

# SERÁ QUE OS GESTORES DE SAÚDE SABEM PRIORIZAR AS DEMANDAS A SEREM ATENDIDAS?

*Milena Lopes Santana<sup>1</sup>, Fábio Ricci<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>UNITAU/PRPPG – Mestranda em Gestão e Desenvolvimento Regional  
Rua Visconde do Rio Branco, milenaeluiza@ig.com.br

<sup>2</sup>UNITAU/PRPPG – Prof. Dr. do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional  
Rua Visconde do Rio Branco, fabioricci@uol.com.br

**Resumo-** Auxiliado pelos princípios da vigilância à saúde, comentados por Mendes (2006), e a teoria da causalidade circular concebida por Myrdal (1965), o presente ensaio propõe a reflexão sobre o modo como os gestores de saúde têm priorizado o atendimento aos usuários dos serviços de saúde, desde a década de 60, marcada pelo sanitarismo campanhista, até os dias atuais, em que a Atenção Básica se faz pela estratégia do Programa Saúde da Família. Pressupõe-se um “desvio de olhar” dos gestores que dificulta a adequada priorização das demandas a serem atendidas no nível local, uma vez que o órgão central, representado pelo Ministério da Saúde, define as morbidades e as populações alvo consideradas “dignas” de atendimento, em detrimento das outras, tão fundamentais quanto, oriundas da realização de diagnóstico situacional territorializado.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Diagnóstico situacional. Processo saúde-doença. Prioridades em saúde.

## Área do Conhecimento:

### Introdução

Com o contexto histórico que precedeu a organização dos serviços de saúde nos moldes atuais, tão marcado por contradições, lançamos mão da hipótese de que não é por acaso que os gestores de saúde, por ocasião do planejamento de ações, sejam influenciados pelo que estamos denominando um “olhar contaminado”.

Em outras palavras, a realização do diagnóstico situacional, necessário para a tomada eficiente de decisões, é marcado quase que exclusivamente pelo estabelecimento de prioridades ditadas pelos órgãos centrais, em detrimento dos determinantes de saúde-doença de seu próprio espaço de intervenções. É dessa forma que o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, define os grupos populacionais e as morbidades que devem ser atendidas/tratadas. Em todo o Brasil, nas unidades locais de saúde os profissionais se preocupam em “produzir” ações de modo a corresponder os critérios estabelecidos pelo Ministério, independente das diversidades existentes em cada território.

Vale ressaltar que o Programa Saúde da Família tem como diretrizes básicas a vigilância em saúde realizada em uma área determinada, com famílias cadastradas e referenciadas para o serviço por meio dos agentes comunitários. São estes que fazem o primeiro contato com a comunidade e levam ao serviço às informações necessárias para que toda a equipe possa intervir.

Por essas razões, a proposta deste ensaio é trazer à tona alguns elementos para reflexão, uma

vez que parte do pressuposto de que existe um “desvio de olhar” dos gestores locais influenciado pelas obrigadoriedades propostas pelo órgão central, levando a um viés que dificulta a operacionalização das ações de saúde no nível local, as quais deveriam ser implementadas com base nas peculiaridades da região.

### Metodologia

Foi realizada busca bibliográfica para se definir o contexto sócio-político-econômico do país e sua relação com as concepções e ações de saúde no período compreendido entre 1960 e os dias atuais.

### Resultados

#### a) Uma história marcada por contradições

Na década de 60, foram implementadas ações buscando controlar as contas públicas, aumentando as receitas e reduzindo as despesas, com controle da emissão monetária e de crédito e uma dura política de contenção de salários, o que levou à derrota política dos trabalhadores e assalariados, além de um arrocho salarial; a política monetária também acarretou falências e desemprego (REGO; MARQUES, 2002).

Nesta época, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista, inspirado na ação militar de combate a doenças de massa mediante a interposição de barreiras que quebrem a relação agente/hospedeiro, para o modelo médico-assistencial privatista, por meio da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (MENDES, 2006).

O INPS apresentava as seguintes características: cobertura médica para a população urbana e rural, com ênfase na prática curativa, individual, assistencialista e especializada, com orientação para o lucro e o setor privado. Com esse contexto, o Brasil passou por altos índices de infecções comuns e desnutrição, bem como enfermidades crônicas e lesões, até o ressurgimento de algumas patologias que se acreditavam superadas (MENDES, 2006).

Os anos de 1968 a 1973 caracterizaram-se por um intenso crescimento do PIB e da produção industrial, que se beneficiou da presença de capital estrangeiro, na forma de empréstimos, os quais levariam, mais tarde, à crise da dívida externa, ao agravamento das questões sociais, um aumento da concentração de renda e deterioração de alguns indicadores sociais (REGO; MARQUES, 2002).

A agricultura, voltada à exportação, desenvolveu-se enquanto a produção de alimentos básicos caiu em relação ao crescimento da população. Conseqüentemente, não houve mudança qualitativa das condições de vida do povo; os grandes benefícios eram voltados para as classes de maior renda e o salário mínimo havia diminuído em seu valor real de compra.

As conseqüências dessa política de exclusão social foram o aumento dos acidentes de trabalho, pelas horas extras e grande intensidade de serviço; aumento de pessoas empregadas por família, com a diminuição do salário do chefe de família; agravamento das condições de saúde e de todo o quadro social, incompatível com o aumento da riqueza nacional (REGO; MARQUES, 2002).

Contudo, as décadas de 70 e 80 foram marcadas pelas forças democráticas no âmbito da saúde que se enfrentavam com os representantes dos interesses privados, seja das clínicas, hospitais e médicos contratados e credenciados pela Previdência Social, seja pelas organizações de medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas seguradoras, seja pelas indústrias de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo médico-sanitário (BRAGA; GOES DE PAULA, 1981; PAIM, 1986 apud PAIM, 1992).

Nessa época, surgiu a Lei 6.229 que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, ao separar as ações de saúde pública daquelas relacionadas à saúde das pessoas. Criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, o símbolo do modelo médico, o INAMPS, composto de três subsistemas: aquele representado pelo governo, simplificado e destinado aos pobres; o subsistema privado e o convênio-empresa (MENDES, 2006, p.60).

As condições de vida nas grandes concentrações urbanas após esse período (entre

1980 e 1990) vinham deteriorando-se, seja pelo resultado da industrialização, seja pela pressão demográfica sobre o meio ambiente, seja pela existência de graves desigualdades sociais. Assim, ao lado da degradação e contaminação biológica dos solos e dos cursos de água, havia crescente demanda de serviços de saúde, de saneamento, educacionais, de alimentos e outros (MENDES, 2006).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que levou à Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Por meio dela originou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da nova Constituição Federal, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica descrita pelos princípios da reforma sanitária (MENDES, 2006).

Cabe ressaltar que as corporações empresariais tendiam a “pressionar o sistema para obter mais lucros, independentemente das necessidades de saúde” (MENDES, 2006, p. 25). Paim 1991 apud (PAIM, 1992, p. 23) ressalta que, mesmo em 1990, houve a retomada da política que implicava em um sanitarismo de resultados voltado a pobres excluídos do consumo médico, sob a retórica da Reforma Sanitária.

Dentre tantos fatores e contextos determinantes, Mendes denomina “a crise do Estado” como a “universalização excludente”, em que “a expansão da universalização do sistema de saúde veio sempre acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado”. Assim, no final dos anos 80, firmou-se, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema plural de saúde, composto por três subsistemas: o público (SUS), o de atenção médica supletiva e o de desembolso direto (MENDES, 2006).

Impõe-se a construção social de uma nova prática sanitária: a vigilância à saúde, em detrimento à prática sanitária da atenção médica (MENDES, 2006). Àquela é mais ampla que as “ações programáticas de saúde” (SCHRAIBER, 1990 apud MENDES, 2006), já que envolve operações não médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde e uma “atuação racional para enfrentar coletivamente” tais questões (MENDES, 2006, p. 243).

Conforme Terris (1990 apud MENDES, 2006) as estratégias de intervenção da vigilância à saúde resultam da combinação de ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa. Recentemente, introduz-se nesta equação a educação em saúde e lança-se mão de uma “nova prática sanitária da vigilância da saúde”, para a qual são necessários “o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade” (MENDES, 2006).

## **b) O planejamento e a priorização das demandas de atendimento**

Silva *et al* (2006) apontam o planejamento como a base para o desenvolvimento das ações na Atenção Básica à Saúde, visando apoiar os gestores e as equipes de saúde da família na programação das suas ações.

O SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) é considerado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) como um instrumento gerencial que, dentre outras funções, descreve a situação de adoecimento e morte da população. Percebe-se, no entanto, que parte da demanda por consulta não é representada pelo SIAB.

Tendo em vista que o sistema atende à necessidade de gerenciamento de informações pelas equipes de saúde e gestores municipais, prestando-se ainda ao planejamento, acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004), há de se prever falhas em cada uma dessas fases e, fundamentalmente, no que trata as intervenções necessárias para um impacto favorável nas condições de saúde da população.

Se existe a demanda, mas o “olhar” do que é considerado “prioridade” não a contempla, compromete-se não apenas a acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, como também fere os princípios de universalidade e equidade previstos pelo SUS.

### **Discussão**

Qualquer que seja o resultado que os dados do SIAB possam trazer às unidades de saúde por meio dos instrumentos de coleta de dados próprios deste sistema de informação, estes corresponderiam às gestantes, diabéticos, hipertensos, tuberculosos, hansenianos (acompanhados ou não), recém nascidos e crianças (pesados, com aleitamento exclusivo ou não, vacinação em dia ou não, desnutridos ou não, vítimas ou não de diarreia ou infecção respiratória aguda).

Porém, em estudo sobre os principais motivos de consulta no período de um ano, Dalla et al (2006) discriminam, dentre outros dados, que 29% das consultas realizadas foram por encontros administrativos, 18% por causas gastrointestinais, 16% por sintomas respiratórios, 9% por sintomas cardiovasculares e 9% com problemas infecciosos, o que sugere que parte da demanda não é representada pelo SIAB.

Em primeiro lugar, há de se lembrar que o PSF foi estruturado para ser executado sob um diagnóstico situacional, do qual decorre uma programação com foco na comunidade e na família que mora em um certo território (BRASIL, 2006).

Observando este território, descrito por Mendes (2006, p.248) como um “espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais”, poderemos perceber os determinantes do processo saúde-doença da região e identificar os problemas de saúde “de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social determinado” (MENDES, 1995 *apud* MENDES, 2006, p.249).

Não seria uma fixação de “olhar” sobre prioridades estabelecidas pelo nível central sobre uma região periférica, por exemplo? Mendes (2006) não mencionou que os padrões e os valores considerados desejáveis vêm do ponto de vista de um ator social determinado? Afinal quem é que realmente determina o que é importante, aquele que estabelece um problema a ser resolvido ou aquele que vivencia o problema?

A teoria da causação circular de Myrdal (1965) não sugeriria, neste caso, uma reflexão a este respeito: de que o centro é relativo e depende do “olhar” de quem vê? E, se assim o for, o estabelecimento de prioridades também seria relativo?

Logo, o estabelecimento de um instrumento único, fechado, enrijecido de coleta de dados (o SIAB), com fins de auxílio à elaboração de um diagnóstico situacional para um país como o Brasil, com territórios absolutamente distintos uns dos outros, no que trata questões sócio-econômicas-culturais, relações de trabalho, modos de se viver, ou seja, todos os determinantes do processo saúde-doença que aqui jaz como fatores propulsores fracos ao desenvolvimento de uma nação, não seria inadequado?

Identificamos as crianças baixo peso bem como as mulheres com candidíase, mas priorizamos enquanto registro de informações e acompanhamento, as quais seriam úteis para um bom planejamento de ações de saúde, os hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, viciados numa leitura de contexto de “saúde-doença” fornecida pelo Ministério, induzidos pelo SIAB.

Longe de se imaginar que um grupo é mais ou menos importante que outro, mas o questionamento é: o serviço de saúde não é universal e para todos, não é por meio da análise territorial e do perfil demográfico e de morbimortalidade da população que aprendemos a trabalhar com prioridades e, assim, fazemos jus ao princípio de equidade do SUS?

Não é pelas condições de moradia e saneamento básico (dados exigidos pelo SIAB, ao cadastrarmos nossa clientela e fazermos a territorialização da área de abrangência de nosso serviço de saúde) que identificamos ou poderíamos supor que teremos sob nossos

cuidados mais ou menos vítimas de problemas gastro-intestinais ou respiratórios, por exemplo?

## Conclusão

No entanto, o mesmo instrumento gerencial que seria útil a um bom planejamento estratégico de ações, realizado a partir de um diagnóstico situacional, não estaria enrijecendo ou restringindo nossa capacidade de ampliar nossos horizontes e ver além do que nos “mandaram” ver?

Será que as tais prioridades de atendimento e acompanhamento estão mesmo sendo executadas, ou melhor, será que estamos conseguindo identificar quais são verdadeiramente nossas prioridades, ou sofremos de um DESVIO DE OLHAR provocado, entre outras razões, pela necessidade de cumprimento de uma produção de ações de saúde advindas de critérios que se sustentam em algumas regiões, mas são obsoletos em outras?

Para onde foi a territorialização e, com ela, a percepção do que é mais ou menos emergente para a população adstrita a esse local? Aliás, para onde foram as ações programadas em conjunto com essa mesma população, de forma participativa e democrática? O que fizemos com a tal cidadania supramencionada?

Afinal, quem sabe dizer o que é mais importante a nós mesmos: aquele que vivencia o problema ou aquele que sabe que o problema existe?

Como definir o que é mais importante, já que não somos onipotentes, nem onipresentes? Mas também, por que definir sob nossos critérios, por meio do SIAB, quem é prioridade ao acesso ao serviço de saúde, se a própria população nos diz o tempo todo do que é que ela precisa? De que recursos legítimos os gestores dispõe para diagnosticar, analisar, compreender e fazer valer frente à sua equipe e frente à comunidade pelas quais são responsáveis?

Finalizamos com o pensamento pelo qual acreditamos que, na medida em que nos tornamos mais conscientes da realidade que nos cerca, mais envolvidos com a sociedade estamos. Essa nossa percepção de mundo contagia de certa forma alguns poucos que se tornam “indivíduos esclarecidos” e, assim como nós, contribuem com seu próprio “olhar”, auxiliando na construção de uma sociedade mais justa, mais equitativa, mais saudável no território onde vive, onde se constroem as relações, onde os determinantes do processo saúde-doença realmente atuam.

## Referências

BRAGA, J.C. DE S.; GÓES DE PAULA, S. **Saúde e previdência; estudos de política social**. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1 ed., 4 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 59 p.

DALLA, M. D. et al. Principais motivos de consulta e diagnósticos registrados em prontuário. In: 8 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2 Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária. **Anais de 15 a 18/6/2006**. p. 245.

MENDES, E.V. et alii. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 3 ed., p. 159-185, 1995.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. 300 p.

MYRDAL, G. **Teoria Econômica e Regiões Subdesenvolvidas**. Rio de Janeiro: SAGA, 1965

PAIM, J.S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador, Centro Editorial Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J. S. Educacion medica em la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ. méd. Salud**, v. 25, p. 58-57, 1991.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. In: **Saúde e Sociedade** 1(2):29-47, 1992.

REGO, J.M.; MARQUES, R.M. (org's). **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2002.

SILVA et al. Programação para gestão por resultados na atenção básica – PROGRAB. In 8 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2 Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária. **Anais de 15 a 18/6/2006**. p. 167.

SCHRAIBER, L.B. (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

TERRIS, M. Public Health Policy for de 1990s. **Ann. Rev. Pub. Health**, 11: 39-51, 1990.