados por serviços privados no atendimento particular de seus doentes e, em alguns momentos, a estrutura privada ou os equipamentos dessa estrutura também teriam este fim para os usuários do SUS, independentemente da regulação e dos contratos formais entre os serviços. Nas notas de observação a seguir descrevemos mais evidências sobre isto:

O quadro médico do hospital particular de SJRC é o mesmo do PAM do SUS, já que o hospital oferece atendimento de emergência nas 24 horas. É comum o médico estar de plantão 24 horas no final de semana no hospital e no PAM do SUS. Pudemos comprovar este fluxo, pois, antes da nossa ida para o hospital, estávamos no Postão por volta das 14 horas, e a equipe de um PSF estava em pleno atendimento do agendamento de consultas médicas e, na nossa entrada no hospital, vimos o médico que estava no PSF entrando pela porta dos fundos do hospital para atender uma criança que o esperava no consultório. Ao perguntar para uma profissional sobre quem estava atendendo no PAM aquela tarde ela respondeu com o nome do médico que era o do PSF (Notas de Observação e Leitura de Imagem fotográfica - 28/08/07).

Como instrumentos e mecanismos utilizados no processo regulatório destacamos o financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros (FERREIRA, 2007). Sobre os contratos de serviços de saúde privados destacamos que:

a definição de rede prestadora, que pela Constituição brasileira pode ser pública ou complementarmente privada, tem um alto poder de regulação sobre o perfil da assistência prestada. O sistema de saúde brasileiro historicamente, ao priorizar uma rede majoritariamente privada, definiu um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência. A conformação dessa rede deu-se inicialmente por mecanismos de credenciamento, adotando critérios pouco claros [...] Esta relação tem suas raízes na história da Previdência Social

brasileira, persistindo ainda no SUS traços dos contratos do extinto INAMPS, ou mesmo situações carentes de qualquer formalização, apesar das exigências legais. Após a Constituição Federal de 1988, da definição do SUS e do caráter complementar do setor privado regido pelo direito público, impôs-se a necessidade da contratação por meio do processo licitatório (SANTOS, 2006, p. 105).

Ainda segundo a Portaria Nº 3.277 de 2006 (BRASIL, 2006c), quanto ao acompanhamento da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS, os municípios devem ser primeiramente responsáveis pela gestão e execução dos serviços públicos de saúde, reforçando o papel secundário do estado nesses processos. No caso específico aqui em análise, o Estado é apenas o contratante e o município passa a ser o fiscalizador direto dos serviços complementares contratados. Esta Portaria afirma que a contratação de serviços conveniados só pode acontecer para complementar a capacidade instalada de serviços públicos de saúde; por isso este contrato de prestação de serviços dar-se-á após a utilização de toda a capacidade dos serviços públicos de saúde, devendo ser comprovada e justificada a necessidade de complementar a rede de serviços de saúde pública com a contratação dos serviços privados de saúde.

Dessa forma, a complementação dos serviços deveria observar os princípios e as diretrizes do SUS, em especial a regionalização, a pactuação pela saúde no município, a programação do SUS e os parâmetros de cobertura assistencial, garantindo a universalidade do acesso. Para operacionalizar esta normativa, a Portaria descreve a necessidade de elaboração de um Plano Operativo, a ser discutido e aprovado pelo Conselho de Saúde.

As primeiras instituições a serem escolhidas para participar da rede do SUS de forma complementar são as de ordem filantrópica, sendo que essa determinação visa assegurar não haver aumento do “risco moral” nas operações destes contratos. Por “risco moral” entendemos a ausência de perfeita competição ou racionalidade; pode ocorrer em sistemas de saúde contratados, pois, nestes casos “existiria uma tendência a ocorrer o excesso de demanda”, pois o usuário do SUS “e o produtor mudam a sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde”, visto que os gastos “são completamente cobertos” pelo contratante de tais serviços (CASTRO, 2002, p. 127).

Os instrumentos legais indicados na Portaria nº 3.277 (BRASIL, 2006C) para normalizar a complementaridade de serviços com instituições privadas, são: convênios, quando houver um interesse comum em estabelecer parcerias com estes serviços e contrato administrativo, no caso de compra de serviços. Orienta também os

contratantes e contratados sobre o caráter de prioridade ao atendimento aos usuários do SUS, sobre o respeito ao princípio da igualdade no atendimento dos usuários do SUS e de sua clientela privada. Ressalta também que a utilização da capacidade instalada da entidade contratada, incluindo os equipamentos médico-hospitalares para atendimento particular ou outros atendimentos para outros convênios, só será permitida se estiverem garantidos, no mínimo, 60% (sessenta por cento) da capacidade instalada para atendimento a pacientes encaminhados pelo SUS.

É interessante ressaltar que, mesmo os cuidados de emergência necessários à situação que o Sr. Gabriel estava vivenciando só aconteceram devido à pressão exercida pela sua esposa, bem como pelas pessoas de sua rede de apoio, conforme explicita a fala a seguir:

Ele foi socorrido pelo pessoal da serraria ele veio com o carro... Levou ele no hospital particular, com o medico. Só que ele precisava fazer o exame que era o raio X e o eletro que o particular não tem, aí tem que ir no municipal fazer... (...) Ela quebrou e eu tava indo de bizz atrás e o medico que atende foi lá no hospital para agilizar o aparelho prá receber ele lá... É, só que aí... (o médico) não falou nada para mim (indignada e com a voz firme), nada para a família, assim, todas as pessoas que tavam ali, meu primo que é muito amigo dele, enquanto nós não tomamos providências ele não falou. Aí a ambulância quebrou e eu cheguei atrás, né? O motorista disse 'vai e pede a ambulância, eu já liguei e ela não veio'... Nisso eu fui... E o médico foi atrás, ia indo... e quando cheguei (no PAM do SUS) lá, aquela mais nova continuava dentro do pátio, sem motorista, sem nada, parada. Aí me apavorei e gritei com as pessoas... E tinha um conhecido ali que me pegou gritando e chorando, aí falei que era o Gabriel e que era infarte, e ele tava na ambulância quebrada. Daí ele foi, veio e levou o Gabriel, fez o exame, retornamos aí já na ambulância que era para ter ido buscar ele no Hospital. Ele (médico que atendeu na rede privada) chegou ali, viu, mas não falou nada para mim... Então, só medicação durante o dia (isto por volta das 13:30 horas). Quando foi à noite, que foi chegando os amigos, né... Que ficou sabendo que o Gabriel tava lá..., os médicos de Cuiabá falaram que foi atendido certinho lá.

A dificuldade no atendimento e a falta de informação sobre o estado de saúde do Sr. Gabriel por parte do médico que o atendia tornava ainda mais angustiante a situação para sua esposa e amigos. Embora tenha havido um atendimento clínico *correto*, dentro das possibilidades que o hospital oferecia, havia a demora para se proceder o encaminhamento para Cuiabá, visto que apenas em um

serviço com maior tecnologia e profissionais especialistas poderiam oferecer os cuidados necessários que o caso exigia.

Às 10 horas ele já tava medicado. Quando foi a tarde os amigos começou a chegar e o médico proibiu visita... O médico aqui o Mário que ligou para o Dr. Silvio falando do caso do paciente dele e falou a medicação que ele fez, e bateu certinho. O médico de lá que ficou acompanhando a gente (na internação no Hospital Santa Rosa) falou, ele fez a medicação certinha, aí o médico de lá pediu outra dose de medicação antes do transporte... Aí o médico proibiu visita. Meu primo achou estranho, como é que um paciente tá num quarto particular, ta pagando... aí voltamos, qdo foi a noite foi proibida a visita. Só eu podia ficar com ele. Aí o medico chegou e falou para a enfermeira que não podia mais ter visitas. Aí meu primo queixou... 'como que não vai ter mais visita?' ele ta pagando. Ele ficou super nervoso. Aí o que aconteceu: quando meu primo saiu prá fora, um monte de gente, mais de 10 pessoas querendo entrar e não podia, aí eles começaram a conversar, ao foram fazendo o quebra cabeça... Aí ligou pra mim no quarto e mandou eu sair prá fora, aí eu bem nervosa e fazendo de tudo para ele não perceber nada, que era para buscar uma chave lá fora.

A gravidade da situação estava se tornando cada vez mais clara para a esposa e os amigos, assim como a impossibilidade de permanência do Sr. Gabriel em SJRC. Mas a necessária regulação não se processava:

Eu saí para fora daí... É tem algo de errado vou conversar com ele (o médico) prá ver o que ta acontecendo. Aí ele falou: "O caso do Gabriel é grave, a gente não tem recurso aqui. Eu não tenho muito o que fazer aqui, porque meus amigos, companheiros... sei lá... não tão em Cuiabá, tão em um Congresso... Num final de semana eu num posso fazer nada... Eu to tentando e não to conseguindo...", Aí eu falei (revoltada com a voz rouca): "Não, não é assim, nós vamos tirar ele prá fora, aqui ele não vai ficar." Aí ele optou: "A única coisa que eu posso fazer é a ambulância que tá disponível. Transporte, só o que eu posso fazer. Porque a ambulância está abastecida e agora ela pode ir para Cuiabá"... Eu pedi só um tempinho, ligamos para o medico Silvio e saímos daqui só com o transporte mesmo. Quando chegamos lá deparamos com uma situação pior...

A narrativa, longa e cheia de indignação pela situação vivida, rememorada vários meses depois, mostra o drama que a esposa e os amigos viveram, não só pelo sofrimento gerado pelo estado de saúde muito agravado do Sr. Gabriel, mas, principalmente, pelo não funcionamento da rede de regulação em saúde nesse

momento, ainda que a necessidade premente de atenção de um especialista, bem como da realização de exames que comprovassem o seu diagnóstico, justificassem a sua vinda para Cuiabá. É importante destacar que no momento de seu atendimento em SJRC, o Sr. Gabriel estava buscando atendimento no sistema privado, pagando pelo tratamento recebido. A partir do momento em que se busca atendimento em Cuiabá e que se tem o esclarecimento da gravidade do seu caso com previsão do que seria gasto para resolver este problema de saúde, as pessoas de sua rede de apoio aconselham a esposa a procurar pelo SUS, pois não tinham condições para efetuar o pagamento do tratamento que seria realizado.

E, como afirma a esposa, após seu encaminhamento de ambulância para Cuiabá, sem qualquer procedimento regulatório, apenas com indicação de que procurassem o Hospital Amecor neste município, “a situação ficou muito pior”. A trajetória empreendida pelo Sr. Gabriel e sua esposa pelos serviços de saúde em Cuiabá, pode ser claramente analisada no desenho do Itinerário Terapêutico, inclusive com as datas e os horários de entrada e saída de cada um deles, marcando sua temporalidade associada a sua espacialidade. Essa peregrinação infrutífera pelos serviços de saúde pode ser compreendida também pela narrativa a seguir:

Não trouxemos papel nenhum, só o raio-x e fomos direto pra a Amecor... Daí, depois na Amecor, ele num podia ficar, porque não tinha o pagamento. Daí tivemos que ir pro Pronto Socorro... E aí fomos lá... Fez eletro na Amecor... Disseram que o custo era muito alto e mandaram para o Pronto Socorro, de madrugada, foi atendido. O médico achou muito ruim, realmente tava muito cheio, acho que era UTI, onde fica as pessoas mais ruim, tava muito lotado, e ele pediu que a ambulância do Pronto Socorro trouxesse nós pro Santa Rosa. Não tinha vaga lá, nós viemos na ambulância pra cá... Eram dez e dez da noite chegamos na Amecor, e no Pronto Socorro está registrado lá a hora. Eram uma três e pouquinho... Depois aqui (Hospital Santa Rosa) era umas seis horas. Paguei uma consulta, ficamos na emergência e fomos atendidos era umas nove e quarenta, e ele já veio para a UTI, foi Dr. Silvio que já encaminhou direto lá do Pronto Socorro e atendeu aqui...

Em um outro encontro para seguimento da entrevista, alguns meses depois do primeiro encontro, a Sr^a Júlia complementa sua narrativa sobre os serviços de saúde percorridos e os encaminhamentos dados em cada um da seguinte forma:

Foi sem regular pelo SUS. Aí o que aconteceu, quando chegou lá e a Amecor não quis ficar com nós lá, daí fomos pro Pronto Socorro... Do Pronto Socorro fizemos o exames, rápido, muito bem atendido nós fomos, pelo Pronto Socorro, quando foi umas 4:30, o médico que atendeu nos falou “não este paciente nós não temos condições de ficar com ele aqui..” Aí o Gabriel falou para ele “...Doutor me tira daqui quero socorro”... Aí ele falou: “olha, eu tenho amigos, mas eles não atendem pelo SUS, é no Santa Rosa, é o doutor.....”

O primeiro serviço a ser procurado em Cuiabá pelo Sr. Gabriel e sua esposa foi o serviço de referência para atendimento cardiológico no Estado, privado e contratado pelo SUS; como serviço contratado proporciona para os usuários, encaminhados pela regulação, serviços diagnósticos, cirúrgicos e leitos de Unidade de Terapia Intensiva especializada para problemas cardiocirculatórios. É importante ressaltar que não lhe foi oferecido em seu município de origem qualquer tipo de encaminhamento ou regulação pelo SUS, “só o raio-x” como ele afirma; assim, ele estaria sendo atendido, se procurasse dentro da categoria particular. Portanto deveria arcar com os custos financeiros de sua internação e demais procedimentos a serem realizados.

O Sr. Gabriel foi atendido nesse hospital apenas para a realização de um eletrocardiograma, tendo ali permanecido por apenas trinta minutos, sendo depois encaminhado para o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC). Como a esposa afirma, como não estava regulado, o hospital não tinha garantia da cobertura dos gastos e a família não podia arcar com as despesas para o seu tratamento particular, impossibilitando seu atendimento, mesmo em emergência naquele serviço. É possível perceber que a conformação da rede de assistência, estruturada para atender os usuários do SUS com normativas burocráticas que exigem a regulação pelo sistema ou o encaminhamento da pessoa em busca de atendimento, **pode** retardar a assistência e ocasionar o agravamento do quadro do doente, **oferecendo uma situação de risco que pode significar**, devido a essa espera incerta, a ocorrência de agravos, complicações irreversíveis.

Embora se tratasse de uma emergência e estivessem, naquele momento, em atendimento no Serviço de Pronto Socorro, que **não contava com estrutura para atendimento ao agravo apresentado** pelo Sr. Gabriel, seu caso que exigia intervenção cirúrgica e, embora o HPMSC dispusesse de unidade de terapia

intensiva, não havia vaga naquele momento nessa unidade. Assim permaneceu apenas por duas horas e trinta minutos nesse serviço, sendo, encaminhado para outro hospital particular de Cuiabá, o Hospital Santa Rosa. A entrada no serviço se deu através do pagamento de uma consulta médica, que resultou, após uma espera importante considerando a gravidade do caso, em internação na Unidade de Terapia Intensiva desse hospital.

O caminho percorrido continua sendo descrito pela Sr^a Julia:

Só que aí ele (o médico) já sabia que a gente não tinha condições de pagar... Não tinha condições financeiras... E antes do Dr. Silvio ir com ele nós já tínhamos falado que não tínhamos condições financeiras. Até então ele liberou a gente, a gente não tinha cheque calção, paguei 100 reais do bolso.

A fala acima descreve um circuito informal de encaminhamento que existe entre o HPSMC e os serviços privados de saúde de Cuiabá. Os profissionais médicos que verificam a falta de estrutura e de leitos em UTI no serviço de saúde do SUS agilizam o atendimento a estes doentes em UTIs do serviço de saúde privado. Até esse momento, o Sr. Gabriel não estava regulado. A expressão 'estar regulado' é entendida neste caso, como a inserção da pessoa doente no sistema da Central Estadual de Regulação do SUS.

É importante dar destaque ao fato de que o Sr. Gabriel teve seu primeiro acesso a um serviço de saúde em Cuiabá através da rede privada de saúde; em seguida foi encaminhado para um serviço público e, mesmo a entrada nesse serviço não lhe garante a regulação e manutenção de sua permanência dentro do SUS. Dessa forma, vemos negado o direito de acesso a serviços de saúde públicos que ofereçam a atenção necessária à complexidade do problema de saúde apresentado.

Acresce-se o agravante de tratar-se de uma situação de emergência em que o risco iminente de morte fazia-se presente, forçando o sistema a dar uma resposta dentro de um tempo mínimo. No entanto, não houve essa resposta, levando-nos a questionar a existência da regulação do acesso dentro desse sistema, e o condicionamento do atendimento à existência de vaga, e não à necessidade de saúde. Ou, conforme afirma o documento elaborado pelo CONASS, ao se estabelecer a

regulação do acesso, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2007).

Durante a entrevista realizada ainda na hospitalização do Sr. Gabriel, ao ser questionada sobre o município ter ou não oferecido apoio financeiro para cobrir os gastos com a internação, a Sr^a Júlia responde que:

não tenho conhecimento (ríspida e nervosa) de jeito nenhum, assim que eu tenho conhecimento fiquei sabendo depois ... Que teve os médicos que tava entrando em contato com o município, com o prefeito... (...) Aí a tardezinha eu tive a informação que a prefeitura, inclusive muita gente tava lá batalhando, não tinha condições e sim que ia solicitar encaminhamento pelo SUS. Que foi o processo que ocorreu aqui dentro. (...) Foi assim que passamos as 24 horas... Estamos passando. Vim atrás de socorro, só isso.

Sua permanência na UTI do Hospital Santa Rosa foi de, aproximadamente, dois dias e meio, sendo feito o controle de sua pressão arterial e o preparo para poder se submeter a uma cirurgia de grande porte que, porém, não seria realizada nesse serviço. Novamente por pressão da rede de apoio do casal há uma mudança na trajetória de busca por cuidado, ocorrendo a transferência do Sr. Gabriel para o Hospital Amecor para a realização da cirurgia, sendo que desta vez estava regulado pelo SUS.

Percebemos nessa situação que, na tentativa de resolver seu problema de saúde a tempo e com a agilidade que sua gravidade requeria, o Sr. Gabriel procurou serviço particular. A luta contra essa temporalidade que a situação de emergência impõe nos faz pensar como os trâmites administrativos do SUS podem ser pouco ágeis, pondo em risco a vida das pessoas. Como afirma a Sr^a Júlia, “vim atrás de socorro, só isso”. Leva-nos a considerar também que o setor privado pode oferecer a agilidade necessária para estes casos, garantindo acesso, principalmente, aos serviços de nível terciário, como são as internações em unidades de terapia intensiva e as cirurgias do sistema cardiocirculatório.

Questionamos, assim, se a manutenção da rede de serviço contratada para a atenção terciária em nosso Estado é um mal menor frente à falta de agilidade

do setor público, ou se essa falta de agilidade é a justificativa necessária para tal contratação. Se assim é, contraria-se a Portaria nº 358/GM de 22 de fevereiro de 2006, que institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS e, em seu artigo 2º, estabelece que, quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, e comprovada e justificada a necessidade por meio de Plano Operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde (BRASIL, 2006c).

Ainda que tenha obtido atendimento às suas necessidades de saúde na maior parte das vezes em serviços particulares durante suas diversas buscas e internações, a realização de exames diagnósticos foi feita dentro do sistema público, conforme mostra a narrativa da esposa do Sr. Gabriel:

O eletro foi do SUS e depois a maioria foi do SUS, poucos exames foi feito particular que a gente pagou no Santa Rosa.

Mas, depois de tanto sofrimento, gastos financeiros e peregrinações pelos serviços de saúde é realizada a cirurgia necessária para melhora da saúde do Sr. Gabriel ainda acrescida de sofrimento e risco de morte:

Foi entre 6 a 8 horas de cirurgia. Até ele chegar lá dentro da UTI foi umas 8 horas, mas quando terminou mesmo, que limpou, fechou, não sei não. Mas o que já ouvi falar é que termina e ainda fica um tempo para ver como é que vai ficar. Então, até o Dr. Albran chegar e falar comigo, foi umas 8 horas. Mas no outro dia Dr. Albran me informou que ele havia passado por uma crise, umas 4:30 horas da manhã. Teve que ir mais cedo para o centro cirúrgico, ainda. Na época eu já não tinha muita força mais para ficar perguntando sobre estas coisas, o que ele me falou foi isso. Eu fiquei com Dr. Albran até umas 22horas, no Santa Rosa. Aí ele falou que eu já podia ir embora que ele tava tomando sangue e tava sendo preparado para a cirurgia às 7:00 horas da manhã. Só que depois me falou que as 4:30 ele teve uma crise. Daí o técnico da UTI (Amecor) ligou para ele e avisou que ele não tava bem, tinha piorado, daí deve ter começado mais cedo.

Embora tenha sido realizada a cirurgia dentro do sistema público de saúde, o Sr. Gabriel, após sua alta, volta ao sistema particular para acompanhamento de seu período de convalescença e controle, conforme narrativa abaixo:

Voltamos nuns 34 dias, depois que saímos de lá da Amecor... depois da Amecor ficamos lá uns 10 dias e depois viemos para cá. Daí 35 dias voltamos para o Dr. Albran, pediu exames e depois ele pediu 30 dias para voltar novamente... E ele indicou um cardiologista para acompanhar, Dr. Humberto que já tinha acompanhado ele na UTI. Daí ele foi lá com 40 dias... e agora o Dr. Humberto que pediu retornar dia 06 de outubro. (...) Até a medicação... Ele passou tudo, ele falou para ele: "se você tiver condições de comprar em Cuiabá, que é mais barato pode voltar até em outubro".

Mas, pela gravidade e extensão da cirurgia realizada, bem como do agravo de base que necessitaria de acompanhamento continuado e prolongado, ou seja, a presença da hipertensão arterial, o Sr. Gabriel opta pela adesão a um plano de cooperativa médica.

É, Saí do SUS, não dava para ficar, né? Depois de tudo... Não dava, tem muito exame para fazer e consultas... Tive que fazer... Tá caro... 220 reais (fala com força na voz), to na carência, sim... Porque, depois da carência vai aumentar ou não? Nun entendo essa carência. Tem um exame para fazer dia 06 de outubro... Prá conseguir outro exame daqueles pelo SUS só por milagre... É um... Não sei te falar... Que coloca a gente dentro de uma maquina (risos), dentro do tubo lá... E aplica um liquidozinho na veia... Vamos tentar pela Unimed. O médico que acompanha ele disse para tentar. Porque nós fizemos um pelo SUS, que marcamos daqui (pelo município de SJRC, através da Secretaria Municipal de Saúde). Este que conseguiu por aqui... Mas não foi completo... O médico de Cuiabá ficou muito triste pelo exame, nós temos ele em casa, guardado, mas, infelizmente não é aquilo que precisamos. Ele disse que não dava para ver o que ele queria... Por isso vai ter que fazer de novo. Segundo o que deu pra gente entender foi o laudo que não foi bem feito...

Vemos assim, que se segue a ciranda entre o sistema de saúde público e o privado, desenhando um processo complementar não regulamentado ou regulado oficialmente, mas que se efetiva na prática dos serviços de saúde. E, embora possa parecer um caso isolado este aqui analisado, ligado a um sistema de saúde ainda

insuficiente para atender as complexas necessidades de saúde da população, entendemos que essa realidade permeia o SUS como um todo, dado o volume de normatizações traçadas para prover algum controle desse processo.

Causou-nos surpresa o fato de que, em toda a narrativa feita pelo Sr. Gabriel e sua esposa no que se refere à sua busca por cuidados, não ter havido qualquer menção ao Pólo Regional de Saúde de Diamantino, visto que SJRC pertence a essa Regional, sendo Diamantino também sede do Escritório Regional de Saúde, lugar, portanto, onde são realizadas as regulações dos municípios pertencentes a microrregião. Para poder compreender um pouco mais a formatação desse complexo regulador, discorreremos sobre o fluxo de regulação nessa Regional, conforme normatizado. Esse desenho pode ser tensionado com o desenho do Itinerário Terapêutico empreendido pelo Sr. Gabriel e sua esposa, apresentado anteriormente, pois ambos representam as duas faces de um mesmo sistema de saúde: o formalizado e o praticado em diversas situações.

7. A CONFORMAÇÃO DO FLUXO DA REGULAÇÃO ENTRE SJRC E CUIABÁ/MT

O complexo regulador é uma estratégia da regulação local, microrregional, que tem o papel de articular e integrar os serviços de saúde em todos os níveis, de forma complementar, hierarquizada, bem com integrar as Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais exercendo uma programação dos serviços de saúde, regionalizando, avaliando e controlando estes serviços. Os complexos reguladores podem englobar o município e todas as relações que ele mantém com o sistema regulador, independente do nível de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Estas relações podem ser representadas através de diagramas que representam o seu fluxo, já que os processos são normatizados através das Portarias e Normas Operacionais já citadas. Para entender como a relação entre o usuário e o serviço de saúde acontece no microespaço do município de SJRC no cotidiano dos serviços de saúde e dos usuários que empreendem buscas por cuidado empregamos as narrativas do Sr. Gabriel e sua esposa sobre a sua experiência de adoecimento e busca por cuidados.

Somos sabedoras, porém, de que se trata de um estudo de caso que envolve uma dada situação de agravo à saúde e seu contexto e, por isso, não ousamos aqui querer generalizar as práticas de atenção e de gestão em torno do desenho da regulação apresentado. No entanto, o tensionamento entre o Itinerário Terapêutico e o desenho da Rede de Regulação da Regional entre Diamantino, SJRC e Cuiabá, nos possibilita algum grau de ampliação dos resultados aqui apresentados para outras situações de buscas por cuidado e oferecimento de práticas de atenção dentro do nosso Estado.

7.1 Desenhos da Rede de Regulação formalizada entre a Regional de Diamantino, SJRC e Cuiabá

Segundo CARVALHO (2005) a implantação e financiamento da Regulação em Mato Grosso oferecem grandes desafios, sendo que essa afirmação baseia-se na dimensão geográfica e no crescimento populacional do Estado de Mato Grosso. Segundo sua apresentação, a Central Estadual de Regulação (CER), foi criada em 2001 com o objetivo de para atender a necessidade de controle da oferta de serviços do Estado para os municípios mais distantes. Para isso foi imprescindível a capacitação dos profissionais, a definição da área de atuação da CER, o fechamento de acordo com parceiros locais, como a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, que possibilitou o início do processo de descentralização da gestão dos serviços especializados oferecidos pelo governo estadual. Para a organização do sistema de serviços, a SES/MT organizou em Cuiabá um serviço que reúne estes serviços, neste são oferecidos serviços não encontrados nos consórcios regionais. Um dos serviços que está centralizado em Cuiabá é o serviço especializado para emergências cardiológicas, sua função é ser referência para as emergências cardiológicas do Estado de MT.

O organograma da Regulação da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso é descrito por Carvalho (2005), sendo constituinte do Sistema de Regulação, da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC, Portaria SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001) que coordena a referência interestadual de serviços especializados para pessoas doentes que necessitam de assistência hospitalar em caráter eletivo desde que não haja oferta destes serviços em seu Estado. Segundo a Portaria 358/2006 a programação dos serviços é obrigatória para possibilitar a funcionalidade desta modalidade de regulação, sendo

Art. 1º A necessidade de complementar a rede de serviços será comprovada por meio de Plano Operativo individualizado de todas as unidades de saúde locais [...] a complementação de serviços deverá estar prevista no Plano de Saúde ou em outro documento devidamente aprovado pelo Conselho de Saúde. [...] a participação complementar no SUS dos serviços privados de assistência à saúde será formalizada mediante contrato ou convênio celebrado com o município ou estado, através de licitação pública. [...] Art. 5º esgotada a capacidade de prestação de ações e serviços de saúde pelos órgãos e entidades da administração pública direta, indireta e fundacional, a gestão do SUS dos municípios, nos estados e no Distrito Federal deverá dar preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, para participação complementar no sistema. Art.

6º independentemente das condições técnicas e operacionais e de outros requisitos e exigências fixadas pelos gestores do SUS, de possuir registro atualizado no Conselho Nacional de Assistência Social, a entidade filantrópica e sem fins lucrativos deverá satisfazer, para a celebração de convênio a esfera de governo interessada, [...] (BRASIL, 2006(d)).

É importante destacar que somente casos eletivos são regulados nesta instância do sistema de regulação, sendo que os casos emergenciais não podem utilizar esse sistema. O Centro Estadual de Referência de Média e Alta complexidade (CERMAC), ligado ao Centro Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), tem como função administrar, executar e avaliar as atividades de média e alta complexidade para o Estado de Mato Grosso. O CERMAC atende a encaminhamentos de casos eletivos realizados pela CER, pois estes serão agendados conforme avaliação registrada em encaminhamento efetuado nos serviços da atenção básica e de média complexidade. Os moradores dos municípios do interior do Estado que necessitam ser atendidos no CERMAC poderão, da mesma forma, ser agendados pela CER.

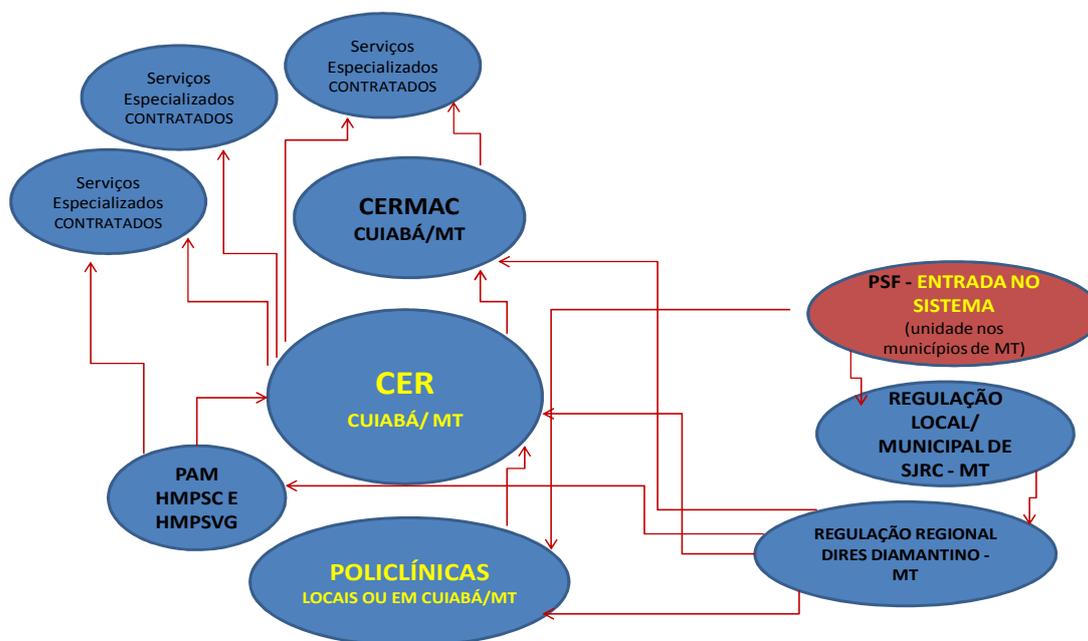
Em 2003 o município de Cuiabá necessitava de um número maior de prestadores de serviços de Média e Alta Complexidade, pois vários serviços privados não renovaram os contratos de prestação de serviços com o município e com o Estado. A situação se mostrava difícil, pois havia falta de leitos na UTI, os médicos reguladores não possuíam vínculo funcional definido com o SUS e, ao mesmo tempo, o Ministério Público Estadual impetrava inúmeros mandados judiciais sobre as ações de Saúde (CARVALHO, 2005). Como principais ações do Estado o autor relata que houve

[...] investimento significativo em tecnologia (informatização do processo); criação de cargo comissionado de Médico Regulador, 80 cargos; supervisor, 49 cargos; descentralização da Regulação em 16 unidades regionais; descentralização das normas e rotinas do SUS (CARVALHO, 2005, p. 05).

Segundo dados da CER/MT relatados por Carvalho (2005), as Centrais Regionais de Regulação estão organizadas no Estado da seguinte forma: são 141 municípios atendidos, totalizando uma população de 2.803.272 habitantes em uma

extensão territorial de 906.806 km². As centrais regionais são em número de 14, distribuídas em todo o Estado, sendo que, em 2003, apenas 03 municípios já haviam implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 08 municípios já tinham em funcionamento o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma de Emergência (SIATE). A também CER/MT regula o acesso às UTIs do SUS para 100% dos leitos; regula a remoção de paciente crítico através do controle de ação das unidades móveis, cuja cobertura deve abranger todo o Estado. Também regula a requisição de serviços da rede privada (UTIs, procedimentos de urgência, média e alta complexidade) e ainda controla e organiza, através da regulação, o agendamento de consultas, exames complementares e leitos para cirurgias e internações. Faz parte de suas atividades, ainda, o gerenciamento do atendimento pré-hospitalar, através do SIATE e SAMU; oferece apoio aos municípios (casas de apoio, acompanhamento das Centrais Regionais e Tratamento Fora Domicílio – TFD); coordena a Supervisão Médica do Estado e a Central de Transplantes (CARVALHO, 2005).

Abaixo desenhamos o trajeto do usuário no município de SJRC (e outros) em busca de atendimento para algumas especialidades médicas (ginecologia, pediatria) que a maioria dos municípios do MT oferece. Se o município não oferece os serviços necessários, é acionada a regulação no nível estadual, que obriga o deslocamento do usuário até a capital Cuiabá para o atendimento solicitado.

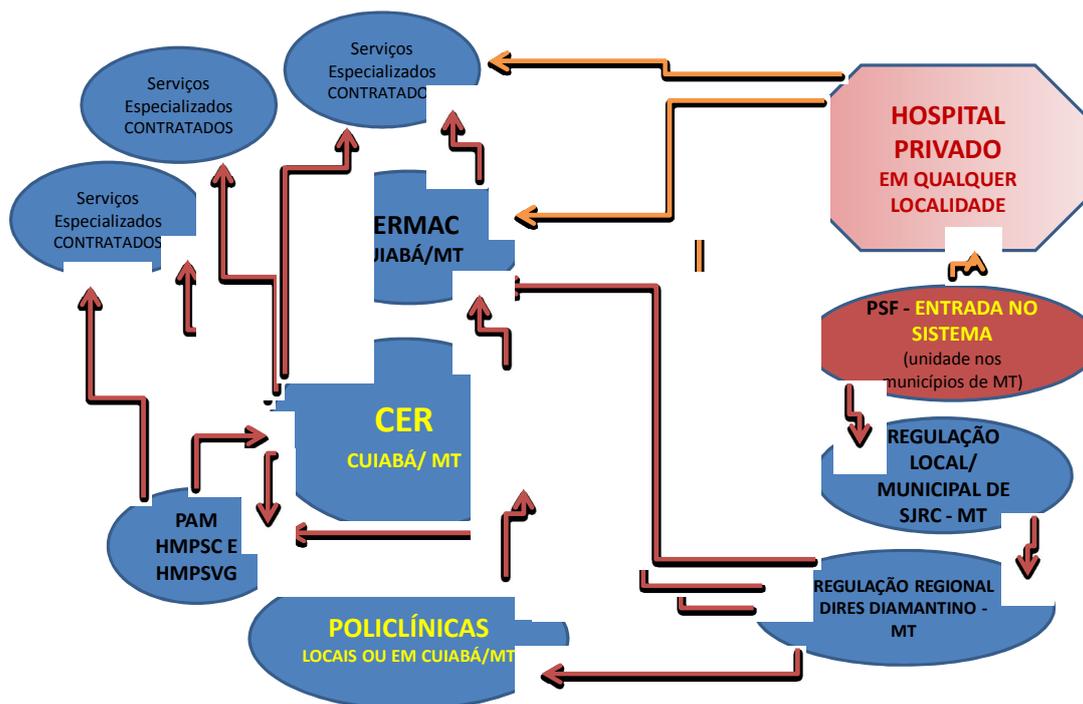


TRAJETO DA MICROREGULAÇÃO DISPONÍVEL NOS MUNICÍPIOS DE SJRC , DIAMANTINO E ROSÁRIO OESTE /MT, 2007.

Analisando o processo regulador proposto pela SES/MT a ser implantado e operacionalizados nos municípios de MT, a porta de entrada principal para o usuário é a unidade do PSF. A partir do primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde, se o usuário precisa de avaliação, o médico do PSF o encaminha para o serviço de regulação MUNICIPAL, com um relatório de encaminhamento (escrito) para avaliação de especialista ou para realização de exames complementares. A microregulação ou regulação local através de telefone/fax, e conforme a disposição dos serviços especializados disponíveis no município, autoriza e agenda o atendimento solicitado. Caso o serviço solicitado não exista no município, é acionado o serviço de autorização de procedimento e agendamento do Consórcio Regional, ou DIRES, a que ele pertence. No caso de SJRC, sua inserção nesta pactuação entre os municípios desta regional, não foi realizada. Quando questionamos sobre esta relação a secretária municipal de saúde informou que o município tinha a capacidade de oferecer os serviços que o consórcio oferecia, por isso a participação de SJRC no consórcio não representava ganhos para o município, já que oferecia as mesmas especialidades já existentes no município. Segundo nossa observação, SJRC oferece no SUS atendimento médico nas especialidades: ortopedia, ginecologia, cirurgia geral e pediatria.

Esta discussão ganha corpo ao cruzarmos estas informações com algumas falas do Sr. Gabriel que já foram descritas anteriormente. Os sentidos da experiência do Sr. Gabriel podem demonstrar os nós existentes na rede viva, pois no desenho não expressa sua dinâmica, deixando de demonstrar os vários problemas enfrentados pelos usuários ao utilizarem esta rede. No caso do Sr. Gabriel, ao necessitar de uma avaliação médica especialista em cardiologia e angiologia, o mesmo precisou ser encaminhado a Cuiabá. Entretanto, pelo seu relato o médico que o atendeu em SJRC não conseguia sua regulação, demonstrando a fragilidade do sistema para atender a necessidade destas especialidades médicas. Outro ponto importante é que a busca por atendimento médico via regulação do estado, durante o final de semana, apresenta dificuldades que não foram possíveis de serem exploradas por esta pesquisa.

Desta forma, ao desenhar como seria o fluxo da rede estadual, segundo a concepção de Carvalho (2005), demonstramos o desenho abaixo.



SÍNTESE DO PROCESSO DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DISPONÍVEL PARA DIRES DIAMANTINO/MT, 2007.

Este sistema é organizado pelo agendamento para todos os seus serviços oferecidos. Isto implica na existência e aumento de uma fila virtual de até 2 meses para alguns especialistas, tratamentos ou exames diagnósticos complexos (Leitura de Imagem Fotográfica – 28/08/07).

As policlínicas aparecem no desenho para demonstrar mais um nível que poderia ser usado/acessado nesta rede, porém não são usadas com frequência, pois fazem parte do sistema de regulação para o município de Cuiabá. O encaminhamento de emergências segue da regulação regional para o HMPSC tendo como via principal a CER, ainda acontecem regulações via telefone diretamente entre os médicos que estão de plantão nos serviços, desconsiderando a figura regulatória da CER (conforme relato do Sr. Gabriel e do médico que o atendeu, já discutida anteriormente). Ainda, os serviços especializados privados, contratados não recebem (mesmo em casos extremos de risco de morte) pacientes que não estejam regulados.

É importante lembrar que o SUS/MT tem hoje 45 leitos de UTI adulto para atender as necessidades do estado de Mato Grosso (CNESnet, 2008), com possibilidade de atender a várias especialidades; para o atendimento cardiológico adulto conta com apenas 13 leitos. É importante citar que são insuficientes para atender as demandas estaduais, ocasionando uma espera de vários dias por parte dos

usuários que necessitam de terapia intensiva nos locais que são porta de entrada em Cuiabá, como o HMPSC e as Policlínicas. Estes serviços que tem a característica de atendimento rápido e encaminhamento, transitórios, são transformados em 'locais de espera para UTI', sem oferecer condições adequadas para atender a sintomatologia e gravidade dos casos atendidos; nestes locais os usuários podem ter uma piora clínica, pois não são realizadas terapêuticas de 'cura', sim terapêuticas de 'espera', paliativas.

Baseados em autores que observaram e estudaram sistemas de regulação (SANTOS, 2006; FERREIRA, 2007) verificamos que nenhum deles consegue, em suas classificações sobre estruturas organizacionais, descrever uma estrutura tão ampla, dinâmica, e articulada entre suas unidades. Ou seja, toda a estrutura demonstrada neste desenho apresenta uma função principal: organização do serviço de saúde do controle das suas demandas (PINHEIRO, 2005; CHIAVENATO, 2004, p. 102-105). Para seguir o nível de análise de Chiavenato (2005), observamos que a solicitação de encaminhamento pode passar por até 5 níveis/serviços diferentes (que não foram inseridos nestes desenhos, mas fazem parte deste serviço), dispostos como unidades de controle entre a solicitação do serviço na unidade básica de saúde e o retorno de sua resposta em forma de agendamento, à saber, na organização do transporte para viagem do usuário, na reserva da casa de apoio para a estadia dele e de seu acompanhante em Cuiabá. Lembramos que para cada passo dentro desta racionalidade de oferta de serviços de saúde, o usuário aciona vários setores diferentes no sistema em busca de possibilitar sua avaliação com o especialista na data marcada.

É interessante a análise de Cury (2000, p. 237-239), na sua interpretação a estrutura com base em função, como é a estrutura do sistema de saúde SUS, tem como

[...] principal característica de agrupamento é a natureza das atividades do trabalho. Assim, podemos conceituar a estrutura com base em função como aquela em que as atividades análogas, interdependentes, que se encadeiam num propósito dominante da empresa, são agrupadas num órgão específico, constituindo a grande unidade setorial da instituição. Exemplificando, todas **as tarefas/atividades, diretamente associadas a produção, são centralizadas num único órgão** – geralmente o departamento -, dirigido por um executivo, observado o princípio de unidade de direção, de Fayol. [...] da sua tendência naturalmente centralizadora, podemos acrescentar, cada função principal somente se interessa por seus próprios objetivos imediatos, concentrando em suas atividades/tarefas específicas toda a energia do órgão. Desse modo o pessoal adquire grande experiência na função e desenvolve crescente capacidade para executá-la. O **conflito com outros grupos é freqüente, porque cada grupo deseja,**

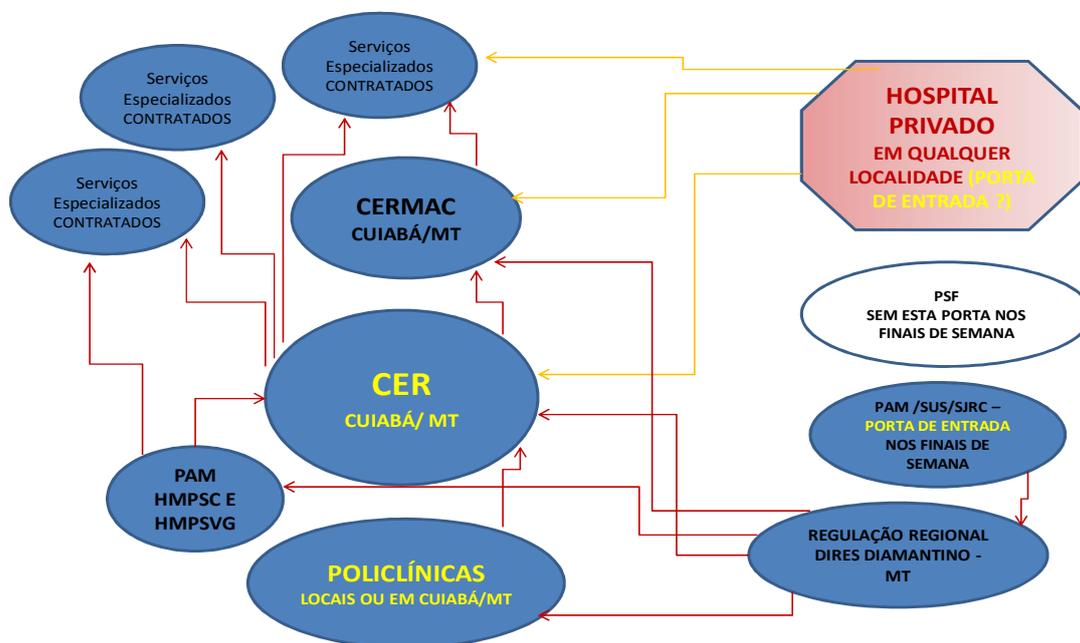
fundamentalmente, atingir seus próprios produtos, tendendo, portanto, cada função, ao egocentrismo. [...] a estrutura com base em função é indicada quando a estratégia requer que se façam produtos de qualidade superior e existe um meio ambiente estável, sendo, todavia, **contra-indicada quando a estratégia requer cooperação forte, interdepartamental, e o meio ambiente é instável.** À medida que se desenvolve a multiplicidade de produtos e de mercados, a prática e a pesquisa tem demonstrado, tornam-se mais **complexas as necessidades de coordenação e de controle de funções díspares** [...] podendo-se ouvir, na empresa, **queixas** [...]; **quase sempre a tomada de decisões sobe até os níveis superiores, que detêm as informações da empresa como um todo; no decurso do tempo, agrava-se o problema, aparecendo as inevitáveis 'filas de espera de decisões superiores', os chamados 'canais competentes', transformando em caminhos longos e difíceis, asfixiando o andamento dos serviços, mesmo os de maior importância; por um processo de contínuo crescimento vertical, real, embora nem sempre racional, intitucionaliza-se um número excessivo de níveis hierárquicos intermediários, cujos chefes dispõem de reduzidas capacidades decisórias; em consequência, há o desencorajamento da iniciativa, ao longo da via hierárquica, acarretando, ao fim de um certo lapso de tempo, a passividade da cúpula, aceitando, como regra geral, a demora no processo decisório, limitando-se os dirigentes a aguardar, indefinidamente, os trabalhos solicitados a seus executivos imediatamente subordinados."**

Podemos identificar vários dos problemas descritos por Cury na rede de regulação do SUS, o maior deles é a existência de filas virtuais (organizadas na forma de agendamento) que hoje substituem as filas reais do antigo INAMPS, cuja imagem ainda povoa a memória dos profissionais da saúde ainda na década de 90. Continuam acontecendo esperas por assistência médica, os usuários continuam sendo manipulados desnecessariamente, sendo reavaliados a cada nível hierárquico que buscam na rede assistencial. Caso ele não tenha sido avaliado em um nível mais elementar de atenção que serviria de porta de entrada para o sistema, logo terá dificuldades ou seu acesso será restrito ao próximo nível hierárquico.

É importante citar também que o poder regulatório do médico do PSF depende não apenas de sua **prática técnica**, depende também da **descrição clínica** realizada no encaminhamento e de **como** é encaminhada a solicitação através dos canais de comunicação organizados para este sistema. O principal canal de comunicação é virtual, por telefone é solicitada a regulação, esta solicitação é encaminhada através de formulário próprio, contendo em anexo, documentação pessoal do usuário do SUS, que consiste em um relatório de solicitação para atendimento médico especializado em um serviço de referência, e enviado através de

fax. O envio da informação/solicitação não garante o atendimento, é exatamente aí que encontramos o primeiro problema com o sistema de regulação. Se a solicitação for de um serviço médico ou assistencial que não tem mais capacidade para atendimento em, no máximo, 24 horas, cria-se a **fila virtual**, que é organizada através de um agendamento para atendimento àquela solicitação. O atendimento para consulta com médico especialista endocrinologista pode ser solicitado com obtenção da resposta após sete dias. O agendamento para atendimento pode demorar até 60 dias após a data de agendamento, mesmo para os encaminhamentos com identificação 'emergência' e história clínica compatível (Descrição de imagem fotográfica, 30/08/07 – ver fotos da Central de regulação de Diamantino e de impressos de SJRC).

O atendimento realizado aos casos emergenciais durante os finais de semana e feriados são diferentes em sua conformação, alteram a porta de entrada no sistema; baseados no atendimento à emergência cardiológica em SJRC, podemos inferir que os atendimentos emergenciais nos finais de semana podem ser encaminhados da mesma forma, reafirmando, assim, o atendimento médico segundo o princípio da equidade. Abaixo demonstramos:



ASSISTENCIA MÉDICA PARA EMERGÊNCIAS, DISPONÍVEL PARA DIRES DIAMANTINO/MT DURANTE OS FINAIS DE SEMANA , 2007.

É importante ressaltar que a CER MT atende a regulação de urgência e emergência durante 24 horas por dia, possibilitando acesso ao transporte médico aéreo e/ou terrestre para todo o Estado, entretanto este serviço não foi acionado pelo médico que realizou o primeiro atendimento do Sr. Gabriel. Carvalho (2005, p. 15) afirma que o tempo previsto para a CER atender as urgências e emergências, acionando o sistema de regulação é de vinte minutos, sendo que o processo de regulação acontece da seguinte forma:

[...] Médicos Assistentes atendem os Pacientes do SUS e verificam a necessidade de regulação, entram em contato com o médico regulador no Centro de Regulação de Urgências e Emergências que analisa, a situação e registram a ocorrência; a Central de Regulação do Estado emite o Boletim de Regulação e aloca os recursos necessários ao atendimento, com tempo previsto de 10 a 20 minutos. Nos casos de processos eletivos os Médicos Assistentes atendem os pacientes em Unidades do SUS: Pronto Socorro, Pronto Atendimento, Policlínicas, Programa de Saúde da Família, etc.; Após exames, o laudo de AIH é encaminhado para Assistente Social da Unidade de Referência mais próxima; Na CER os Médicos reguladores analisam o laudo AIH; autorizam o procedimento; colocam o procedimento em lista de espera, se necessário, e após a liberação, emitem a AIH e encaminham ao hospital que disponibilizou a vaga; tempo previsto do processo de 1 a 60 dias (CARVALHO, 2005, p. 15).

As mudanças descritas acima causaram um impacto muito grande na forma de procura e de oferta de atendimento à saúde para os usuários do SUS nos municípios do interior do MT. Como toda mudança de processo ou rotina necessita ser informada e/ou comunicada, estas mudanças na forma de encaminhamento dos casos de pessoas doentes que precisam de um serviço com maior grau de complexidade, com o deslocamento de seu município para serem atendidos nos serviços especializados do SUS em Cuiabá, têm o direito de obter informações claras sobre as **portas de entrada** do SUS.

Esse tema foi amplamente debatido na I Conferência Municipal de Saúde de SJRC, em 2003, e a falta de informação é, ainda hoje, ponto de dificuldades para acesso à saúde no município. Sobre a falta de informação acerca da regulação e a não inclusão do Sr. Gabriel dentro do sistema público de saúde quando foi admitido no HPMSC, Sr^a Julia relata que,

não... Ninguém falou nada para nós... Não, não nem a gravidade do problema, orientar o que podia acontecer na estrada... Nada, nada. Nenhuma luz que falou, olha o problema é este e a situação dele é

esta... Nada mesmo. Até porque, nós não sabíamos o que tava acontecendo com ele, sabia que era grave... Só sabia que ele tinha pressão alta... e eu na minha cabeça, sentia tinha pra mim que era um infarte ou um derrame... porque a perna dele paralisou... Ele não reclama de dor... E ele chorava de dor, gritava de dor... Não... Só a ambulância... Nenhum papel, nenhuma informação, sem regulação... Eu nem sabia o que era isso.

A discussão sobre os encaminhamentos realizados pelo município foi tematizada nos trabalhos de grupos durante a I Conferência Municipal de Saúde de SJRC, em 2003, sendo amplamente discutida com vários atores municipais e do Estado. Segundo a ata dessa reunião (SJRC, 2003c) temos o seguinte registro:

[...] a Implantação da ouvidoria no Conselho Municipal de Saúde, Implantação de um consórcio intermunicipal na Regional de Diamantino, visa garantir parcerias com demais secretarias e órgãos competentes do Estado, redefinir os valores da tabela de procedimentos do SUS criar tabela de TFD intermunicipal, redefinir as contrapartidas do Estado nas questões relacionadas ao atendimento fora do município (meios de transporte / ajuda de custo), habilitação na NOAS/SUS/2002, disponibilizar veículo para atender as famílias na zona rural, [...] aumento da informação de saúde para a população, cadastrar hospital municipal no SUS, ampliar serviços prestados, criar convênios com outras entidades estaduais, municipais e privadas, buscar junto a SES reorganização e normalização da Central de Regulação de Vagas (Ata da 1ª Conferência Municipal de Saúde de SJRC, 24/12/2003).

No entanto, apesar da discussão acontecida há anos, ao se pôr em movimento o complexo regulador ele ainda se mostra insuficiente para dar conta da demanda de cuidados de uma dada microrregião do Estado. Lucchese (2003), ao tratar da equidade na gestão descentralizada do SUS, com enfoque nos desafios que se apresentam para a redução das desigualdades em saúde, tendo por base as discussões de Boaventura de Sousa Santos, aponta que esse autor, de uma perspectiva mais ampla:

[...] ao discutir a crise do contrato social da modernidade e os impactos da globalização nas estruturas e práticas nacionais e locais, amplia o campo de desafios com que se depara a gestão pública, ao chamar a atenção para a urgência de se estabelecer, nesse ambiente heterogêneo e contraditório de grandes mutações, um novo modo de regulação social, fundado em processos de deliberação democrática e em uma nova institucionalidade compatível com um Estado articulador, integrador e coordenador de um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não estatais, nacionais e globais (LUCCHESI, 2003, p. 444).

A mesma autora, ao apontar alguns caminhos possíveis para superar as dificuldades nos espaços institucionais de formulação, gestão e/ou ação setorial, destaca, entre outros,

[...] a valorização da experiência cotidiana da população, dos usuários do sistema, dos profissionais de saúde, dos gestores locais, não apenas na avaliação e controle de suas ações e na definição de prioridades e estratégias para a gestão política da saúde, mas na identificação e qualificação permanente dos problemas, carências e lacunas na operação do sistema de saúde (LUCCHESI, 2003, p. 447).

Empregando ainda as palavras da autora, entendemos que, particularmente as experiências cotidianas dos usuários dos serviços do SUS ao empreenderem buscas para suas necessidades de saúde, trazem um potencial de **promover a equidade na gestão do sistema de saúde**, razão pela qual, buscamos, aqui, dar-lhe o destaque e a centralidade necessários em nossas análises.

8. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE INTEGRALIDADE E SEUS REFLEXOS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DESTE ESTUDO

O princípio da integralidade da atenção à saúde tem sido contemplado sob diversos olhares que buscam compreender os múltiplos sentidos desta diretriz (MATTOS, 2004), inserindo no contexto do SUS as premissas necessárias para a sua efetivação através de novas práticas, ou seja, na mudança do modelo assistencial à saúde da população. Tal princípio baseia-se em ações positivas de promoção, garantia de atenção à saúde em todos os níveis de atenção, promovendo a acessibilidade e resolutividade, ao mesmo tempo em que busca proporcionar complementaridade entre as ações de saúde, através da abordagem integral aos problemas de saúde resultantes de uma nova práxis dos profissionais de saúde (DESLANDES, 2004).

A assistência a todas as necessidades e em todas as fases da vida tem sido uma das idéias que alguns programas de assistência integral, já realizados pelo sistema público de saúde no Brasil, como o Programa de Assistência *Integral* à Saúde da Mulher, tem como diretriz (OLIVEIRA et al, 2004). Pensado na década de 80, este programa é intitulado como tal, mesmo com a incerteza da equipe autora do projeto sobre o então nascente conceito de integralidade, do seu impacto no modelo assistencial e nas políticas de saúde. As ligações entre os preceitos que constituem o paradigma da integralidade colocam-se, então, conectados à verdadeira natureza da realidade, pois as políticas de saúde e as ações em saúde deveriam ser pensadas à luz desta diretriz.

Em 2001, Mattos faz a reflexão sobre os sentidos atribuídos à integralidade, tentando identificar as marcas específicas das políticas e das práticas que a ela estavam relacionadas. Aponta a concepção da saúde como um direito de todos, resultante da construção crítica de militantes e intelectuais, compondo o corpo de uma “imagem-objetivo” que reúne um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas desejáveis. Mattos (2001) aponta ainda que a imagem-objetivo é polissêmica, visto que não especifica formas, nunca é detalhada, sendo expressa em enunciados gerais, que pode num certo momento, unir atores políticos que possuem a mesma crítica à realidade instituída, ainda que possuam projetos específicos distintos.

Hartz (2005) entende por imagem objetivo uma representação, em pequena escala no presente, de algo que se pretende executar para o futuro,

constituindo-se em um modelo, molde, enfim, imagem que serve de exemplo ou norma que se procura imitar nas ações, nos procedimentos. A construção deste molde deve ser processual, considerando e eliminando os problemas de coerência entre os distintos objetivos, tornando-os encadeados de forma harmônica.

Na construção dos preceitos da integralidade, gestores, técnicos da saúde e pesquisadores reúnem informações, estudos que constroem e desconstroem estas teorias, através de consensos ou discensos, nascendo, então, uma imagem-objetivo para nortear as práticas em saúde. Conclui-se que a imagem-objetivo serve como espelho da realidade, mais complexo, porém, pois não reflete apenas a realidade exata, reflete exatamente a diferença entre o que se deseja e o que é. Estes preceitos podem mudar conforme os estudos vão se inserindo nas realidades e verificam novos fatos, que servem para realimentar os estudos e as teorias criadas.

Pinheiro et al (2005) afirma que a gênese dessas teorias, que têm sido fonte de estudos, deve estar inserida na realidade assistencial, sendo sempre originada a partir dessas realidades, pois o caminho inverso criaria uma imagem-objetivo hipotética, logo, incapaz de refletir as diferenças. Por isso, Hartz (2005) preocupa-se em avaliar os parâmetros criados para perceber as diferenças entre a imagem-objetivo e as realidades assistenciais em saúde. No Brasil, as práticas ainda diferem desta diretriz, pois ainda se verifica alguma desintegração dos serviços nas redes assistenciais segmentadas, o que é apontado como um dos fatores da não resolutividade para os problemas de saúde dos usuários do SUS (CAMPOS, 2004).

Entendemos por rede assistencial ou sistemas integrados de saúde, em seu sentido amplo, como

[...] um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. (HARTZ; CONTANDRIOPOULUS, 2004, p.332)

Os autores seguem afirmando que

[...] A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. (HARTZ; CONTANDRIOPOULUS, 2004, p. 332)

Assim, entendemos que, mais do que “alinhar os serviços de saúde” em uma organização de rede hierarquizada, que recorta os serviços, principalmente, pela densidade tecnológica e pelos especialistas que possuam para a assistência a saúde, seja necessária a constituição de redes de cuidados capazes de oferecer atenção à saúde de modo articulado e prolongado a uma dada população que Hartz e Contandriopoulus (2004) denominam de *continuum* dos cuidados. No entanto, o que pudemos apreender da experiência de adoecimento e busca por cuidados trazida pelo Sr. Gabriel e sua esposa é que a rede de atenção, nos moldes em que está sendo posta em prática, longe de oferecer um *continuum* de cuidados, mostra o desenho de uma assistência fragmentada, medicamente centrada e pontual em suas ações, que contraria qualquer princípio de integralidade e de integração dos serviços que se possa conceber.

O Itinerário Terapêutico aqui apresentado nos mostra, de modo claro, que, em uma situação de emergência cardiocirculatória, que, pela sua própria natureza, precisaria de práticas profissionais de atenção e de gestão resolutivas e imediatas, sob risco de morte, constituiu-se em uma peregrinação pelos serviços públicos e privados, cuja articulação se fez com base em acordos de alguns profissionais médicos. Mesmo que consideremos a especificidade do “caso” em foco, pouco generalizável, portanto, para outros agravos e situações de busca por cuidado, é forçoso reconhecer a insuficiência do sistema de saúde em sua configuração atual e, dentro dele, do complexo regulador em saúde em nosso Estado.

Entendemos, também, que qualquer avaliação que envolva o SUS precisa, necessariamente, ter como um dos focos de análise a lógica daqueles que utilizam os serviços de saúde nos seus processos de adoecimento e busca por cuidados, pois como pudemos mostrar, suas trajetórias nessa busca se desenham com base na capacidade de dar respostas efetivas e resolutivas às suas necessidades de saúde. Reforçamos, assim, nosso pressuposto de que compreender o Itinerário Terapêutico empreendido pelo usuário do SUS, ao buscar cuidados para suas necessidades de saúde, nos permite uma imagem dinâmica da maneira como está sendo ofertado o cuidado pelos serviços e profissionais de saúde.

Pudemos também empregar o Itinerário Terapêutico desenvolvido dentro da pesquisa maior, à qual este estudo se vincula, como uma tecnologia bastante viável para essa avaliação do cuidado em saúde e da organização dos serviços para oferecê-los, mostrando sua eficácia mesmo tendo por foco uma situação

de emergência que teve seu desenrolar em uma temporalidade bastante restrita, dada a sua própria característica. Dessa forma, compreendemos que colaboramos não apenas com o conhecimento produzido dentro do grupo da pesquisa, como também com a área da avaliação em saúde de modo geral, trazendo outra possibilidade de pensar e operacionalizar a avaliação de serviços de saúde, com enfoque especial para a rede de regulação em saúde.

Concordamos com Ferreira (2007) ao afirmar que o complexo regulador pode ser uma ferramenta de avaliação e de gestão, no entanto, a sua utilização pode se prestar também à reprodução do sistema hegemônico, que tem se mostrado iníquo, ineficiente e pouco efetivo para a resolução dos problemas de saúde. Da mesma maneira, pode se constituir em um instrumento crítico para o exercício das práticas gerenciais e assistenciais de modo mais consoante com um modelo de atenção mais abrangente, integral, justo e humanizado para a população.

Por fim, entendemos a limitação temporal e de abrangência deste estudo, dada sua própria natureza acadêmica, abrindo-se, no entanto, com as possibilidades de ampliação que se apresentam ao “colocarmos em circulação” as idéias nele constantes, convidando aqueles que a ele tenham acesso para novos olhares e formas de compreender o que aqui apresentamos.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, jan-fev, 9(3):583-592, 2004.

AZEVEDO, R. C. de S. E RAMOS, F. R. S. Arqueologia e Genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília(DF), maio-junho, 56(3):288-291, 2003.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – a Unidade de Terapia Intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; AZEVEDO, Rosemeyre Capriata. Materialidade discursiva e não discursiva das práticas profissionais: pistas do método em Foucault. In: **Seminário de estratégias metodológicas em pesquisa qualitativa - história de vida focal e casos exemplares**. Disponível em: <[http://br.groups.yahoo.com/group / pesquisabr163/](http://br.groups.yahoo.com/group/pesquisabr163/)>. Acesso em: 27 de jun. de 2006.

ATAÍDE, Inês de Fátima Cunha. **As Internações no contexto da reforma psiquiátrica em Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Área de concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem-FAEN/UFMT, Cuiabá-MT, 2007, 105p.

BAHIA, Secretaria de Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Regulação da Assistência à Saúde: o que o município precisa saber. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Salvador: Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde. Coordenação de Regulação, 2005. Disponível em: <<http://WWW.saude.ba.gov.br/regulasaude/arquivos/O%20que%20%20Municipio%20Precisa%20Saber.pdf>>. Acesso em: 25 de jan de 2008.

BELLATO, Rosenev. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2001a. 209p.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: **Seminário Internacional de Estudos Regionais Sul-Americanos: Contrastes Socioterritoriais e Perspectivas de Integração Regional**, 2, 2006, Cuiabá. **Resumos....** Cuiabá: UFMT, 2006b.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; FARIA, Ana Paula Silva de; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; CASTRO, Phaedra; SOUZA, Solange Pires Salomé de; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. A História de Vida Focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm. UFG**. Goiânia, 2007a.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. **O Itinerário Terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde**. Cuiabá, 2007b. Mimeo.

BOSI, Eclea. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Cia das Letras, 1994.

BOSI, Eclea. **O tempo vivo da memória: Ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal**. Barueri: Jurídica Manole, 2004, 1945p.

BRASIL. **DATASUS - Dados Epidemiológicos referentes a 1999, 2002, 2003 e 2004**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: junho de 2006(a).

BRASIL. **DATASUS – Indicadores Epidemiológicos de São José do Rio Claro**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Desenho do Plano Diretor de Regionalização, segundo a NOAS**. 2001(a). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP/PDR/prd.htm>>. Acesso em: 06/02/08.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação de Integração Programática, Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde, 2006 (b). 3v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (c). 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (d).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização à atenção à hipertensão e diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001(b). n.59, Série C Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Editora MS, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível: <<http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf>> Acesso em: 24 de Out de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, Antônio Augusto. Implantação e Financiamento da Regulação em um Estado continental. Gerência de Informação em Saúde/COP/SPOF/SAG/SES-MT. Governo do Mato Grosso, **Apresentação Oral 1º Encontro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)**, Fortaleza, 2005. Disponível em:< http://www.saude.mt.gov.br/site/informe/arq_texto-informe.php?>. Acesso em: 10 de jan de 2008.

CAMPOS, Francisco Vieira de. **Retrato de Mato Grosso**. São Paulo, 1960, 160p. Mimeo

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, 2005. Disponível em: <http://WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0102-311X2005000400029&lng=PT&nrm=iso>. Acesso em: 03 de mar de 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº7, jan/jun, p. 122-135, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 1.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 517p.

CNESnet, Ministério da Saúde. Relatórios e Consultas. Disponível em: <<http://WWW.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de dez. de 2007.

CURY, Antonio. **Organizações e Métodos, uma visão holística**. Perspectiva Comportamental e Abordagem Contingencial. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000. p. 219-259.

DESLANDES, Suely F. Análise do Discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 7-14, 2004.

FARIA, Ana Paula Silva de. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com diabetes mellitus**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem-FAEN/UFMT, Cuiabá-MT, 2007, 224p.

FARIA, Ana Paula Silva; SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes; BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Acesso e acessibilidade: uma análise sob a perspectiva da integralidade na atenção em saúde. In: Congresso brasileiro de enfermagem, 59, 2007, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: ABEN, 2007. ISBN 978-85-87582-29-4.1 CD- ROM

FEMA, Secretaria do Meio Ambiente. Dados sobre desmatamentos do estado de Mato Grosso, região de São José do Rio Claro, Brasília, 2007 Disponível em: <<http://WWW.fema.mt.gov.br>>. Acessível em: 28 de jan. de 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 741, 1999.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. 295p.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (Org.) **Gestão em**

redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 459-473, 2006.

FERREIRA, Janise Braga Barros. **Avaliação do complexo regulador do sistema público de serviços de saúde.** 2007, 208p. Tese (Doutorado), Área de concentração: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários Terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11): p. 2449-2463, nov, 2006.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe Rangel S.; Vozes da Participação: Espaços, Resistências e o Poder da Informação. In: Pinheiro, Roseni; Matos, Ruben Araujo. (org.) **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, p 223 – 237, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Hartz, Zulmira Maria de Araujo, (org.) Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-69, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços e saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicadores de qualidade do sistema local de saúde. **Revista Saúde Pública**, 30(4):310-8, 1996.

HAUGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis: Vozes, 3. ed. p. 79-91, 1997.

HIPERDIA, Ministério da Saúde. Informes dos Indicadores do Programa Hiperdia. Brasília, Sistema de Informação (SIA), 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 de Nov. de 2007.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos populacionais no ano de 2000. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://WWW.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 de Nov de 2007.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos populacionais em 2007, recontagem populacional. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://WWW.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 de jan de 2008.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 3. Ed., São Paulo: Atlas, 2000, 289p.

LOPES, Rosana Machado; SILVA, Ligia Maria Silva; HARTZ, Zulmira Maria Araújo. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S283-S297, 2004.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na Gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 439-448, 2003.

LUZ, Madel. Fragilidade Social e Busca de Cuidado à Sociedade Civil de Hoje. IN: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESCUERJ, ABRASCO, p.9 - 20, 2005.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade em sistemas privados-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**.2006. 211p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas,SP: 2006.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. **Estatísticas municipais de Mato Grosso - 2002 - São José do Rio Claro**. Cuiabá, 2002, 56p.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 39 - 64, 2001.

MATTOS, Ruben Araujo de. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (ORG.) **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, p.36-43, 2005.

MATTOS, Ruben Araujo de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, set./out., 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**. 6 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, 406p.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai/jun, 2005.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia; CARVALHO, Marília de Sá; TRAVASSOS, Claudia Maria. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S298-S309, 2004.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia. **A multiplicidade do único: Território do SUS**. Tese submetida ao Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. / Organização Pan - Americana da Saúde, Brasília: OMS,2003.

PNASS, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Sistema de Informação do MS, 2007. Disponível em: <<http://WWW.pnass.gov.br>>. Acesso em: 23 de jan de 2008.

PASCHE, Dário Frederico, RIGHI, Liane Beatriz, THOME, Henrique Inácio *et al*. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, dez. 2006, vol.20, no.6, p.416-422.

PENNA, Maria Lucia Fernandes. Condição Marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. **PROJETO GERUS**. Disponível em:<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textoapoio/pubo6U1T2.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2006.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas reflexões sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, p. 11 - 31,2005..

RAYNAUT, Claude. Interfaces Entre a Antropologia e a Saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, jun; 27(2): p. 149-65, 2006.

SANTOS, Elizabeth Jeanne Fernandes e Bellato, Roseney. Práticas Regulatórias no SUS: um estudo de caso sobre a regulação para a emergência cardiocirculatória de um morador de São José do Rio Claro/MT, desenhos sobre os trajetos percorridos. **Apresentação oral na Oficina Técnica sobre Práticas Avaliativas e Integralidade na Atenção Básica em Saúde**, LAPPIS, Rio de Janeiro, fev. de 2008. Mimeo.

SANTOS, Antonio Carlos. Fontes orais: testemunhos, trajetórias de vida e história. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: http://pr.gov.br/arquivopublico/pdf/palestra_fontes_orais.pdf#search=%22eclea%20bosi%20hist%C3%B3ria%20de%20vida%22> Acesso em: 21 de ago. de 2006.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. 2006. 191p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2006.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface-Comunic**, Saúde, Educ, v.9, n.18. p-25-41, 2006.

SÃO JOSÉ DO RIO CLARO (Município). **Dados Gerais do Município de São José do Rio Claro. 2007. Disponível em: www.saojosedorioclaro.mt.gov.br/arquivos/args/30.doc**. Acesso em: 04 de fev. de 2008.

SÃO JOSE DO RIO CLARO (Município). Relatório de Gestão Municipal, 2006. **Coordenadoria de Auditoria, Secretaria do Estado de Saúde, Governo do Estado do Mato Grosso**, 2006 (a).

_____. Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde – prioridades e objetivos – Municípios com menos de 80 mil habitantes, **SISPACTO-** aplicativo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde. Estado: MT; Município: São José do Rio Claro. Disponível em <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/anexoIV.asp>> Acesso em: 28 de ago. de 2007**(b)**.

_____. Ata da: 1ª **Conferência Municipal de Saúde de São José do Rio Claro** – MT, em 24 de out. de 2003 (C). Mimeo.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Saúde. Indicadores de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/site/indicadores>>. Acesso em: 15 de abr. de 2007.

SIH/DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/site/indicadores>>. Acesso em: 15 de abr. de 2007.

SOUZA, Solange Pires Salomé de Lima. **A repercussão da febre reumática e da cardiopatia reumática na vida de crianças e adolescentes: o movimento entre sentir-se saudável e sentir-se doente.** 2006. 238p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto-SP,2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Projeto de Pesquisa BR 163. **“Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso”.** **Desdobramentos Da Organização Do Projeto De Pesquisa.** Faculdade de Enfermagem/ UFMT: Cuiabá, 2006.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Focault & Educação.** 2. ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2004, 192p.

ANEXOS

ANEXO 1

**PESQUISA: OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DA AREA DE ABRANGENCIA DA BR 163 NO ESTADO DO MATO GROSSO.**

**REGISTRO DE ENTREVISTAS REALIZADAS EM CUIABÁ E SJRC – COLETA DE DADOS
ENTRE ABRIL DE 2007 E SETEMBRO 2007²**

NOME DA PESQUISADORA:

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

TRAÇADOR:

EVENTO-SENTINELA:

DATAS DAS ENTREVISTAS:

1 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

2 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

3 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

4 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADO⁴:

DATA NASCIMENTO:

CIDADE:

ESTADO:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO DO ENTREVISTADO:

CIDADE:

CEP;

TELEFONE PARA CONTATO:

DADOS FAMILIARES: (Relacionar todas as pessoas que moram na mesma casa)

GRAU/
PARENTESCO

NOME

ESTADO CIVIL

IDADE

ESCOLARIDAD
E

PROFISSÃO

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ONDE O ENTREVISTADO SE ENCONTRA:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO (segundo o diagnóstico clínico):

DATA DA HOSPITALIZAÇÃO:

DATA DA ALTA HOSPITALAR:

TEM RETORNO AMBULATORIAL MARCADO:

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

(A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE ESTÁ REGISTRADA COM OS REGISTROS NO
DIÁRIO DE CAMPO)

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

DATA DA ENTREVISTA:

NºENTREVISTA: 01

INÍCIO DA ENTREVISTA:

TÉRMINO DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADO:

LOCAL DA ENTREVISTA:

LEGENDA:

PRIMEIRA ANÁLISE

²Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Bellato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

ANEXO 2

**PESQUISA: OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DO MATO GROSSO.**

REGISTRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPATIVA - SJRC – COLETA DE DADOS ENTRE
ABRIL DE 2007 E SETEMBRO 2007

DIÁRIO DE CAMPO³

NOME DA PESQUISADORA: ELIZABETH JEANNE FERNANDES SANTOS

REGISTRO DOS DADOS DE OBSERVAÇÃO

DATA DA OBSERVAÇÃO:

PRIMEIRA ANÁLISE

NÚMERO DA OBSERVAÇÃO:

³Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Bellato e Profª Drª Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

ANEXO 3

LEITURA DE REGISTROS FILMATOGRAFICOS E FOTOGRAFICOS

AUTORAS: Laura Filomena Santos Araújo, Ana Paula Faria e Roseney Bellato.

Considerando a quantidade de registros fotográficos e filmatográficos produzidos no âmbito da pesquisa BR 163, a intenção, neste texto, é discutir um caminho possível de leitura de imagens, tendo como base o percurso teórico-metodológico do projeto inicial, especialmente relacionado às práticas profissionais de gestão e de atenção em saúde. A intenção é, também, compormos nossa experiência de usos da imagem em pesquisa.

Abordaremos, inicialmente, imagens fotográficas, buscando organizar a autoria do registro e a identificação da película; bem como, orientar a descrição e análise interpretativa da imagem.

Leitura de Imagens

1. Que elementos que configuram uma prática concreta podem ser objeto de captura num registro fotográfico? Ou, o que um registro fotográfico pode conter de práticas concretas?
2. Neste registro fotográfico, o que pode ser detalhado pelo nosso olhar? Ou, como nos colocarmos diante de uma fotografia/registo e proceder a leitura da sua imagem?

A imagem é tomada em sua possibilidade de retratar uma Prática, no “modo” como a mesma se configura, na materialidade da mesma.

Tendo como referencia o referencial de Foucault, a leitura e análise de registros de práticas concretas pode ser realizado com base nos momentos:

- 1º Passo: descrição. Este passo é composto pelos momentos: modo de dispor a prática e modo de funcionamento da mesma.
- 2º Passo: analítico e interpretativo. Neste momento indaga-se dos dispositivos, relações, disposições, táticas e estratégias que configuram a prática e remetendo às relações saber-poder. Exige uma posição de estranhamento do pesquisador para indagar das práticas.

A Descrição de imagem pode ser construída com ajuda da observação direta realizada no trabalho de campo, sendo que esta observação ancora, especialmente, a descrição do modo de funcionamento da pratica retratada. Importa, então, que a imagem e a observação possam ser realizadas pelo grupo de autores/pesquisadores.

Podemos selecionar “Imagens Exemplares” destacando, dentre os muitos registros, aqueles que trazem elementos significativos da prática que se pretende analisar.

Podemos eleger um conjunto/sequência de imagens, pois podem nos ajudar a reconstituir um “modo de acontecer” de uma prática.

A análise de conjunto/sequencia de imagens pode ser útil, uma vez que, em trabalho de campo produzimos registros numa certa continuidade de tempo (o dia percorrido, o período de horas em que o registro se deu...), espaço (estava aqui e fui para mais adiante realizando registros, percorri "tanto" de um caminho que tem tal extensão...) e cenários (multiplicidade de pessoas, gestos, falas, relações, que compõem repertórios de práticas e de vividos capturados pela câmara fotográfica).

O conjunto/sequencia de imagens contem, também, certas discontinuidades - os nossos próprios trânsitos entre cenários, tal como o percurso entre a Br 163 e a chegada em Sinop, os vários lugares de Marcelândia, uma cena que se intromete neste meio, contando histórias não previstas no nosso "script" inicial de registro (o

índio e a freira encontrados na rodoviária de Sinop e tantas outras surpresas). E, assim sendo, o conjunto/sequencia de imagens segue "encadeamentos" muito próprios, únicos.

Em sua leitura, este conjunto de imagens nos permite reconstituir a experiência, percorrer novamente os caminhos, seguir os sentidos que fomos dando no próprio ato de escolha de cada registro, pois fotografar é um ato em que estamos "implicados" naquilo que capturamos com nosso olhar.

Lembrar, ainda, que o registro produzido (a imagem) traz o olhar do pesquisador; olhar, este, mediado pela câmara fotográfica que detém em si, como **tecnologia de captura**, toda uma **técnica** e uma **estética** que mal começamos a experimentar, como grupo de pesquisa.

Modo de dispor a prática – “estática”

O modo de dispor a prática inicia-se com a descrição das coisas, sendo “coisa” tanto objetos, como pessoas e as relações entre as mesmas (imagem de um sítio arqueológico).

Elementos que constam na descrição: descrições de forma, cor, tamanho, distribuição, organização, nomeação, conteúdo, qualidade, padrão, localização, configuração.

Modo de funcionamento

Lembrar que é neste momento, especialmente, que a leitura de imagem se associa com a experiência de campo, na qual a observação se deu.

Modo Analítico:

Desenvolver análise segundo referencial teórico.

Notar as **continuidades e rupturas** (normalizações e dissonâncias) entre as imagens sendo encontrados “jeitos” de coexistência destas formas no cotidiano da instituição.

ANEXO 4

PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO EM SAÚDE EM SUA MATERIALIDADE DISCURSIVA E NÃO DISCURSIVA (Projeto BR 163 – Desdobramentos, 2006, p. 13)⁴

Instrumentos técnicos de pesquisa

materialidade não discursiva - imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador, tais como formas, processos, organizações, localizações, disposições, relações, procedimentos, técnicas e demais execuções – as práticas podem adquirir diversas formas – um atendimento, uma técnica, um procedimento (a consulta médica, por exemplo)

Observação

Seleção de corpo documentário das práticas (registros produzidos pelos profissionais - manuais, planos, relatórios; e manuais operacionais - regimentos, normas, protocolos, rotinas, manuais, impressos, etc)

materialidade discursiva – os discursos observados ou documentados, produzidos ou não por trabalhadores (médicos, enfermeiros) ou gestores.

Registro de Cenas e cenários – imagens fotográficas e filmatográficas

As práticas que irão compor o *corpus de análise* e instrumentos de apreensão:

	Materialidade discursiva	Materialidade não discursiva
→ Consulta médica	Prontuário do usuário	Observação da consulta, fotos dos espaços e filmagem da consulta
→ Atendimento/consulta de enfermagem	Documentos de registro de atendimento, instruções e normativas na unidade	Observação do atendimento/consulta de enfermagem, fotos dos espaços e filmagem do atendimento
→ Agendamento de consultas e Regulação (referência e contra-referência)	Documento de referência e contra-referência, instruções normativas na unidade	Observação do agendamento, fotos dos espaços e filmagem do agendamento
→ Planejamento estratégico	Plano Municipal de Saúde - Plano de Programação Pactuada e Integrada – quadrienal e anual Relatório de gestão Conselho Municipal de Saúde – atas de aprovação do plano e seu relatório Organograma da SMS sistemas de informações da SMS	

⁴Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. LAURA FILOMENA SANTOS DE SARAÚJO.

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **“OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”**

Pesquisadores e instituições envolvidas:

Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli (ISC/UFMT), Dra. Maria da Anunciação Silva (FAEN/UFMT), Ms Elisete Duarte (ISC/UFMT), Esp. Júlio Strubing Muller Neto (ISC/UFMT), Ms. Lydia Maria Bocaiúva Tavares (NDS), Mestranda Fátima Ticianel (SES/MT), Esp. Maria José Silva Pereira (SES/MT), Graduanda Mirian Cristhina Roewer Monteiro (SES/MT) Dr^ª. Roseney Bellato, Dr^ª. Wilza Rocha Pereira, Dr^ª. Sônia Ayako Tão Maruyama, Dr^ª. Rosa Lúcia Ribeiro, Ms. Maria Aparecida Vieira, Ms. Solange Pires Salomé de Souza, Dr^ª. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa, Dr^ª. Laura Filomena Santos de Araújo, Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira, Ms. Mara Regina Ribeiro Souza Paião, Ms. Jocely Fernandes A. B. de A. Lins, Esp. Elizabeth Jeanne Fernandes Santos

Objetivo principal:

Apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder à atenção em saúde da população residente nos municípios selecionados da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso, sob a perspectiva: do processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF); da materialidade das práticas profissionais, assim como da lógica de quem busca por atendimento nos serviços de saúde

Procedimentos:

A coleta de dados será realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas aos agentes decisores e questionários fechados auto aplicáveis para os implementadores (médicos e enfermeiros). As entrevistas abrangerão o perfil sócio-ocupacional dos entrevistados e suas opiniões avaliativas sobre as várias dimensões do programa, e das condições de implementação e funcionamento do PSF no município.

A coleta de dados será feita, também, através da história focal de vida dos sujeitos selecionados como eventos-sentinelas no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, localizando-se dentro dela o evento de agravo à saúde atual.

A coleta de dados será feita, ainda, pela observação de Casos Exemplares de práticas de atenção e práticas de gestão em saúde em sua materialidade discursiva (os discursos observados ou documentados) e não discursiva (imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador).

Os resultados de sua entrevista irá compor um **Banco de Dados em Pesquisa** que será gerenciado pela coordenadora deste projeto, Prof^ª Dr^ª Maria Angélica dos Santos Spinelli, servindo para futuros estudos. Garantimos seu completo anonimato neste banco de dados, bem como o respeito a sua vontade de ter suas informações no mesmo e de aí permanecerem ou não enquanto seja do seu interesse. Os dados referentes a sua pessoa serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. A sua participação na pesquisa não oferecerá qualquer risco à sua saúde ou qualquer dano a você. Você terá apenas o desconforto de participar das entrevistas, sempre respeitada a sua vontade de participar ou não da pesquisa. A sua participação no estudo não trará benefícios diretos a você, mas sim o conhecimento sobre como é a experiência de adocimento e a necessidade de buscar cuidados em serviços de saúde, o que poderá contribuir para melhoria da atenção à saúde das pessoas no Sistema Único de Saúde em Cuiabá e em Mato Grosso

Possíveis riscos e desconforto:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica somente em observação de práticas, discursos e narrativas. Esta observação durante o processo de trabalho será feita com a máxima discrição possível e será respeitada a vontade dos sujeitos em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências e suas opiniões

Benefícios previstos:

Identificar as condições organizacionais dos sistemas de saúde e o grau de implantação nos municípios da área de abrangência da BR 163 dentro do Estado de Mato Grosso, as correções necessárias para que possa redirecionar rotas, visando às inovações pretendidas e integralidade dos serviços de saúde. Pretende-se que os resultados subsidiem os gestores para as redefinições do programa e de suas prioridades.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Concordo também que os dados informados por mim componham o **Banco de Dados da Pesquisa** que será gerenciado pela coordenadora desta pesquisa, servindo para futuros estudos, desde que garantido o meu anonimato, minha vontade de ter meus dados disponibilizados neste banco e de aí permanecerem enquanto for de meu interesse.

**Assinatura do participante
(ou do responsável, se menor):**

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

Em caso de necessidade, contate a Profa. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, através do telefone (65) 3615-8881 – UFMT/Instituto de Saúde Coletiva ou pelo e-mail angsp@terra.com.br

Informações sobre o projeto fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller: fone: (65) 3615-7254.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2006

ANEXO 6

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGENS

Refere-se á concessão de licença de uso e reprodução de imagens fotográficas e filmatográficas, com fulcro na Lei 9.610/98 e demais legislações pertinentes.

Solicitamos sua autorização para a realização de fotografias e filmagens com objetivo de compor o banco de dados da pesquisa: "OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO A SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DO MATOGROSSO" que tem como objetivo apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder a atenção em saúde da população residente nos municípios selecionados da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso.

Solicitamos também autorização para que sua imagem (fotográfica e filmatográfica) possa ser reproduzida e usada no âmbito exclusivo da divulgação científica dos resultados desta pesquisa que poderão ser apresentados na forma de livros, artigos, relatórios e apresentações em eventos de âmbito local, regional, nacional e/ou internacional.

Comprometemo-nos a não ceder ou transferir sua imagem para fins que não sejam de divulgação científica, assim como a não utilizá-la em situações que impliquem em afronta a sua reputação e imagem.

Garantimos que sua imagem será divulgada somente com esta sua autorização e asseguramos que será respeitada a sua vontade de, a qualquer momento, suspender o seu uso.

Eu

Fui informado sobre os objetivos dos usos de minha imagem e autorizo a sua reprodução para divulgação científica.

Assinatura do participante (ou responsável se menor):

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Cidade _____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 7

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PÉSQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 235 /CEP-HUJM/05

“Com pendências”

Aprovado “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

Não aprovado

O projeto de pesquisa intitulado: “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em Municípios da área de abrangência da Br 163 no Estado de Mato Grosso,” encaminhado pelo(a) pesquisador(a) **Maria Angélica Santos Spinelli**” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, sendo aprovado “Ad de referendum”.

Cuiabá, 06 de fevereiro de 2006.

Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Rua L. SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá –MT, Brasil
 Fone: 65-615-7302. e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm



ANEXO 8
CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE /CERMAC

Cermac

OFÍCIO Nº 073/DG/CERMAC/2006

Cuiabá, 17 de outubro de 2006

A Prof^a.Dr^a.
 Roseney Bellato
 Coordenadora do Sub - Projeto II
 FAEN - UFMT

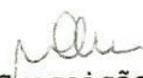
Prezada senhora,

Cumprimentando-a e em resposta à vossa solicitação de autorização para o desenvolvimento de coleta de dados da pesquisa "Os desafios e perspectivas do SUS para atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso" neste CERMAC, informamos que somos favoráveis.

Esta instituição tem como competência, dentre outras, de fomentar projetos de pesquisa de interesse do Sistema Único de Saúde, e solicitamos que ao termino da pesquisa seja encaminhada uma copia desta para nossos arquivos e Biblioteca.

Sem mais, colocamo-nos à disposição da equipe de pesquisa.

Atenciosamente,


 Maria Conceição E. Villa
 Diretora Geral/CERMAC

MSN



CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
 Rua Thogo da Silva Pereira, 63, Centro.
 CEP. 78020-500 - Cuiabá-MT.
 Telefone: 3624 - 8513



ANEXO 9

FAËN

Às Células de Renovação e Pesquisa

Dr. Fernando Luiz de Carvalho
Superintendente HPSM/C
RUA 973-MT

13/09/2006

Recebido na Diretoria Clínica e encaminhado à Comissão de Ética.

Dr.º Iraci Lukenczuk Said
DIRETORIA CLÍNICA
H.P.S.M.C.

28/09/2006

Da Comissão de Ética

A comissão de ética do HPSM
leitura e análise do projeto
que intitulado "O desafio de
do SUS na atenção à saúde
municipal da área de abrangência
30163" na cidade de Santa Rosa,
instaurar parecer favorável ao

Dr. José Antonio de Figueiredo
Médico
CRM: MT 2986

ANEXO 10

FAËN[®]

Ao Diretor Clínico

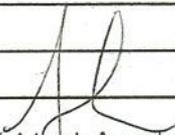
- P / avaliação e parecer.

04/08/06

JF

Prof. José Carlos Amaral Filho
 Diretor Superintendente / HUJM
 CRM - MT 2028

Trata-se de permissão relevante que é outo
 para a aprovação desta Diretoria Clínica.
 Solicitamos dos responsáveis que sejam
 por escrito aos chefes de Departamento onde
 estão coletados dados, no período em que
 foram realizadas esta etapa da Pesquisa
 CE, 04/08/06

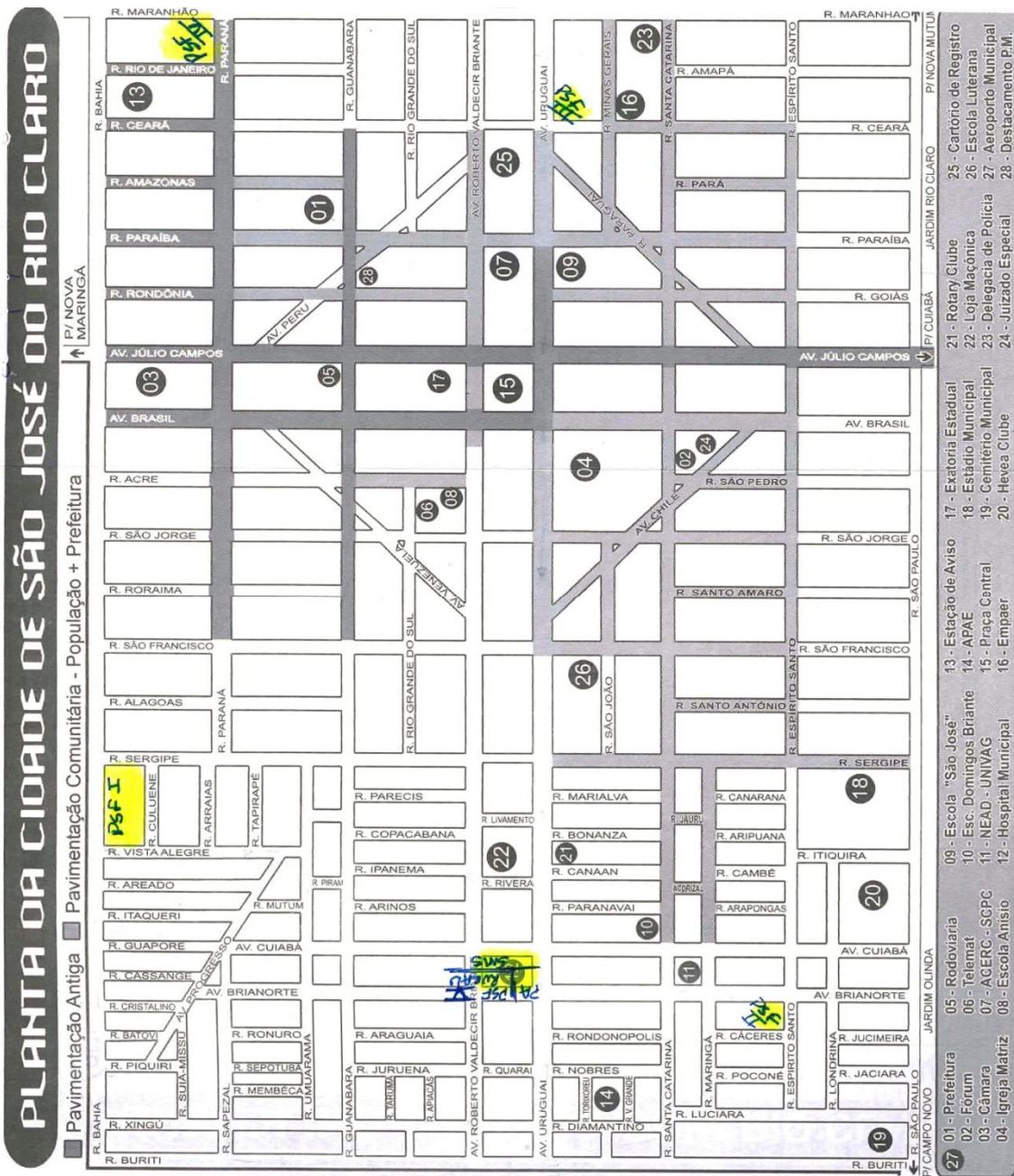

 Prof. Arlan de Azevedo Ferreira
 Diretor Clínico - HUJM
 CRM - MT 1444

ANEXO 11

TEMPORALIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA ⁴	
Embora focada na cronicidade do agravo, pode transitar pelas diferentes temporalidades nos períodos de agudização. É preciso considerar também os períodos de <u>normalidade</u>	
FASE DE AGUDIZAÇÃO	FASE DE CRONICIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Focada no EVENTO • INTEGRALIDADE – pautada na INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS e na REGULAÇÃO • RESOLUTIVIDADE – Responsabilidade de gestão e está focada nas dimensões da autorização e da disponibilidade dentro da Linha de Produção de Intervenções (LPI) – recorta a noção de ACESSO • A RESOLUTIVIDADE é CLÍNICA – é, portanto, protocolar, clara, não deixando dúvida para as práticas de condutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Focada na EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO E BUSCA POR CUIDADO • INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO – pautada nas PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE CUIDADO • RESOLUTIVIDADE – construída nos encontros dos diversos percursos, tanto pelos profissionais quanto pelo usuário – recorta a noção de ACESSIBILIDADE • A RESOLUTIVIDADE não é CLÍNICA, mas se apóia em práticas cuidativas. Não pode ser padronizada, pois é construída no encontro profissional-sujeito do cuidado
ESPACIALIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Presença da REDE INFORMAL dentro da REDE FORMAL DE REGULAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ O Regulador ▪ Os serviços ▪ Os Profissionais de saúde (particularmente o médico) (Dentro do mundo do trabalho em saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença da REDE INFORMAL DE APOIO que “força” a REGULAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ A comunidade de pertencimento ▪ A família (Fora do mundo do trabalho em saúde)

⁴Esquema que possibilita a reflexão da temporalidade da Condição Crônica, construído: Profa. Dra. Roseney Bellato, a partir das discussões entre Profa. Dra. Roseney Bellato, Profa. Dra. Laura Filomena Araújo Santos e a Mestranda Elizabeth Jeanne Fernandes Santos.

ANEXO 12



PLANTA DE SÃO JOSÉ DORIO CLARO/MT. Principais pontos da cidade, Lista Telefônica Local, 2006.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)