

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA**

**TERRITÓRIO E GESTÃO DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA-MG: UM  
ESTUDO DE CASO ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DA UPAS E DAS UAPS  
NA CIDADE ALTA**

**JUIZ DE FORA  
2014**

**SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA**

**TERRITÓRIO E GESTÃO DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA-MG: UM  
ESTUDO DE CASO ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DA UPAS E DAS UAPS  
NA CIDADE ALTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: Espaço e Ambiente.

Linha de Pesquisa: Dinâmicas Sócio-espaciais.

**Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Penteado Mazetto**

**JUIZ DE FORA  
2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Simone Aparecida Moreira da .  
Território e Gestão de Saúde em Juiz de Fora - MG: Um Estudo de Caso Através da Atuação da UPA e das UAPS na Cidade Alta / Simone Aparecida Moreira da Silva. -- 2014.  
130 p.

Orientador: Francisco de Assis Penteado Mazetto  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2014.

1. Territorialização em Saúde. 2. Regionalização dos Serviços de Saúde. 3. Geografia Humana. I. Mazetto, Francisco de Assis Penteado, orient. II. Título.

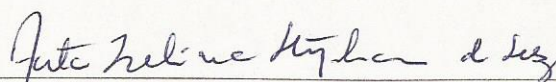
TERRITÓRIO E GESTÃO DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA-MG: UM ESTUDO DE CASO  
ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DA UPA E DAS UAPS NA CIDADE ALTA

SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA

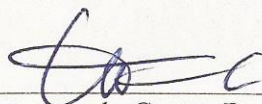
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, Área de Concentração Espaço e Ambiente, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

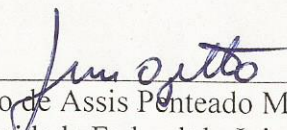
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Auta Iselina Stephan de Souza (Membro interno)  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto (Membro externo)  
Fundação Oswaldo Cruz



Prof. Dr. Francisco de Assis Penteado Mazetto (Orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico aos meus irmãos, sobrinhos e aos meus pais  
Luiz Carlos Eugênio da Silva e Maria Helena  
Moreira da Silva, que sempre me apoiaram nessa  
trajetória.

Ao meu esposo Nisio Glanzmann Junior, pelo amor  
e companheirismo nessa longa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades na caminhada.

A Universidade Federal de Juiz de Fora, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram essa minha trajetória acadêmica.

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco de Assis Penteado Mazetto, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções, incentivos, colaboração, companheirismo e que sempre acreditou nessa proposta de pesquisa.

Aos meus pais, Luiz Carlos Eugenio da Silva e Maria Helena Moreira da Silva, pelo amor, incentivo e apoio incondicional e por terem acreditado e lutado por um futuro melhor na minha vida acadêmica.

Ao meu esposo Nisio Glanzmann Junior, pelo companheirismo e amor dedicado a mim durante essa caminhada, por ter me incentivado sempre a acreditar em Deus nas adversidades encontradas durante a trajetória dessa pesquisa.

A minha irmã Thais Helena Moreira da Silva, que acompanhou de perto a minha trajetória acadêmica me apoiando com suas críticas e correções. Ao meu irmão Roberto Luiz Moreira da Silva, por seu incentivo a realização desse projeto. Ao meu sobrinho Robsom Luiz de Mello que com sua alegria radiava meus dias e me fazia acreditar na minha vitória.

A minha afilhada Larissa e aos sobrinhos, Gabriel, Thais Pires e yasmim que sempre me apoiaram e acreditaram na minha proposta de pesquisa.

Agradeço à prefeitura Municipal de Juiz de Fora por ter fornecido dados que foram de suma importância para a pesquisa.

Agradeço também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro ao desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço a todos que de forma direta e indiretamente me apoiaram com palavras de incentivos durante essa trajetória.

A todos muito obrigado!

“O que é mais original na nossa cidade é a dificuldade que se pode ter para morrer. Dificuldade, aliás, não é o termo exato: seria mais certo falar em desconforto. Nunca é agradável ficar doente, mas há cidades e países que nos amparam na doença e onde podemos, de certo modo, nos entregar.”

( CAMUS, 2013 p.11)

## RESUMO

A partir de 2011 o Estado de Minas Gerais reorganizou seu processo de regionalização em saúde, de forma a reestruturar as regiões de saúde e criar redes prioritárias de atenção à população. Tais redes consistem em reestabelecer a coerência entre situação de saúde e sistema de saúde, sendo assim a assistência à população proposta pelo SUS de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, será dada de forma contínua e não fragmentada.

Como uma dessas redes condiz à Urgência e Emergência, principalmente para os agravos das doenças cardiovasculares e causas externas (acidentes de trânsito), cabe as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) lançada a partir da Política Nacional de Urgência e Emergência 2003 funcionarem como polos intermediárias entre as Unidade de Atenção Primária à Saúde- UAPS e os hospitais visando entre outras coisas desafogar os prontos-socorros ampliando e melhorando o acesso dos brasileiros aos serviços de urgência do SUS.

As UPAS atendem a casos que exijam atenção médica intermediária, como problemas de pressão, febre alta, fraturas, cortes e infartos, evitando que esses pacientes sejam sempre encaminhados aos prontos-socorros dos hospitais.

Tendo em vista a proposta de regionalização em saúde do Estado de Minas Gerais, o presente trabalho pretende constituir-se em um estudo de caso referente à UPA de São Pedro (Cidade Alta), de forma a refletir sobre suas ações junto à população e sobre como essas ações proporcionam um suporte as UAPS, atingindo assim seu real papel enquanto atendimento de urgência e emergência.

Palavras - Chave: Sistema de Saúde, Regionalização dos Serviços de Saúde e Territorialização em saúde



## **ABSTRACT**

As from 2011, the state of Minas Gerais has re-organized its process of regionalizing health assistance, in a way to re-structure the health regions and create networks of priority to attend the population. Such networks consist in re-establishing the coherence between health situation and health system; this way, the assistance to the population proposed by SUS, according to the Directive Plan of Regionalization, will be given in a continuous and non-fragmented form.

Since one of these networks leads to the Urgency and Emergency, mainly for the aggravations of the cardiovascular diseases and external causes (traffic accidents), it is the duty of the Unities Ready for Prompt-Attending for 24 Hours (UPA), created from the National Policy for Urgency and Emergency 2003, to work as intermediate branches between the Unity for Primary Attention to Health – UAPS and the hospitals, trying to, among other things, help make the emergency rooms less crowded, broadening and improving the access of Brazilians to the SUS urgency services.

The UPAs give assistance to cases which require intermediate medical attention, such as blood pressure issues, high fever, bone fractures, cuts and heart attacks, preventing these patients from being always led to the hospitals' emergency rooms.

Having in sight the proposal for regionalization of the health system of the state of Minas Gerais, which proposes specific actions to that network, the present dissertation intends to constitute itself as a case study referring to the UPA from São Pedro (Cidade Alta), in a way to reflect about its actions towards the population and about how those actions provide support to the UAPS, playing, this way, its real role as urgency and emergency attending service.

**KEYWORDS:** Health system, Regionalization of Health Services, Territorialization of Health Services

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> Modelo de Organização Dos Serviços de Saúde–sus/mg Segundo o Nível Tecnológico de Complexidade da Assistência Ambulatorial e Hospitalar -----	26
<b>QUADRO 2:</b> Modelo de Organização dos Serviços de Saúde – SUS/MG Segundo o Nível Tecnológico de Complexidade. -----	26
<b>QUADRO 3:</b> Modelo de Organização Dos Serviços de Saúde–SUS/MG Segundo o Nível Tecnológico de Complexidade da Assistência Ambulatorial e Hospitalar -----	27
<b>QUADRO 4:</b> Modelo de Organização Dos Serviços de Saúde–SUS/MG Segundo o Nível Tecnológico de Complexidade da Assistência Ambulatorial e Hospitalar -----	27
<b>QUADRO 5:</b> Municípios de Minas Gerais com Hospitais Prestadores de Serviços ao SUS/MG, Conforme Faixa Populacional dos Municípios -----	30
<b>QUADRO 6:</b> Sugestão de Estrutura de Unidade Básica de Saúde de Acordo Com o Numero de Equipes Implantadas e a Cobertura Populacional -----	70
<b>QUADRO 7:</b> As Unidades de Pronto Atendimento Estrutura Física-----	73
<b>QUADRO 8:</b> Estabelecimentos de Saúde -----	77
<b>QUADRO 9:</b> Regiões Urbanas da Zona Oeste do Município de Juiz de Fora e Suas Características -----	78
<b>QUADRO 10:</b> Classificação de Risco -----	89
<b>QUADRO 11:</b> Determinantes Gerais -----	90
<b>QUADRO 12:</b> Unidade de Pronto Atendimento – São Pedro: Evolução dos Atendimentos Total e Pacientes/dia -----	95
<b>QUADRO 13:</b> Unidade de Pronto Atendimento – São Pedro: Evolução dos Atendimentos Por Procedimento e Ocorrência -----	97
<b>QUADRO 14:</b> Unidade de Pronto Atendimento – São Pedro-Taxa de Urgência e Emergência -----	99
<b>QUADRO 15:</b> Unidade de Pronto Atendimento Taxa de Classificação -----	101
<b>QUADRO 16:</b> Unidade de Pronto Atendimento - São Pedro-Mortalidade – Óbitos no Período -----	103

<b>QUADRO 17:</b> Unidade de Pronto Atendimento - São Pedro Composição da Evolução de Transferência -----	104
<b>QUADRO 18:</b> Proporção de Médicos por Habitantes em Alguns Países-----	108
<b>QUADRO 19:</b> Coeficiente de Gini em Alguns Países-----	122

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> As Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais -----	31
<b>FIGURA 2:</b> Regiões de Planejamento de Minas Gerais -----	32
<b>FIGURA 3:</b> Macrorregião Sudeste: Divisão Assistencial por Microrregião -----	33
<b>FIGURA 4:</b> Microrregião de Juiz de Fora -----	34
<b>FIGURA 5:</b> Usina Hidrelétrica de Marmelos, Primeira da América do Sul -----	36
<b>FIGURA 6:</b> A Microrregião de Juiz de Fora -----	47
<b>FIGURA 7:</b> Município de Juiz de Fora, Distritos e Área Urbana -----	48
<b>FIGURA 8:</b> Regiões Administrativas de Juiz de Fora -----	49
<b>FIGURA 9:</b> Mapa com As Regiões de São Pedro, Santa Luzia e Benfca, onde Estão as UPAS de Juiz de Fora -----	71
<b>FIGURA 10:</b> Região Oeste de Juiz de Fora Com Bairros Atendidos Pela UPA São Pedro ---- -----	78
<b>FIGURA 11:</b> Regiões Urbanas de Juiz de Fora Com Bairros Atendidos pela UPA São Pedro- -----	93
<b>FIGURA 12:</b> Microrregião de Juiz de Fora com Seus Municípios -----	94
<b>FIGURA 13:</b> Muro que Separa o Bairro Casa Blanca do Granville -----	109

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>I - ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE</b> .....	<b>19</b>
1.1 - Regionalização e Gestão em Saúde .....	19
1.2 - A Norma Operacional de Assistência à Saúde ( NOAS 01/01 e 01/02) .....	20
1.3 - A Regionalização da Saúde em Minas Gerais .....	24
1.4 - O Plano Diretor do Estado Segundo as Macrorregiões .....	28
1.5 - As Especificidades Regionais de Minas Gerais .....	29
1.6 - Juiz de Fora: Pólo de Atração nos Serviços de Saúde .....	34
<b>II – AS UNIDADES DE ATENDIMENTO EM SAÚDE DE JUIZ MINAS GERAIS</b> .....	<b>42</b>
2.1 - Características Gerais do Usuário do SUS em Juiz de Fora .....	49
2.2 - Um Breve Histórico do Modelo Assistencial de Saúde no Brasil .....	52
2.3 - A Percepção dos Usuários do SUS no Município de Juiz de Fora .....	64
2.4 - As UAPS e as UPAS, Histórico de Implantação e Atribuições .....	69
2.5 - Distribuição Espacial das Unidades no Espaço Urbano .....	74
<b>III - ESTUDO DE CASO NA CIDADE ALTA</b> .....	<b>80</b>
3.1 - A Implantação da UPA São Pedro e o Impacto no Atendimento em Saúde .....	80
3.1.1 - Protocolo de Manchester .....	86
3.1.2 - Área Referenciada Pela UPA - São Pedro .....	91
3.1.3 – Observação Geral do Trabalho de Campo .....	105
3.1.4 - Um Perfil Sócio Econômico dos Bairros com Maior Demanda de Atendimento --	107
3.1.5 - A Relação entre a UPA - São Pedro e as UAPS da Cidade Alta e a Atuação do PSF	
.....	110

3.1.6 - Uma Avaliação da Demanda de Serviços na UPA São Pedro -----	110
3.1.7 – Conclusões -----	111
<b>IV - A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL -----</b>	<b>114</b>
4.1 - Atenção Primária à Saúde: a Necessária Prioridade -----	114
4.2 - Programa mais Médicos: O Dilema entre a Saúde Curativa e Preventiva -----	117
4.3 - Saúde Pública Universal e o Modelo Sócio Econômico -----	121
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----</b>	<b>125</b>

## INTRODUÇÃO

O tema Regionalização dos Serviços de Saúde chamou a atenção desta pesquisadora porque durante o período do processo de descentralização do SUS, na década 90, no município de Juiz de Fora ocorreu a oportunidade de estagiar na Secretaria Municipal de Saúde, enquanto graduanda do curso de Geografia e perceber o quanto essa ciência era potencialmente aplicada no processo da reorganização do Sistema Único de Saúde. O trabalho consistia em avaliar a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica.

O presente trabalho se inicia com um esboço da política de descentralização político-administrativa criada na década de 90, pela Norma Operacional Básica- NOB, com o intuito de transferir para a esfera estadual e municipal recursos e responsabilidades.

Porém, durante a implantação dessa norma, foram verificados alguns entraves por parte de pequenos municípios em gerir ações de saúde em seus territórios.

Com o objetivo de promover uma descentralização mais efetiva, foi estabelecida a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01 e 01/02. Essa por sua vez apresenta as diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização do sistema através do Plano Diretor de Regionalização-PDR.

O PDR é apresentado pela norma como um instrumento capaz de direcionar a implantação das diretrizes estabelecidas pela NOAS, com objetivo de gerar a integralidade e maior equidade do sistema.

Ao analisar as propostas apresentadas no PDR, verifica-se que há um incentivo na continuidade do processo da descentralização político-administrativa dos Estados e do Distrito Federal, assim como a promoção da autonomia dos Estados para a elaboração projetos no processo de regionalização em saúde.

O trabalho consiste ainda em apresentar o processo de regionalização proposta pelo SUS, através do PDR/MG. Ao analisar e esboçar o plano, observa-se que esse Estado estabelece suas ações de regionalização fundamentada na divisão regional de seu território em regiões de saúde.

As regiões criadas são estipuladas como macro e microrregiões de saúde. O que se verificou durante o estudo das regiões foi a semelhança entre a regionalização de saúde com a regionalização político-administrativa do Estado.

Durante o estudo, observou-se que, mesmo na tentativa de promover uma regionalização mais voltada para a assistência à saúde, de forma a favorecer a demanda da população em relação aos cuidados de saúde, assim como o acesso da mesma aos serviços inseridos no território, há a tendência de se regionalizar o espaço considerando mais os critérios políticos.

É válido ressaltar que as diretrizes impostas pela NOAS trouxeram avanços nas ações em saúde, não só para o Estado de Minas Gerais como também para o território brasileiro. Contudo, não se mostrou suficiente para eliminar a heterogeneidade que se expressa no território do Brasil.

Dessa forma não se tem no Brasil uma regionalização efetiva, que consistiria em implantar ações e serviços capazes de resolver os problemas da população, uma vez que as ações seriam estabelecidas através da singularidade específica de cada região.

O que se verifica, por parte de alguns Estados e, em específico o Estado de Minas Gerais, é a tentativa de superar os entraves encontrados durante o percurso da implantação da NOAS no território.

O que se observa ao analisar o PDR do Estado de Minas Gerais é a tentativa por parte da Secretaria Estadual de Saúde de desenvolver as ações e os programas estabelecidos pela NOAS como requisito para a qualificação dos Estados e do Distrito Federal. Dessa forma, o Estado busca se qualificar e manter uma rede de saúde integrada.

Diante desse contexto, alguns programas são estabelecidos com o intuito de formar no Estado uma rede mais articulada com as necessidades da população. Cabe ressaltar que, mesmo tendo como objetivo sanar algumas diferenças encontradas entre as regiões de saúde, através do processo de regionalização, o que se vê é a contínua concentração de recursos em determinadas regiões de saúde.

Essa concentração de recursos acaba por provocar uma intensificação da desigualdade regional em relação alocação de equipamentos e recursos, de modo a fazer com que algumas áreas tornem-se cada vez mais expressivas na oferta de serviços de saúde.

Um exemplo exposto no trabalho foi o papel de atração da cidade de Juiz de Fora, pólo regional da microrregião de saúde de Juiz de Fora e Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais.

Durante o desenvolvimento do trabalho, verificou-se que a cidade de Juiz de Fora se tornou um pólo regional desde o período da produção de café na região da Zona da Mata Mineira e mais tarde intensificou essa característica que lhe é peculiar por concentrar atividades industriais em seu território e também por ser, durante muito tempo, o centro



financeiro do Estado.

Atualmente, a cidade de Juiz de Fora apresenta uma concentração do setor terciário, que consiste na prestação de serviços como educação e saúde. Na saúde, além de possuir uma área de abrangência para suas ações de serviços, a cidade acaba por abarcar uma área de influência que extrapola os limites territoriais da microrregião de saúde da qual é cidade polo. Assim, chega a influenciar cidades fronteiriças pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro.

Essa não descentralização de recursos e serviços mostra que a regionalização não se concretiza efetivamente no Estado, que ainda há áreas que necessitam de atenção à saúde.

Dentre os programas estabelecidos pelo Estado de Minas Gerais, o mais recente está incorporado às ações e serviços de saúde inseridos na Política Nacional de Urgência e Emergência.

Com o objetivo de integrar a atenção à saúde às urgências, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Urgência e Emergência, de forma a organizar e estruturar a rede de urgência e emergência no país.

De acordo com as diretrizes dessa política, a rede de atenção às urgências e emergências visa integrar e articular todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna

Ao integrar as unidades de saúde, a Política Nacional de Urgência e Emergência dividiu a atenção às urgências no Sistema Único de Saúde em quatro frentes, que são: a **atenção primária à saúde**, que é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas Equipes de Saúde da Família; o **nível intermediário de atenção**, a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgências) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS); e o atendimento de **média e alta complexidade**, feito nos hospitais.

Dessa forma, no nível da Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família e as Unidades de Atenção Primária à saúde tem como prioridade a orientação assistencial a um número determinado de famílias e acolhimento das urgências de menor complexidade.

O componente móvel por meio do SAMU 192 faz a estabilização do paciente no local da ocorrência e o transporte seguro para as unidades de saúde indicadas. Já às Unidades de Pronto Atendimento, cabe o atendimento das urgências de média complexidade. Ao setor de urgência dos hospitais, cabe realizar o atendimento das urgências de maior complexidade.

Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento funcionam como unidades intermediárias entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os hospitais e ajudam a desafogar os prontos-socorros, de modo a ampliar e melhorar o acesso dos brasileiros aos

serviços de urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabem a essas unidades atender casos de saúde que exijam atenção médica intermediária como problemas de pressão, febre alta, fraturas, cortes e infartos, assim como derrames, de forma a evitar que esses pacientes sejam sempre encaminhados aos prontos-socorros dos hospitais.

Essas Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências funcionam sete dias por semana, 24 horas por dia. Sua estrutura conta com equipamentos de raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

Em média, segundo o Ministério da Saúde, 97% dos casos são solucionados. Ao chegar a essa unidade o paciente é assistido de forma a ter um diagnóstico detalhado. Após o atendimento, os profissionais de saúde analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

Tendo em vista esta proposta, o Governo Federal, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Prefeitura de Juiz de Fora, através da Secretaria Municipal de Saúde, propuseram como estratégia regionalizar e aliviar a sobrecarga da rede de serviço público de saúde do município, implantando duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas as quais tem como principal objetivo reduzir o fluxo de usuários do Sistema Único de Saúde nas filas do Hospital de Pronto Socorro (HPS).

A primeira Unidade de Pronto Atendimento 24 horas a ser instalada foi a Regional Sul no bairro Santa Luzia com expectativa de 450 atendimentos por dia, sendo referência para casos de urgência e emergência em toda região sul. A segunda ser instalada foi a Unidade de Pronto Atendimento do bairro São Pedro com a expectativa, segundo a assessoria de comunicação da Secretaria de Saúde, de oferecer atendimento em torno de 150 a 200 usuários por dia. Para tal, as unidades dispõem de 31 leitos, sendo cinco de unidade de terapia intensiva e 26 de observação. A UPA de São Pedro será referência para 250 mil usuários do Sistema Único de Saúde, acolhendo pacientes vindo das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) dos bairros Borboleta, Santos Dumont, Dom Bosco, Monte Verde, Torreões, além do bairro São Pedro e de municípios que compõem a microrregião referenciada, como Bom Jardim e Lima Duarte.

As UPAS, portanto, são responsáveis por estabilizar o quadro clínico dos pacientes, definir um diagnóstico e analisar a necessidade de encaminhá-los ou não a uma unidade hospitalar caso o quadro seja de maior complexidade.

O projeto das UPAS em Juiz de Fora surgiu como uma alternativa para a população local de encontrar atendimento adequado e desafogar o fluxo interno do Hospital de Pronto

Socorro, permitindo que esse exerça sua real função de atender urgências e emergências clínicas e cirúrgicas e regular a atenção hospitalar de média e alta complexidade.

Dessa forma, espera-se obter melhores resultados com a conseqüente diminuição do número de óbitos, de sequelas e de tempo de permanência do paciente nessa unidade não hospitalar.

A primeira parte do trabalho será constituída por um levantamento bibliográfico da política de regionalização do SUS, de modo a apresentar as diretrizes estabelecidas pela Norma de Assistência à Saúde e como essa é incorporada no Estado de Minas Gerais, para que ocorra a regionalização nesse Estado.

A segunda parte do trabalho consiste no estudo de uma das políticas estabelecidas pela NOAS, a Política Nacional de Urgência e Emergência, e como a aplicação de algumas das ações dessa política vai se configurar no espaço, de modo a proporcionar ou não a territorialização em saúde no Estado de Minas Gerais. Será apresentado também um histórico da implantação da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, assim como o histórico e implantação das Unidades de Atenção Primária à saúde, uma vez que as UPAS foram criadas para dar suporte a UAPS.

A terceira parte do trabalho consiste em um estudo de caso referente à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas no bairro São Pedro, localizado na Cidade Alta (Zona Oeste) da microrregião de saúde de Juiz de Fora, de modo a ponderar sobre suas ações junto à população inserida na sua área de atuação.

A parte final o trabalho pretende concluir como a política de regionalização vem sendo incorporada no território e, num espectro mais amplo, discutir criticamente a Política Nacional de Saúde, diante das imposições do sistema socioeconômico que vigora no Brasil.

Por ser moradora da Cidade Alta (Zona Oeste) em Juiz de Fora, microrregião referenciada da Unidade de Pronto Atendimento de São Pedro (UPA São Pedro) e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) esta pesquisadora foi submetida algumas vezes, assim como meus familiares ao atendimento nessa unidade o que me levou a pensar cientificamente sobre esse serviço de saúde prestado pela UPA à população.

Sendo uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde a descentralização político-administrativa nas três esferas de poder: nacional, estadual e federal, cada um com um comando único e atribuições próprias, pensar na importância dos municípios em prestar e gerenciar os serviços de saúde torna-se cada vez mais relevante.

Diante disso, espera-se que a pesquisa possa representar um instrumento de apoio às decisões relativas às Políticas Públicas de Saúde, em busca da melhoria da qualidade do

serviço em saúde de Juiz de Fora.

## CAPITULO 1

### ESPAÇO, TERRITORIO E SAÚDE

#### 1.1 - REGIONALIZAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

A hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, assim como a descentralização da gestão, são as diretrizes defendidas pela Constituição Federal de 1988 e segundo a qual o Sistema Único de Saúde está organizado. Compreender essa organização é importante, pois ela determina o funcionamento do sistema de saúde.

Implementada pela Norma Operacional Básica 01/96, de 5 de novembro de 1996, a diretriz de descentralização político-administrativa do SUS, ganha relevância durante a década de 1990, por impulsionar a transferência direta de recursos e da gestão do nível federal para as esferas estadual e municipal, assim como promover à expansão da rede de assistência municipal de saúde.

De acordo com Souza (2001, p. 452) o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentar um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde.

No âmbito da gestão, o que se verifica ainda hoje é a dificuldade encontrada por parte de alguns Estados em coordenar e regulamentar o sistema municipal de saúde e as redes intermunicipais de atenção. E em relação à atenção à saúde, foram encontradas dificuldades por grande parte dos municípios brasileiros de pequeno porte em gerir, em seu território, um sistema funcional completo.

É válido ressaltar que o Sistema Único de Saúde, por não poder garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todo território nacional, faz com que pequenos municípios se mostrem ineficientes em planejar e regulamentar uma rede completa de cuidado à saúde adequada ao atendimento à população.

Outro aspecto a se refletir sobre a descentralização é o repasse dos recursos financeiros da esfera federal para a estadual e a municipal diretamente. Esses recursos permanecem, em muitos casos, fortemente vinculados à lógica da oferta de serviços, atrelados a série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada existente, o que favorece a concentração de

recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com a necessidade da população.

Ao buscar ampliar a descentralização dos recursos financeiros e tentar superar os mecanismos de repasse entre gestores por produção de serviços, observou-se a importância de desenvolver um novo mecanismo: A Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS.

## 1.2 - A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ( NOAS 01/01 e 01/02)

A partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde se pensa na descentralização do SUS no contexto da regionalização, propondo ao Estado um papel fundamental como coordenador das redes de serviços e das relações a elas estabelecidas: O objetivo geral da NOAS SUS 01/01 é: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Ministério da Saúde, 2001, p.115. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf> ).

De acordo com a Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde considera como os princípios do Sistema Único de Saúde a universalidade e integralidade da atenção, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e integrada, assim como reconhece a necessidade de dar continuidade a descentralização e a organização do SUS.

Essa norma compreende que a atenção básica é composta por uma série de ações primordiais aos problemas de saúde da população, assim como fundamental aos demais níveis de atenção. Considera ainda as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Por ter como objetivo a reorganização do SUS a NOAS 01/01 estabelece alguns preceitos.

O Ministério da Saúde ao aprovar a Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/2001 amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência e cria mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde. (NOAS 01/0. Portaria 95/2001).

Mesmo tendo como objetivo a reorganização do SUS, a presente Norma não contradiz as regras estabelecidas anteriormente pela Norma Operacional Básica - SUS, mas a remodela, de forma a atualizar as condições de gestão, criando critérios de habilitação para municípios e Estados, de modo a propor uma efetiva descentralização do SUS.

Tais critérios de habilitação refere-se, de acordo a NOAS 01/02: “A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.” (NOAS 01/02 item 45 capítulo III).

Essa habilitação condiciona os municípios a duas condições específicas, a de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a de Gestão Plena do Sistema Municipal. Porém, torna-se necessário que esses cumpram determinados requisitos expostos pela Norma para adquirirem tais habilitações. Aos Estados tais habilitações os condicionam à Gestão Avançada do Sistema Estadual e à Gestão Plena do Sistema Estadual, assim como ocorre aos municípios. Estes têm que suprirem determinadas exigências também estabelecidas pela NOAS.

A habilitação na Gestão Básica Ampliada concerne aos municípios segundo a Norma Operacional de Assistência à saúde:

Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.” (NOAS 01/01 item 7 capítulo I).

Mesmo sendo um requisito a ser cumprido pelos municípios, deve-se destacar que o território brasileiro apresenta grande heterogeneidade no que se refere ao perfil epidemiológico, político- administrativo e socioeconômico. Sendo assim, cabe à esfera federal respeitar essa heterogeneidade do território para implantar as ações inseridas na Norma.

Essas ações proporcionam aos municípios financiamentos que abrangem uma série de procedimentos referentes à Atenção Básica Ampliada, como serviços ambulatoriais e hospitalares capazes de atender às necessidades de saúde da população. O não cumprimento de determinadas exigências estabelecidas pode limitar o acesso dos municípios a esses financiamentos.

Esses financiamentos são constituídos pelo Piso de Atenção Básica - PAB, que assegura aos municípios um valor ténue de recursos financeiros designados para investimentos em ações de Assistência Básica.

De modo a garantir a habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o GPAB passa a ter seu valor ampliado para proporcionar maiores investimentos nas ações básicas de saúde, e fortalecer o processo de descentralização do SUS.

Para tanto é necessário que os municípios assumam as responsabilidades estabelecidas pela NOAS, que consistem, entre outras, responsabilidades em elaborar um Plano Municipal de Saúde que contenha as metas a serem cumpridas, assim como em executar os requisitos firmados pela norma e, no que se refere à Gestão Plena Municipal, é necessário que os municípios estejam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica.

O arcabouço exposto acima referente ao processo de habilitação, principalmente dos municípios, fez-se necessário por expressar a diretriz de descentralização do SUS que está inserida no processo de regionalização do mesmo.

Diante desse contexto, verifica-se que para ocorrer a descentralização do SUS de forma efetiva há a necessidade de recorrer ao processo de regionalização do sistema, uma vez que as ações referentes à descentralização são inseridas no território.

Por não ser homogêneo o território brasileiro, no que condiz às questões referentes à saúde da população, a regionalização estabelecida pela NOAS 01/01, consiste em dividir o território em regiões/microrregiões e módulos assistenciais de saúde, de forma a garantir um sistema de saúde funcional.

Para tanto, cabe aos Estados e ao Distrito Federal elaborar um Plano Diretor de Regionalização em saúde - PDR, por ser este um instrumento que contém um conjunto de normas jurídicas que proporcionam a organização do sistema através do processo de regionalização do SUS.

O PDR elaborado pelas entidades federativas deve ser coerente com a realidade sócio-espacial do território no qual está inserido, principalmente no que se refere à situação de saúde da população. Dessa forma, as ações e programas contemplados nesse plano tendem a garantir maior acesso da população aos serviços de saúde de qualidade.

De acordo com a NOAS 01/02:

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referências intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (Item 3, capítulo I, NOAS01/02)



Ao propor o critério da divisão territorial, o PDR pretende conceber uma redistribuição geográfica tanto dos recursos financeiros como dos recursos tecnológicos e humanos, de modo a investir nessas regiões de acordo com suas configurações.

A região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais. (Item 5, Capítulo I, NOAS 01/02)

Segundo a NOAS, ao adotar os critérios de regionalização em saúde proposto pelo SUS, cada Estado possui autonomia para dividir seu território em macrorregiões, regiões e microrregiões de saúde de acordo com as características distintas inseridas nele. Dessa forma cabe ao Estado estabelecer planos com ações específicas para cada área, de modo a proporcionar a funcionalidade do sistema.

Como citado acima, o caráter de regionalização não precisa ajustar-se com a divisão político-administrativa estabelecida pelas unidades federativas. Todavia, o que se constata ao observar as regiões de saúde de alguns Estados é justamente uma afinidade com as regiões administrativas.

De acordo com Guimarães:

Apesar de a portaria não exigir coincidência com a divisão administrativa do país, ela confere às secretarias estaduais de saúde o papel de condução do processo de regionalização de cada estado federado, o que, na prática, estabeleceu o ordenamento jurídico do Estado brasileiro como estrutura geral da proposta. Além disso, conforme grifos nossos, a região de saúde concebida na NOAS sugere a delimitação de um espaço contínuo, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e cuja lógica é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas, envolvendo um conceito operacional com vistas à intervenção dos planejadores. (GUIMARÃES, 2005, p.1019)

Sendo assim, o que se verifica na realidade é uma fragilidade da Norma por não direcionar um caráter mais autônomo aos Estados na criação de suas regiões de saúde, assim como na distribuição de serviços.

Ao privilegiar determinadas áreas, tornando-as polos na prestação de serviços de saúde, pelo fato dessas apresentarem um dinamismo econômico maior, o processo de regionalização acaba por não cumprir a proposta de equidade estabelecida pelo SUS.

### 1.3 - A REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

A construção do Plano Diretor de Regionalização – PDR-2001 surge como proposta para correção e implementação do atual modelo de assistência à Saúde, dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e em cumprimento das exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – 2001. Tal proposta guarda também coerência com as diretrizes de organização e regionalização estabelecidas no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado e no “Modelo de Organização dos Serviços” aprovado pela CIBE/MG- Comissão Intergestores Bipartite, em 14/11/00.

O Plano Diretor de Regionalização do Estado Minas foi elaborado após a realização de algumas investigações como as análises da produção de serviços, da capacidade instalada, ambulatorial e hospitalar, dos fluxos de Autorização de Internações Hospitalares – AIH, das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo – APAC e das condições socioeconômicas e geográficas, assim como os fluxos viários, entre outros.

Outros documentos deram subsídios à elaboração do PDR. O Modelo de Organização dos Serviços de Saúde SUS/MG segundo Níveis Tecnológicos de Complexidade Crescente da Assistência Ambulatorial Aprovado pela CIBE de 14/11/00, ajustado à NOAS 01/01 e ratificado pela CIBE em 16/04/01, para o período 2001 a 2003. Assim como o Modelo de Organização dos Serviços de Saúde SUS/MG pela Classificação das Especialidades Médicas por Nível de Complexidade – Revisão 04/04/01 e o Modelo de Organização dos Serviços de Saúde SUS/MG pela Assistência Hospitalar, proposta preliminar para o período de 2000 a 2003, Revisão 04/04/01.

Para a elaboração do PDR, também foi proposto o modelo de organização dos serviços de saúde do SUS/MG, que consiste na Gestão Plena da Atenção Básica, no módulo assistencial, na região de saúde e na sede de módulo assistencial, todos já expostos anteriormente.

Contudo, foram estabelecidos outros modelos de organização dos serviços com a Microrregião de Saúde, que é a base territorial de planejamento da atenção básica à saúde

com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituída por um ou mais módulos assistenciais que apresentam um nível tecnológico de complexidade III-2 e abrangência intermunicipal.

O Pólo Microrregional é o município, que pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza os municípios da microrregião e apresenta um nível tecnológico de complexidade III-2, e abrangência intermunicipal, podendo citar como exemplo a Zona da Mata Mineira.

O Pólo Regional é o município que polariza as microrregiões de uma determinada Diretoria Regional de Saúde – DRS. Apresenta um nível tecnológico de complexidade V e abrangência regional, sendo o caso de Juiz de Fora.

A Macrorregião consiste na base territorial de planejamento da atenção à saúde no Estado de Minas Gerais que engloba regiões e microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde de maior complexidade. Além disso, Apresenta um nível tecnológico de complexidade V e abrangência macrorregional.

O Pólo Macrorregional é o município da macrorregião que oferece os serviços de saúde de maior nível de complexidade e polariza regiões e ou microrregiões de saúde. Apresenta um nível tecnológico de complexidade V e abrangência macrorregional. Um exemplo a ser exposto é o pólo Macrorregional de Juiz de Fora, que polariza toda a Macrorregião sudeste de Minas, de acordo com o PDR/MG2011

O Pólo Estadual é o município de Belo Horizonte que, pelo seu nível de complexidade e capacidade de oferta de serviços de saúde e referência, em determinadas especialidades ambulatoriais e/ou hospitalares para diversos municípios do Estado, apresenta um nível tecnológico de complexidade VI e abrangência estadual.

## QUADRO 1

MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE–SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTENCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTENCIA HOSPITALAR CLÍNICA	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
I	Procedimentos da atenção básica	<input type="checkbox"/> Ações executadas por outros profissionais de nível superior. <input type="checkbox"/> Ações básicas De odontologia <input type="checkbox"/> Ações médicas básicas <input type="checkbox"/> Ações exercidas por enfermeiro e/ou profissional de nível superior		
II	Elenco de procedimentos básicos ampliados PABA	Procedimentos anteriores e mais: <input type="checkbox"/> Atendimento profissional de nível superior <input type="checkbox"/> Pequenas cirurgias ambulatoriais <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Patologia Clínica	Clínica Médica Clínica Pediátrica Clínica Obstétrica	

FONTE: PDR/MG. 2011

## QUADRO 2

MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE.

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
III.1	Equivale ao EPM 1 e as Sedes de Módulos	Todos os procedimentos anteriores e mais: Atendimento por profissionais de nível superior EPM1 (1) <input type="checkbox"/> Cirurgias ambulatoriais (1) <input type="checkbox"/> Procedimentos traumato-ortopédicos (1) <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (1) <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (1) <input type="checkbox"/> Diagnose (1) <input type="checkbox"/> Fisioterapia (1) <input type="checkbox"/> Terapias especializadas (1)	Clínica Médica Clínica Pediátrica Clínica Obstétrica	Atendimento Médico de Urgência e Emergência Clínica Médica Obstetria Pediatria
III.2	Elenco de procedimentos Média Complexidade Nível Microrregional EPM1 mais outros(Elenco de procedimento médico I) mais outros procedimentos	Todos os procedimentos anteriores e mais <input type="checkbox"/> Atendimento por profissionais de nível superior EPM1 (1) <input type="checkbox"/> Cirurgias ambulatoriais (1)	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Obstétrica Cirurgia Geral Clínica Ginecológica	Todos os anteriores e mais: Oftalmologia, Ortopedia, Dermatologia Otorrinolaringologia, Neurologia Saúde Mental, Urologia, Endocrinologia

PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS 1 E 2 COMO EPM1; Fonte: PDR/MG. 2011

**QUADRO 3**  
**MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE–SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
IV	Bloco de procedimentos de Média Complexidade. Nível Regional Equivale no FAE ao EPM2 e inclui grupos do SIASUS de número 22 e 26 e excepcionalmente os grupos 28 e 29 quando o município for polo regional	Todos os anteriores e mais: <input type="checkbox"/> Procedimentos por profissionais de nível superior EPM2 (2) <input type="checkbox"/> Cirurgias Ambulatoriais (2) <input type="checkbox"/> Procedimentos Traumatológicos (2) <input type="checkbox"/> Odontologia (2) <input type="checkbox"/> Patologia Clínica <input type="checkbox"/> Anatomocitopatologia (2) <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (2) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (2), <input type="checkbox"/> Diagnose (2); <input type="checkbox"/> Fisioterapia (2) <input type="checkbox"/> Terapias especializadas (2) <input type="checkbox"/> Mamografia, Excepcionalmente: <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Tomografia	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Ortopédica Cirurgia Endócrinológica Cirurgia Otorrino Cirurgia Buco Maxilar Cirurgia de Tórax Cirurgia Oftalmológica Queimados Cirurgia Neurológica Cirurgia de Mama Cirurgia Vascular Arterial Saúde Mental	Todos os anteriores e mais Cirurgia Plástica, Gastroenterologia, Pneumologia, Proctologia Angiologia, Hematologia Cirurgia Vascular, Homeopatia Neurocirurgia, Fisiatria Oncologia Reumatologia Alergiologia Cirurgia Pediátrica Medicina do Trabalho Nefrologia Infectologia

(2) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS COMO EPM2. FONTE: PDR/MG. 2011

**QUADRO 4**  
**MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE–SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
V	Bloco de Procedimentos de Média Complexidade, Nível Macrorregional Equivale no FAE, ao EPM3 e inclui litotripsia, blocos 28, 29, 31, 32, 33 e 35, quando polo macrorregional	Todos os anteriores e mais: <input type="checkbox"/> Procedimentos por prof. de nível superior EPM3 (3) <input type="checkbox"/> Cirurgias Ambulatoriais (3) <input type="checkbox"/> Procedimentos Traumatológicos (3), Odontologia (3) Patologia Clínica(3) Anatomocitopatologia (3) <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (3) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (3) <input type="checkbox"/> Diagnose (3) <input type="checkbox"/> Fisioterapia (3) <input type="checkbox"/> Terapias especializadas <input type="checkbox"/> Litotripsia <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Hemodinâmica <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> Tomografia	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Oncológica Transplantes Cirurgia Cardíaca Cirurgia Neurológica Alta Complexidade	Todos os anteriores e mais Cirurgia de Cabeça e Pescoço Imunologia Infectologia Cirurgia Torácica Geriatria Neurologia

(3) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS 1 E 2 COMO EPM1. Fonte: PDR/MG. 2011

#### 1.4 - O PLANO DIRETOR DO ESTADO SEGUNDO AS MACRORREGIÕES

De acordo com o Plano Diretor do Estado de Minas Gerais, reformulado em 2011, o Estado de Minas Gerais que possui uma área territorial composta por 853 municípios, foi recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Dessa forma, a proposta de regionalização da saúde encontra-se com os princípios de economia de escala e qualidade e acesso. É sabido que os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência.

Além disso, o PDR/MG aponta as seguintes evidências na relação escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias. Por outro lado, quando se manifesta um conflito entre escala e acesso, de acordo com que está exposto, há de predominar sempre o princípio do acesso. Essas relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso foram contempladas no desenho do PDR mineiro.

O PDR/MG cria a base territorial para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde, seguindo os preceitos estabelecidos pela NOAS, em que a atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias.

Em relação às unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, o Ministério da Saúde propõem que essas devem ser relativamente concentradas da seguinte forma: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões

De acordo com o plano, essa forma de estruturar a rede do Estado permite uma maior probabilidade de se constituir uma rede de atenção à saúde mais eficiente e de melhor qualidade. Cabe relatar que em Minas Gerais a construção do Plano Diretor de Regionalização definiu espaços regionais apenas dentro dos limites territoriais do Estado, embora seja de conhecimento geral a existência de fluxos assistenciais entre as Unidades Federadas.

Nessa concepção, pode-se concluir que ao não reconhecer os fluxos interestaduais que ocorrem nas áreas fronteiriças do Estado, o Plano não promove uma regionalização efetivamente, pois a atenção à saúde corresponde somente ao território delimitado da região sanitária dentro do Estado. Tal fato impede um eficiente funcionamento do sistema, pois a descentralização dos recursos financeiros, na qual compete ao Estado repassar aos municípios

os recursos, corresponderá aos serviços prestados a uma população determinada que não reflete a realidade local.

### 1.5 - AS ESPECIFICIDADES REGIONAIS DE MINAS GERAIS

De acordo com os dados da PNAD (IBGE/2008), 23% da população de Minas Gerais está abaixo de 14 anos; 64,9% está entre 15 e 59 anos e 11,8% com 60 anos ou mais.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 de Minas Gerais, a estrutura etária da população apresenta alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento da população e pela taxa de fecundidade que é decrescente nas últimas décadas, sendo registrada em 2008 uma taxa de 1,8.

De acordo com o PDR/MG, o Estado apresenta características regionais diferenciadas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas.

As regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. Além disso, as regiões Norte e Nordeste concentram pequena população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios. Em seguida as regiões do Alto Paranaíba e Jequitinhonha/Mucuri.

Já as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central concentram grande número de municípios, em sua maioria com pequena extensão territorial e maior proximidade entre eles. Essas regiões detêm a maior parcela da população do Estado, sendo que a grande Belo Horizonte concentra 2.452.617 habitantes (Censo 2010, IBGE).

As desigualdades presentes no território mineiro refletem de forma significativa na área da saúde, pois verifica maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e ao sul do Estado.

De acordo com o PDR, em 2007 estavam cadastrados pelo DATASUS 723 hospitais e destes, 555 prestam serviços ao SUS/MG, sendo que 60% deles estão localizados em municípios com população entre 5.001 a 20.000 habitantes. Embora, em número significativo, a maioria desses hospitais é de pequeno porte e pouco resolutivos.

Diante desse contexto, o princípio da escala e acesso apresentado pelo PDR não faz prevalecer na prática o acesso, pois o fato de se ter a instalação hospitalar não garante ao usuário ser atendido e muito menos ter suas necessidades sanadas.

QUADRO 5

MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS COM HOSPITAIS PRESTADORES DE SERVIÇOS AO SUS/MG, CONFORME FAIXA POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS.

FAIXA POPULACIONAL	QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS		
	NO ESTADO	COM HOSPITAL	SEM HOSPITAL
Até 5.000 hab.	225	21	204
5.001 a 10.000 hab.	264	75	189
10.001 a 20.000 hab.	182	140	42
20.001 a 50.000 hab.	117	108	9
50.001 a 100.000 hab.	38	38	0
100.001 a 500.000 hab.	23	23	0
➤ 500.000 hab.	4	4	0
TOTAL	853	409	444

FONTES: IBGE/PDR/MG/2009; PERFIL HOSPITALAR NARS/AGR/SES 2007/2008

Após observar o quadro 5, verifica-se que a distribuição desigual da população pelo território mineiro condiciona a alocação dos serviços de saúde e conseqüentemente a distribuição de recursos financeiros, de forma a expressar o processo de polarização dos serviços de saúde em cidades mineiras com população superior a 50.000 habitantes.

Sendo assim, percebe-se que o processo de regionalização em saúde no Estado de Minas Gerais está mais vinculado às características quantitativas do que as socioculturais.

Vale ressaltar que a maior concentração dos hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG ocorre nas regiões Sul, Central e Zona da Mata. Os hospitais universitários também se concentram nas regiões mais favorecidas economicamente, sendo que apenas 01 se localiza na região Norte.

Juiz de Fora, município localizado na Zona da Mata Mineira, torna-se um pólo regional de assistência à saúde por conter, segundo o censo de 2010, em seu território, cerca de 235



instituições de saúde privadas, 93 públicas municipais, três estaduais, além de seis federais.

Esse fator faz com a cidade receba diariamente pacientes de municípios vizinhos para serem assistidos pelos procedimentos médicos de alta e média complexidade hospitalar, como também pelos procedimentos referentes à atenção básica, fato que será exposto mais adiante.

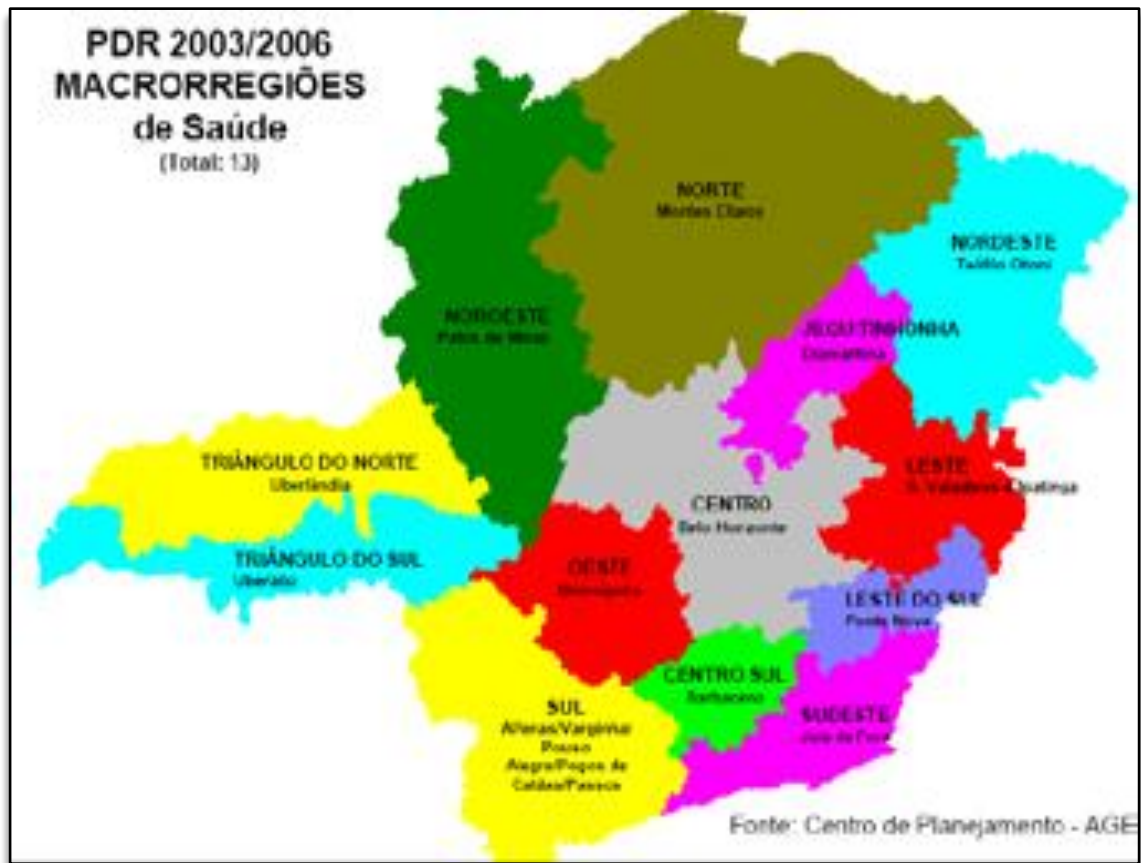


FIGURA 1  
AS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
FONTE: PLANO DIRETOR DE MINAS GERAIS 2003/2006

Ao observar a disposição das macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais estabelecidas e representadas pelo PDR-2011, se verifica uma grande semelhança com a divisão regional de planejamento e gestão de Minas Gerais efetuada pela Secretaria de Estado de Planejamento. As diferenças se mostram em razão do fluxo da população e das distâncias a serem percorridas para atenção à saúde que exigem critérios para organização em rede.



**FIGURA 2**  
**REGIÕES DE PLANEJAMENTO DE MINAS GERAIS**

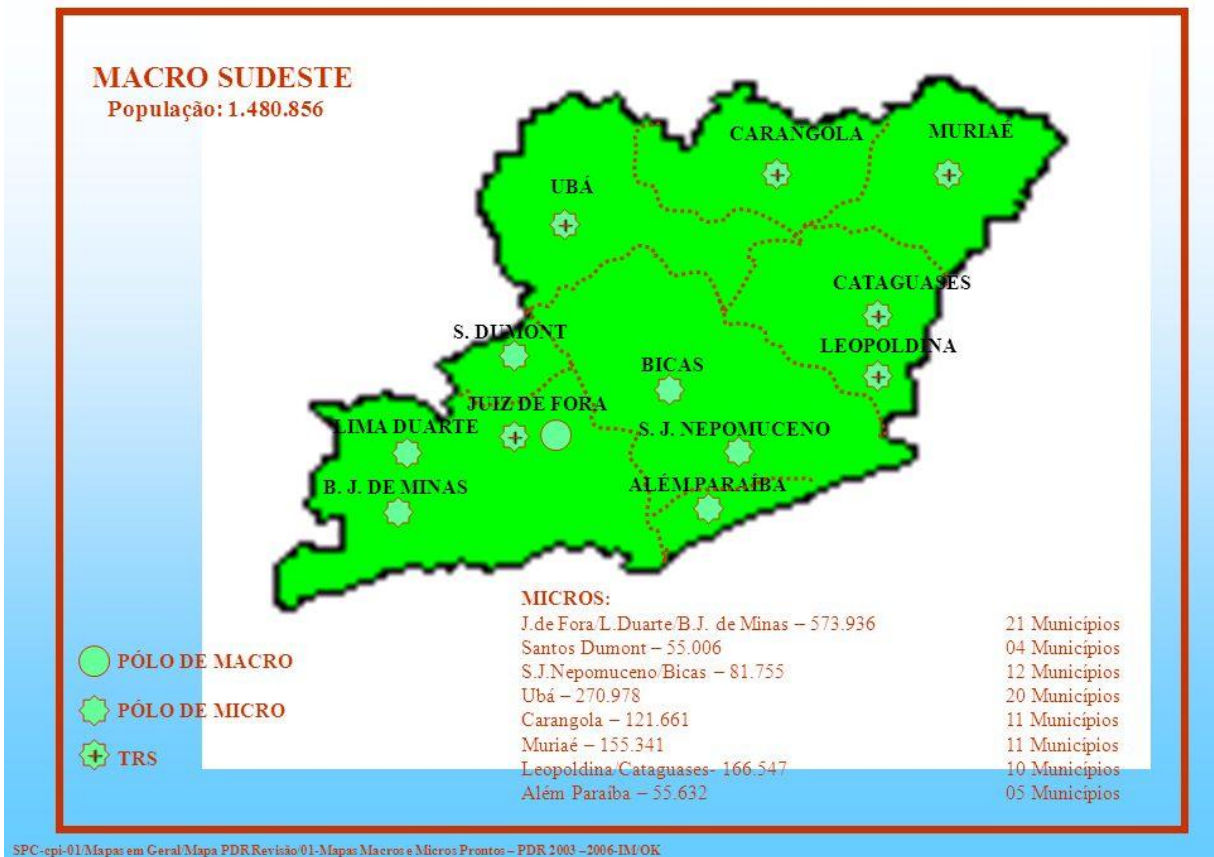
Fonte: Dados básicos. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SERPLAG. MG). Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

O Plano Diretor de Regionalização estabelece as delimitações das macrorregiões e das microrregiões de saúde no Estado, assim como as dos polos, orientando-se pelos critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas. O atual critério deve ser relacionado por nível de densidade tecnológica conforme a tipologia inicialmente estabelecida.

Para delimitação da área de uma microrregião, o plano estabelece o nível da atenção à saúde oferecida por essa área, o fluxo populacional de cada município ao pólo, assim como a acessibilidade viária e geográfica, que condiz a uma distância de aproximadamente 150 km que, segundo o PDR de Minas Gerais, não é uma distância significativa, uma vez que as redes de atenção são organizadas de modo a oferecer sistema de transporte em saúde.

De acordo com o PDR, a identificação final do(s) pólo(s) deu-se considerando os equipamentos disponíveis e a avaliação da distância em relação aos eventuais polos microrregionais identificados, os de fato, os alternativos e os complementares. Para tanto, foi efetuado o mapeamento rodoviário de todas as microrregiões incluídas na macrorregião sudeste. Por ser a microrregião de Juiz de Fora nosso foco de estudo, assim como o pólo

regional de Juiz de Fora, é relevante apresentar a área delimitada pelo PDR/MG da macrorregião sudeste de Minas, a qual a microrregião de Juiz de Fora faz parte, assim como apresentar a área da microrregião a ser estudada.



**FIGURA 3**  
**MACRORREGIÃO SUDESTE: DIVISÃO ASSISTENCIAL POR MICRORREGIÃO**  
FONTE: SPC-CPI-01/MAPAS EM GERAL/MAPA PDR REVISÃO/01 MAPASMACRO E MICRO PONTOS-PDR2003-2006

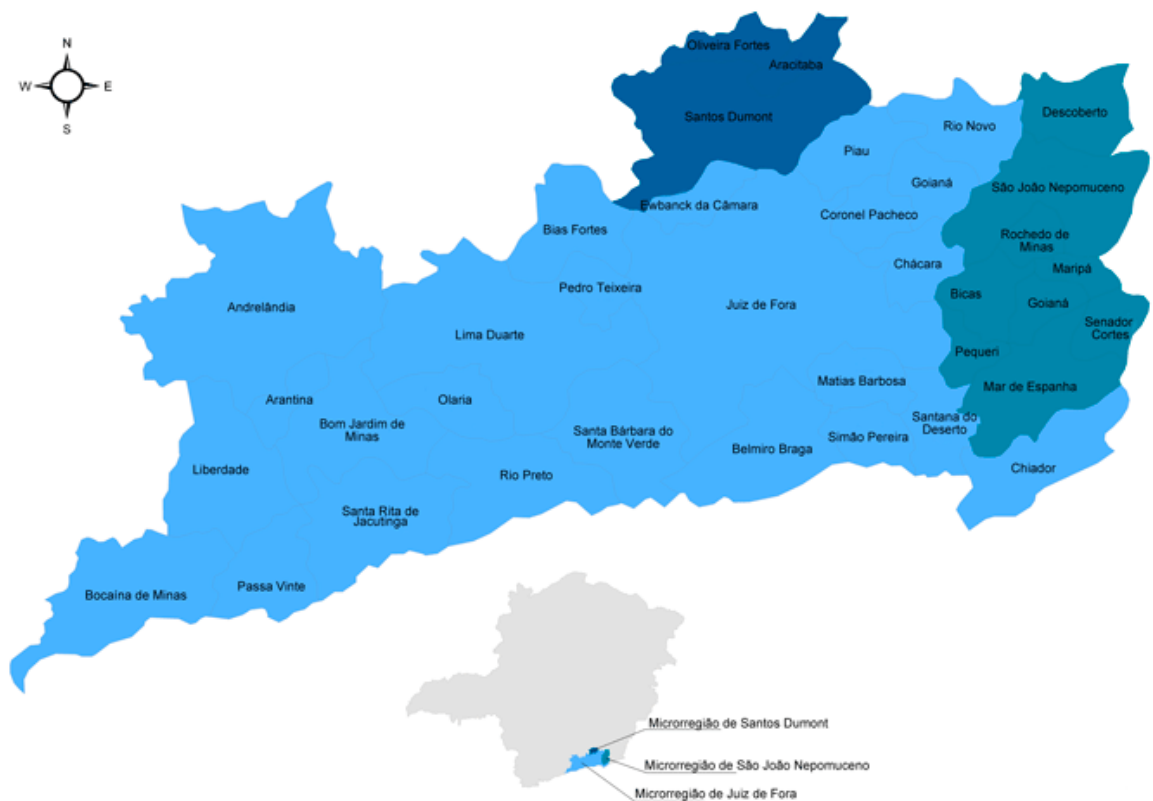


FIGURA 4  
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA  
FONTE: <http://www.imepen.com/hiperdia/microrregioes-atendidas/>

### 1.6 - JUIZ DE FORA: PÓLO DE ATRAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Juiz de Fora faz parte da Macrorregião de Saúde do sudeste de Minas. Essa região, de acordo com o PDR/MG 2011, é composta por oito microrregiões de saúde, 12 pólos microrregionais e 94 municípios. Juiz de Fora é um dos pólos e corresponde a uma microrregião de 718.323 habitantes.

O que faz dessa cidade um pólo regional de referência para a prestação de serviços de saúde é o poder de atração que a mesma exerce sobre a região pelas atividades econômicas inseridas em seu território ao longo do tempo.

A localização da cidade de Juiz de Fora é privilegiada, pois se encontra entre as principais metrópoles brasileiras, sendo duas nacionais: Rio de Janeiro e São Paulo; e uma regional: Belo Horizonte. Desse modo, a cidade se acha inserida no centro da região mais dinâmica do país, fato que lhe proporciona ser alvo de estratégias de investimentos em áreas como negócios, turismo, comércio, educação, saúde, dentre outras. Contudo, apesar de todas as vantagens de sua localização, a região de Juiz de Fora, a Zona da Mata Mineira, vem

apresentando um decréscimo em sua importância econômica nas últimas décadas, principalmente se compararmos com a posição econômica que gozava até a metade do século XX. Desde o final do século XIX até meados do século passado, Juiz de Fora e a Zona da Mata constituíam a principal região econômica de Minas Gerais.

A influência econômica da região remonta a abertura do Caminho Novo no século XVIII, que proporcionou a comunicação mais rápida entre as minas de ouro e o porto do Rio de Janeiro mais rápido do que o Caminho Velho até Parati, bem mais extenso. Mais tarde, a construção da Estrada União Indústria, inaugurada em 1861, teve por objetivo ligar Juiz de Fora a Petrópolis, de modo a escoar a produção agrária da Zona da Mata Mineira, principalmente o café. Tal fato proporcionou a essa área ser um centro de referência para diversas atividades econômicas, notadamente a industrial.

Desde então, Juiz de Fora se torna um entreposto comercial na Zona da Mata Mineira, de modo a alcançar a obtenção de acúmulo de capital.

De acordo com Oliveira: “Em 1884, 2/3 da malha ferroviária da Província se localizava na Zona da Mata com interligações em Juiz de Fora, onde a cidade acumulava grande parte do capital regional tornando-se o centro urbano daquela região agroexportadora”. ( OLIVEIRA, 2005. p.4)

Essa condição de entreposto comercial, em que a maior parte dos produtos importados e exportados por Minas passava por Juiz de Fora em função de seu sistema de transporte, avançado para a época, permitiu que na cidade se desenvolvessem características típicas de um polo econômico. Com a chegada da ferrovia em 1875, a Estrada de Ferro D. Pedro II, o papel polarizador de Juiz de Fora se intensificou ainda mais, ampliando sua influência até a província vizinha do Rio de Janeiro.

Juiz de Fora começou a atrair os investimentos financeiros, tornando-se o centro das grandes comercializações realizadas na Zona da Mata. Assim como uma área de intensa circulação de mercadorias e centro atrativo para investimentos urbanos e para contingentes populacionais diversos.

De forma geral, pode-se concluir que por meio da economia cafeeira na Zona da Mata, a economia mineira foi reorganizada e houve um aumento da receita e do povoamento dessa região, que ficou estagnado no Ciclo do Ouro, por ser uma área de segurança no transporte do ouro até o Rio de Janeiro, sendo a região conhecida no século XVIII pelo nome de “Sertão Proibido”.

A produção cafeeira, ao promover o acúmulo de capital na cidade de Juiz de Fora, favoreceu o início da produção industrial, a ampliação de setor de serviços, comércio, educação e saúde.

O aparecimento das pequenas indústrias proporcionou a criação de uma instituição de financeira na própria cidade, acarretando a abertura do Banco Crédito Real, que, segundo a Secretaria Estadual de Cultura de Minas Gerais (SECMG), desempenhou importante papel econômico para a região:

O banco iniciou suas atividades em meio às dificuldades motivadas pela crise econômica, política e social provocada pela abolição da escravatura. Foi uma das raras instituições financeiras do país a resistir à onda de falência que atingiu o sistema na transição do Império para República, tendo funcionado como alternativa viável ao sistema financeiro centralizado no Rio de Janeiro. (Disponível em: [www.cultura.mg.gov.br/museus/](http://www.cultura.mg.gov.br/museus/) acesso em 27/06/2013)

Ainda de acordo com a SECMG, o banco funcionou durante muitos anos, sendo o único banco do Estado até a década de 60 e constituiu uma das mais fortes e conceituadas organizações financeiras do país.

Concomitantemente a esse evento, tem-se a construção da primeira usina hidrelétrica da América do Sul, a de Marmelos, que foi inaugurada em 1889 e que fez com que a cidade de Juiz de Fora tivesse a primeira experiência em iluminação pública da América Latina, fato que impulsionou o processo de industrialização na região.



FIGURA 5  
USINA HIDRELÉTRICA DE MARMELOS, PRIMEIRA DA AMÉRICA DO SUL.  
Fonte: Funalfa, PJF (Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/funalfa>)

Tais eventos proporcionaram um desenvolvimento de diversos setores, destacando o têxtil e o de alimentos. Nesse contexto, tem-se a necessidade de gerar na cidade um contingente de mão-de-obra mais qualificado, pois as atividades econômicas vigentes na época exigiam tal especificidade. Sendo assim, surge o primeiro Instituto de Ensino Superior de Comércio do Brasil fundado por Francisco Batista de Oliveira.

O desenvolvimento industrial de Juiz de Fora fez da cidade um polo industrial. Atualmente o setor que mais cresce na cidade é o setor terciário, compreendendo a prestação de serviços como saúde, educação e o comércio, fato que lhe proporciona continuar até os dias de hoje como polo econômico dessa região.

A cidade de Juiz de Fora, apresenta limites territoriais ao norte com as cidades de Ewbank da Câmara e Santos Dumont, a noroeste com Piau e Coronel Pacheco, a leste, Chácara e Bicas, a sudeste, Pequiri e Santana do Deserto, ao sul com Matias Barbosa e Belmiro Braga, a sudeste com Santa Barbara do Monte Verde, a oeste Lima Duarte e Pedro Teixeira e a noroeste Bias Fortes e Santos Dumont.

Devido a sua localização, Juiz de Fora vem extrapolando sua área de influência para além de seus limites territoriais, atingindo até mesmo cidades pertencentes ao Estado vizinho, o Rio de Janeiro, principalmente Três Rios e Paraíba do Sul, entre outras.

Por apresentar uma concentração de equipamentos de serviços de saúde em seu território, a cidade recebe, segundo levantamentos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), aproximadamente 30% das internações hospitalares oriundas de outros municípios.

Com a hierarquização, a regionalização dos serviços de saúde, assim como a descentralização da gestão, as diretrizes defendidas pela Constituição Federal de 1988 e pela qual o Sistema Único de Saúde está organizado, se tem como proposta o estabelecimento da maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção.

Ao efetuar uma análise de como essas diretrizes são aplicadas no território, percebe-se que na prática a regionalização do SUS não ocorre efetivamente, pois há áreas que ainda continuam concentrando serviços e ações em seu território.

O financiamento do sistema, apesar dos avanços obtidos, ainda permanece, em muitos casos, fortemente vinculado à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada existente, o que mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população (SOUZA, 2001, p.452).

Essa concentração é inviável para um funcionamento do sistema, pois áreas que concentram os serviços apresentam-se sobrecarregadas, de modo a não poderem oferecer um eficiente funcionamento.

A cidade de Juiz de Fora apresenta essa característica de concentração de serviços de saúde que consiste no conjunto de procedimentos de serviços ambulatoriais e hospitalares, o que faz com a região receba pacientes oriundos, não somente da sua microrregião, como também da macrorregião sudeste, a qual está inserida. Além disso, cabe ressaltar o poder de influência que a cidade possui até mesmo em relação às cidades fronteiriças que pertencem ao Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com FERREIRA:

O gestor municipal toma conhecimento da entrada de usuários oriundos das regiões fronteiriças através de relatos, por profissionais de saúde, do aluguel de imóveis por usuários no âmbito do município; a observação de estacionamentos das ambulâncias em ruas paralelas ou distantes ao hospital de modo a não se caracterizar a entrada irregular, a utilização de endereços de amigos e parentes e/ou comprovantes de residência falsos para a marcação. (FERREIRA, 2007, p.4).

Assim sendo, como relatado anteriormente, o PDR do Estado não cobre a assistência a essa população específica, o que acarreta um gasto com procedimentos e serviços superiores ao estipulado pelo plano.

O que se observa ao analisar o PDR é que tanto as alocações de serviços, quanto a distribuição de recursos não ocorre de forma regionalizada e descentralizada. Os critérios estabelecidos para a distribuição desses fatores, ainda permanece muito vinculados à demanda populacional, equipamentos já instalados, como também a situação sócioeconômica da área.

A tradição histórica da política administrativa do Brasil está ligada a um padrão centralizador administrativo e financeiro, em que aqueles que estão fora do núcleo central quase não têm participação social no processo decisório.

Sendo assim, na realidade o que menos é colocado em prática pelos gestores são as necessidades de assistência da população residente em uma determinada área, podendo até mesmo encontrar ofertas de serviços inferiores à demanda da população.

Nessa concepção, pensar a regionalização em outra perspectiva consiste em articular políticas em torno de um projeto nacional fundamentado no território usado, ou seja, o território que condiciona a localização dos atores a partir das ações que sobre ele se operam.



É válido ressaltar que ter a noção de território usado para uma nova concepção de regionalização é de grande relevância para compreender a complexidade da territorialização em saúde: “O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. E essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território”. (SANTOS e SILVEIRA, 2002, p.20)

Ainda segundo Santos e Silveira, (2006.p.20) “O território, visto como uma unidade e diversidade é uma questão central da história humana e de cada país e constitui o pano de fundo do estudo das suas diversas etapas e do momento atual”. Assim, a preocupação com o entendimento das diferenciações regionais e o dinamismo de suas relações tornam-se necessários para que a regionalização em saúde seja fundamentada em acordos políticos coerentes com a dinâmica de uso do território e encarada não somente de forma a delimitar, hierarquizar e nomear áreas.

Há contudo a necessidade de uma pactuação política entre os entes federados no âmbito de planejamento territorial e nacional de modo que as ações estabelecidas não sejam somente contíguas territorialmente, mas sim organizadas solidariamente de acordo com os usos do território.

Diante desse contexto, alguns programas e ações são propostos para se pensar em uma regionalização de forma mais efetiva, mesmo que essas práticas sejam limitadas de abrangência dos serviços de saúde que nem sempre corresponde com a área de influência desse mesmo serviço prestado.

Porém, devido à heterogeneidade dos Estados e municípios brasileiros, muitos não apresentam condições financeiras e humanas para assumir todos os compromissos requeridos para um novo processo de regionalização.

O papel do Estado no processo de descentralização consiste em formular políticas e programas de orientação, quanto às políticas e aos programas já existentes, e o comprometimento com a melhora na qualidade dos serviços prestados.

Nesse contexto, os municípios que compõem a macrorregião Sudeste de Minas Gerais, na tentativa de propor uma nova regionalização para a macrorregião, criaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste- CIDESTE, que consiste na implantação uma rede de urgência e emergência.

O CIDESTE é um consórcio de saúde entre os 94 municípios da macrorregião sudeste de Minas Gerais, sendo a cidade sede o município de Juiz de Fora. O consórcio consiste em

regionalizar o atendimento de urgência e emergência na região, de modo que o paciente é levado a um hospital de referência mais próximo do seu município, através dos serviços prestados do SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Dos 94 municípios consorciados, 26 possuem bases do SAMU- regional, que são unidades móveis tanto de suporte básicos como suporte avançados capazes de locomover pacientes para os hospitais credenciados a Rede de Urgência.

Ainda na tentativa de propor uma descentralização mais efetiva no Estado e no município, cria-se, então, critérios de submissão para a qualificação dos Estados aos requisitos da NOAS. No caso do Estado de Minas Gerais, a proposta baseia-se na estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas.

O Estado de Minas Gerais reorganiza seu processo de regionalização em saúde a partir de 2011, criando regiões de saúde e redes prioritárias de atenção à população, tais como: A rede Hiperdia, responsável pelas doenças cardiovasculares; a Urgência e Emergência, para toda situação de urgências, mas principalmente para os agravos das doenças cardiovasculares e causas externas (acidentes de trânsito); a rede de Saúde Mental, que é uma resposta para as doenças psiquiátricas, inclusive as relacionadas ao uso de drogas; a rede Viva Vida, para responder pelas ocorrências relacionadas à mortalidade infantil e a rede Mais Vida que é o estabelecimento de uma proposta de organização do sistema para o cuidado do idoso.

Dessa forma, a regionalização proposta pelo SUS e aplicada no Estado estabelece uma lógica de planejamento integrado, compreendendo a noção de territorialidade na identificação das prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado:

O Programa Hiperdia Minas é um Projeto estruturador do Governo dentro do Programa de Redes Integradas de Serviço de Saúde. Foi estabelecido conforme Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tendo como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias. (SES. 2013 disponível em <http://acsdejuizdeforamg.blogspot.com.br/2013/01/cursos-pelo-canal-minas-saude.html>)

Houve a necessidade de destacar esse Programa estabelecido pelo Estado pelo fato dele fazer parte de uma ação ligada à Política Nacional de Urgência e Emergência. Tema que será

trabalhado no próximo capítulo por se tratar da política que condicionou a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas

Esse programa será uma ação a ser trabalhada pela UPA de São Pedro, localizada na Cidade Alta, de modo a dar suporte a Unidade de Atenção Primária e, ao mesmo tempo, desafogar o Pronto Socorro da Microrregião de Juiz de Fora, atendendo assim, sua real função.

## CAPITULO 2

### UNIDADES DE ATENDIMENTO EM SÚDE DE JUIZ DE FORA – MG

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) foi instituído pela Constituição de 1988, com o objetivo de integrar e universalizar o sistema de saúde no país, seguindo os princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade. Porém, até hoje essa proposta é alvo de muitas críticas por apresentar contradições em sua estrutura.

O SUS efetiva-se em todos os lugares do território brasileiro como norma (direito à saúde), mas não como modernização, isto é, como oferta de serviços, equipamentos profissionais e recursos financeiros. Os locais que se encontram mais à margem dos atuais processos de modernização e inserção no mercado global são justamente aqueles nos quais o SUS encontra as maiores dificuldades para atração e a fixação de profissionais, a oferta e manutenção de serviços qualificados e a arrecadação de recursos financeiros para serem investidos no sistema de saúde (VIANA, IBÁÑEZ e ELIAS. 2009, p.15)

De acordo com a citação acima, verifica-se que a composição do SUS apresenta um caráter territorial que merece atenção geográfica, pois para fazer valer o direito à saúde a todos com equidade, como reza a Constituição (Brasil, 1989), determinando o princípio mais importante do sistema que é a universalização do mesmo. O Estado tem o dever de criar determinados arranjos territoriais na organização dos serviços, através das estruturas financeiras, político, organizacional e territorial.

Esses arranjos territoriais dos serviços de saúde devem atender todas as necessidades de saúde de todos os cidadãos em qualquer lugar de forma igual, para que se atinja a integralidade e universalidade do sistema.

O território pode ser tomado, de um lado, como a possibilidade da efetivação, de outro, como resultado e consequência dessa mesma efetivação. As enormes desigualdades territoriais no Brasil, por exemplo, representam o resultado histórico da efetivação (ou não) do direito. Contudo, essas mesmas desigualdades territoriais só poderão ser resolvidas mediante políticas de planejamento e gestão territorial. (FARIA e BORTOLOZZI, 2013, p.146).

As desigualdades territoriais inseridas no espaço permitem a não efetivação do direito à saúde. Diante desse contexto, o Estado promove através da política de descentralização do SUS, como exposto no capítulo anterior, políticas de planejamento e gestão em que o sistema tende a tornar os serviços de saúde mais acessíveis.

A descentralização do sistema tenta levar as ações e os serviços aos territórios à medida que os municípios ganham expressividade na gestão e na tomada de decisão, com a redistribuição do poder e de recursos financeiros dados pela União.

Com a política de descentralização, a aplicação dos recursos, o modo de inscrição espacial dos serviços e as formas de acesso a eles tendem a ser efetivadas, porém merecem uma contribuição geográfica por se tratar de uma dinâmica de planejamento territorial dos serviços de saúde.

De modo geral a estrutura territorial dos serviços do SUS vem sendo feita, no Brasil, através do que se está chamando de “territorialização da saúde.” É um método, talvez uma tecnologia como quer Monken (2003). Mas é também uma política de Estado, utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas (FARIA e BORTOLOZZI, 2013. p.147)

Daí a importância da Geografia na chamada territorialização da saúde, pois essa territorialização está não somente em reconhecer, mas em adaptar os serviços de saúde ao território através de políticas e ações. Sendo assim, identificar o território através do seu uso, ou seja, das territorialidades produzidas em determinados momentos históricos, torna-se expressamente necessário para se ter a efetivação do SUS no território.

A Geografia alcança nesse fim de século a sua era de ouro, porque a geograficidade se impõe como condição histórica, na medida em que nada considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é território. O território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os prazeres, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, quando a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência. A Geografia passa a ser aquela disciplina tomada mais capaz de mostrar os dramas do mundo, da nação, do lugar (SANTOS, 1999. p.7).

Conhecer o território para se aplicar políticas públicas torna-se essencial, pois as territorialidades quando expressas agem como estratégias para o processo da territorialização em saúde, por apresentarem as relações de poder, assim como as relações sociais, econômicas e culturais, exibindo assim a identidade do mesmo como um perfil. Este perfil é uma característica específica do território e oferece um aspecto relevante para estabelecer limites territoriais de planejamento e gestão dos serviços de atenção à saúde.

No que se refere à Atenção Primária, por exemplo, o reconhecimento do território apresenta-se de forma primordial por ser essa Unidade de Saúde a porta de entrada do SUS. Desta forma, espera-se que esse tipo de serviço se ajuste ao território e não o inverso. Além

disso, a Atenção Primária à Saúde é primordial para o bom funcionamento do Sistema Público de Saúde, sendo recomendada enfaticamente pela OMS e referendada pelas Conferências de Promoção à Saúde.

É válido ressaltar que mesmo quando se conhece o perfil, ou seja, a característica específica de cada porção territorial, principalmente na qual está inserida uma Unidade de Saúde de Atenção Primária, esta dificilmente consegue suprir as necessidades da população referenciada, pois não apresenta, na maioria das vezes, suporte técnico adequado, como número de profissionais, equipamentos, especialidades médicas, estrutura física, ambulatório para realizações de exames, além do número limitado de vagas para atendimento diário.

Mesmo essas unidades de saúde apresentando capacidade tecnológica reduzida e uma estrutura física nem sempre adequada para a demanda de fluxo de pacientes, são elas de grande relevância por oferecerem consultas médicas, coletas de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicações básicas.

A atuação dessas unidades se refere a um público alvo identificado por seu endereço. Sendo assim, a partir da década de 1990, criam-se os Distritos Sanitários, representados pela menor área operacional do SUS e mais tarde, nos anos de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que hoje é visto, de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, como uma estratégia de consolidação do SUS em todo país.

Os Distritos Sanitários estabelecem limites territoriais referenciados pela capacidade de oferta de serviço que as unidades básicas são capazes de oferecer e se apresentam da seguinte forma:

O propósito último da criação e desenvolvimento dos Distritos Sanitários não é, apenas, um passo a mais no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde... é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive, trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário".(Distritos Sanitários: concepção e organização. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br/>)

Desta forma, não há somente uma preocupação com a base territorial sobre a qual os serviços de saúde estão dispostos, mas sim em determinar a ação desses serviços de acordo com a realidade de cada área. Neste caso, é levado em consideração o processo saúde-doença do território, assim como toda a dinâmica social ali instalada.

Quando necessário for, deve ocorrer até mesmo uma subdivisão dos Distritos Sanitários para que esses possam organizar a atenção à saúde de forma integral e continuada. Neste contexto, percebe-se que há uma flexibilidade do Sistema de Saúde Brasileiro no que condiz a população-território. As ações propostas pelos serviços de saúde devem ser inseridas de acordo com a realidade da demanda populacional que está inserida na área administrada.

No caso do PSF, programa inserido na Unidade de Atenção Primária à Saúde, sua ação compreende a um determinado público delimitado pelo processo de territorialização.

O público-alvo compreende a população residente na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, determinada mediante processo de territorialização realizado no âmbito do município. Ocorre, ainda, a divisão em microáreas sob supervisão de um Agente Comunitário de Saúde - ACS, cuja população não pode ser superior a 750 pessoas. (Disponível em <http://www.cgu.gov.br/prevencaodacorrupcao/controlesocial/olhovivo/recursos/questionarios/psf.pdf>).

Dessa forma, tenta-se garantir a qualidade do atendimento de forma a suprir as necessidades de saúde-doença da demanda populacional. No entanto o que se percebe como territorialização do PSF é a delimitação de uma área territorial estipulada por limites numéricos, ou seja, delimitar a área de ação do programa pelo número de habitantes cadastrados nas unidades, não podendo ultrapassar uma média de 3000 a 4000 habitantes.

Essa limitação territorial, expressa por números, da ação dos programas de saúde criada pelo Estado não se mostra totalmente eficiente, seria necessário primeiramente expressar as realidades existentes nos territórios, como a incidência de doenças mais frequentes, por exemplo, para que posteriormente as unidades pudessem estabelecer seus limites de ação territorial adequando seus serviços às verdadeiras necessidades territoriais.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de **demarcação** de limites das áreas de atuação dos serviços; de **reconhecimento** do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de **estabelecimento** de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (BARCELLOS e PEREIRA. 2006, p.48, grifo nosso).

O texto de Barcellos e Pereira afirma a necessidade de reconhecer o território em várias dimensões, o que seria possível somente se ocorresse um trabalho de caráter mais geográfico. Neste caso, seria necessária a presença de geógrafos na equipe do PSF, para que juntamente com os demais profissionais do programa fosse realizado um processo de territorialização em saúde efetivamente.

É válido ressaltar que ao ser criado em 1994 o PSF é exposto como um programa que parte da realidade territorial para aplicar suas ações. Sendo assim, esse programa deveria se apresentar com uma flexibilidade na atuação de suas ações.

Entretanto, ao estipular uma população específica para ser atendida pelo programa e ao mesmo tempo não ampliar, na maioria dos casos, o número de Equipes de Saúde da Família inseridas em uma Unidade de Atenção Primária, o programa não atinge sua finalidade que é suprir as necessidades de saúde da população restrita à unidade. Nesse caso, não vai ocorrer de forma efetiva o processo de territorialização em saúde.

Para se pensar na territorialização em saúde no município de Juiz de Fora, há necessidade de investigar a forma como é dada a regionalização da saúde no município.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, o Estado está dividido em regiões sanitárias compostas por municípios-sede de macrorregiões, microrregiões e sedes municipais.

Juiz de Fora está dividida regionalmente em distritos sanitários, ou regiões sanitárias. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, Juiz de Fora é uma das 13 macrorregiões, estando essa dividida em oito microrregiões, sendo elas: 1- Juiz de Fora/ Bom Jardim de Minas/ Lima Duarte; 2- Bicas/ São João Nepomuceno; 3- Além Paraíba, 4- Cataguases/ Leopoldina, 5- Ubá; Muriaé; 6- Carangola; 8- Santos Dumont.





FIGURA 6  
A MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA  
Fonte: [www.mapsgalaxy.com](http://www.mapsgalaxy.com) (Sem escala)



FIGURA 7  
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, DISTRITOS E ÁREA URBANA.  
FONTE: IBGE/GeoMINAS/PJF – Nathan Belcavello de Oliveira, junho de 2005.

O município de Juiz de Fora, está dividido em oito regiões administrativas e, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, para cada região administrativa são apresentadas as regiões sanitárias e os respectivos bairros que as compõem.



FIGURA 8  
REGIÕES ADMINISTRATIVAS DE JUIZ DE FORA  
FONTE: [http:// www.acesa.com](http://www.acesa.com) (Sem escala)

De acordo com a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, o município está dividido em oito regiões administrativas e doze regiões sanitárias, onde estão oitenta e uma regiões urbanas que correspondem igualmente às regiões censitárias.

## 2.1- CARACTERÍSTICAS GERAIS DO USUÁRIO DO SUS EM JUIZ DE FORA

Para se falar nas características dos usuários do SUS é necessário recorrer a história da Saúde Pública Brasileira, partindo do modelo assistencial que vigorava antes da Constituição de 1988. Tal análise mostra que através da pressão exercida pela sociedade e a sua participação nos debates referente à saúde, assim como a luta dos sanitaristas por alterações na saúde coletiva, foi possível ocorrer mudanças na estrutura do Sistema de Saúde Brasileiro.

A criação do SUS pela Constituição de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica 8080/90 dispõe sobre as condições, promoção, proteção e a recuperação da saúde. Essas ações, assim como os serviços do SUS, devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal.

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade.
- (Art. 198 da Constituição Federal de 1988)

Essas diretrizes devem obedecer aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, como visto no capítulo anterior desse trabalho.

Contudo, vale ressaltar alguns pontos relevantes desses princípios para considerar a percepção do usuário do SUS frente a essas diretrizes.

O princípio da universalidade compreende o dever do Estado de oferecer a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços de saúde a toda população brasileira, de forma integral e igualitária. Antes da Constituição de 1988, o acesso ao serviço de saúde no Brasil só era possível aos segurados pela previdência, ou seja, aqueles que contribuam para a previdência social ou para aqueles que estivessem amparados pela rede privada.

Segundo o Centro Cultural do Ministério da Saúde - CCMS, o serviço de saúde pública no Brasil antes da constituição do SUS era estabelecido como um sistema centralizado na esfera federal e sem a participação dos usuários na sua composição. Em relação à assistência médico-hospitalar, essa era entendida apenas como ausência de doenças e não como qualidade de vida, ou a saúde em seu conceito ampliado segundo o entendimento da OMS.

Atualmente, ainda segundo o CCMS, o serviço público de saúde no Brasil compreende as seguintes repartições: vigilância sanitária em saúde, sanitária e ambiental bem como o registro e fiscalização de medicamentos, a assistência farmacêutica, distribuição de medicamentos essenciais e antirretrovirais entre outros. Contudo, a regulação da saúde e a atenção primária também fazem parte desse serviço e corroboram para a qualidade de vida.

Para que o serviço de saúde seja realizado de maneira a garantir o acesso de toda população é necessário ressaltar outro princípio que compõe o SUS, o da **integralidade** da atenção à saúde. Esse abarca o atendimento de forma plena em função das necessidades dos usuários, propondo por parte do Estado ações preventivas e curativas.

Integralidade é ver o indivíduo como um todo, como ser biológico, psicológico, social e, às vezes, até espiritual também. A integralidade é lembrar que o indivíduo é um ser completo, um ser integral, tentando cuidar do paciente como um todo, não só aquela parte que está doente. Acima da queixa, o atendimento integral é ver tanto a doença quanto a parte social e psíquica. Conversando, a gente consegue fazer isso; assistir paciente em todos os sentidos: ele não precisa só de um curativo, mas de uma conversa, uma atenção. A integralidade é essa assistência à saúde como um todo, para que a pessoa possa conviver com a sua doença de forma digna e ser feliz. (FRACOLLI et al., 2011,p.1139. )

Com base nesse contexto, entende-se que a integralidade é um modelo de atenção que consiste em ações que envolvam a promoção, a prevenção de riscos e agravos à saúde, assim como a assistência e recuperação.

Contudo, é válido ressaltar que o desempenho dessas ações dependem de um aparato técnico compreendido em estabelecimentos e unidades de prestação de serviço de saúde composto por de um conjunto de profissionais e de recursos capazes de fomentar práticas específicas desse princípio como a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Para que ocorra à integralidade nos cuidados da saúde, o sistema deve empregar não somente as ações acima citadas, mas sim ações que conduzam à recuperação do usuário do SUS quando necessário. Assim como ser capaz de detectar previamente enfermidades que possam surgir no indivíduo.

O princípio da equidade é outro pilar que juntamente com a universalidade do sistema, a integralidade dos cuidados à saúde assegura a promoção, proteção e a recuperação da saúde e contribui para a organização e funcionamento do sistema como um todo.

Na esteira dos dois princípios apontados acima, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da **equidade** reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde. Ainda são grandes as disparidades regionais e sociais no Brasil. No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população o que faz concluir que de fato a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade. (BRASIL, Ministério da Saúde. SUS: Princípios e Conquistas, 2000, p.32. )

Diante desse contexto, a equidade para o SUS não representa sinônimo de igualdade, pois as necessidades referentes à saúde são distintas e por vezes singulares, então dispor serviços de forma igualitária pelo território, não se estaria cumprindo o princípio da equidade, pois esse corresponde o acesso à saúde de forma indiscriminada.

Os serviços de saúde devem se adequar às realidades locais onde estão inseridos, de modo a suprir as necessidades sociais existentes e, dessa forma, as disparidades são diminuídas efetivamente.

É válido destacar, que todo serviço prestado pelo SUS é através dos recursos da União, e que todo cidadão contribui de forma direta e indireta para a geração desses recursos, ou seja, não somos só usuários somos contribuintes, sendo assim temos direitos a esses serviços indiscriminadamente.

Por fazer parte do conjunto que compreende a seguridade social, os recursos que financiam o SUS provêm da iniciativa privada e da participação social, pois todo cidadão, de acordo com o artigo 195, contribuiu de forma direta e indiretamente com o sistema.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: *(Redação do inciso dada pela EC 20/98)*

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) a receita ou o faturamento;
- c) o lucro;

(Constituição Federal, 1988. Art.195)

Nesse contexto, a prestação de serviço oferecido pelo SUS deve ser feita de forma plena, com acesso livre da sociedade e com equidade.

De acordo com as diretrizes, torna-se relevante considerar nesse trabalho a percepção dos princípios do SUS por parte de seus usuários em Juiz de Fora. Tal percepção contribui para a tomada de políticas públicas municipais de saúde no contexto do SUS.

No entanto, é necessário abrir uma reflexão sobre os avanços alcançados pelo SUS em toda a sua trajetória desde sua criação até os dias atuais para se pensar de que forma ocorrem na prestação de serviços oferecidos pelo sistema e como esses avanços são vividos e percebidos pela população.

## 2.2 - UM BREVE HISTÓRICO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com Merhy, a assistência à saúde não corresponde a um programa, mas sim ao modo de como está organizada a gestão da atenção à saúde.

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos. (MERHY, 2000.p.1)

É interessante lembrar que ainda segundo Merhy, um modelo de atenção à saúde está pautado em um contrato entre usuários, profissionais e gestores e cada um desses atores contribuem de forma direta para o funcionamento do sistema.

Os profissionais de saúde com o conhecimento que lhe é peculiar e abarcado por aparato tecnológico são capazes de intervir na saúde, promovendo assim o cuidado à saúde individual ou coletiva. O resultado esperado são os direitos dos usuários defendidos.

Os gestores, que representam o governo formalmente instituído, são os responsáveis pela deliberação de recursos, principalmente financeiros. Tais recursos são empregados em políticas sociais e em maquinarias que compõe os serviços. Através desses investimentos percebe se há ou não a preocupação do grupo gestor com uma maior equidade.

Em relação ao usuário, como a outra parte fundamental do contrato, Merhy o expressa como o ator que apresenta as necessidades de saúde. Essas necessidades são determinadas pelo ambiente adequado de trabalho e moradia, ter o acesso às tecnologias que melhorem e prologuem sua vida e acima de tudo ser acolhido pelo sistema.

Portanto, o bom funcionamento do Sistema de Saúde depende, também, de outros setores dos serviços sociais, além daqueles anteriormente citados, como a educação, a alimentação e o transporte público de qualidade.

Pode ocorrer situações nas quais as lógicas de contratualização privilegia certos atores em relação a outros, mas eles não poderão perder suas identidades situacionais para estar jogando.

Os modelos médico hegemônico e o sanitarista burocrático são bons exemplos disso, bem como o modelo político clientelista e populista que expressa formas dominantes de certos grupos gestores colocarem-se em cena. (MERHY, 2000. p.2-3)

De acordo com a citação acima, veremos como os vários modelos de saúde que foram implantados no Brasil se apresentavam em diferentes momentos históricos e quais atores sobressaiam.

Durante a República Velha, o modelo assistencial de saúde era baseado na campanha sanitária que lutava contra as epidemias que assolavam o país, como a febre amarela, a varíola e a peste. Esse modelo de assistência acabou se transformando em uma política de saúde pública.

Nessa época, a economia brasileira estava baseada na exportação de produtos agrícolas, principalmente o café, e a proliferação de epidemias como a febre amarela prejudicava o comércio dos produtos nacionais com as nações estrangeira

Nas primeiras décadas do século, houve um grande crescimento econômico no Brasil, no entanto foi um período de crise sócio-econômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçavam a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra. Para reverter a situação, o governo criou medidas que garantissem a saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário (PERES. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>.)

Com o intuito de diminuir a crise econômica vigente nessa época devido à situação precária da saúde da população, houve a necessidade de aderir a uma política de saneamento destinada às áreas de circulação das mercadorias voltadas à exportação, como é o caso do Estado do Rio de Janeiro no início do século XX.

Medidas de saneamento foram tomadas no combate à peste e à febre amarela. Porém, ao ser feita de forma obrigatória, a vacinação contra a varíola originou uma grande revolta popular, que ficou conhecida como a Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904.

O governo utilizou de força militar para assegurar a campanha de vacinação. Sendo assim, qualquer reação contrária à campanha gerava pena de prisão e até mesmo deportação para o Acre.

Cabe ressaltar que a política sanitária permanece até os dias de hoje como uma modalidade de intervenção no combate às endemias e epidemias no Brasil, como a dengue, por exemplo. Contudo, na atualidade, o Brasil passa por um processo de democratização de suas instituições, fato que impede uma ação totalitária do Estado, como aquela política de saneamento desenvolvida na primeira metade do século XX.

Na década de 1920, com aceleração do processo de industrialização no Brasil, houve um aumento considerável de trabalhadores nos espaços urbanos, que reivindicavam políticas de previdência e assistência à saúde. Foi um longo processo de lutas e reivindicações da classe trabalhadora, desde o século XIX na Europa, com as revoluções do proletariado,



inspiradas nos estudos e na militância de cientistas sociais da importância de Karl Marx e Friedrich Engels.

No Brasil, coube a Lei Eloy Chaves, de 24 de janeiro de 1923, a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores das empresas ferroviárias. Esta lei representou o início e a base do Sistema Previdenciário Brasileiro. Vale destacar que o sistema capitalista nas primeiras décadas do século XX foi pressionado não só pela organização de trabalhadores, mas também por um evento de capital importância na História que foi a Revolução Russa de 1917, que resultou na primeira nação a adotar o sistema socialista. Então, o Estado foi forçado a fazer concessões sociais à classe trabalhadora, temendo que um levante proletário pudesse derrubar do poder a classe dominante, formada por uma oligarquia agrária e uma nascente burguesia industrial.

Sendo assim, tem-se criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) dos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, de outras categorias de trabalhadores urbanos, pois esses exerciam maiores pressões sobre o governo.

Os trabalhadores contribuíam para ter o direito à previdência e a assistência à saúde. O governo então passa a pensar não mais em saúde coletiva e o ideal é que o trabalhador sempre estivesse em boas condições de trabalho, mas sem gerar demasiado custo ao Estado.

Desta forma, o controle sobre a sociedade brasileira passou a ter um caráter mais individual do que coletivo, ou seja, o trabalhador deveria estar sempre com boas condições de saúde para manter sua capacidade produtiva.

Além dessa função de controle social, a assistência médica individual passou também a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho. Como observa Mendes (1993, p.21), “o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (CARVALHO, N.M. Disponível em [http://www3.ufsm.br/ivap/historia\\_saude.doc](http://www3.ufsm.br/ivap/historia_saude.doc))

Não tendo que manter gastos com a saúde pública, o ordenamento das cidades fica por conta das especulações imobiliárias, provocando até mesmo uma expansão desordenada do crescimento das cidades.

A regulamentação do espaço urbano por meio da saúde pública nesse período ficou por conta de uma política de saneamento ligada ao mercado financeiro. Em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão ligado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que visava a higiene industrial e o saneamento dos espaços urbanos valorizados, além da área rural por ser o espaço de produção de café, produto então que comandava a economia brasileira.

Na década de 1930, a assistência à saúde pública apresentou-se mais atuante com as instalações de Postos de Saúde. Estes tinham por objetivo atender os problemas mais frequentes da população, como doenças venéreas, a lepra entre outras.

A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros. (MOROSINI, 2007.p. 28)

Esses programas são chamados de verticais por não estarem destinados a considerar os aspectos sociais ou as diversas necessidades de saúde que o indivíduo possa manifestar de acordo com a sua região. Dessa forma, a assistência não se apresentava de forma integral nem com equidade, pois não era capaz de suprir as várias necessidades de saúde.

Foi na década de 30, no governo de Getúlio Vargas, que ocorreu a estruturação da rede estadual de saúde e a CAP transformou-se no Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP). Já a assistência oferecida pelo Estado era destinada à camada menos favorecida economicamente da população, ou seja, para aqueles que não contribuíam para o IAP.

Na década de 30 por iniciativa do governo Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) agora de abrangência nacional, congregando, cada um deles, categorias de assalariados por setores de atividade econômica, industrial, comercial, marítimos, bancários entre outros. (COHN,1995. p.54)

O IAP, não correspondia ao fundo de aposentadoria e pensão de uma determinada empresa e sim a um instituto de aposentadoria de uma determinada categoria profissional. Assim foram criados vários IAPS e eles dispunham de rede ambulatorial e hospitais para a assistência à doença e a recuperação do trabalhador.

Durante o governo militar ocorreu a unificação do IAPS, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), voltado para assistência à saúde individual.

***Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social***

**Art. 1º** Os atuais Institutos de Aposentadoria e Pensões são unificados sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Decreto-lei nº 72 - de 21 de novembro de 1966 - DOU de 22/11/66

A criação do INPS, pelo governo militar teve como objetivo uniformizar os benefícios dos trabalhadores. Contudo, esses foram aos poucos perdendo sua participação nas tomadas de decisões. Sendo assim, a gestão tripartite dos antigos IAPS se desmantelou e centralizou-se na União.

Vale ressaltar que a sua criação gerou a ampliação da cobertura previdenciária para acidentes de trabalho, para o trabalhador rural, para os domésticos e autônomos. Entretanto, aqueles que não contribuíam para previdência só poderiam ser assistidos pela saúde pública através dos serviços filantrópicos.

Portanto, tais serviços filantrópicos eram oferecidos somente para aquele que apresentava um perfil de necessidade de saúde que se enquadrasse em um dos programas existentes, como tuberculose, doenças venéreas, materno-infantil, lepra entre outros.

Já os mais abastados e aos que não apresentavam um perfil de necessidade de saúde que estivesse dentro de um dos programas existentes eram obrigados a consultar em clínicas e consultórios privados.

Características da previdência social no período:

- Cobertura previdenciária para os trabalhadores urbanos formalmente inseridos;
- Prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo;
- Estímulo à criação de um complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos;
- Padrão da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde;
- Organização da prática médica em moldes capitalistas. (SCOREL, 2008. p. 386)

Ao aumentar o número de beneficiários e de benefícios, o governo começou a investir em saúde de forma terceirizada de modo a contratar estabelecimentos de saúde para prestar serviços. Tal medida gerou dívidas enormes para a previdência.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. (POLIGNANO, disponível em [http://www.medicina.ufmg.br/internato/saude\\_no\\_brasil.Rtf](http://www.medicina.ufmg.br/internato/saude_no_brasil.Rtf))

Os laboratórios, hospitais e consultórios que pertenciam aos antigos IAPS, já não fazem mais parte do então INPS. Alegando incapacidade de manter a assistência à saúde a todos os beneficiários, o governo decide contratar serviços de terceiros, beneficiando a assim à iniciativa privada, pois se torna o grande comprador de serviços de saúde.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, esse processo se acelerou e a assistência médica prestada pelo Estado passou a ocorrer basicamente pela aquisição de serviços privados. Como o INPS necessitava de uma enorme rede de prestadores espalhada por todo o país, o processo de formação dessa rede poderia ser caracterizado como o primeiro e mais importante mecanismo regulatório praticado pela Instituição. (SANTOS e MERHY, 2006, p.27)

Foi um período marcado por uma alarmante corrupção, pois as Unidades de Saúde que vendiam seus serviços inventavam pacientes e procedimentos médicos, com o objetivo de aumentar seus lucros.

Nesse período, se teve a chamada medicina de grupo, em que as firmas ao assumirem a assistência médica de seus empregados, passavam a não mais contribuírem com a previdência. Sendo assim, essas firmas contratavam empresas de saúde e pagavam a elas um valor específico por cada trabalhador.

Por sua vez, as empresas de saúde contratadas aumentavam seus lucros, quanto menos pacientes atendessem. Contudo, casos de enfermidades mais complexas, que exigiam maiores gastos com procedimentos médicos e internações continuavam sendo mantidos pela previdência social.

As ações de controle e de avaliação da assistência à saúde começaram de forma mais estruturada com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. Por meio de sua Secretaria de Controle e Avaliação, com as respectivas coordenadorias em nível estadual, o INAMPS atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. (Ministério da Saúde. A Política de Regulação do Brasil, 2006. p.17)

A necessidade de se criar um órgão fiscalizador e controlador como o INAMPS mostra que de fato ocorreu a formação de um sistema médico industrial durante esse período. Na verdade, essa tendência privatizante do setor de saúde começou a se fortalecer no pós II Guerra, principalmente a partir da década de 1950, quando o modelo de assistência médica no Brasil sofre uma mudança drástica, passando do modelo generalista e descentralizado, de influência europeia, para o modelo especialista e centralizado em grandes unidades de saúde como os Hospitais, com forte influência norte-americana. A Atenção Primária é relegada a um segundo plano e a maior parte dos investimentos públicos e privados se dirige para a chamada saúde curativa, privilegiando os procedimentos de média e alta complexidade, bem mais lucrativos para a iniciativa privada.

... Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias. O FAS e o PPA fizeram da saúde um negócio altamente lucrativo. Logo após a criação da Dataprev, grande parte das contas hospitalares foi recusada, evidenciando os mecanismos de fraudes utilizados até então. (SCOREL, 2008. p.388).

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ) e o Plano de Pronta Ação (PPA) direcionavam os recursos para a iniciativa privada, uma vez que a previdência se

comprometia em custear os serviços de emergência tanto ao setor público quanto ao privado, independente do vínculo trabalhista do paciente.

É importante ressaltar que ainda segundo Escore (2008), esses recursos por vezes eram destinados até mesmo à construção de unidades privadas de saúde. Muitos hospitais privados de grande porte que conhecemos hoje foram beneficiados por esses fundos desde a sua construção.

Já a saúde pública nesse momento histórico mostrou-se ineficiente, pois recebia investimentos insignificantes, de modo a promover campanhas de baixa eficácia contra as endemias e epidemias que afligiam o país, proporcionando então um modelo sanitarista inadequado à realidade brasileira.

No final dos anos 60 e início dos anos 70, em plena ditadura militar nasce o movimento da reforma sanitária no país. O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e O Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro eram os locais onde ocorriam as discussões sobre a nova forma de se pensar em saúde.

Essa nova forma de pensar a saúde transpassa a mudança na estruturação do sistema e tende a considerar a saúde como melhora na condição de vida da população. O setor de saúde, até então estava centrado nas Ciências Biológicas e na forma como as doenças eram transmitidas, e não como um fator socialmente determinado. Este fato que vai ocorrer com inserção das Ciências Sociais nas discussões correntes: “A grande virada da abordagem da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostra que a doença está socialmente determinada.” (Disponível em <http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>).

Surgem assim, pesquisas na área de saúde coletiva que criticavam a medicina preventiva da época, que era focada no combate à doença e em determinar as causas de transmissão.

No ano de 1976, foi criado o CEBES, Centro Brasileiro de Estudo de Saúde, composto por profissionais do serviço de saúde e a academia, que tinha por objetivo realizar pesquisas de interesses da saúde coletiva.

O CEBES, juntamente com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, discutia sobre a universalização e equidade do sistema de saúde sob o domínio do poder público. Os estudos e debates realizados nos institutos colocavam em prática alguns

critérios que contribuíram para as mudanças que foram ocorrendo no sistema de saúde brasileiro.

É válido ressaltar que nesse período o sistema econômico capitalista vigente no mundo entrou em crise advinda do aumento dos preços do petróleo e que acabou por abalar a economia brasileira, pois os investimentos estrangeiros que eram realizados no Brasil diminuíram, os salários dos trabalhadores tornaram-se menores e, concomitantemente a isso, cresce o número de desempregados no país.

Esses dois últimos fatores contribuíram para que a receita brasileira não fosse capaz de arcar com investimentos em vários setores da economia. Sendo assim, a previdência social, que abarcava o serviço de saúde brasileiro, desvia verbas para outros setores. Dessa forma, se tornou incapaz de solucionar problemas referentes à saúde coletiva, como a mortalidade infantil, assim como atender aqueles que eram excluídos do sistema, por estarem desempregados.

A Reforma Sanitária, como era chamado o movimento realizado pelos pesquisadores e profissionais de serviços, assim como a população que estava inserida nos debates referentes à saúde coletiva proporcionaram as mudanças no sistema de saúde do Brasil.

A crise econômica que vigorou no país no final em meados da década de 70 enfraqueceu o governo militar favorecendo que as mudanças ocorressem no Sistema de Saúde brasileiro.

O movimento pela reforma sanitária resultou na conquista da universalização da saúde, na participação dos usuários e enfatizou o caráter complementar que caberia à iniciativa privada. A história **8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, realizada em Brasília em 1986, delineou a criação do novo Serviço Nacional de Saúde, denominado posteriormente de **Sistema Único de Saúde (SUS)** e onde foram discutidos os principais temas da saúde brasileira: Saúde como um Direito do Cidadão; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento do Setor e a Reforma Sanitária.

O final da década de 80 foi marcado pela Constituição de 1988, que determina ser dever do Estado garantir a saúde a toda população, para tanto é criado, finalmente, o Sistema Único de Saúde, o SUS.

Como visto anteriormente, antes da criação do SUS, a assistência da saúde estava vinculada ao sistema previdenciário, dessa forma se tinha no país dois grandes grupos populacionais, os contribuintes e os que não contribuían.

Os serviços de saúde eram prestados somente para os contribuintes, os que não contribuíam ficavam por conta de ações filantrópicas. No entanto, com o movimento da Reforma Sanitária, o INAMPS passa a ter uma cobertura mais universal, abolindo a apresentação da carteira para atendimento em hospitais públicos e os conveniados a rede pública.

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. Na verdade, o SUDS já era uma tentativa de se fazer o SUS ainda sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar. Como sua implementação se dava por meio da celebração de convênio, a participação da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, do Governo do Estado, era opcional. Caso o Estado não concordasse em participar do SUDS, o INAMPS continuaria executando suas funções. Se por um lado, isto significou um grande avanço, principalmente pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outro, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS. (Secretários de Saúde. - CONASS, 2003. p.15)

A falta de cobertura universal, a não atenção integral à saúde e a exclusão com a maior parte da população brasileira, a inexistência de uma saúde coletiva e a existência de um modelo de saúde preventivista que não dava conta da realidade sanitária do país, resultaram no final dos anos 70, na luta da sociedade civil e no movimento sanitário, por mudanças na estrutura da assistência à saúde no Brasil.

O movimento sanitário, promovido por profissionais da área da saúde, comprometidos com a medicina social e paralelamente a ele a pressão exercida pela sociedade civil fez com que no final dos anos 80 o Sistema Único de Saúde fosse constituído.

A Constituição de 1988, em seu artigo 196 dispõe sobre a nova estrutura de assistência à saúde que passa a vigorar no Brasil.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196. Constituição de 1988).

O SUS então criado em 1988, torna-se regulamentado em 1990 pelas Leis 8080/90 e 80142/90. Diante disso, ocorre uma mudança relevante como a que extingue o antigo INAMPS, de modo a transferir suas funções a cargo dos gestores das instâncias federal, estadual e municipal.

A organização do SUS é orientada, no sentido do interesse coletivo, sem discriminação por crenças religiosas, raças, vínculos trabalhistas, assim como a classe social.

Nessa perspectiva, de se pautar no interesse coletivo, a situação de vida da população é relevante para o funcionamento do sistema, pois o fato de determinados indivíduos estarem ou não expostos a determinadas doenças, violência, acidentes, vai acarretar necessidades diferenciadas que devem ser supridas.

Nesse contexto, o SUS apresenta um caráter descentralizador, no qual são repassados aos Estados e municípios as responsabilidades para que esses possam adequar os serviços às suas particularidades territoriais. Para tanto, é necessário que o sistema esteja preparado para tal função. Porém, o que se verifica ainda é uma deficiência em sua estrutura, pois a saúde coletiva, em sua maior parte, é tratada de forma igual para todo o território nacional.

Não só o princípio da equidade é um desafio para o SUS, mas também a forma de assistência ao cuidado da saúde individual e coletiva, pois a mesma não deve ter apenas um caráter curativo, e sim salvaguardar a promoção, proteção, prevenção e quando necessário à recuperação do usuário do sistema.

A saúde não é só a assistência médica garantida, mas sim a qualidade de vida que a população apresenta como lazer, moradia, ambiente adequado de trabalho, educação e, obviamente, ter o que cada um considera bom para viver.

Com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, o SUS abarca investimentos na pesquisa de saúde, vigilância sanitária, distribuição de medicamentos, convênio ou contrato com o setor privado para que esse possa oferecer serviços que não tenham na rede pública em determinadas localidades.

Ações de vigilância em Saúde, como o trabalho da Anvisa e as campanhas de imunização; procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos; programas de prevenção e tratamento reconhecidos internacionalmente, como o de combate ao HIV/aids, além da produção de tecnologia e conhecimento, a exemplo do que se faz na Fiocruz e em outras instituições públicas de pesquisa e/ou ensino em saúde, entre muitos outros. (RADIS, 2011. nº104. p.9)

Mesmo assim, o sistema não é reconhecido em suas diversas dimensões, a visão que a maior parte da população tem é que o sistema de saúde brasileiro apenas consome recursos e não gera riquezas.

Na verdade, o sistema econômico capitalista vigente no país pautado em uma política neoliberal, faz com que as limitações dos serviços de saúde pública sobressaiam frente suas ações bem sucedidas. A impressão que se tem é que o SUS foi criado para funcionar dentro de outro modelo sócio econômico, que não seja o capitalismo periférico que vigora no Brasil,



carregado de contradições e injustiças sociais que limita e, por vezes, inviabiliza as ações de um Sistema Público de Saúde, pautado nos princípios da Universalidade, da Integralidade e da Equidade.

No momento econômico atual da globalização dos mercados, falar em socialização da saúde e ainda por cima criar um sistema de atenção à saúde de acesso universal, não condiz com as expectativas dos grupos dominantes, que desejam a privatização da saúde fazendo dela, um bom negócio.

Sendo assim, os programas criados, principalmente aqueles mais próximos da população, apresentam limitações na sua prática, como é o caso da Atenção Primária.

A Atenção Primária apresenta-se tão sucateada em sua estrutura física, tão limitada em suas ações que acaba por passar uma ideia de ineficiência, contribuindo com a impressão que o SUS é um sistema feito para não funcionar. Então, a classe média do Brasil opta por obter plano de saúde privado por julgar que Sistema Único de Saúde é para a classe menos favorecida da população.

Essa falta da participação da classe média como usuária e a falta da participação popular nas discussões referentes à saúde junto aos grupos gestores e profissionais da área faz como que o sistema seja mais ineficiente.

Destaca-se que a saúde privada no Brasil, desde 1988, deve apresentar um caráter suplementar na prestação de serviço. Porém não é o que acontece, pois uma parcela da população opta por um plano de saúde por considerá-lo com uma melhor cobertura assistencial. No entanto, esses mesmos planos apresentam limitações a seus usuários.

Uma pesquisa realizada pela Associação Paulista de Medicina, em parceria com o Datafolha no Estado de São Paulo em setembro de 2013, revelou a insatisfação de pacientes com os planos de saúde. As queixas mais frequentes foram em relação à demora na marcação de consultas, falhas em atendimento em pronto-socorro, dificuldades para realização de exames, cirurgias e procedimentos de maior custo, médicos que saem do plano, falta de médicos nas especialidades, entre outros.

Segundo a Associação Paulista de Medicina, a proporção é que dos 10,4 milhões de usuários há 8,2 milhões de pessoas com queixas. Contudo notícias referentes ao insucesso dos planos de saúde só estão na mídia quando envolvidos em escândalo.

A pesquisa revela ainda que, em relação ao ano anterior, houve um aumento de 50% de usuários de planos de saúde que recorreram ao SUS ou ao atendimento particular.

### 2.3 - A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Com o propósito de se mostrar a visão que o usuário do SUS tem em relação aos serviços prestados, pretende-se nessa parte do trabalho relatar as dificuldades encontradas pelos usuários do sistema quando recorrem a ele.

Com base em referências bibliográficas, publicações da mídia local, na observação empírica e na conversa informal com alguns profissionais de saúde de uma unidade de saúde na cidade de Juiz de Fora Minas Gerais, pretende-se apresentar as características gerais do usuário do SUS, no município.

O modelo assistencial de saúde do Brasil está pautado na descentralização, na regionalização dos serviços e que tem por base a atenção primária como porta de entrada do sistema.

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (JUNIOR e ALVES, 2007, p.27).

A Atenção Primária à Saúde faz parte do processo de regionalização da atenção à saúde e tem por objetivo garantir a população ações curativas e preventivas capazes de assegurar efetivamente o acesso à saúde.

Porém, para o usuário do sistema, a Atenção Primária se mostra ineficiente e não se configura como porta de entrada para o acesso à saúde. Nesse contexto, o SUS se esforça em um processo de reorientação modal a partir da atenção básica.

Uma das estratégias, criadas pelo SUS, para ampliar as ações da atenção básica foi o **Programa Saúde da Família (PSF)**. Criado em 1994, esse programa tem como finalidade a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre

principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. (Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>).

A equipe do Programa Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde é composta por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários e quando ampliada tem-se um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Percebe-se que o modelo biomédico ainda prevalece, pois a formação mínima não contempla um único profissional na área social e humana como, por exemplo, um psicólogo ou agente social.

Essa estratégia é operacionalizada com a formação de equipes multiprofissionais instaladas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, que tende a atender um número limitado de famílias, em uma área geográfica definida.

Por defender uma demarcação territorial limitada e um número limitado de família para atuação, os usuários, em sua maior parte, o consideram de pouca resolubilidade e em alguns casos pouco acessível

A política pública Programa Saúde da Família (PSF) tem o objetivo de focar a atenção tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva da vulnerabilidade em saúde, indo além das puras práticas curativas, visando à promoção da saúde. O Programa apresenta grande potencialidade de tornar-se um sistema eficaz para enfrentar as vulnerabilidades em saúde, mas apresenta limites que dificultam a pretendida mudança devido aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados dentro do paradigma que se quer justamente superar. (JUNGES, 2008, p. 938)

Esse programa tem sua estrutura fundamentada no paradigma de que a medicina é sempre uma construção histórica e social, sendo assim, há sempre a necessidade de se reestruturar a organização sanitária e de se enquadrar nos desejos dos usuários.

É importante destacar que o PSF foi um programa inspirado em outro semelhante que funciona em Cuba, um país socialista, denominado Médico e Enfermeiro de Família. Na formulação estrutural do SUS, também se procurou estudar sistemas de outros países, inclusive o Sistema Cubano de Saúde. Logicamente, os melhores sistemas provinham de países desenvolvidos, com exceção de Cuba, com economias sociais democratas, como no caso dos países nórdicos da Europa e mesmo do sistema britânico, o francês e o canadense, que estão sempre bem creditados pela OMS. Ao contrário, o Sistema Estadunidense não segue

os princípios de universalidade, integralidade e equidade, não podendo servir de exemplo ao que se propôs ao Brasil.

A presença de modelos assistenciais de saúde antigos vigentes até os dias de hoje, como a medicina curativa, propicia o estrangulamento do sistema.

De acordo com Fernandes et al. (2008), há dois problemas expostos por profissionais de saúde que atravessam o PSF e acaba por sufocá-lo. O primeiro se refere à demanda espontânea e o segundo à dependência/independência em relação aos membros que integram as Equipes Saúde da Família (ESF).

O primeiro problema referente à demanda espontânea não condiz com a proposta do PSF, pois este se baseia no agendamento das marcações de consultas. Por sua vez, os usuários não concordam com esses agendamentos, por não saberem se estarão doentes no dia da consulta.

Contudo, com o intuito de desafogar o sistema, a equipe acaba por atender a demanda crescente, no caso a espontânea. Dessa forma, gera inúmeros outros problemas como: demora nas marcações de consultas daqueles que fazem parte do programa e a diminuição do número de visitas realizadas pela equipe, cumprindo apenas o mínimo estipulado.

No entanto, no imaginário do PSF a atenção básica vai muito além do procedimento curativo, está associada à educação em saúde e a hábitos saudáveis. O usuário não deve procurar a unidade apenas quando estiver doente, mas sim manter um controle em relação à saúde.

O segundo problema relatado é referente à dependência/independência dos usuários em relação aos membros da equipe. O vínculo maior dos usuários é com os médicos, ou seja, ainda há a visão tradicional do antigo médico da família. Para tanto é proposto aos demais membros da equipe que passem a ter um olhar mais clínico com os usuários para tentar superar essa dependência médica.

Nesse contexto, vê-se a falta de informação dos usuários sobre o funcionamento da atenção básica e o Programa Saúde da Família e como esse fator interfere no funcionamento do sistema.

Sua estrutura não pautada ao trabalho de uma clínica curativa ou em hospitais e sim um trabalho de caráter mais terapêutico com seus resultados a longo prazo. Contudo, é válido ressaltar que esse caminho terapêutico é impossível sem o diálogo e a participação dos usuários.

Nas clínicas curativas assim como nos hospitais, o trabalho é centrado na realização de procedimentos como exames laboratoriais e em receitar medicamentos adequados a cada patologia, geralmente as consultas são curtas.

Os procedimentos como exames laboratoriais na atenção básica não existem e os números de vagas oferecidos diariamente não foram feitas para atender a demanda espontânea e sim as consultas de usuários cadastrados, pois a mesma não está centrada na construção de diagnósticos, nem somente em receitar medicamentos ou em pedir exames. Na atenção básica o usuário não é um sujeito submetido às ações do hospital. E deve estar na dependência total do profissional.

A construção da atenção básica no Brasil está centrada na situação cotidiana do sujeito e em sua autonomia, pois o mesmo não deve procurar a assistência médica somente quando estiver doente, a saúde é um conjunto de necessidades supridas.

Cabe ressaltar que o atual sistema econômico do país provoca uma carência social muito grande, de modo a provocar determinadas enfermidades nas pessoas e essas são obrigadas a recorrerem aos postos de saúde. De acordo com JUNGES (2009, p. 939) “O profissional, contudo chega a compreender que essa dependência pode ter sua causa no desânimo e no desamparo social em que as pessoas vivem.”

Vale ressaltar que a falta de informação e a “carência social” de grande parte da população contribuem para um mau funcionamento do sistema.

Além disso, o número restrito de unidades de saúde de atenção primária, a falta de especialidades médicas nessas unidades, o número reduzido de PSF, uma crescente demanda espontânea e um número irrelevante de vagas para consultas médicas são os principais fatos que contribuem para o estrangulamento do sistema de saúde.

Sendo assim, o usuário recorre a formas alternativas de atendimento, se direcionam aos prontos-socorros, hospitais e unidades de pronto atendimento, na certeza de que serão atendidos. Apesar de todos esses problemas, o PSF é um programa exitoso no sistema de saúde brasileiro e, quando implantado nas Unidades Básicas de Saúde, os dados estatísticos confirmam uma sensível melhoria no atendimento e nos indicadores de saúde dos usuários daquele território atendido.

Quando a Atenção Primária não funciona bem, o sistema como um todo fica sobrecarregado, principalmente as Unidade de Média e Alta Complexidade. É o caso da Cidade Alta que se localiza na parte oeste do município de Juiz de Fora. Essa zona urbana é composta por vários bairros e tem aproximadamente uma população de 38.711, de acordo

como censo de 2010. Contudo, essa região tem apenas três unidades de Atenção Primária localizadas nos principais bairros da área: São Pedro, Santos Dumont e Borboleta.

Os demais bairros da região encontram-se descobertos em relação à assistência primária. Além disso, das três unidades instaladas na região apenas duas delas possui o Programa Saúde da Família, a unidade de São Pedro e a Unidade de Santos Dumont.

O bairro São Pedro, possui uma população de 14.641 habitantes e possui apenas uma equipe de Saúde da Família. Essa equipe se limita a atender somente aos acamados de uma determinada parte do bairro.

O bairro de Santos Dumont, com uma população de 7.756, possui também uma equipe Saúde da Família. De acordo com o Conselho de Saúde local, o PSF dessa unidade atende a todos que estão cadastrados no programa e não necessariamente só os acamados.

Nesses exemplos vimos que mesmo o sistema criando programas para ampliar a ação da atenção básica, a demanda real para a procura do serviço ultrapassa a capacidade de ação do programa.

A partir de 1995, a progressiva expansão da rede básica e a crescente implantação do Programa de Saúde da Família, fatos que também ocorreram no município de Juiz de Fora, trouxeram a expectativa de que essa distribuição da demanda por serviços de saúde se modificaria, no sentido da atenção básica, que passaria a absorver e a resolver grande parte dos problemas de saúde da população, contribuindo para esvaziar, em consequência, os prontos-socorros e hospitais. No entanto, observou-se que isso não só não ocorreu, como também tem se observado nos últimos anos uma crescente demanda às unidades de urgência e emergência. (OLIVEIRA, MATTOS, e SOUZA, 2009, p.4)

Essa realidade é frequente, pois a atenção primária apresenta limitações para os usuários como o número de vagas para o cadastrado na unidade do bairro em que moram, pois não funcionam 24 horas por dia, e há que se marcarem as consultas com antecedência, como exposto anteriormente.

Ao ter a oportunidade de ser uma observadora na Unidade de Pronto Atendimento no bairro São Pedro, esta pesquisadora pôde conferir que o que prevalece de fato é a demanda espontânea e que 80% do atendimento realizado nessa unidade pertencem à atenção primária.

Ao conversar com alguns profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento, o relato é que os usuários deixam para se consultar geralmente no horário de almoço ou após as dezessete horas, pois as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se encontram fechadas. A razão do usuário tomar essa atitude é a certeza e a garantia de que ao chegarem à

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) serão atendidos e poderão fazer exames laboratoriais, mesmo quando não apresentarem casos de urgência e emergência.

Segundo alguns profissionais da área, tal situação é frustrante, pois os mesmos são treinados para atendimento de urgência e emergência e se veem obrigados a atender situação de saúde referente à atenção básica.

O que se verifica, então, é que essas UPAS ficam lotadas de pacientes esperando atendimento.

#### 2.4 - AS UAPS E AS UPAS, HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO E ATRIBUIÇÕES

As Unidades de Atenção Primária à Saúde são estruturas físicas básicas, em que se realizam as ações de primeiro nível de complexidade do sistema de saúde. São nessas unidades que a população deveria conseguir resolver a maior parte de seus problemas de saúde.

Tais ações compreendem ao atendimento básico em Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria, Enfermagem e Odontologia. Além das consultas médicas, de acordo com o Programa de Aceleração do Crescimento PAC, são realizados nessas unidades procedimentos curativos, injeções, inalações, vacinas e coletas de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicação básica.

As UAPS, segundo o Ministério da Saúde (2006), devem apresentar um espaço adequado à realidade local, ao quantitativo da população a ela submetida e a sua especificidade e ao número de usuários esperados. Contudo, elas não são padronizadas, podendo os Estados e os municípios dispor de regulamentos próprios para a elaboração de projetos arquitetônicos de Unidades Básicas.

... A UBS deve ser compatível tanto com a pró- atividade da equipe saúde da família em seu trabalho na comunidade quanto com o imperativo de acolher às demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessário. (disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/140>)

É na atenção primária que ocorrem às reorientações dos serviços de saúde, fato que a faz possuir uma longa trajetória de reconstrução.

Para ocorrer à mudança no modelo assistencial sanitário e hegemônico que sempre vigorou no país foi adotado, na atenção primária, o Programa Saúde da Família.

Com a inserção do programa que visa priorizar as intervenções na promoção à saúde e a prevenção de agravos, objetiva-se mudar o modelo assistencial vigente. Porém, os obstáculos encontrados para a realização de suas ações são tão significativos que a tão almejada modificação ainda está longe de ser alcançada.

A hierarquização do sistema saúde se baseia na articulação da atenção primária com os demais níveis de complexidades.

A atenção primária deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos, quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal. (Disponível em : <http://blogs.bvsalud.org>.2011)

Por pertencer à Política Nacional de Urgência e emergência, as ações realizadas nas UAPS se comportam como um filtro, porque é a partir delas que a demanda é ordenada para serviços de maior complexidade.

Entretanto, quando as ações de saúde nas unidades básicas não apresentam uma resolubilidade adequada, capaz de suprir as necessidades de saúde do usuário esses, através da demanda espontânea, vão sufocar as unidades de média e alta complexidade.

A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. (Disponível em: <http://www.pac.gov.br/>)

O Ministério da Saúde (2006), propõe a seguinte sugestão para a implantação do PSF nas Unidades Básicas de Saúde.

**QUADRO 6**  
**SUGESTÃO DE ESTRUTURA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ACORDO COM**  
**O NUMERO DE EQUIPES IMPLANTADAS E A COBERTURA POPULACIONAL**

1 ESF	De 2.400 a 4.000 pessoas
2 ESF	De 4.000 a 8000 pessoas
3 ESF	De 8.000 a 12.000

FONTE:[http://www.prosaude.org.br/legislacao\\_2013/Manuais/UBS%20ESTRUTURA%20F%C3%8DSICA.pdf](http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/UBS%20ESTRUTURA%20F%C3%8DSICA.pdf)



É recomendado não se trabalhar com mais de três equipes em uma mesma unidade de saúde, devido à organização da agenda e o fluxo de atividade de cada equipe.

O Ministério da Saúde reconhece que há localidades que possuem mais de três Equipes de Saúde da Família. Esse fato se dá pela unidade ter capacidade física, a população atendida ser numerosa e o acesso a pé da equipe ser facilitado.

A análise do quadro nos faz refletir sobre a Cidade Alta em Juiz de Fora que, como exposto anteriormente, é uma região com 29.313 habitantes, e apenas duas de suas três unidades possuem PSF, a do bairro São Pedro e a do bairro Santos Dumont.



FIGURA 9  
MAPA COM AS REGIÕES DE SÃO PEDRO, SANTA LUZIA E  
BENFICA, ONDE ESTÃO AS UPAS DE JUIZ DE FORA.

FONTE: OLIVEIRA, Nathan. Disponível em:  
<http://elistas.egrupos.net/lista/encuentrohumboldt/archivo/indice/1457/msg/1504>

O bairro São Pedro possui uma população de 14.641 habitantes e, de acordo com a tabela, essa área deveria ter mais de três Equipes de Saúde da Família trabalhando. Já o bairro de Santos Dumont, com uma população de 7.756 habitantes, deveria ter duas equipes trabalhando. O bairro Borboleta com uma população em torno de 6.457 não possui nem uma equipe.

Essa realidade nos leva a uma reflexão sobre a demanda espontânea que ocorre na Unidade de Pronto Atendimento localizada na Cidade Alta, 80% do atendimento é à atenção primária.

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas foram implantadas pela Política Nacional de Urgência e Emergência em 2003 e tem por objetivo reduzir o número de atendimentos nos hospitais, atendendo urgências menos graves.

É uma estrutura de complexidade intermediária que atua entre a atenção primária e os hospitais. De modo a dar suporte à atenção básica, funcionam 24 horas por dia durante sete dias da semana.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências, e deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/771-upas.html>)

Os atendimentos priorizados nessas unidades são infartos, derrames, pressão alta, fraturas, febre alta.

Todavia elas devem atender também a demanda espontânea, que em sua maior parte apresenta problemas referentes à atenção primária.

O ideal proposto pela rede de urgência e emergência, para que se tenha um bom funcionamento do sistema, é que os pacientes que manifestam sintomas de saúde como mal estar, cefaleia, resfriados devam recorrer primeiramente às Unidades Básicas de Saúde.

As unidades básicas devem redirecionar o paciente para as unidades de média e alta complexidade, pois elas são a porta de entrada do sistema. O usuário deveria recorrer espontaneamente às UPAS somente se seu problema de saúde ocorrer em horários que as unidades básicas não estivessem funcionando.

Contudo, como exposto anteriormente, não é assim que ocorre na realidade, cada vez mais a demanda espontânea aumenta nas portas dessas unidades.

Essas unidades de média e alta complexidade trabalham de forma conjunta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.

Ao receber uma chamada, o SAMU direciona a vítima para as unidades de média e alta complexidade, o SAMU é considerado “porta zero” do sistema, ou seja, para pacientes que chegam pelo SAMU tem que ter vaga disponível.

Sua estrutura se assemelha a um hospital, contudo mais simplificada, possui aparelhos de raio x, eletrocardiografia, laboratório de exames, pediatria e leitos de observação. O número de leitos é referente ao porte da UPA.

Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas. (Disponível em: <http://www.pac.gov.br/>)

Muitos casos são resolvidos na UPA e, quando não, o paciente fica em observação na unidade até conseguir transferência para o hospital. Sendo assim, seria importante que as UPAS fossem equipadas com UTI, mas essa não é a realidade.

#### QUADRO 7

##### AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO ESTRUTURA FISICA

Portes da UPAs	Nº de leitos de observação	Capacidade de atendimento por dia	População na área de abrangência
I	5 a 8	150	50 mil a 100 mil
II	9 a 12	300	100mil a 200 mil
III	13 a 20	450	200 mil a 300 mil

FONTE: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>

Na UPA o paciente é estabilizado pelo clínico geral, que tem a disposição todo o equipamento de urgência. O paciente pode até ficar em observação um pouco, mas não fica mais que 24 horas na UPA. Dependendo do estado de saúde, ele é encaminhado a uma unidade de internação - um hospital - ou volta para a UBS onde continuará sendo assistido, explica Laércio Gonçalves, da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências (CGUE) do Ministério da Saúde. (Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>)

Diante disso, compreende-se que a não presença de UTIs nas UPAS está relacionado ao tempo que o paciente deve ficar em observação na unidade, esse tempo não pode ser superior a 24 horas.

Contudo, esse procedimento não condiz com a realidade de saúde brasileira, pois os hospitais geralmente têm superlotação e nem sempre há vagas disponíveis para o SUS nos hospitais contratados ou conveniados. Isso faz com pacientes permaneçam até dias internados nessas unidades.

A falta de vagas em UTIs para pacientes do SUS geram agravos sem reparo para a família do paciente, pois em muitos casos chega a ocorrer o óbito.

Até o momento, não há uma liminar que obrigue hospitais particulares a oferecerem vagas em UTIs para paciente do SUS. Mas, quando isso ocorre, geralmente é por ação judicial e cabe ao SUS custear as despesas.

## 2.5 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS UNIDADES NO ESPAÇO URBANO

Os serviços de saúde formam uma rede regionalizada e hierarquizada, onde os equipamentos fixos, como os estabelecimentos de saúde e o móvel, como o SAMU, estão interligados e a ação realizada por parte de um deles interfere diretamente no funcionamento do outro.

Sendo assim, é necessário entender o sistema como uma rede em que há nós conectados gerando determinados tipos de fluxos que se manifestam no território.

Os nós das redes podem ser representados por vários elementos do espaço como, por exemplo, centros urbanos, bolsas de valores, sistemas de televisão, etc. As redes são o meio através do qual se desenvolvem e se manifestam os diferentes tipos de fluxos, conforme o tipo de rede e de seus nós. (LISBOA, 2007, p.9)

A rede compreende as diversas relações existentes dentro de um sistema e essas relações geram fluxos capazes de formar um arranjo e assim organizar esse sistema.

Dessa forma, a rede é um instrumento metodológico utilizado pela saúde, capaz de organizar o sistema na oferta de serviços no território.

Ao conectar os diversos elementos que compõe a saúde, forma-se a rede. Sendo assim, a Constituição de 1988 criou de fato um sistema de saúde. Esse por sua vez apresenta-se de forma regionaliza e hierarquizada territorialmente.

A hierarquização dos serviços consiste, em sua organização a ser dada de ordem crescente de complexidade, em que a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para o sistema de saúde.

Nas áreas urbanas, as Unidades da Atenção Básica são chamadas de Unidade de Atenção Primária ou Unidade Básica de Saúde. Já nas áreas rurais essas mesmas unidades são denominadas de Postos de Saúde.

De modo a dar suporte as UAPS, foram construídas as UPAS 24 horas, que são institutos de especialidades e completam a rede de urgência e emergência, implantada pela Política Nacional de Urgência e Emergência, assim como os hospitais.

A Unidade de Atenção Primária deve estar articulada com as demais unidades de saúde de maior complexidade e o acesso ao sistema deve se dar de preferência pela unidade básica mais próxima da residência do usuário, salvo casos de urgência e emergência.

A hierarquização dos serviços é essencial porque apresenta em sua base a lógica no atendimento, pois evita que situação de saúde simples seja resolvida em estabelecimentos de maior complexidade.

O sistema de saúde brasileiro também apresenta uma organização regionalizada, ou seja, os equipamentos de saúde devem estar distribuídos por região. Desse modo, pretende-se que cada região seja capaz de resolver suas demandas por serviço de saúde, de maneira que o usuário tenha a sua necessidade de saúde suprida sem precisar se deslocar a procura de serviços.

...Tornam-se necessários então arranjos regionais, em diferentes escalas, que possibilitem a universalização dos serviços de saúde, de forma eficiente e democrática. É por esse motivo que o tema “regionalização da saúde” vem assumindo cada vez maior importância no debate do aprimoramento das políticas no âmbito do SUS. Analisar as regiões de saúde na perspectiva do ordenamento territorial e de sua dimensão política, caracterizando sua rede urbana por meio da identificação da inserção dos municípios na estrutura produtiva e do seu papel na divisão espacial do trabalho, é esforço fundamental para aperfeiçoar a capacidade de gestão regional do Sistema Único de Saúde – SUS. (Disponível em: [HTTP://www.ipea.gov.br/redeipea/index.php?option=com\\_content&view=article&id=85:grupos-de-pesquisa-titulo-do-projeto-a-regionalizacao-dos-servicos-de-saude.206](http://www.ipea.gov.br/redeipea/index.php?option=com_content&view=article&id=85:grupos-de-pesquisa-titulo-do-projeto-a-regionalizacao-dos-servicos-de-saude.206))

A regionalização dos serviços de saúde é uma tentativa de ordenamento do território através da oferta de serviços de saúde à população. No entanto, a regionalização exige que haja um diálogo entre as três esferas de poder.

Uma das metodologias criadas pela regionalização é a criação das regiões de saúde e, que de acordo com o Ministério da Saúde, cada região de saúde deverá contar no mínimo com um hospital ou uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e uma unidade regional com especialidades médicas.

A Região de Saúde de Juiz de Fora é composta por 35 municípios incluindo o município de Juiz de Fora e este é dividido, segundo a prefeitura municipal, em 8 regiões administrativas e para cada uma dessas regiões são apresentadas regiões sanitárias.

De acordo com a IV Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora o município apresenta as seguintes Regiões Sanitárias

**Região Sanitária 01:** Retiro, Granjas Bethel, Jardim Esperança, Floresta, Usina Quatro, Usina Dois, Caeté, Sarandira.

**Região Sanitária 02:** Santo Antônio, Aracy, JK/ Parque Burnier, Lourdes, Tiguera, Costa Carvalho, Jardim da Lua;

**Região Sanitária 03:** São Benedito, São Sebastião, Linhares, Vila Alpina, Santa Cândida, São Bernardo, Bota N'agua/Cesário Alvim, Jardim do Sol, Bom Jardim, Vitorino Braga, Santos Anjos, Fazenda do Yung

**Região Sanitária 04:** Progresso/Sta. Paula, Marumbi/V. R. Abreu, Santa Rita, Alto Grajaú/S. Tarcísio, N.S.Aparecida, Bonfim, Manoel Honório, Bairú, Grajaú.

**Região Sanitária 05:** Santa Terezinha, Eldorado, N. Senhora das Graças, Centenário, Bom Clima, Bandeirante, Mariano Procópio, Democrata

**Região Sanitária 06:** Parque Guarani, Muçunge da Grama, Granjas Bethânia, Recanto dos Lagos, Filgueiras.

**Região Sanitária 07:** Esplanada, Industrial, Jardim Natal, Jóquei Clube, Fábrica, D. Pedro I, São Dimas, Monte Castelo, Carlos Chagas, Cerâmica, São João, Francisco Bernardino, Derby Clube, Vila Branca, Barbosa Lage, Cidade do Sol, Milho Branco.

**Região Sanitária 08:** Santa Cruz, Nova Era, Remonta, Represa e adjacências, São Judas Tadeu, Vila Melo Reis, Benfca, Distrito Industrial, Chapéu D'uvas, Paula Lima, Igrejinha, Rosário de Minas, Valadares, Toledo, Dias Tavares, Humaitá, Penido, Barreira do Triunfo.

**Região Sanitária 09:** São Pedro, Nova Califórnia, Novo Horizonte, São Clemente, Santos Dumont, Cidade Universitária, Martelos, Fátima, Casablanca, Santana, Serro Azul, Itatiaia, Tupã, Adolfo Vireque, Cruzeiro/Santo Antônio, Morro do Imperador, Borboleta.

**Região Sanitária 10:** Dom Bosco, Santa Cecília, Santa Catarina, Morro da Glória, Jardim Glória, Santa Helena, Paineiras, Ladeira, Cascatinha, Grambery, Bom Pastor/Guaruá, São Mateus, Teixeiras, Mundo Novo, Alto dos Passos, Vale do Ipê, Boa Vista, Cidade Jardim, Aeroporto, Salvaterra, Torreões, Pirapetinga, Monte Verde, Centro.

**Região Sanitária 11:** Santa Luzia, Jardim de Alá, Vila São Francisco, Santa Efigênia, Ipiranguinha, Bela Aurora, Graminha, Sagrado Coração de Jesus, São Geraldo, Ipiranga, Bomba de Fogo.

**Região Sanitária 12:** Furtado de Menezes, Vila Ideal, Vila Olavo Costa, Vila Ozanam, Santa Tereza, Poço Rico, Tupinambás.

Essas Regiões Sanitárias compreendem a um território com números determinados de bairros próximos geograficamente

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, baseado em dados de 2010, a rede assistencial do SUS conta com 59 UAPS. Dessas, 44 estão localizadas na área urbana do município.

Das quarenta e quatro UAPS, trinta e duas contam com o Programa Saúde da Família formada por equipes que contém o número mínimo de profissionais. Contudo, não apresentam assistência odontológica e social.

Dez das equipes apresentam o modelo tradicional de assistência, baseado na Clínica Básica com pediatria, ginecologia e clinica médica. E apenas duas UAPS, contavam com o

Programa de Agentes Comunitários. Tal programa é fundamentado na interlocução entre gestores e comunidade.

Essa interlocução através dos agentes, que além de pertencerem à equipe multiprofissional do PSF, são moradores da comunidade em que trabalham. É válido ressaltar que desde 2010 houve uma ampliação desse programa no município.

Na área rural são 15 UAPS, seis delas contam com o Programa Saúde da Família e nove ainda adotam o modelo tradicional da assistência.

De acordo com o IBGE, Instituto de Geografia e Estatística, o município de Juiz de Fora conta com os seguintes tipos de estabelecimentos de saúde.

**QUADRO 8**  
**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>JUIZ DE FORA</b>	<b>MINAS GERAIS</b>	<b>BRASIL</b>
FEDERAIS	6	46	950
ESTADUAIS	3	84	1.318
MUNICIPAIS	93	7.092	49.753
PRIVADAS	235	5.238	42.049

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/>

Por possuir um número considerável de estabelecimentos de saúde, o município de Juiz de Fora se apresenta como uma região polo, oferecendo serviços para cidades vizinhas e até mesmo ultrapassando os limites estaduais.

Os estabelecimentos de saúde do SUS e privados estão dispostos nos Distritos Sanitários mencionados acima e sua organização no território é de forma hierarquizada e regionalizada.

Em nosso estudo de caso, vamos tratar apenas da Região Sanitária de número 09, por compreender a área chamada de Cidade Alta do município e onde está localizada a Unidade de Pronto Atendimento São Pedro. A seguir, apresentamos um cartograma e um quadro com informações sobre as Regiões Urbanas da Zona Oeste (Cidade Alta).



FIGURA 10  
REGIÃO OESTE JUIZ DE FORA COM BAIRROS ATENDIDOS PELA UPA SÃO PEDRO

FONTE: [http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa\\_oeste.php](http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa_oeste.php)

QUADRO 9  
REGIÕES URBANAS DA ZONA OESTE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA E SUAS CARACTERÍSTICAS

Região Urbana - PJF	RU - PJF/IBGE	Bairros e/ou Loteamentos Componentes	Área/ hectare	População 2000	Densidade 2000	Crescimento 1996-2000
22	Borboleta	Borboleta, Residencial Pinheiros	209,68	5164	24,6	9,31%
23	Morro do Imperador	Morro do Imperador, Serro Azul, Chácara D. Emília, Bosque Imperial, Granville, Parque Imperial, Jardins Imperiais, Chalés do Imperador	326,26	748	2,3	104,93%
27	Martelos	Martelos, Jardim Casablanca, Adolfo Vireque, N. Sra. de Fátima, São Lucas	126,58	4632	36,6	18,37%
28	São Pedro	São Pedro, Alto dos Pinheiros, Itatiaia, Santana, Santos Dumont, Tupã, Mandala, Jardim Universitário, Residencial Regente, Portal da Torre,	392,72	10681	27,2	14,90%



		Cidade Alta, Colinas do Imperador, Jardim Marajoara Milan, Via do Sol				
29	Cruzeiro Santo Antônio	Cruzeiro Santo Antônio, Bosque do Imperador, Viña del Mar	766,09	645	0,8	15,18%
30	Nova Califórnia	Nova Califórnia	197,95	186	0,9	-22,82%
31	Novo Horizonte	Novo Horizonte, São Clemente, Marilândia, Jardim da Serra, Spinaville	276,81	1631	5,9	25,46%
32	Aeroporto	Aeroporto, Jardim Guadalajara	274,43	1149	4,2	48,07%

**Fonte:** IBGE/2003

## CAPÍTULO 3

### ESTUDO DE CASO NA CIDADE ALTA

#### 3.1 - A IMPLANTAÇÃO DA UPA SÃO PEDRO E O IMPACTO NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um componente pré-hospitalar fixo criado para reconfigurar a rede de saúde brasileira, de modo a dar suporte as UAPS locais e desafogar, mesmo possuindo uma estrutura simplificada, os prontos - socorros.

Nas unidades de saúde o atendimento deve ser realizado de forma a acolher o usuário independentemente do caráter clínico que esse apresente. No entanto, esse acolhimento deve apresentar uma classificação de risco, de modo a priorizar as urgências e emergências existentes na unidade.

De acordo com a Política de Humanização, o acolhimento em saúde corresponde à postura ética dos profissionais ao realizar o atendimento do paciente.

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>)

Sendo assim, o acolhimento deve ser visto como uma prática de promoção à saúde, pois se refere a resolver com eficiência as queixas do usuário e, quando necessário, orientá-lo a outros serviços capazes de dar continuidade à assistência. Contudo, de acordo com a Política de Humanização é necessário manter uma articulação entre os serviços para garantir a eficácia do encaminhamento.

Percebe-se então que o acolhimento nas práticas de promoção à saúde requer uma articulação entre os serviços, assim como uma relação de troca de saberes entre os profissionais e entre esses e os usuários. Além disso, deve se incluir as expectativas do usuário, bem como seus medos e, ao mesmo tempo, avaliar os riscos e a vulnerabilidade de sua situação de saúde, por isso o acolhimento é mais considerado como uma postura ética.

Nesse contexto, a rede de urgência avalia o grau de sofrimento físico ou psíquico do paciente que chega à unidade através da classificação de risco e não por ordem de chegada. O acolhimento com a classificação de risco corresponde ao atendimento feito pelo agravamento clínico do paciente. Essa classificação é feita pelo enfermeiro que, baseado nos seus conhecimentos acadêmicos e nos critérios pré-estabelecidos pela equipe, ordena o atendimento conforme o sofrimento do paciente e sua vulnerabilidade.

Contudo é válido ressaltar as competências e responsabilidades das Unidades de Pronto Atendimento por serem elas unidades de complexidade intermediária que atuam entre as unidades básicas de saúde, o PSF e a rede hospitalar. ~~E que~~ De acordo com a portaria 1020 de 13 de maio de 2009, essa unidade tem as seguintes competências e responsabilidades:

**§ 1º São competências/responsabilidades da UPA:**

- I - funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;
- III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- V - articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- VI - possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- VIII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- IX - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- XI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

XIII - prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;

XIV - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica

XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;

XVI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;

XVII - contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e

XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Contudo a implantação dessas unidades requer que os gestores do SUS submetam propostas de implantação ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde e, de acordo com essa mesma portaria, a proposta deve apresentar:

**§ 2º A proposta deve conter:**

I - o quantitativo populacional a ser coberto pela UPA e ou pela SE, devendo esse quantitativo ser compatível com os quantitativos e os respectivos portes de UPA estabelecidos pela presente Portaria;

II - o compromisso formal do respectivo gestor de prover a UPA e/ou a SE com equipe horizontal de gestão da unidade, sendo de responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de enfermagem nas 24 horas e de pessoal técnico e de apoio administrativo, possibilitando o primeiro atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência;

III - a demonstração da existência, na área de cobertura da UPA/SE, de SAMU -192 implantado e habilitado, e na ausência deste, apresentação de plano/proposta de implantação de SAMU, dentro do prazo de implantação da UPA/SE;

IV - a demonstração de cobertura da Estratégia de Saúde da Família de no mínimo 50% na área de abrangência de cada UPA, ou a apresentação de plano e do respectivo compromisso de implantação dessa cobertura no prazo máximo de 2 anos;

V - as grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível locorregional com as Unidades de Atenção Básica/Saúde da Família, como também com os hospitais de retaguarda, o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências e o transporte sanitário (quando houver);

VI - a garantia de retaguarda hospitalar mediante a apresentação de compromisso formalmente estabelecido pelas unidades de referência em que estas aceitam essa referência e comprometem-se com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas Centrais Reguladoras dos SAMU de cada localidade e em articulação com os Complexos Reguladores instalados;

VII - a adesão ao Pacto Pela Saúde e a estruturação do Colegiado de Gestão Regional ou a demonstração do processo de adesão/estruturação em curso;

VIII - o ato de designação da Coordenação para a Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2048/02/GM (Resolução SES ou SMS),

IX - documento estabelecendo as metas, plano de aplicação dos recursos e previsão de início e fim da execução das ações para implantação da UPA e da SE, bem como da conclusão das etapas ou fases programadas; e

X - declaração do gestor local da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União, para implantação da UPA e da SE, garantindo a execução esses recursos para este fim.

É importante destacar que as despesas dessas unidades ficam a cargo da gestão tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Toda produção de serviço realizado nas unidades devem ser passadas mensalmente ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS- SAI e ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS-SIH. O não repasse das informações, durante três meses consecutivos, acarreta a suspensão de recursos para adquirir materiais.

O Sistema de Informação Hospitalar, de acordo com o DATASUS, refere-se a dados informados pelas unidades hospitalares participantes do SUS. Essas unidades enviam as informações das internações efetuadas através da AIH, Autorização de Internação Hospitalar, e após os dados serem processados os recursos referentes aos serviços prestados são gerados.

Nesse contexto, verifica-se a herança histórica deixada pelo antigo modelo assistencial de saúde que vigorou no Brasil até 1988.

Tal modelo proporcionou uma série de corrupção no sistema de saúde brasileiro, sendo necessária a criação de um órgão fiscalizador, o INAMPS, para tentar controlar a demanda de gastos com a saúde. No entanto, devido ao sistema mercantilista que vivemos atualmente em que a saúde é tida como um bom e grande negócio, é evidente a necessidade de se regular todos os procedimentos realizados, principalmente nas unidades públicas. Explica-se esse fato pelo enorme montante financeiro envolvido no Sistema Público de Saúde e, portanto, passível de ser alvo de corrupção. No entanto, a regulação não se limita somente à fiscalização financeira, mas a outros critérios como a implantação de uma unidade de saúde.

Nesse contexto, a prefeitura de Juiz de Fora, juntamente com as outras esferas de poder estabeleceram propostas, com base na portaria 1020, para implantar as três Unidades de Pronto Atendimento no município.

A implantação dessas unidades tem como objetivo redefinir a rede de assistência à saúde e melhorar a constante demanda por atendimento nas Unidades de Atenção Primária e nos hospitais.

As três UPAS criadas foram a do bairro Santa Luzia, a de São Pedro e a da Zona Norte, essas apresentam porte III respectivamente.

A redefinição da rede de saúde com a implantação das UPAS no município de Juiz de Fora, baseia-se na hierarquização, na referência e na contra referência, em que de acordo com o grau de complexidade do paciente, esse permanece na unidade ou é encaminhado para serviços adequados para sua necessidade de saúde.

Conclui-se então que, de acordo com o critério de referência e contra referência, o paciente que por ventura for acolhido em uma unidade que não condiz com o grau de complexidade de sua enfermidade é encaminhado para uma unidade específica. Logo após o acolhimento em unidade específica e tendo sua necessidade de saúde resolvida, se caso necessitar de um acompanhamento, esse paciente será reencaminhado para outra unidade.

No caso das UPAS, essas têm como objetivo atender problemas como infarto, derrame, febre alta, fraturas e, quando necessário, o paciente permanece em observação na unidade por 24 horas. Sendo assim, as UPAS implantadas em Juiz de Fora se localizam em áreas estratégicas e de fácil acesso, com o objetivo de atender as regiões sanitárias do município.

Essas unidades foram instaladas nas regiões norte, sul e oeste do município, e são respectivamente UPA-Norte, UPA- Santa Luzia (Zona Sul) e UPA São Pedro (Zona Oeste), todas correspondem ao porte III.

As UPAS de São Pedro e de Santa Luzia apresentam 16 leitos de observação e 2 UTIs, cada uma delas. Já a UPA Norte apresenta 24 leitos, sendo cinco de urgência, cinco intensivas, nove de observação e cinco de observação pediátrica.

A **UPA-São Pedro**, localizada na zona oeste de Juiz de Fora, na região denominada Cidade Alta, foi instalada para dar suporte as três Unidades de Atenção Primária que se encontram nessa região e ao mesmo tempo empenha-se em desafogar o **Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira – HPS**.

Sua área de abrangência corresponde não somente aos bairros que pertencem à região oeste do município, mas é referência para municípios vizinhos, pois possui a capacidade de realizar 200 atendimentos por dia.

Sua estrutura física está de acordo com o acolhimento por classificação de risco do protocolo Manchester, por isso apresenta leitos referentes a cores específicas. As cores referenciam aos agravos clínicos apresentados pelo paciente.

De acordo com classificação de risco do **Protocolo de Manchester**, tem-se na unidade.

- três leitos de setor vermelho
  - cinco leitos de setor laranja,
  - quatro leitos de observações clínicas;
  - quatro leitos de observações pediátricas.

Essa unidade possui uma gestão tripartite, dada pelas esferas federal, estadual e municipal e sua mantenedora é a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A Fundação de Apoio ao Hospital Universitário- FHU é uma instituição pública criada em 1996, com o objetivo de assessorar o Hospital Universitário nas áreas de ensino, assistência e pesquisa sem fins lucrativos.

A necessidade de se firmar contrato com uma unidade filantrópica sem fins lucrativos para gerir a UPA fez com que a FHU se tornasse desde 2010, através de chamamento público, o gestor da unidade. A Fundação deve ser responsável pelo funcionamento, pelos recursos humanos e pela prestação de contas de todos os procedimentos realizados na unidade.

Sendo assim, ao final de cada mês, o grupo gestor da unidade apresenta o demonstrativo referente à prestação de contas, aos atendimentos feitos e aos procedimentos realizados. Essa reunião conta com a presença da Secretaria Municipal de Saúde, da comunidade, do Conselho Regional de Saúde e do Conselho local da Atenção Primária à Saúde dos bairros Borboleta, Santos Dumont e São Pedro.

A Fundação ganhou reconhecimento dos órgãos oficiais do governo pela gestão realizada na UPA São Pedro e pelo sucesso que obteve ao implantar o Protocolo de classificação de risco Manchester na unidade.

O atendimento nessa unidade segue a Política Nacional de Humanização, que assegura o acolhimento do usuário através da classificação de risco estabelecido pelo Protocolo de Manchester. O usuário que chegar à unidade é atendido primeiramente na recepção, logo após ele é encaminhado à sala de triagem.

Na sala de triagem, o acolhimento é feito por um enfermeiro que examina os sinais vitais, avalia os sintomas do paciente e questiona sobre seu histórico de saúde. De acordo com a gravidade de seu problema, o paciente é classificado por uma cor específica que vai priorizar ou não o seu atendimento.

### 3.1.1 - PROTOCOLO DE MANCHESTER

O protocolo de classificação de risco Manchester é um programa de triagem no acolhimento de pacientes que chegam as unidades de saúde de média e alta complexidade.

Foi utilizado pela primeira vez em Manchester na Inglaterra no ano de 1997, experiência que gerou êxito, pois o atendimento do paciente passou a ser por feito pela prioridade da sua necessidade de saúde e não por ordem de chegada.

Antes do uso de um programa técnico assistencial, o paciente era recebido na unidade por recepcionistas, independente da gravidade do seu problema de saúde. Atualmente, o acolhimento é realizado pelo enfermeiro, pois esse tem a capacitação técnico-científica para fazer a avaliação dos sinais e sintomas do paciente.

É importante ressaltar que o enfermeiro não faz avaliação ou diagnóstico médico. A partir dos critérios dos sinais e sintomas relatados pelo usuário e através de procedimentos específicos, ele identifica a gravidade dos casos e indica o tempo de espera para o paciente ser atendimento pelo médico.

O tempo de espera é previamente determinado assim que se instala o Protocolo de Manchester pela equipe de profissionais da unidade. Sendo assim, é necessário que se faça uma discussão com a sociedade, para que essa tome conhecimento do funcionamento do novo critério de acolhimento usado na unidade.



O acolhimento por classificação de risco foi adotado no Brasil, nos serviços de urgência e emergência, através da Política Nacional de Humanização, com o objetivo de diminuir o número de óbitos ou sequelas a pacientes com agravos mais complexos.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. A classificação de risco é processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (2). (SOUZA, TOLEDO et al, 2011. p.3)

Na maioria das vezes, a porta de entrada para o sistema de saúde é o pronto- socorro. Isso faz com que este esteja sempre lotados de pacientes a espera de atendimento. Com a necessidade de se priorizar o atendimento pelo quadro clínico do paciente e não por ordem de chegada, desde 2004, o Brasil vem implantando a classificação de risco para o acolhimento de pacientes nessas unidades.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento por classificação de risco é uma intervenção potencialmente decisiva na organização no sistema de saúde e na realização da promoção da saúde em rede, pois proporciona o referenciamento do paciente. De acordo com o agravo de saúde apresentado pelo paciente, esse é orientado a procurar uma unidade de Atenção Primária ou é transferido para uma unidade de alta complexidade.

A porta de entrada de um hospital, na maioria das vezes, é o pronto-socorro. Como uma espécie de ambulatório, o atendimento, que deveria ser destinado aos pacientes urgentes, acaba sendo um filtro entre o emergencial e o ambulatorial. Diante desta conjuntura, as instituições hospitalares brasileiras e do mundo inteiro começaram a sentir a necessidade de organizar uma forma de triagem do atendimento, como estratégia de contenção de custo e otimização da assistência médica. (UMA chance para ganhar com o inesperado, disponível em: <http://www.intersystems.com.br/noticias/uma-chance-para-ganhar-com-o-inesperado/321>)

Entre os protocolos pré-estabelecidos para a classificação de risco pode-se citar: a escala norte-americana - Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês – Manchester Triage System – protocolo de Manchester, entre outros.

No Brasil não há uma padronização referente ao protocolo utilizado para o acolhimento com a classificação de risco, sendo essa é uma tentativa do Ministério da Saúde. No entanto, desde 2010 o Estado de Minas Gerais vem adotando o acolhimento por classificação de risco Manchester na rede de urgência e emergência.

Dessa forma, as Unidades de Pronto Atendimento em Juiz de Fora utilizam como critério de classificação de risco esse mesmo protocolo, que classifica o tempo de espera do paciente, como dito anteriormente, por cores, tal classificação é realizada através das queixas do paciente, sinais vitais e escala de dor.

Os critérios de classificação podem ser previamente estabelecidos entre os profissionais de saúde. Esses já compactuam sobre as tomadas de decisões relativas à classificação de risco do paciente e o tempo que o mesmo poderá esperar pelo atendimento.

Contudo, a adoção do protocolo não resolve o problema de superlotação nas Unidades de Pronto Atendimento e prontos-socorros, apenas organiza a demanda espontânea por prioridade clínica.

Segue abaixo a classificação de risco de acordo com o protocolo de acolhimento com classificação de risco, estabelecido pelo Ministério da Saúde.

### CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Saturação de O<sub>2</sub> no sangue, escala de dor - escala de Glasgow, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

### AValiação DO PACIENTE

(Dados coletados em ficha de atendimento)

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicções em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>.

QUADRO 10  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



FONTE: CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE PORTAL DA ENFERMAGEM. 2011. Disponível em: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2012\\_1\\_0.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf)

O critério de cores estabelece que o paciente classificado com a cor vermelha tenha atendimento imediato, pois corre o risco de morte; os classificados como laranja são pacientes em estado muito urgente, sendo assim o tempo de atendimento médico não pode passar de dez minutos.

Pacientes classificados como amarelo, são casos urgentes, mas podem ser atendido em até uma hora. Já as cores verde e azul são casos pouco urgentes e não urgentes respectivamente, esses pacientes são atendidos em até quatro horas na unidade.

Aos pacientes que tem seu agravo clínico classificado como verde ou azul é indicado, caso não queiram esperar pelo atendimento na unidade, que procurem uma unidade básica de saúde mais próxima de sua residência.

O protocolo estabelece alguns determinantes gerais para a classificação de risco, a exemplo de dores abdominais.

QUADRO 11

<b>DETERMINANTES GERAIS</b>	
Comprometimento vias aéreas	<b>VERMELHO</b>
Respiração inadequada	
Hemorragia exangüinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	<b>LARANJA</b>
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Esfriamento	
Dor moderada	
Hemorragia menor incontrolável	<b>AMARELO</b>
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor leve recente	<b>VERDE</b>
Febre baixa	
Problema recente	
	<b>AZUL</b>

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 2012, Disponível em:  
<http://pt.scribd.com/doc/20386577/Mudanca-na-gestao-das-urgencias-a-partir-da-Classificacao-de-Risco>

Ao se implantar esse protocolo, imaginou-se que a demanda espontânea no pronto atendimento fosse diminuir, pois os pacientes classificados como pouco urgentes ou não

urgentes teriam a noção do tempo estimado para o atendimento e procurariam uma unidade básica de saúde. Isso propiciaria um melhor acolhimento para pacientes urgentes. Porém, com a certeza de que mesmo com a demora, a consulta e os exames serão realizados, os pacientes não urgentes continuam na recepção esperando por atendimento.

Mesmo utilizando o acolhimento por classificação de risco, a Unidade de Saúde deverá ter um número de profissionais suficientes para atender a demanda que permanece na espera por atendimento.

O protocolo é uma ferramenta de comunicação importante para a integração dos serviços, pois regula o transporte entre os mesmos. Além disso, ele proporciona a possibilidade de se obter um acompanhamento em tempo real do fluxo na unidade.

De acordo com o acolhimento através da classificação de risco, feito pelo Sistema de Triagem Manchester, ou Protocolo de Manchester, é possível obter alguns dados referentes à demanda de atendimento. Tais dados correspondem aos números de óbitos, transferências e procedimentos realizados na unidade e são capazes também de discriminar as cidades e os bairros referenciados por ela que mais recorrem aos seus serviços.

Com o objetivo de se traçar o impacto no atendimento em saúde que a implantação da Unidade de Pronto Atendimento São Pedro trouxe não só para o bairro, mas para a região por ela atendida, foi necessário coletar esses dados.

Os dados disponibilizados pela prefeitura de Juiz de Fora são referentes ao período de maio de 2013 a maio de 2014.

Para iniciar essa exposição é necessário apresentar a área de abrangência da unidade, discriminando os bairros e as cidades compreendidas por ela.

### 3.1.2 - ÁREA REFERENCIADA PELA UPA-SÃO PEDRO

A área de abrangência da **Unidade de Pronto Atendimento São Pedro**, até novembro de 2013, compreendia a uma população de 147.274 habitantes correspondentes aos bairros da região oeste do município e de alguns municípios vizinhos.

Atualmente, a área de atuação da unidade corresponde a uma população de 202.000 habitantes, fato que se dá pela a inserção contratual de mais municípios na sua área de abrangência. Observa-se que constitui um número de habitantes bastante elevado para ser coberto por apenas uma UPA.

É importante destacar que quanto maior a área de abrangência de uma unidade de Pronto Atendimento, maior é a verba destinada a ela. No entanto, a qualquer momento,

qualquer desses municípios pode romper o contrato firmado com a gestão da UPA, não há uma obrigatoriedade de permanecer compactuado com a unidade.

Os municípios são independentes em suas escolhas, entretanto há a necessidade de informar para a gestão quando o município deseja romper esse contrato, uma vez que a verba é sempre referente à área de abrangência da unidade.

A Unidade de Pronto Atendimento São Pedro também presta atendimento à população que não corresponde à sua área de abrangência. Segundo o profissional de saúde da unidade, é muito comum usuários de outros bairros de Juiz de Fora recorrerem à unidade para atendimento referente à atenção primária, independente se seus bairros possuem ou não UPAS. Segundo opinião dos usuários coletada na própria unidade, a referida UPA é a mais vazia de todas as três em funcionamento.

De acordo com a Prefeitura de Juiz de Fora, os bairros que compreendem à Cidade Alta e que fazem parte da área de abrangência da unidade são: Aeroporto, Jardim Marajoara (parte baixa), Santos Dumont, Novo Horizonte, Nova Califórnia, Residencial Paraíso, Parque Jardim da Serra, São Clemente, Marilândia, Spinaville, Viña Del Mar, Chácaras Passos Del Rei, Bosque Imperial, Parque Imperial, Granville, Serro Azul, Chalés do Imperador, Chalés do Algarve, Jardim Casablanca, Nossa Senhora de Fátima, Aldofo Vireque, São Lucas, Itatiaia, Portal da Torre, São Pedro, Santana, Tupã, Jardim Universitário, Martelos, Jardim das Azaleias, Parque São Pedro, Vila São Jorge, Caiçaras I, Caiçaras II, Caiçaras III, Colinas do Imperador, Jardim Marajoara (parte alta), Cruzeiro do Santo Antônio, Recanto dos Brugger, Nova Germânia, Borboleta, Parque Flamboyants, Loteamento Morada do Serro, Residencial Pinheiros, Loteamento Alto dos Pinheiros.

Além de compreender a Cidade Alta, a Região Oeste, de acordo com a Subsecretaria de Urgência e Emergência, abrange também uma parte do centro correspondente aos bairros: Democrata, Vale do Ipê, Mariano Procópio, Santa Catarina, Morro da Glória, Jardim Glória, Santa Helena, Paineiras, Centro (parte alta) e Dom Bosco.

É válido ressaltar que a Cidade Alta apresenta uma característica que lhe é peculiar, de um lado é possível identificar loteamentos fechados formando condomínios de alto padrão, de outro é possível identificar áreas de ocupação mais antigas que carecem até mesmo de infraestrutura básica, como saneamento básico e, também com a presença de loteamentos populares e áreas de ocupação.

É possível identificar no mapa abaixo alguns dos bairros da região oeste de Juiz de Fora, conhecida como Cidade Alta.

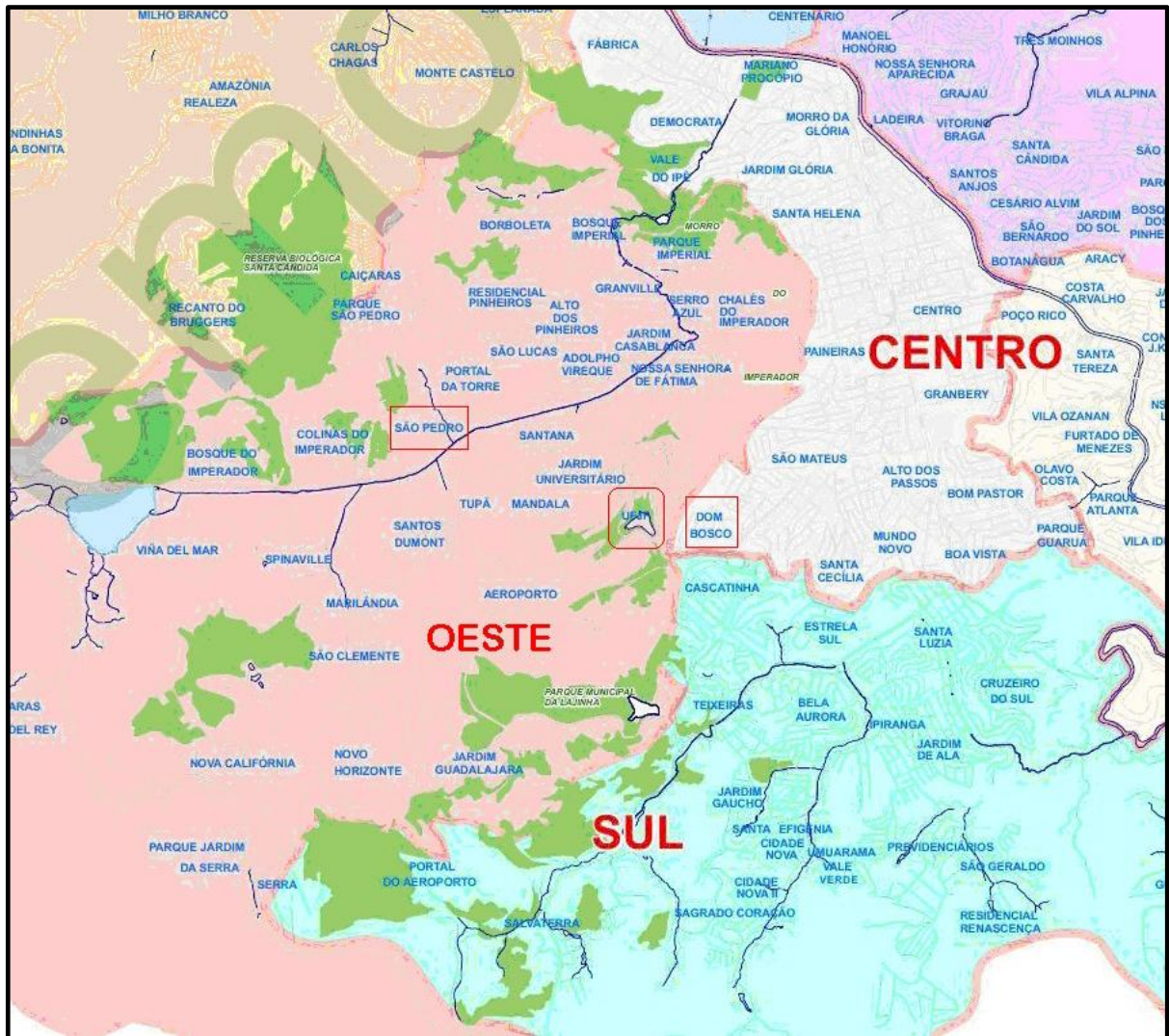


FIGURA 11  
 REGIÕES URBANAS DE JUIZ DE FORA COM BAIRROS  
 ATENDIDOS PELA UPA SÃO PEDRO  
 Fonte: LATUR, 2011.

De acordo com Subsecretaria de Urgência e Emergência da Prefeitura Juiz de Fora, os municípios que atualmente fazem parte da área coberta pela unidade são: Matias Barbosa, Belmiro Braga, Simão Pereira, Santana do Deserto, Chiador, Rio Preto, Santa Barbara do Monte Verde, Andrelândia, Arantina, Lima Duarte, Bias Fortes, Pedro Teixeira, Olaria, Rio Novo, Goianá, Coronel Pacheco, Piau e Chácara.

Alguns desses municípios são possíveis de se identificar no mapa a seguir correspondente a Microrregiões de Juiz de Fora

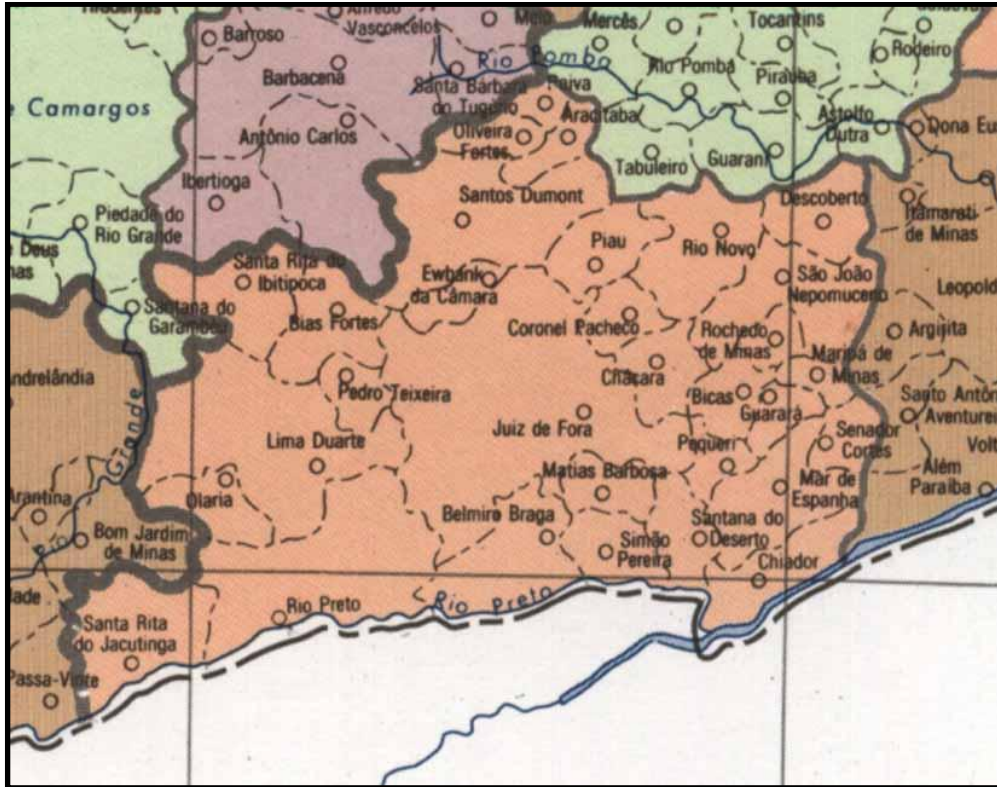


FIGURA 12  
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA COM SEUS MUNICÍPIOS

FONTE: <http://www.asminasgerais.com.br>

A implantação da UPA São Pedro e o impacto no atendimento em saúde é possível de se observar após a análise das informações contidas nas tabelas referentes ao período **de maio de 2013 a maio de 2014**.

Mesmo estando em funcionamento desde março de 2010, só foram disponibilizados, pela Secretaria de Saúde do município, os dados referentes ao período acima citado.



QUADRO 12  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – SÃO PEDRO  
 EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS – TOTAL E PACIENTES/DIA

Ano	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014
Mês	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	Mai	Total
<b>Total de pacientes</b>	4912	4867	4353	4153	5107	4457	4930	4201	4664	4382	4186	4997	5477	4669
<b>Pacientes/dia</b>	164	157	145	134	185	149	159	140	150	141	149	166	182	154

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ P/JF - ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

Segundo a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário FHU/UFJF, a implantação da UPA- São Pedro em maio de 2010 se tornou referência para mais de 250 mil usuários do SUS ao longo dos seus 4 anos de funcionamento.

De acordo com a assessoria de comunicação da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, a expectativa da UPA desde sua implantação era de oferecer um ideal de 200 atendimentos diários.

Em novembro de 2013, a unidade tem sua área de cobertura ampliada devido ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste de Minas Gerais – CISDEST. Ela passa a ser referência para 22 municípios consorciados. Contudo essa ampliação da área de cobertura até o período de maio de 2014 não proporcionou um aumento da média diária de atendimento, como exposto no quadro acima.

Uma provável resposta ao não aumento da média diária da unidade, mesmo tendo sua área de cobertura ampliada, é de que os usuários do SUS dos municípios integrados no consórcio só são direcionados a UPA quando utilizam os serviços do SAMU. Por tanto, para utilizar tal serviço é necessário que o paciente apresente situação de saúde de média ou alta complexidade.

Sendo assim, a hipótese mais provável, e que merece uma atenção especial em um futuro trabalho, são as possíveis dificuldades que os usuários dos municípios consorciados podem encontrar para ter acesso aos serviços da UPA. Dificuldades essas relacionadas à distância, ao custeio com transportes, o tempo que terão que dispor pelo atendimento, uma vez que sua situação de saúde não é de urgência, portanto não é de competência da unidade.

Sendo assim, a distância percorrida pelos usuários pode impedir que esses, sem o serviço do SAMU, venham a UPA para atendimento, ficando a mercê dos serviços prestados pelo próprio município.

QUADRO 13  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO- SÃO PEDRO  
**EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS POR PROCEDIMENTO E OCORRÊNCIA**  
 (EM PORCENTAGEM)

<b>Ano</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>
<b>Mês</b>	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abril	maio	média
<b>Clínica Geral</b>	73,07	72,84	74,36	73,83	68,44	70,29	70,93	74,22	74,57	76,77	72,93	70,22	66,31	72,21
<b>Pediatria</b>	26,93	27,16	25,64	26,17	31,56	29,71	29,07	25,78	25,43	23,23	24,68	29,78	33,69	27,60
<b>Total de Transferência</b>	1,74	1,11	1,75	2,00	1,61	1,93	1,89	1,64	1,42	1,94	1,48	1,90	2,03	1,69
<b>Total de óbitos</b>	0,06	0,10	0,23	0,10	0,10	0,09	0,22	0,07	0,13	0,18	0,12	0,04	0,04	0,11
<b>Total de Desistência</b>	4,80	5,10	3,35	2,99	2,98	2,42	3,81	2,69	3,26	3,22	2,37	3,24	5,24	3,50

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ PJF – ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

De acordo com a supervisão técnica da unidade, a equipe de funcionários é composta por cerca de 120 funcionários, incluindo médicos, enfermeiros técnico de enfermagem e farmácia, recepcionistas, farmacêuticos, assistente social, cargos administrativos.

Segundo FHU/UFJF a estrutura física da unidade, no que diz respeito à urgência e emergência hospitalar, é composta por 16 leitos sendo três de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, consultórios médicos, farmácia, sala de medicação e aparelhos de exame, além disso, os pacientes têm acesso a raio x simples e exames laboratoriais, eletrocardiograma e pequenas suturas.

Ao manter essa estrutura física e profissional, a unidade apresenta, de acordo com o quadro anterior, uma média de 2% de transferência para unidades de alta complexidade, ou seja, cerca de 98% dos casos que chegam a UPA são resolvidos na própria unidade.

Esse é um valor muito significativo para o sistema, pois retrata que quanto maior os recursos técnicos e profissionais nas unidades de saúde dispostas pelo território brasileiro melhor será o acolhimento na unidade.

É válido ressaltar que, segundo a supervisão técnica da unidade, UPA apresenta problemas referentes à rotatividade profissional, principalmente de médicos, falta de materiais curativos, o que dificulta a realização de alguns procedimentos, o que pode levar o paciente ao óbito.

O número de desistências que ocorre na unidade, segundo a supervisão técnica, se refere a pacientes classificados como casos não urgentes e que podem ser atendidos na UPAS do seu respectivo bairros. No entanto verifica-se pelo quadro que o número de desistência não ultrapassa a 5%, isso significa que mesmo consciente da demora de seu atendimento 95% dos pacientes permanecem na unidade.

A hipótese mais provável para essa permanência na unidade é a dificuldade que o usuário encontra para ser atendidos nas UAPS de seus bairros.

QUADRO 14  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – SÃO PEDRO  
 TAXA DE URGÊNCIA E EMERGENCIA  
 (EM PORCENTAGEM)  
 (EM PORCENTAGEM)

Ano	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014
Mês	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abri	maio	média
<b>Taxa de emergência</b>	15,84	15,47	15,69	17,82	14,8	15,04	15,19	15,54	17,09	20,70	19,20	14,28	16,08	16,43

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ PJJ - ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

O quadro anterior expõe uma realidade marcante que verificamos no Sistema de Saúde brasileiro que é o estrangulamento do sistema, através do desvio de fluxos dos usuários do SUS.

A Rede de Urgência e Emergência foi criada para reestruturar o sistema de saúde brasileiro como dito anteriormente, de modo que as unidades pré – hospitalares físicas, como são conhecidas as UPAS, devam priorizar casos de urgência e emergência que chegam à unidade.

Ao observar os dados expostos pelo quadro anterior, verifica-se que 20% apenas dos atendimentos realizados na UPA são casos considerados urgentes, que 80% dos atendimentos referem-se a casos não urgentes, ou seja, casos que não são da competência da unidade.

Essa situação estrangula o sistema de saúde, pois a rede de urgência fica sufocada, apresentando filas gigantescas de espera para atendimento referentes à Atenção Primária.

Os dados expressam que as unidades básicas estão desestruturadas, pois possuem ações limitadas ao atendimento dos pacientes, como número de vagas para atendimento limitado, necessidade de marcação de consultas, falta de exames considerados mais simples, recursos que eles certamente encontram na UPA.

Segundo a ouvidoria de saúde do município de Juiz de Fora, o usuário da cidade alta vai de UBS em UBS atrás de atendimento e não encontram, por inúmeros motivos: falta de médicos, vagas, entre outros; esses pacientes acabam por seguirem para as UPA- São Pedro. Por meio desses dados, os órgãos competentes podem promover ações que priorizem a redução do desvio de fluxos dos pacientes da atenção primária para a rede de urgência e emergência

QUADRO 15  
TAXA DE CLASSIFICAÇÃO

(EM PORCENTAGEM)

ANO	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014
CLASSIFICAÇÃO/MÊS	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	média
<b>VERMELHO</b>	0,22	0,18	0,37	0,39	0,37	0,49	0,53	0,40	0,39	0,52	0,43	0,28	0,16	0,36
<b>LARANJA</b>	3,03	2,63	2,99	2,75	2,35	2,13	2,78	2,19	2,94	3,22	2,89	2,72	2,06	2,67
<b>AMARELO</b>	12,58	12,66	12,34	14,69	12,10	12,42	11,89	12,95	13,77	12,37	15,89	14,29	14,66	13,28
<b>VERDE</b>	79,87	78,73	78,57	77,53	80,50	80,34	78,84	78,55	78,07	78,18	78,17	78,39	81,12	78,99
<b>AZUL</b>	4,30	5,74	5,74	4,65	4,68	4,61	5,96	5,90	4,85	5,30	2,63	4,32	1,99	4,67
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ PJF - ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

É considerado casos de urgências, pela classificação de risco Manchester, implantado nas UPAS, as cores vermelha, laranja e amarela, como dito anteriormente. Contudo ao analisar o quadro, verifica-se que essas cores não ultrapassam a taxa de 15%, reafirmando as informações expostas acima. O desvio de fluxos dos usuários do SUS é evidente, pois quando observamos as cores verde e azul, consideradas casos não urgentes, os números são muito expressivos, ultrapassando a casa dos 70%.

Esse fato é extremamente prejudicial ao sistema, as UPAS acabam por assumir uma responsabilidade que compete a atenção primária.

Pela política nacional de urgência e emergência as UPAS foram criadas para dar suporte às unidades básicas e não assumir esse papel. Segundo relato do supervisor técnico da UPA, tal situação é um pouco frustrante pois os profissionais da unidade são preparados para atender casos de urgência e acaba por fazer a maior parte do tempo procedimentos referentes à atenção primária.

De acordo com os dados disponibilizados pela Subsecretaria de Urgência e Emergência do município, os atendimentos classificados como azul ou verde correspondem na maior parte dos casos à cefaleia, mal estar, dores musculares, vômito, diarreia, crianças com febre, ou mal estar, pais preocupados, casos que seriam facilmente resolvidos nas UAPS.

Segundo o supervisor técnico da unidade, a procura pela UPA está também ligada à disponibilidade que essa tem para realizar exames. Muitos usuários do SUS recorrem à UPA no intuito de pedir ao médico pedidos de exames, que serão realizados ali mesmo na unidade.

Novamente é importante enfatizar a necessidade de mudança não só na estrutura física das unidades primárias, como também na disponibilidade de exames simples que poderiam ser realizados na própria unidade.



## QUADRO16

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA SÃO PEDRO

**MORTALIDADE – ÓBITOS NO PERÍODO**

<b>ANO</b>	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014
<b>MÊS</b>	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio	média
<b>ÓBITOS</b>	3	5	10	4	5	4	11	3	6	8	5	2	2	5,23

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ P/JF - ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

QUADRO 17  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA SÃO PEDRO  
 COMPOSIÇÃO DA EVOLUÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

ANO	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014
COMPOSIÇÃO/MÊS	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	média
<b>AMARELO</b>	34	30	49	46	52	49	61	43	42	44	34	60	69	47
<b>LARANJA</b>	23	20	20	26	20	28	21	19	18	29	20	24	35	23
<b>VERMELHO</b>	4	4	7	11	10	9	11	7	6	12	8	11	7	8

FONTE: SUBSECRETARIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ PJF - ( ELABORAÇÃO: SIMONE APARECIDA MOREIRA DA SILVA)

Segundo a Subsecretaria de Urgência e Emergência da Prefeitura de Juiz de Fora, no período retratado pelos quadros, houve 762 atendimentos classificados com urgentes na unidade.

A partir desses dados e com a análise dos dois quadros acima, verifica-se que a média de óbitos na unidade não ultrapassa a casa de 5 mortes por mês e que cerca de 78 pacientes são transferidos para unidades de alta complexidade.

Sendo assim, verifica-se que o acolhimento realizado na unidade referente às urgências tem um resultado muito significativo, pois demonstra que 78 dos casos de urgências não são resolvidos na UPA, o que corresponde a uma taxa de 10%.

Caso os órgãos competentes não considerarem esses dados como algo significativo para promover ações de reestruturação da atenção primária, o desvio de fluxo de usuários que ocorre dentro do sistema pode alterar os dados de forma negativa, pois esse desvio acaba por sufocar a Rede de Urgência e Emergência do SUS.

### 3.1.3- OBSERVAÇÃO GERAL DO TRABALHO DE CAMPO

Fazendo um apanhado geral do trabalho de campo registrado nos quadros, no período de um ano pôde-se observar o funcionamento da unidade e como essa vem correspondendo às expectativas da comunidade e dos órgãos gestores no município.

Os dados são referentes às taxas da evolução dos atendimentos, à classificação de risco e ao tipo de procedimentos que foram realizados na unidade. Tais dados só foram possíveis de se coletar devido aos registros armazenados pelo Protocolo de Manchester.

Mesmo sendo um período efêmero de observação os dados são capazes de oferecer uma referência para a análise do funcionamento da unidade. Sendo assim, eles se tornam de extrema importância para a gestão, pois através deles é possível identificar a resposta que a unidade oferece aos que recorrem a ela e se a mesma atinge o seu principal objetivo que é reorganizar o sistema de saúde.

Essa organização do sistema no município está pautada em desafogar o pronto-socorro e os hospitais, como também em dar suporte à Atenção Primária.

De acordo com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), as UPAS, de modo geral, resolvem 97% dos casos na própria unidade.

De acordo com a Prefeitura de Juiz de Fora, ao longo do primeiro ano de funcionamento, as UPAS corresponderam a uma redução de 20% dos atendimentos realizados no HPS.

As pesquisas realizadas na Unidade de Pronto Atendimento com os usuários indicam que 98% dos usuários classificam o atendimento realizado na unidade como ótimo.

De acordo com a evolução do atendimento da UPA- São Pedro, identifica-se que os atendimentos realizados na unidade representam uma média de 154 atendimentos diários, ou seja, essa unidade não ultrapassa seu limite de capacidade que é em torno de 200 atendimentos por dia.

Os tipos de atendimentos correspondem a: clínico, bioquímico e de radiografia. De acordo com a unidade, quando o paciente chega à UPA com alta complexidade, já tem encaminhamento para os hospitais do município.

Em relação à classificação de risco, percebe-se uma concentração de procedimentos referentes aos sinais e sintomas de pouca urgência ou não urgente, classificados como verde e azul.

A média de atendimentos considerados não urgentes corresponde a 83,66% dos casos que chegam à unidade, fato que comprova que os usuários recorrem à UPA para atendimento referente à atenção primária. Ver quadro 15.

Compreende-se então, que as unidades de atenção básica não estão correspondendo às expectativas dos usuários, provocando assim um desvio de fluxo da demanda por atendimento.

Esse desvio de fluxo acaba por sufocar o sistema, pois a UPAS priorizam os atendimentos caracterizados como urgentes. Sendo assim, as filas na unidade continuam muito presente.

De acordo ainda com a classificação de risco, casos considerados urgentes correspondem apenas a 16,43% dos problemas que chegam à UPA, ou seja, dos 4.669 atendimentos realizados em média na unidade durante o período observado, tem-se uma média de 762 casos considerados urgentes. Ver quadro 15

De acordo com o quadro 16, verifica-se que num período de um ano o número de óbitos, que corresponde aos casos urgentes na unidade, ficou em torno 5,23 por mês, resultado considerado pela gestão como aceitável.

No entanto, alguns problemas foram apresentados pelos profissionais da UPA São Pedro, que alegam que é comum um médico, durante seu período de plantão de 12 horas, realizar de 50 a 100 atendimentos na unidade, enquanto nas UAPS o atendimento se restringe a 10 pacientes por dia, podendo chegar a 14 com os extras.

Além disso, há falta de materiais curativos para urgência e emergência. É comum pacientes ficarem internados a mais de trinta dias, extrapolando o período estipulado de 24 horas na unidade.

#### 3.1.4 - UM PERFIL SÓCIOECONÔMICO DOS BAIRROS COM MAIOR DEMANDA DE ATENDIMENTO.

Analisando o quadro de atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento São Pedro, os bairros que apresentam maior demanda por atendimento na unidade são os bairros São Pedro, Santos Dumont, Borboleta, Jardim Casablanca, Monte do Serro, Adolfo Vireque, Caiçaras I, II, e o III todos localizados na Cidade Alta.

O perfil socioeconômico das áreas urbanas condiz com a evolução econômica e histórica que as áreas passam ao longo do tempo, fazendo com que sejam espaços valorizados ou não.

A localização é um fator de diferenciação espacial por motivos óbvios: terrenos com uma vista privilegiada, ou situados em locais de fácil acesso, ou muito bem protegidos, ou próximos a rodovias ou ferrovias, tornam-se mais valiosos para interesses variados. São mais agradáveis para o uso habitacional, ou melhor situados para escoar a produção de uma fábrica, ou para atrair mais consumidores para uma loja, e assim por diante. Nas cidades brasileiras do início do século passado, que acabamos de descrever, os bairros centrais, que tinham boa infra-estrutura, concentravam mais gente, dispunham de linhas de bonde, eram próximos das estações de trem, eram os bairros privilegiados onde acontecia a vida urbana e comercial nascente, e onde se instalavam os palacetes da elite, embora as vezes bairros um pouco mais “distantes”, como a avenida Paulista, em São Paulo, atraíam os poderosos justamente pela sua exclusividade. (FERREIRA, 2005. p.6)

De acordo com a citação acima, a presença de infra-estrutura, como estação ferroviária e bondes, no início do século XX no Brasil, provocou a valorização de determinados bairros centrais. À medida que áreas centrais foram, ao longo do tempo, aglomerando a classe trabalhadora e um maior número de fábricas, essas áreas urbanas perderam seu valor residencial.

A Cidade Alta se localiza na região oeste do município e deve seu nome a elevada altitude topográfica daquela zona urbana. Ela apresenta uma característica que lhe é muito peculiar e que lhe faz muito atrativa: é uma das poucas áreas da cidade de Juiz de Fora que apresenta uma área verde bastante expressiva. Essa característica favorece a presença de loteamentos fechados para a construção de condomínios de médio e até alto padrão como o Alphaville, localizado próximo à represa São Pedro. Além disso, a Cidade Alta conta com a

presença da Universidade Federal, o que a faz ainda mais atrativa, pois recebem estudantes de todo o país. Sendo assim, esses estudantes procuram por moradias que sejam o mais próximo possível da Universidade. É importante salientar que antes da instalação do Campus Universitário na década de 1960, o povoamento da Cidade Alta era muito escasso, com bairros isolados que remontavam a chegada dos imigrantes alemães no meio do século XIX, quando formaram colônias que deram origem aos bairros de São Pedro e Borboleta.

É possível identificar na região a presença de vários núcleos residenciais formados por ocupação antiga e novos loteamentos populares que fazem limites com os grandes empreendimentos imobiliários.

Esse fato materializa os conflitos sociais existentes próprios do modo de produção capitalista que rege a economia global. De um lado, é possível identificar os grandes empreendimentos imobiliários de outro as áreas residenciais de uma população de baixa renda.

Ao observar a foto abaixo é possível observar o muro que separa dos bairros localizados na Cidade Alta. De um lado vê-se o Granville, um condomínio fechado de alto padrão, do outro o bairro Casa Blanca, uma área carente que falta até mesmo infraestrutura. Esta imagem constitui um contraste chocante da realidade social do Brasil, um país com alta concentração de renda.

A Cidade Alta se mostra dessa forma em toda sua extensão, há bairros extremamente carentes e, entre eles estão: Jardim Casablanca, Adolfo Vireque, Caiçaras I, Caiçaras II e Caiçaras III, Monte do Serro.



FIGURA 13  
MURO QUE SEPARA O BAIRRO CASA BLANCA DO GRANVILLE  
Fonte: SILVA et alli, 2004.

Ao observar os bairros que mais recorrem à unidade de pronto atendimento, verifica-se a presença dos bairros mais carentes da região. Essa população recorre constantemente a UPA para resolver seus problemas de saúde.

É válido ressaltar que com uma área que apresenta uma população em torno de 38.711 habitantes, como é o caso da Cidade Alta, é irrelevante a presença apenas de três Unidades de Atenção Primária na região. Sendo assim, a parcela dessa população que não tem condição de pagar por um plano de saúde recorre aos serviços do SUS para sanar seus problemas.

Contudo, a oferta de serviço é insuficiente e ineficiente, pois os moradores reclamam até mesmo da falta de médicos nas unidades e as poucas vagas que se limita a um atendimento diário de 10 pacientes. Além disso, há a questão da própria estrutura física das unidades, a de São Pedro, por exemplo, não apresenta nem sala de espera que é um dos requisitos básicos das unidades.

Sendo assim, é possível identificar os fatores que fazem com que a maior demanda na UPA seja a espontânea, oriunda dos bairros mais carentes da região.

### 3.1.5 - A RELAÇÃO ENTRE A UPA - SÃO PEDRO E AS UAPS DA CIDADE ALTA E A ATUAÇÃO DO PSF.

A Unidade de Pronto Atendimento faz parte da Política de Urgência e Emergência, criada para reorganizar os serviços de saúde no Brasil, de modo a dar suporte às unidades de atenção básica.

A UPA - São Pedro está localizada em uma área estratégica e de fácil acesso para a população. Desde que foi criada, a UPA apresenta uma demanda espontânea de aproximadamente 80% dos casos.

Segundo o conselho local de Saúde, os usuários recorrem à UPA, pois alegam que as três unidades básicas de saúde que fazem parte da Cidade Alta não correspondem as suas expectativas e não apresentam vagas suficientes para atender a população.

Os bairros mais carentes da região como Caiçaras I, Caiçaras II, Caiçaras III, Jardim Casa Blanca, Monte do Serro, Adolfo Vireque, e Nova Germânia, não apresentam uma Unidade de Atenção Primária em seu território. Eles são desprovidos dessa assistência. Sendo assim esses moradores recorrem à UPA para atendimento.

A UPA reclama a não participação do conselho local de saúde nas reuniões mensais, pois através dessas reuniões a gestão da UPA juntamente com o conselho podem criar estratégias para tentar diminuir o desvio de fluxo na unidade e criar propostas através dos demonstrativos da UPA para a implantação de mais UAPS na região.

As UAPS da Cidade Alta apresentam inúmeras carências que influenciam diretamente na procura do usuário pela UPA para conseguir atendimento. Tais carências, segundo a ouvidoria do município, estão relacionadas à falta de médicos nas unidades, à falta de exames, às vagas limitadas.

Ainda segundo a ouvidoria da saúde, a própria estrutura física da UAPS da região não comportam o quantitativo de usuários que procuram seus serviços.

### 3.1.6 - UMA AVALIAÇÃO DA DEMANDA DE SERVIÇOS NA UPA SÃO PEDRO

A maior parte da demanda na unidade é espontânea referente a casos pouco urgente ou não urgente, classificados como verde e azul, mesmo assim os procedimentos são realizados na unidade, como mostra o quadro 16



Os problemas de saúde mais comuns da unidade, de acordo com o seu relatório, é cefaleia, vômito, diarreia, mal estar em adulto, pais preocupados, febre, dor lombar, dor abdominal em adulto, dor de garganta, erupção cutânea, ouvido, quedas e problemas urinários.

Na maioria dos casos o usuário se dá por satisfeito e quando respondem a avaliação dos serviços oferecidos pela UPA, como recepção, enfermagem/triagem, enfermagem assistência, higiene e limpeza, radiologia, laboratório, eletrocardiograma, médico plantonista, mais de 90% consideram entre ótimo e bom.

Segundo a Subsecretaria de Urgência e Emergência, ao avaliar o relatório da unidade foi possível identificar que, no período de um ano, 100% dos usuários que procuram seus serviços se enquadraram na seguinte situação: 18,75% dos usuários procuraram a UPA por já terem experiências anteriores na unidade, 25% escolheu seus serviços pela localização, 31,25% foi através de recomendações de outras pessoas, 6,25 % recomendação médica, 18,75% foi através da recomendação da UBS.

Sendo assim, constata-se que 80% da demanda é espontânea e que o encaminhamento feito pelas UBS fica em torno de 18,75. Isso representa um grande problema para a rede de assistência, pois a rede intermediária está fazendo o papel das unidades básicas, o que provoca a desestruturação da rede de saúde.

Segundo o supervisor técnico, quando os usuários são questionados sobre o tempo de espera entre a triagem e o atendimento, cerca de 62% destes consideram péssimo. É importante ressaltar que a maior parte desses usuários deveria estar nas unidades básicas e não na UPA. Por isso, o tempo de espera é grande provocando certa insatisfação.

### 3.1.7 – CONCLUSÕES

A insatisfação da população brasileira com a oferta de serviço coletivo oferecido pelo Estado até a década de 80 gerou uma grande pressão sobre o governo brasileiro, sendo assim esse propõe a criação de um sistema de saúde universal, integral e igualitário.

Nesse contexto, no final dos anos 80 é implantado no Brasil o Sistema Único de Saúde - SUS que propõe a oferta de serviços de saúde como um dever do Estado e um direito da sociedade, promovendo dessa forma a socialização da saúde. Caberia à saúde privada manter

um papel suplementar de serviços fornecendo procedimentos que não estivessem disponibilizados pelo SUS.

Contudo, para se estabelecer uma rede de assistência capaz de responder às necessidades de saúde do usuário, o SUS estrutura seus serviços de forma hierarquizada em níveis crescentes de complexidade, tentando manter uma regulação entre esses níveis. Essa regulação é compreendida pelo fluxo de referência e contra referência.

De acordo com a Lei Orgânica 8080, o Nível Terciário de Atenção compreende a alta complexidade sendo resolvidos pelos hospitais. Ao Nível Secundário de Atenção cabe aos centros de referências como as Unidades de Pronto Atendimento. Já ao Nível Primário de Atenção corresponde aos serviços prestados pelas Unidades Básicas e PSF e deve ser responsável por resolver 80% dos problemas de saúde.

A proposta do SUS é que cada nível de atenção seja capaz de resolver os problemas de saúde em nível coletivo ou individual que seja de sua competência. Além do mais é proposto pela Constituição que a população se organize, crie grupos representativos para participar do processo de política de saúde, assim como controlar execução das ações de saúde em todos os níveis e esfera.

É apresentado também como parte da política do SUS a descentralização das responsabilidades dos serviços, por parte do Governo Federal, Estadual e Municipal. A entrada do município como gestor faz com que esse crie e aplique ações de acordo com a necessidade local privilegiando assim a diretriz de equidade.

No entanto, na atual conjuntura política que está inserido o sistema produtivo global marcado por políticas de cunhos neoliberais, falar em socialização da saúde, participação popular nas tomadas de decisão, inserir a saúde privada como algo suplementar, assim como promover a prevenção, promoção e recuperação da saúde não condiz com a expectativa da classe dominante e dos mecanismos que regem o mercado capitalista.

No entanto, para que as expectativas hegemônicas da classe dominante não sejam frustradas, o SUS não funciona como deveria e passa por constantes reformas, que tentam amenizar os efeitos da saúde vista apenas como um serviço do mercado capitalista. Contudo, tais reformas não conseguem resolver as necessidades de saúde da população.

A mentalidade brasileira no que se refere à saúde ainda se restringe ao modelo biomédico, priorizando o processo curativo e procurando por serviços de saúde somente quando se está doente. Esse fato sufoca o sistema, pois o comportamento correto seria o

usuário recorrer à unidade básica mais próxima de sua residência. Porém, ao chegar nessa unidade nem sempre há disponibilidade de vagas, pois a proposta do governo não é só o procedimento curativo e mas também a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A estrutura na qual a Atenção Primária está assentada não se refere a uma proposta de clínica médica em que o paciente chega e espera um tempo até ser atendido. Sendo assim, o usuário fica frustrado em não ver suas questões de saúde sendo respondidas pelo sistema.

Tentando reestruturar o sistema de saúde, há uma constante necessidade de reorientar a atenção, mas essas reorientações não chegam à raiz do problema que é a atenção básica.

Se a proposta do SUS é que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidos na Atenção Primária, essa deveria ser mais estruturada, de forma a oferecer serviços de melhor qualidade.

O que se verifica no Brasil, é a pouca oferta de serviços de Atenção Primária, como falta de unidades básicas, médicos, equipamentos e até mesmo a falta de manutenção das unidades já existentes.

Há de se ter uma constante avaliação das áreas cobertas pelas unidades, verificando se a mesma a cada ano é capaz de comportar o aumento populacional da sua área de abrangência.

Nesse contexto, há de fato uma proposta de territorialização em saúde, pois através dessa análise os serviços se adequam à necessidade da população, pois talvez seja necessário ampliar a ação da unidade existente ou criar outras que sejam capazes de sanar os problemas de saúde da comunidade.

No que se refere ao profissional médico, no Brasil, a especialização acadêmica desse profissional não faz com que o mesmo retorne à Atenção Primária de Saúde, pois essa vai promover a saúde da população brasileira e economicamente isso não é interessante para uma medicina que segue princípios curativos e não preventivos.

Não param por aí os entraves encontrados para o não funcionamento SUS, inúmeros são eles, desde médicos, gestores, grupos que fazem da saúde um negócio, como até mesmo laboratórios, que necessitam da doença para manter seus negócios.

Todavia, o que se percebe é que a chamada territorialização da saúde está longe de acontecer nesse período marcado pelo capitalismo e suas políticas neoliberais, que fazem da saúde um negócio lucrativo.

## CAPÍTULO 4

### A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

#### 4.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A NECESSÁRIA PRIORIDADE

Ao longo de todo este trabalho, ficou patente a necessidade de se priorizar a Atenção Básica no setor de saúde pública. No entanto, sabemos que apesar dos discursos políticos favoráveis, dos estudos técnicos recomendarem e das políticas e programas de saúde tentar dinamizar este serviço, vemos que ainda existem enormes entraves para a sua efetiva melhoria.

Assim como ocorre com a Educação Básica, a Atenção Primária à Saúde foi alvo de inúmeras intervenções dos programas governamentais, mas em ambas os resultados, embora melhorassem significativamente o sistema, não alcançaram o nível projetado e desejável para as necessidades do país.

Na verdade, existe certo desprestígio do nível de básico de saúde, apesar de todas as recomendações da OMS e Ministério da Saúde para que o setor funcione bem, sem o qual o sistema de saúde sempre estará em desequilíbrio e sobrecarregado no na outra ponta, de média e alta complexidade.

A preocupação em priorizar a Atenção Primária à Saúde (APS) começa no bojo das Reformas Sanitaristas do início do século XX, em países como a Inglaterra, quando em 1920 foi publicado o Relatório Dawson que preconizava uma inversão da tendência da época, predominantemente intervencionista e curativa:

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa

resolutividade. (MATTA e MOROSINI, 2009, p.23)

Segundo Matta e Morosini, o Relatório Dawson reorganizou o modelo de saúde, criando centros de atenção primária e secundária e os serviços de atendimento domiciliar seguindo um critério regionalizado. Percebe-se que o que foi implantado pelo SUS no Brasil, após sua criação em 1988, já se projetava em países da Europa na década de 1920. Contudo, o modelo norte-americano de saúde pública sempre foi mais voltado para o princípio curativo, das especialidades médicas e de grandes unidades de saúde. No caso brasileiro, como já foi salientado anteriormente, esses dois modelos se digladiaram ao longo do século XX, ora predominando um, ora outro. Não há dúvida que o no Sanitarismo da Escola de Oswaldo Cruz, que perdurou até a primeira metade do século passado, houve forte influência dos modelos europeus, principalmente o francês, no qual a clínica geral e a descentralização, através dos Centros de Saúde, foram enfatizadas.

Nas décadas do pós-II Guerra, a influência norte-americana passa a ser mais intensa sobre o Brasil, em todos os aspectos: econômico, cultural, técnico e científico. O setor de saúde não foge a esta égide, e o governo começa a adotar soluções norte-americanas para nosso sistema de saúde que, aliás, ainda não era norteado pelo princípio da universalidade. Um dos indícios dessa política é representado pela construção de grandes hospitais nas maiores cidades do Brasil, com recursos da Previdência Social, sendo que muitos deles foram passados mais tarde para o controle privado.

Desde quando a Previdência Social foi regulamentada pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no período Vargas, e pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a saúde pública no Brasil não era considerada oficialmente como um direito pleno do cidadão. Isso só vem ocorrer com a Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, uma reforma no modelo de saúde visando à descentralização administrativa, a priorização da Atenção Primária e da universalização dos serviços, só foi possível a partir do SUS.

Além dos interesses da iniciativa privada, a própria gestão em saúde, após a implantação do SUS, ficou dividida entre focar seus esforços na descentralização administrativa e obtenção de recursos financeiros por um lado, e uma efetiva política centrada na atenção básica por outro. Borges e Baptista (2010) ressaltam este aspecto, demonstrando a incapacidade da gestão do sistema em priorizar as pequenas unidades de saúde

Um primeiro aspecto a ressaltar na ideia de prioridade associada à atenção básica é que nem sempre, no discurso político (seja oficial, seja do movimento reformista da saúde), a atenção básica foi priorizada. Mesmo nos anos 1970 e 1980, quando a temática da atenção primária à saúde (APS) e a proposta de extensão de cobertura apresentavam-se ao debate, havia uma grande preocupação do movimento reformista da saúde com o debate da focalização e restrição de cobertura, já presente em algumas propostas internacionais (Fausto e Matta, 2007). (BORGES e BAPTISTA, 2010, p.32)

A partir da década de 1990, houve uma verdadeira revolução no Brasil, quando se considera as transformações ocorridas no Sistema de Saúde Pública. Mas, ainda que tenha ocorrido uma volta aos princípios da descentralização e de priorizar a Atenção Primária, é possível notar que os interesses privados nunca abandonaram esse setor que, enfim, movimentou grande parte da economia. Nesse sentido, uma política que prioriza a atenção básica se contrapõe aos interesses da iniciativa privada que tem o objetivo que o mercado de saúde sempre se amplie nos níveis mais lucrativos.

Borges e Baptista salientam que o interesse mercadológico pelos níveis de média e alta complexidade, sempre se contrapõem a uma efetiva política visando priorizar a Atenção Primária à Saúde, mesmo após a instalação da Estratégia Saúde da Família:

É importante lembrar que a busca pela integralidade da atenção e pelo papel da ESF de reordenadora do modelo atenção passa também pelo enfrentamento da **mercantilização** dos níveis de atenção mais complexos (Escorel *et al.*, 2007; Giovanella *et al.*, 2009). Ou seja, temos que nos haver com a força da oferta prévia de ações que está concentrada, em geral, em equipamentos e estabelecimentos de alta complexidade, que sugam muito mais recursos e tendem também a concentrar-se no setor privado contratado. Uma particularidade da questão está no fato de que esses constrangimentos referem-se especialmente a municípios que já possuem uma rede de serviços complexa instalada, em geral municípios de grande porte. (BORGES e BAPTISTA, 2010, p. 39, grifo nosso).

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, também foi uma iniciativa notável no esforço de melhorar a APS no país. O impacto positivo na saúde pública é comprovado pela melhoria dos indicadores de saúde, como na diminuição da mortalidade infantil e materna, onde as Equipes de Saúde da Família estão funcionando nas Unidades Básicas. As práticas educacionais em saúde também foram beneficiadas pelas ESF, resultando numa melhora na saúde ambiental, como na prevenção da dengue e nas doenças transmissíveis infantis como verminoses e viroses. Quando a equipe dispõe de programa de saúde bucal, os efeitos sobre desenvolvimento da dentição infantil ganha um grande progresso, assegurando a saúde dentária para a vida adulta. Segundo o Ministério da Saúde, outra área que foi muito beneficiada foi a Saúde do Idoso, principalmente dos acamados, que

recebem visitas frequentes dos profissionais de saúde das equipes, fato que trás uma significativa melhora em seu quadro clínico.

Contudo, o custo de implantação do PSF nas Unidades Básicas de Saúde é elevado, principalmente quando a equipe é completa incluindo o Programa de Saúde Bucal. Esse custo é relativo, pois se torna barato se considerar o quanto vai economizar para o sistema evitando os agravos em saúde que seriam atendidos nos níveis de média e alta complexidade, esses sim com custo elevadíssimo. Dados do Ministério da Saúde estimam que 57,16% dos usuários do SUS estejam cobertos por Equipes de Saúde da Família, até janeiro de 2014. É interessante notar que o PSF foi sendo implantado, paulatinamente, de acordo com a maior necessidade das regiões e Estados da federação. Por isso, encontramos um índice menor de Equipes cobrindo os Estados mais desenvolvidos como São Paulo (31,48%) e Estados menos desenvolvidos como o Maranhão (81,01%). Claro que a política de saúde dos municípios e dos Estados interfere nesse processo, pois depende do município elaborar um projeto para requisitar o PSF e também do suporte que seu Estado fornece. Portanto, também encontramos Estados desenvolvidos com elevado índice de implantação, como Santa Catarina (74,85%) e Estados carentes com baixo índice, como o Pará (45,01%).

No caso de Minas Gerais, o índice de cobertura de Equipes de Saúde da Família chegou a 72,65% da população atendida pelo SUS em janeiro de 2014. Não deixa de ser surpreendente, pois é o Estado com maior número de municípios e se pode imaginar a dificuldade de implantação em pequenos municípios, com menos de 10 mil habitantes, que correspondem a mais da metade do total.

A cobertura do PSF em Juiz de Fora atingiu 51,89% em janeiro de 2014, estando abaixo da média do Estado como visto acima. No estudo de caso realizado nesta dissertação, na Cidade Alta (Zona Oeste) da cidade, verificou-se que nas três Unidades Básicas existentes (UAPS), apenas em uma funciona o PSF em sua plenitude. Isso mostra como este programa pode estar ausente, mesmo em áreas de população carente, como é o caso da Cidade Alta, onde as próprias UAPS não estão localizados nos bairros mais carentes e necessitados.

#### 4.2 - PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O DILEMA ENTRE A SAÚDE CURATIVA E PREVENTIVA

Entre os profissionais de saúde, o médico é aquele com menor presença nas regiões interioranas do país, principalmente nas menores cidades. Sua presença também é escassa na APS. Isso significa que mesmo nas metrópoles e cidades médias, uma expressiva população, dos bairros mais carentes, está quase desassistida por esses profissionais. Foi detectado pelo Ministério da Saúde que mais de 700 municípios brasileiros não possuíam um médico sequer atendendo a sua população. Além disso, pesquisa realizada pelo IPEA em 2011, indicou que para 58% da população, a falta de médicos é o principal problema do SUS.

Os índices estatísticos mostram que a proporção de médicos por habitantes do Brasil não é das maiores (ver Quadro), mas seria suficiente se sua distribuição não fosse tão desigual, pois 22 Estados estão abaixo da média nacional.

QUADRO 18  
PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR HABITANTES EM ALGUNS PAÍSES

Países	Médico/1000 hab.	Países	Médico/1000 hab.
Cuba	6,7	EUA	2,4
Espanha	4,0	México	2,0
Portugal	3,9	BRASIL	1,8
Argentina	3,6	Colômbia	1,4

FONTE: OMS, 2010.

A desproporção regional é acentuada no Brasil, pois enquanto alguns Estados como o Rio de Janeiro apresenta um índice de 2,8 de médicos por 1.000 habitantes, outros como o Maranhão e Alagoas apresentam um índice de 0,41.

Diante deste quadro estarrecedor, o Ministério da Saúde criou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) em 2011, com o objetivo de contratar médicos recém-formados e outros profissionais de saúde para atenderem regiões remotas e carentes, sendo que a bolsa para os médicos foi estipulada em 8.000 reais. Entretanto, das 13.000 vagas oferecidas por 3.000 prefeituras, apenas 30% foram preenchidas. Com o fracasso deste programa, o governo federal decide importar médicos para resolver a escassez desses profissionais para a população de baixa renda, que é totalmente dependente do SUS. Em julho de 2013 é lançado oficialmente o Programa “Mais Médicos”. O objetivo era fixar médicos brasileiros e estrangeiros na rede pública de saúde, principalmente nas áreas mais carentes.



O Programa Mais Médicos deu preferência aos brasileiros que se interessados em se inscrever, sendo que inicialmente eles corresponderam a 21% do total. As vagas remanescentes seriam oferecidas para médicos estrangeiros, entre os quais se destacaram os cubanos, espanhóis, portugueses e argentinos. Todos os países que participam do programa devem apresentar uma taxa de médicos por habitantes superior a do Brasil, fato que fica evidente ao se consultar o Quadro anterior.

As resistências corporativas ao programa foram fortes, o Conselho Federal de Medicina se colocou contra, principalmente em se alterar o curso de medicina, ampliando seu prazo de conclusão em dois anos. De um lado a classe médica alegava que faltavam médicos no Brasil, mas sim condições materiais e salariais para o exercício da medicina. O governo por sua parte defendia a tese de que a condições mínimas estavam sendo oferecidas aos profissionais.

Em Juiz de Fora, o Programa Mais começou a ser implantado em 2013 e a cidade conta hoje com mais de 20 médicos estrangeiros trabalhando, principalmente na Atenção Primária à Saúde, em UAPS dos bairros mais carentes. Esse é o caso de duas médicas cubanas que concederam entrevista para a imprensa local. Segundo a matéria jornalística publicada em maio de 2014, as profissionais atuam na Estratégia Saúde da Família na UAPS do Bairro Industrial. Pelos depoimentos dos usuários da Unidade, com a incorporação das profissionais foi sensível a melhoria no atendimento, pois para se conseguir uma consulta anteriormente era necessário passar a noite numa fila à porta da Unidade. Os usuários estão satisfeitos com a atuação das médicas e do modo pelo qual são realizadas as consultas, com mais tempo e diálogo entre médico e paciente.

Nesse momento, ocorre um grande embate nas concepções curativas e preventivas da medicina e da própria política de saúde. Sem dúvida que os dois procedimentos são necessários, mas até quando priorizar um e outro. Por que a concepção preventiva é, em geral, deixada para um segundo plano quando se sabe que ela economiza na razão média de um para cinco, ou seja, cada real ou dólar gasto em saúde preventiva economiza cinco evitando os procedimentos de alta complexidade.

Existe uma cultura arraigada em torno da medicina curativa, que envolve naturalmente os fármacos que também tem seu apelo mercadológico.

La tradición de los últimos años también ha propiciado que la medicina curativa se centre en la prescripción medicamentosa. Los pacientes suelen esperar que cada encuentro con su médico culmine en la prescripción de por lo menos un fármaco, y manifiesta su frustración cuando esto no ocurre. Esto está relacionado también con

otra tendencia que es la de la medicalización, lo que significa que todos los problemas se resuelven a través de los médicos o los servicios de atención médica. Hasta los estados de ánimo tienen propuestas de soluciones médicas o medicamentosas, ya no se diga los síntomas menores o intrascendentes. Las intervenciones quirúrgicas son símbolos favoritos de la medicina curativa pues tienen todas sus características: tardías, costosas, reactivas, medicalizadas, pasivas, individualizadas y resolutivas. (LIFSHITZ, 2014, p. 68)

Para Lifshitz, a tendência a se majorar o papel da medicina curativa, tem aumentado o enormemente os custos dos sistemas de saúde tornando-os, por vezes, inviáveis. O autor destaca que a medicina curativa é uma medicina de **crises**, não sendo uma estratégia com o controle das variáveis. Quando ela extrapola seu nível adequado, se torna um sintoma de que o sistema de saúde está doente e precisa de intervenções urgentes para que o equilíbrio volte ao normal.

No Brasil, apesar de todos os programas implantados pelo Ministério da Saúde, principalmente o PSF e o ainda recente Mais Médicos, a concepção da saúde curativa ainda é forte, tanto nos profissionais médicos, quanto na própria população que, em significativo percentual, procura os serviços de saúde quando o agravo em saúde já está adiantado. Existe um grande esforço para a mudança dessa mentalidade pelos órgãos gestores, mas parece que esse processo envolve uma ação educacional na própria escola formal e, também, na própria formação do profissional médico.

A grande maioria dos cursos de medicina no Brasil apresenta uma grade curricular ainda baseada no **modelo biomédico**. São poucas as disciplinas na área de humanidades, as quais apresentam carga horária bem reduzida, apenas para satisfazer as exigências do MEC. Uma formação humanista é primordial para se atender o conceito ampliado de saúde, que não trata apenas das condições fisiológicas do paciente, mas também de suas condições psicológicas, ambientais e sociais. Para alicerçar os princípios da ética médica, é necessário contar no currículo com disciplinas como Filosofia, Sociologia, Antropologia e História que, frequentemente, estão ausentes ou presentes apenas formalmente nas Faculdades de Medicina.

A saúde de concepção curativa, como apresenta um apelo mercadológico muito forte, tem fortes aliados nas atividades econômicas ligadas à saúde. Os produtos farmacêuticos são fabricados por poderosos conglomerados industriais, sendo que duas dezenas de empresas dominam mais da metade desse mercado no mundo. Existe uma superutilização desses medicamentos alopatas, já que numa economia de escala, interessa aos produtores um giro máximo desta mercadoria.

Sobre o papel da comercialização dos fármacos, Barros destaca a dualidade da indústria farmacêutica. Por um lado as benfeitorias dos medicamentos e, por outro, o excessivo interesse mercantil em um setor tão sensível como o da saúde pública:

A indústria farmacêutica, pelos amplos e crescentes espaços que vem de longa data ocupando, constitui, certamente, um dos mais poderosos e influentes ramos industriais, com a ambiguidade que a faz detentora do epíteto de benfeitora da humanidade, na medida do sucesso de tantos produtos que podem aliviar o sofrimento e curar doenças. Ao mesmo tempo, no entanto, pelas práticas que adota ao erigir a lucratividade como móvel maior de sua atividade, tem sido incriminada pela ampliação do uso inadequado e dos efeitos adversos dos fármacos, sobretudo ao institucionalizar estratégias de comercialização e promoção intensificadoras da medicalização, isto é, da crença que extrapola o razoável e o cientificamente justificável no valor e na ação dos fármacos. (BARROS, 2008, p. 37).

De fato, os medicamentos se tornaram uma mercadoria de consumo como outra qualquer, sendo vendidos até em supermercados e lojas de conveniência em muitos países. Certamente o Ministério da Saúde tem tentado limitar o excessivo interesse mercantil na comercialização dos produtos farmacêuticos. O controle da comercialização de antibióticos no Brasil, por exemplo, ocorreu a partir de 2010 depois que bactérias super-resistentes causaram eleva taxa de mortalidade em UTIs infantis em vários hospitais. Porém outros medicamentos nocivos quando mal utilizados, continuam sendo comercializados sem receita médica.

Outro grande aliado da saúde curativa é a indústria que produz equipamentos hospitalares. Esses produtos utilizam alta tecnologia e apresentam preços elevados: um tomógrafo convencional pode custar 500.000 reais. São produtos com alto valor agregado que levaram décadas para serem desenvolvidos. Então, o retorno desse investimento deve ser em longo prazo. A venda desses aparelhos pode ser reduzida em um sistema de saúde com um bom nível no serviço de Atenção Primária à Saúde.

#### 4.3 - SAÚDE PÚBLICA UNIVERSAL E O MODELO SÓCIO ECONÔMICO

Ao adotar o princípio doutrinário da Universalidade com a Constituição Federal de 1988, complementado pela Integralidade e Equidade, o Sistema de Saúde brasileiro se lançou a um grande desafio: implantar um sistema igualitário numa sociedade desigual. O capitalismo periférico do Brasil é um dos mais desiguais e injustos do mundo, existindo razões históricas e sociológicas que explicam as causas dessa situação.

O modelo latifundiário agroexportador de uma colônia de exploração com trabalho escravo que vigou por mais de três séculos deixou uma marca negativa que ainda não foi apagada. A concentração histórica da terra forjou em comportamento senhorial das elites e a escravidão desvalorizou o trabalho manual.

Com o fim da escravidão passa a adotar um capitalismo liberal, no qual prevalecia ainda a agroexportação de poucos produtos e as propriedades produtoras concentradas sob o poder de uma pequena elite.

A industrialização e urbanização do século XX moderniza a economia do país, mas não tanto sua Estrutura Social. Apesar da ascensão de uma classe média urbana, o grande contingente da população continua despossuído e recebendo salários irrisórios. Foi nesse pano de fundo, do país se urbanizando que as grandes transformações e lutas sociais ocorrem. A desigualdade continua a dominar a sociedade brasileira, deixando o país mal colocado na distribuição de renda em comparação com outros países.

QUADRO 19  
COEFICIENTE DE GINI EM ALGUNS PAÍSES

Países	Coeficiente de Gini	Países	Coeficiente de Gini
África do Sul	0,63	EUA	0,41
BRASIL	0,54	Índia	0,33
Argentina	0,44	Alemanha	0,28
China	0,42	Japão	0,25

FONTE: BANCO MUNDIAL, 2010.

O surgimento do proletariado urbano, mais do que a classe média que geralmente é omissa e conivente com a elite, foi o grande elemento perturbador da ordem estabelecida. Foi no bojo das lutas trabalhistas que, pela primeira vez, os direitos à cidadania ganharam forma e conteúdo. Portanto, não foi obra benemérita do Estado que resultou na criação da primeira instituição previdenciária no país em 1923, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os Ferroviários, pela Lei Eloy Chaves. A conquista dos direitos sociais foi resultado de muita luta da classe trabalhadora e também dos ideais por uma sociedade mais justa alternativa ao capitalismo.

Nosso atual Sistema de Saúde foi implantado a partir da década de 1990, justamente quando a “onda neoliberal” ganhou força e seu ideário foi adotado por países da América Latina, como o Brasil.

Especialmente após a segunda metade do século XX, com a gradativa aceitação da lógica neoliberal pela maioria dos governos ocidentais, verificou-se uma tendência ao fortalecimento do mercado e à redução do papel do Estado nas economias, em contraposição a uma crescente conscientização das pessoas quanto aos direitos sociais, notadamente, aqueles pertinentes às relações de consumo. (...) No Brasil, a percepção, pelo governo federal, de que a ampla liberdade de mercado dos serviços privados de saúde pode ter concorrido para a formação de oligopólios - pelos fortes indícios de cartelização do setor, prejudicando outros segmentos da economia e constituindo um perigoso fator de desequilíbrio no tecido social do país, ensejou a criação de uma entidade reguladora que se mantivesse relativamente equidistante do poder federal, das empresas concessionárias, das classes profissionais e dos consumidores dos planos de saúde, visando constituir uma zona de equilíbrio entre forças desiguais, com interesses tão distintos. Dessa forma, o tema da assistência suplementar à saúde tem estimulado inúmeros estudos, tanto no Brasil quanto no exterior, que focalizam, principalmente, o aspecto técnico da estrutura física e a perspectiva dos efeitos adversos da lógica de mercado sobre os direitos sociais e os cânones do livre comércio. (VILHARINHO, 2004, p.2)

A chamada saúde suplementar, prevista na implantação do SUS, abriu um flanco para que os interesses privados se apoderassem do setor de saúde, tornando-o um mercado lucrativo no Brasil. A intenção dos gestores governamentais era manter o mercado privado sob o controle do Estado, evitando uma excessiva mercantilização da saúde. Para tanto foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem a função de defender o interesse público, regulamentando o mercado no qual atuam as empresas de planos e seguros de saúde.

Na verdade o modelo sócio econômico que vigora no Brasil dificulta em muito o funcionamento de um Sistema de Saúde que se propõe universal como é o caso do SUS.

Na maioria dos casos de países que implantaram um sistema universal de saúde, esse processo foi acompanhado por transformações profundas em outros setores e serviços sociais, como na educação, nos transportes coletivos, na habitação popular e, principalmente, no fortalecimento das instituições políticas da nação.

Cabe aqui fechar este trabalho exaltando a importância da participação popular e da democracia para se transformar uma sociedade. O nosso sistema de saúde, o SUS, foi concebido para uma gestão participativa da comunidade. Porém, passados mais de vinte anos desde a sua criação, ainda é muito tênue o exercício da participação popular nos Conselhos de Saúde. Não existe uma verdadeira consciência entre os usuários e comunidade em geral de que o SUS é uma conquista e um patrimônio da nação.

Um Sistema de Saúde Universal não pode funcionar isolado, sem o suporte e apoio dos outros setores e serviços sociais que, no Brasil, se revelam bastante ineficientes. A priorização dos serviços sociais no país tem sido relegada mais ao discurso político, mas muito pouco na prática das ações de governo. Apesar de tudo, o sistema de saúde vem se aperfeiçoando, num ritmo bem mais lento do que o esperado. Com o declínio da influencia das ideias neoliberais, depois da Crise de 2008, pode ser possível um retorno aos princípios doutrinários originais que inspiraram a criação do SUS e que devem nortear uma sociedade livre, justa e democrática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, Gustavo. Unidades de Saúde para Cidades de Pequeno e Médio Porte: estudo de Caso em Rosário da Limeira (MG) e Juiz de Fora (MG). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/unidade\\_pequeno\\_medio\\_porte.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/unidade_pequeno_medio_porte.pdf)

ACOLHIMENTO. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>

ALVES, Carla A. e JUNIOR, Alúcio. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. e CORBO, Anamaria D.Andrea (org). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p 27-41.2007.

ALVES, Márcio J. M. et. Al. A Regionalização e a Organização das Redes de Assistência na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais: Limites e Desafios na Programação dos Serviços para a Assistência ao Câncer de Mama. In: Revista APS, Juiz de Fora, vol. 13, suplemento 1, p. S26-S34, 2010.

ASSIS, Marluce M. A. Acesso aos Serviços de Saúde: Abordagens, Conceitos, Políticas e Modelo de Análise. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio Grande do Sul, vol.17 nº11: 2865-2875. 2012

BARCELLOS, Christovam. Os Indicadores da Pobreza e a Pobreza dos Indicadores: Uma Abordagem Geográfica das Desigualdades Sociais em Saúde. In A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco. P.107-139.2008

BARCELLOS, Christovam. C; GONDIM, Grácia M.M; ROJAS, Luiza I. et. al. O Território na Saúde: Construindo Referências para Análises de Saúde e Ambiente. In. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, P. 23-41. 2008.

BARCELLOS, Christovam e PEREIRA, Martha Priscila B. O Território no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Hygeia, V 2, nº 2, 47-55, junho 2006.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Os Fármacos na Atualidade: Antigos e Novos Desafios.** Brasília: Anvisa, 2008.

BORGES, Camila F. e BAPTISTA, Tatiana W. de F. “A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: Refletindo Sobre a Definição de Prioridades”, **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.27-53, mar./jun., 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência

à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília: Ministério Saúde 2000.

\_\_\_\_\_, Disponível em: [http://www.portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_01/04.html](http://www.portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html). Acesso em 10/06/2014.

\_\_\_\_\_, Controladoria-Geral da União – CGU: Programa Olho Vivo no Dinheiro Público. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/PrevencaoDaCorrupcao/ControleSocial/OlhoVivo/Recursos/questionarios/psf.pdf>. Acesso em 10/06/2014

\_\_\_\_\_, Centro Cultural Ministério da Saúde. disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/sus20anos/mostra/pdf/painel5.pdf>

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado. 1988.

\_\_\_\_\_, Decreto n.º 72, de 21 de Novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília: Presidência da República. **Subchefia para Assuntos Jurídicos.1966. Disponível em:** [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm).

\_\_\_\_\_, **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.**

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC. A Política de Regulação do Brasil. Brasília: Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 12. 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas- Departamento de Medicina Social. 2008 disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/14>



\_\_\_\_\_, Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento. UBS - Unidade Básica de Saúde – Ceará. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude/ce>

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde . UPA e UBS, o que significam essas siglas? Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/.../programasecampanhas/33620-UPA-e-UBS>

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: Ampliando a Cobertura para Consolidar a Mudança do Modelo de Atenção Básica. In: Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, 3 (1): 113-125, jan. - mar., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf> . acesso em 03/03/2014

CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE. portal da enfermagem. 2011. Disponível em: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2012\\_1\\_0.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf)

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 5 nº 1: 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_, O que se Entende por Determinantes Sociais de Saúde. In: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.17, nº 1: 77-93, 2007

CARVALHO, Nilson M. Breve História da Saúde Brasileira no Século XX. Santa Maria – RS: Disponível em: [http://www3.ufsm.br/ivap/historia\\_saude.doc](http://www3.ufsm.br/ivap/historia_saude.doc)

CIDESTE, <http://www.cisdeste.com.br/publicacoes/noticias/rede-de-urgencia-e-emergencia-macro-sudeste-sera-discutida-em-seminario.html>

CLASSIFICAÇÃO de risco, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 2012, Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/20386577/Mudanca-na-gestao-das-urgencias-a-partir-da-Classificacao-de-Risco>

COHEN, Amélia Reforma da Previdência Social: Virando a Pagina da História? São Paulo em Perspectiva, São Paulo: Seade, v. 9, nº 4, p. **54-59**, **1995**.

DE LAVOR, Adriano. DOMINGUES, Bruno. MACHADO, Kátia. O SUS que não se Vê. In: RADIS, nº104. 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/104/radis-104.pdf>

DUARTE, José E.S. Avanços e Desafios do SUS: O papel do Município e da Academia. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol 11, nº 2, p.37-52,2002

ELIAS, Paulo E. M; VIANA, Ana Luiza D; et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, vol 22, nº. 1, p.92-106, jan./jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Saúde e Desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (Sup): 1765-1777, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde e Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec, 2009. 305p. Saúde em Debate.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. P. 385-434. 2008.

FARIA, Rivaldo M. e BORTOLOZZI, Arlêude. Planejamento Territorial dos Serviços da Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS): Criar Territórios para os Serviços ou Adaptar os Serviços aos Territórios? In: SAQUET, Marcos A. (org). Estudos Territoriais na Ciência Geográfica. São Paulo: Outras Expressões. 2013.

FRACOLLI, Lislaine A; ZOBOLI, Elma L.P; et al. Conceito e Prática da Integralidade na Atenção Básica: A percepção das Enfermeiras. São Paulo: Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo vol.45, nº5: 1135-41.2011

FRANÇA, Ary. Geografia e Medicina. Aula Inaugural dos Cursos de Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Humanitas Publicações, FFLCH/USP, 1997

GIL, Antonio C. et al. Regionalização da saúde e consciência regional. Hygeia, vol.2, nº 3: 35-46, dez 2006.

GIOVANELLA, Ligia. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, P.385-434. 2008

GONDIM, Grácia M. M. et al. O território da Saúde: A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização. In MIRANDA. A.C.et al. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; P.237-255. 2008.

GUIMARÃES, Raul. B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. Caderno Saúde Pública, vol.21, nº 4, pp. 1017-25, jul.-ago.2005.

\_\_\_\_\_. Saúde urbana: velho tema, novas questões. Terra Livre, São Paulo, nº 17,p.155-170, 2º semestre/2001.

\_\_\_\_\_. Rumos da Regionalização da Saúde Brasileira. In Barcellos, Christovam (org.). A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 231-241.

\_\_\_\_\_, Política Nacional de Saúde, Concepções de Território e o Lugar da Vigilância em Saúde Ambiental. Uberlândia: HYGEIA vol.4 nº7: 90-99, Dez/2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil hospitalar nars/agr/ses 2007/2008, Plano Diretor de Regionalização- MG/2009.

\_\_\_\_\_, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.com.br/cidadesat/painel/saude.php?lang=&codmun=311350&search=minasgerais%7Ccarbonita%7Cinfografios:-estabelecimentos-de-saude-e-morbidade-morbidade-hospitalar>. Acesso em 01/05/1014

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. A Regionalização dos Serviços de Saúde: uma análise à luz do ordenamento territorial. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/redeipea/index.php?option=com\\_content&view=article&id=85:grupo-s-de-pesquisa-titulo-do-projeto-a-regionalizacao-dos-servicos-de-saude-uma-analise-a-luz-do-ordenamento-territorial&catid=90:grupos-de-pesquisa&Itemid=206](http://www.ipea.gov.br/redeipea/index.php?option=com_content&view=article&id=85:grupo-s-de-pesquisa-titulo-do-projeto-a-regionalizacao-dos-servicos-de-saude-uma-analise-a-luz-do-ordenamento-territorial&catid=90:grupos-de-pesquisa&Itemid=206). acesso em:06/06/2014

JUIZ DE FORA, Pano Diretor. Juiz de Fora, PJF, 2000

\_\_\_\_\_, Subsecretaria de Urgência e Emergência, PJJ, 2014

JUNGES, José R. SELLI, Lucilda. Et al. Processos de Trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e Transversalidades. In: Rev. esc. enferm. USP vol.43 nº.4 São Paulo Dec. 2009.

JUNIOR, Godo D. et al. Informações de Unidades de Pronto Atendimento- Possibilidades de uso como Sentinela da Atenção Básica à Saúde. Informática pública, vol. 5 1: 27-48, 2003.

LIFSHITZ, Alberto. “La Medicina Curativa y La Medicina Preventiva: alcances y limitaciones”, **Med Int Méx**, 2014, vol. 30, n.1, p. 64-72

LISBOA, Severina. S. Importância dos Conceitos de Geografia. In: Revista Ponto de Vista. Florianópolis. 2007

MATTA, Gustavo C. e MOROSINI, Márcia V. G. “Atenção Primária à Saúde”, **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 23-28.

MENDONÇA, Claunara S; REIS, Afonso. T; MORAES, José C. A Política de Regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 116p. il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). 2006.

MERHY, Emerson E. Modelo de Atenção à Saúde como Contrato Social. XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília.2000. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Cultura. Disponível em: <http://www.cultura.mg.gov.br/museus/museu-do-credito-real/> acesso em 27/06/2013.

\_\_\_\_\_. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais 2001-2004. Minas Gerais, Secretaria da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais Secretaria da Saúde, 2011.

MARQUES, Giselda Q. e LIMA, Maria A. Demanda de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. In: Revista Ltino-am enfermagem vol 15 nº 1, 2007 disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

MONKEN, Maurício. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo Estratégias Pedagógicas para a Educação Profissional em Vigilância em

Saúde. In BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: Possibilidades Teóricas e Metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.21, nº 3: 898-906, mai-jun, 2005.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. e CORBO, Anamaria D.Andrea. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Evangelina. Redes e Regionalização da Saúde. . In BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 223-230.

OLIVEIRA, Geraldo H. Juiz de Fora, Industrialização: Uma Abordagem Historiográfica. 1850 – 1930. In Anais do I Colóquio do Lahes, 2005, Juiz de Fora, p.1-17

OLIVEIRA, **Nathan B e Chaves, Telma Souza**. Loteamentos Fechados como Formas Geográficas da Globalização – Aspectos Sócio- Ambientais e Legais em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <http://elistas.egrupos.net/lista/encuentrohumboldt/archivo/indice/1437/msg/1504/>

PAIM, A Regionalização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes, R Vilaça ( org). Distrito Sanitário, Hucitec/ Abrasco, 1999

\_\_\_\_\_, Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: O caso do SUS. In; Saúde e Sociedade, vol. 15, nº 2, p. 34-46, maio-agosto 2006

PEREIRA, Cássia se C.M. Estudo da Regionalização e Organização da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste/MG. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

PERES. Laerte A. Breve História das Políticas de Saúde deste Século no Brasil. <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma Pequena Revisão. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>, acesso em 14/06/2014

RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia de poder. São Paulo: Ática, 1993.

ROJAS, Luisa Iñiguez. La Diferenciación Territorial de la Salud en la Recuperación de los Contextos. In Barcellos, Christovam (org.). A geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 87-106.

SANTOS, Alexandre André. Lugar e território. O sistema de Saúde Brasileiro, a Geografia e a Promoção da Saúde. Revista Geográfica Venezolana, Vol. 50 nº1 2009, 159.172.

SANTOS, Alexandre Lima. RIGOTTO, Raquel Maria Território e Territorialização: Incorporando as Relações Produção, Trabalho, Ambiente e Saúde na Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro, vol.8 nº.3, p.387-406. Nov.2010/fev.2011

SANTOS, Fausto. P.; MERHY, Emerson. E. A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro - Uma Revisão. In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. vol.10, nº.19, p.25-41, jan/jun 2006.

SANTOS, Lenir. O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização. In: Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>

SANTOS, Milton. A Natureza do espaço; técnica e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. 337p.

\_\_\_\_\_, O Dinheiro e o Território. In: GEOgrafia: Revista de Pós Graduação em Geografia da UFF. Rio de Janeiro, ano I, nº: I. 1999.

SANTOS, Milton. A. e SILVEIRA, Maria Laura. A questão: o uso do território. In. SANTOS, Milton e Silveira, Maria Laura. O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI. 9ªed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. UPAS. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/771-upas.html>

SILVA, Clayton. B. e RAMIRES, Júlio C. L. Regionalização da Saúde em Minas Gerais: Algumas Reflexões. Hygeia, vol 6 nº1: 60 -70, dez./2010.

SOUZA, Auta. I. S. et al. Estudo da Regionalização e Organização da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste/MG. In III JORNADA INTERANCIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 28-30 de agosto, 2007 São Luís do Maranhão.

\_\_\_\_\_, et al. Cidadãos Peregrinos: Os "Usuários" do SUS e os Significados de sua Demanda a Prontos-Socorros e Hospitais no Contexto de um Processo de Reorientação do Modelo Assistencial. In: Ciência Saúde Coletiva vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

\_\_\_\_\_. Espaço, Território e Região: Conceitos- Chave para a Compreensão da Atratividade de Juiz de Fora no Processo de Regionalização da Saúde na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Ver. APS, Juiz DE Fora, vol.13, suplemento 1, p. s15-s25, 2010.

SOUZA, Cristiane C; TOLEDO, Alexandre D; et al. Classificação de Risco em Pronto-Socorro: Concordância entre um Protocolo Institucional Brasileiro e Manchester. Vol 19, nº1: 08 telas jan-fev 2011.

SOUZA, Renilson R. A Regionalização no Contexto atual das Políticas de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva vol 6 nº2: 451-455; 2001.

\_\_\_\_\_, O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, p. 5-44. 11-14 de agosto, 2002.

\_\_\_\_\_, A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. In: Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 451-455. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 03/04/2014

UMA chance para ganhar com o inesperado, disponível em: <http://www.intersystems.com.br/noticias/uma-chance-para-ganhar-com-o-inesperado/321>

VIANA, Ana L.D. et al. Saúde e Desenvolvimento. In: Ciência & Saúde Coletiva, vol 12 (sup): 1777 – 2007

VILARINHO, Paulo F. “O Campo da Saúde Suplementar no Brasil à Luz da Teoria do Poder Simbólico de Pierre Bourdieu”, **Cadernos EBAPE.BR**, vol.2, n.3, 200