

## Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação

Local health systems and comprehensive care: criteria for evaluation

Lígia Giovanella<sup>1</sup>

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato<sup>2</sup>

Antonio Ivo de Carvalho<sup>3</sup>

Eleonor Minho Conill<sup>4</sup>

Elenice Machado da Cunha<sup>5</sup>

Recebido em 10/11/01

Aprovado em 14/01/02

<sup>1</sup> Médica, doutora em saúde pública, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Av. Brasil 4036 – sala 1001

CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

e-mail: giovanel@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Socióloga, doutora em saúde pública, professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense

Campus do Gragoatá – Bl. E, 5º andar  
São Domingos

CEP 24210-350 – Niterói – RJ

e-mail: lobato@alternex.org.br

<sup>3</sup> Médico, mestre em saúde pública, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Av. Brasil, 4036 – sala 904

CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

e-mail: aivo@ead.fiocruz.br

<sup>4</sup> Médica, doutora em políticas públicas, professora da Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Saúde Pública CCS – Campus Univ. Trindade

Cx. Postal: 476

CEP 88040-970 – Florianópolis – SC

e-mail: eleonor@repensul.ufsc.br

<sup>5</sup> Enfermeira, mestre em saúde pública, sanitária do Centro de Informações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Rua México, 128/11º andar

CEP 20031-142 – Rio de Janeiro – RJ

e-mail: elenice@ensp.fiocruz.br

### RESUMO

*Neste artigo apresenta-se metodologia para avaliação da integralidade em sistemas locais de saúde. A partir da indagação quanto aos atributos de um sistema municipal imprescindíveis para o cumprimento da diretriz constitucional de integralidade da atenção, elabora-se conceito operacional para integralidade. O conceito é constituído de quatro dimensões: primazia das ações de promoção, garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral de indivíduos e famílias. Para cada dimensão são arrolados critérios de verificação.*

DESCRITORES: Política de Saúde; Regionalização; Sistemas Locais de Saúde; Avaliação de Ações de Saúde Pública (processo e resultado); Cuidados Integrados de Saúde.

### ABSTRACT

*This article presents a methodology for evaluating comprehensive care in local health care systems. Questioning the essential attributes of municipal health systems in fulfilling the national, constitutional guideline of integral health care allows for the elaboration of an operational concept of comprehensive care. The concept encompasses four dimensions: priority of promotion activities, assurance that care is provided at all three levels of assistance, articulation between promotion, prevention and rehabilitation activities and an integral approach to both individuals and families. To each of these dimensions are attributed criteria for verification.*

DESCRIPTORS: Health Policy; Regional Health Planning; Local Health Systems; Evaluation of Public Health Interventions (process and outcome); Comprehensive Health Care.

## INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde passou a ser universal no Brasil. Rompeu-se com o modelo anterior de proteção à saúde no qual a garantia de atenção estava condicionada à participação no mercado formal de trabalho e a contribuições prévias. Consagraram-se, deste modo, as propostas de Reforma Sanitária geradas por um vigoroso movimento de redemocratização do setor saúde, conformado desde o final dos anos 70. No início da década de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelas ações de saúde em todo o país, e que deveria ser implementado de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade da atenção e participação social.

Desde a segunda metade da década de 1980, o sistema de saúde brasileiro já vivia um significativo processo de descentralização político-administrativa, que resultou em uma progressiva transferência de recursos e atribuições para estados e municípios. Com a Constituição e as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, os municípios tornaram-se os responsáveis imediatos pela execução das principais ações e serviços de saúde, configurando um modelo de gestão descentralizada. Contudo, os municípios se encontram ainda hoje em estágios diferenciados na assunção dessas responsabilidades.

O processo de descentralização gerou mecanismos fortemente indutores da responsabilização municipal para a gestão, tais como as exigências de criação de Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde e Sistemas de Controle e Avaliação. Entretanto, até a segunda metade dos anos de 1990 prevaleceu o modelo de repasses financeiros às esferas descentralizadas baseado no pagamento faturado dos serviços prestados, o que propiciou uma

---

### OS ESTÍMULOS À CAPACIDADE GESTORA DOS MUNICÍPIOS INCIDIRAM POUCO SOBRE QUESTÕES COMO EQUIDADE, RESOLUTIVIDADE DA REDE E MODELO DE ATENÇÃO

---

lógica de atenção baseada na produção de serviços. Os estímulos à capacidade gestora dos municípios incidiram pouco sobre questões como equidade, resolutividade da rede e modelo de atenção.

A Norma Operacional Básica (NOB 01/96) implementada em 1998, favoreceu mudanças no modelo de atenção. Por um lado, instituiu estímulos financeiros específicos para determinados programas – especialmente Saúde da Fa-

mília (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por outro lado, a alocação de parte dos recursos federais deixou de ser orientada por critérios de remuneração de serviços produzidos. Recursos para a atenção básica passaram a ser distribuídos com base em critérios populacionais, ampliando a governabilidade do gestor municipal, abrindo inclusive a possibilidade da migração de recursos da área de assistência para a área de promoção da saúde ou para a ação intersetorial. A NOB 96 pretendeu ser mecanismo indutor de um novo modelo de atenção, ao disciplinar o processo de organização da gestão em subsistemas de saúde municipais voltados a possibilitar a “efetiva integralidade” da atenção aos seus municípios (BRASIL, 1996). A norma também inovou ao enfatizar a necessidade de avaliação de desempenho dos sistemas estaduais e municipais de saúde, valorizando resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenhos com qualidade.

Dando continuidade ao processo de descentralização, em janeiro de 2001 foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001) que, dentre outros aspectos, definiu o processo de regionalização do sistema de saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica. A partir da NOAS a oferta de procedimentos de média complexidade deve obede-

cer à lógica da territorialidade, tendo como princípio organizador as necessidades e características dos próprios municípios. Assim como a anterior, essa nova norma enfatiza a necessidade de avaliação no sistema, tanto no tocante à sua organização como no tocante à qualidade e impacto da atenção prestada.

Apesar dos inequívocos avanços na implementação do Sistema Único de Saúde, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano da atenção. Alguns destes princípios são mais visíveis, como a descentralização e a universalização; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até aqui. As iniciativas reguladoras recentes, contudo, já permitem aos municípios tomar iniciativas que orientem seus sistemas tendo por base a atenção integral. Acompanhar esse processo não é tarefa simples nem rotineira. Embora a avaliação e o monitoramento tenham se tornado mais frequentes, são poucas as metodologias apropriadas disponíveis para avaliar os sistemas de saúde e, em especial, como é nosso propósito, o cumprimento da diretriz da integralidade da atenção na gestão dos sistemas municipais de saúde. Este é o propósito do estudo e objeto deste artigo: elaborar uma metodologia para avaliar o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas municipais.

A metodologia de avaliação proposta está orientada à concepção mais moderna de avaliação como mecanismo de intervenção e 'correção de rumos'. Também procura agregar dois campos em geral tratados em separado pela literatura: a avaliação de políticas, entendida enquanto análise crítica que apreende em que medida as metas traçadas estão sendo alcançadas, referindo-se ao processo de produção da política como um todo (LINDBLOM,

---

AO OLHAR PARA O SISTEMA DE  
SAÚDE E PARA AS DIRETRIZES QUE  
NORTEIAM SUA IMPLEMENTAÇÃO,  
ESTE ESTUDO PROPÕE UMA INTERLOCUÇÃO  
ENTRE O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS  
E O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS

---

1981; HOGOOD; GUNN, 1984; VIANA, 1995), e a avaliação de serviços, geralmente restrita a um programa ou projeto específico (HARTZ, 1997; AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Ao olhar para o sistema de saúde e para as diretrizes que norteiam sua implementação, este estudo propõe uma interlocução entre o campo da avaliação de serviços e o campo da avaliação de políticas, pois visa discutir se as diretrizes preconizadas em uma determinada política estão sen-

do operacionalizadas durante o processo de sua implementação (RICO, 1999; COHEN; FRANCO 1998). Parte da premissa de que uma avaliação, realizada ao longo da implementação, permitiria controlar com a devida antecipação a qualidade do efeito desejado (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986). E ao chamar a atenção para a diretriz da integralidade, pretende contribuir para o seu cumprimento no processo de construção de sistemas municipais de saúde.

Nesse sentido, a idéia foi conceber um instrumento que sinalize a situação do município no tocante ao cumprimento da diretriz da integralidade e, ao mesmo tempo, possa orientar seus gestores na adoção de estratégias de gestão que favoreçam a implementação de políticas de atenção à saúde direcionadas à integralidade. A pergunta que orientou o desenvolvimento do estudo foi: o que um sistema municipal de saúde precisa ter para garantir atenção à saúde de seus munícipes de forma integral? Ou seja, quais atributos de um sistema municipal correspondem ao cumprimento da diretriz de integralidade?

Para apresentar os resultados, indicamos na primeira parte os métodos e técnicas usados na construção da metodologia. A segunda parte apresenta um resumo da discussão teórica acerca da noção de integralidade que orientou a metodologia. Na terceira parte discute-se os critérios selecionados e ao

final algumas considerações sobre limites da metodologia proposta.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Avaliar implica valorar, fazer um juízo. Para tal é necessário delimitar um campo a ser avaliado, definir critérios – elementos que permitam emitir um juízo – e seus padrões correspondentes – níveis aceitáveis, quantitativos ou qualitativos, em que os critérios são preenchidos.<sup>1</sup> Dada a novidade do aspecto que se pretende avaliar – a diretriz de integralidade sob o prisma da gestão –, a construção de uma metodologia para tal foi tarefa complexa, pois buscava-se aplicar um conceito abrangente ao campo dinâmico da gestão de políticas de saúde, associando teórica e metodologicamente duas áreas de investigação distintas.

Assim sendo, a elaboração da lista de critérios para avaliação da integralidade sucedeu-se a diversas escolhas metodológicas que permitissem operacionalizar o conceito de integralidade, apresentadas a seguir.

#### O que analisar: estrutura, processo ou resultado?

A primeira escolha metodológica com a qual nos deparamos foi a respeito de qual dimensão analisar: estrutura, processo ou resultado. Tra-

çou-se de discutir em qual destas dimensões pode-se melhor identificar se a diretriz da integralidade é respeitada na implementação do SUS nos municípios; assim como qual destas abordagens corresponderia melhor aos objetivos do estudo – elaboração de instrumento educativo/motivador e de fácil aplicação.

Nos estudos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde geralmente se toma uma das dimensões para análise. Isto é, escolhe-se entre

---

PRETENDE-SE AVALIAR  
A DIRETRIZ DA  
INTEGRALIDADE SOB  
O PRISMA DA GESTÃO

---

trabalhar estrutura, processo ou resultados. Na avaliação de serviços de saúde a estrutura corresponde a todos os atributos – materiais e organizacionais – que permitem a uma unidade proporcionar atenção: disponibilidade de instalações, equipamentos, recursos humanos. São, deste modo, classificados como estruturais todos os elementos relativos ao de-

senho institucional, à organização do sistema, ao elenco de ações ofertadas e à disponibilidade de recursos. O processo, por sua vez, refere-se à produção do ato médico. Realiza-se no contato da população com os profissionais de saúde. Aos profissionais compete a identificação de um problema, formulação de um diagnóstico, tratamento e posterior controle para verificar se o problema foi resolvido. À população compete a utilização do serviço, sua aceitação, adesão ao tratamento e participação. Finalmente, os resultados e produtos são entendidos como aqueles da atenção prestada, em particular as mudanças produzidas no estado de saúde do indivíduo atendido, ou seja, o impacto sobre o estado de saúde da população (DONABEDIAN, 1979; 1990; HARTZ, 1997; STARFIELD, 1992; SALA, 1990).

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde não há consenso sobre qual a melhor dimensão a ser analisada. A escolha de uma ou outra dimensão resulta da especificidade do problema a ser avaliado, optando-se de modo mais freqüente por investigar os processos de atenção, considerados de mais fácil apreensão. A análise apenas da estrutura é considerada como insuficiente para monitorar o desempenho dos serviços. Contudo, não se prescinde dela, considerando-se a existência de uma

<sup>1</sup> Um instrumento pode tomar a forma de listagem simples de critérios enumerados sem hierarquia ou desdobramentos ou tomar a forma de árvore – parcialmente ramificado – ou mapa de critérios – totalmente ramificado.

relação positiva (suposta ou demonstrada) entre as três dimensões. Isto é, uma boa estrutura aumentaria as probabilidades de um bom processo que por sua vez incrementaria as probabilidades de um bom resultado (DONABEDIAN, 1990, p. 21).

No presente estudo, para a avaliação da diretriz da integralidade trabalha-se de modo principal a estrutura, prescindindo-se da análise de resultados, pois trata-se de investigar o sistema de atenção à saúde identificando atributos que possibilitem a garantia de forma articulada das ações correspondentes aos três campos – promoção, prevenção e recuperação – conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. Focalizam-se assim aspectos organizacionais e relativos ao modelo de atenção em implementação. Conforme a clássica ordenação da avaliação da qualidade da atenção, esses atributos são classificados como correspondendo à estrutura.

Embora a concepção de integralidade assumida pela equipe, como apresentada abaixo, incorpore dimensão concernente ao processo individual de atenção no sentido de abordagem holística do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais, o processo individual de atenção não é objeto de avaliação. Atri-

butos relativos a processos são abordados; contudo, referem-se a processos de outra ordem: aqueles relativos à implementação de uma política. Trata-se do processo de gestão do sistema e do funcionamento das estruturas facilitadoras da assunção da responsabilidade pela atenção integral.

A escolha pela dimensão estrutural orientou a seleção dos critérios de aferição da integralidade. Contudo, uma das dificuldades metodo-

---

TRATA-SE DE INVESTIGAR O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE IDENTIFICANDO ATRIBUTOS QUE POSSIBILITEM A GARANTIA DE FORMA ARTICULADA DAS AÇÕES CORRESPONDENTES AOS TRÊS CAMPOS — PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO — CONFORME AS NECESSIDADES DE INDIVÍDUOS E COLETIVIDADES

---

lógicas para a elaboração de instrumentos de avaliação de sistemas de saúde é a seleção de critérios correspondentes a um mesmo nível de agregação, para que o instrumento construído seja coerente<sup>2</sup>. Assim sendo, definiu-se o âmbito da gestão e organização do sistema como o ní-

vel de agregação para a seleção de critérios. Deste modo, o instrumento elaborado enfoca a integralidade no âmbito municipal, examinando para isso a organização do sistema e os processos de gestão vigentes no sistema municipal de saúde como um todo, não se ocupando dos processos de assistência na esfera dos serviços nem de programas específicos; e, atendo-se aos fatores internos ao campo de governabilidade dos gestores municipais.

### Interfaces entre acesso, cobertura e integralidade

Um ponto crítico, que requereu outra escolha metodológica, diz respeito às interfaces e superposições existentes entre acesso, cobertura e integralidade. A disponibilidade de um serviço, por exemplo, poderia ser considerada como requisito para a garantia de integralidade. Entretanto, a simples existência do serviço não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura.<sup>3</sup>

Por outro lado, considerar conjuntamente a integralidade, a abrangência da cobertura e as possibilidades de acesso traz outro problema: leva a um modelo de instrumento exaustivo com grande número de dimensões analisadas e excessivo

<sup>2</sup> Entrevista realizada por Lígia Giovanella à Adolfo Chorny em 01.03.2000, especialmente para o Projeto "Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação", do Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde (NUPES) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

<sup>3</sup> Cecílio (2001) afirma com propriedade que não há integralidade possível sem a universalidade de acesso garantida.

número de critérios e indicadores. Um instrumento deste tipo perderia sua especificidade, além de tornar-se de difícil aplicação.

Foi assim que a equipe iniciou a elaboração de lista de critérios, mas resolvemos optar pela seleção de atributos específicos da integralidade. Com o intuito de tornar o instrumento aplicável e evitar que se tornasse um roteiro de amplo diagnóstico de saúde sem especificidade, optou-se por assumir sua parcialidade. Renuncia-se assim à análise paralela da universalidade, não sendo incluídas medidas de cobertura ou acesso.<sup>4</sup>

A renúncia em avaliar o acesso reforçou a centralidade da discussão na gestão e na organização do sistema, de modo que em relação à oferta optou-se por eleger poucos critérios, buscando-se definir ações traçadoras de elenco ampliado.

A partir das escolhas metodológicas descritas, pode-se dar sequência à construção do instrumento propriamente dito, executada em três etapas. A primeira etapa incluiu a elaboração de uma lista extensiva de critérios para aferir a assunção da diretriz de integralidade na implementação de sistemas municipais de saúde. Na segunda, foram selecionados os critérios mais adequados e construído um instrumento preliminar. Na terceira etapa procedeu-se à consulta a especialistas,

para avaliação da relevância dos critérios arrolados.

#### Elaboração de lista extensiva de critérios

Para a consecução da primeira etapa foram realizadas revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes privilegiados.

A revisão bibliográfica visou levantar distintas abordagens e metodologias de avaliação e indicadores empregados, assim como subsidiar a discussão e construção de concei-

---

A PRIMEIRA ETAPA INCLUIU  
A ELABORAÇÃO DE UMA LISTA  
EXTENSIVA DE CRITÉRIOS PARA  
AFERIR A ASSUNÇÃO DA  
DIRETRIZ DE INTEGRALIDADE  
NA IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMAS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE

---

to de atenção integral. Na análise documental foram relacionadas e analisadas listas de indicadores propostas por gestores para avaliação de desempenho, avaliação da atenção básica, de programas etc. (BRASIL, 1999; BRASIL, 1999a).

As entrevistas objetivaram identificar estratégias e inovações desenvolvidas por gestores municipais

direcionadas à garantia de atenção integral; levantar mecanismos e políticas considerados facilitadores da integralidade e enumerar critérios para monitoramento. Foram realizadas sete entrevistas (do tipo semi-estruturadas) com gestores, assessores e especialistas das áreas de planejamento e gestão.<sup>5</sup>

A partir desses levantamentos foi elaborada uma primeira lista de critérios para avaliar a integralidade dos sistemas de atenção. Esta lista foi discutida – em um segundo momento – em oficina de trabalho com a participação de especialistas das áreas de planejamento, informações em saúde e epidemiologia. Nesta oficina foram discutidas formas de abordagem do conceito de integralidade, possibilidades de operacionalização, relevância dos critérios enumerados, além de sugerir-se a inclusão de outros critérios.

Após a oficina, a lista de critérios foi re-elaborada pela equipe tendo por base as sugestões dos especialistas.

#### Seleção de critérios

O processo de redução da lista foi realizado por meio de uma segunda oficina de trabalho, que teve também como objetivo organizar o instrumento. Desta oficina participaram os membros da equipe e uma consulto-

<sup>4</sup> Esta limitação poderia ser suprida pela elaboração de módulos complementares que incluíssem aspectos relativos ao acesso e à cobertura.

<sup>5</sup> Três gestores estaduais, dois gestores municipais e dois especialistas em planejamento e gestão.

ra especializada em análise e avaliação de sistemas de saúde. Nesse momento foram construídas dimensões do conceito de integralidade, elaborada definição operacional para cada uma das dimensões e selecionados da lista extensiva os critérios mais relevantes relacionados a cada uma das dimensões.

O processo de redução da lista foi orientado pela pergunta: quais os critérios mais aceitáveis e porque devem ser selecionados? A seleção de critérios teve em conta a relevância/validade para que se possa aferir integralidade, disponibilidade de informações (possibilidade de registro, confiabilidade da informação) e facilidade de verificação. Buscou-se selecionar uma lista pequena de requisitos, tomados como traçadores da integralidade.

Neste processo foram enumerados requisitos de estrutura e de processo de gestão do sistema e dos serviços, qualificados como imprescindíveis ao desenvolvimento de sistemas municipais de atenção integral e correspondentes a competências de gestores em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde.

### Avaliação pelos especialistas

Para validar os conteúdos do instrumento, isto é, avaliar se os cri-

térios preliminarmente selecionados eram pertinentes, foram consultados especialistas, por meio de questionário contendo as dimensões do conceito de integralidade, conceitos operacionais e critérios correspondentes, acompanhados de perguntas sobre a relevância e a aplicabilidade dos critérios, a adequação dos conceitos operacionais de cada dimensão e a suficiência do conjunto de critérios arrolados para cada dimensão.

---

FORAM ENUMERADOS  
REQUISITOS QUALIFICADOS  
COMO IMPRESCINDÍVEIS AO  
DESENVOLVIMENTO DE  
SISTEMAS MUNICIPAIS DE  
ATENÇÃO INTEGRAL

---

O questionário, enviado por correio eletrônico, foi examinado por dez especialistas, entre gestores e pesquisadores das áreas de avaliação e gestão.<sup>6</sup> As respostas foram consolidadas e sua análise orientou a re-elaboração e seleção final dos critérios para o instrumento. Uma escala de concordância dos especialistas foi elaborada para cada um dos

aspectos avaliados: relevância, adequação, suficiência e aplicabilidade. A escala é composta por três graduações: a melhor situação (10 e 9 concordâncias), correspondente a muito relevante, bastante aplicável, muito adequado e suficiente; a situação intermediária (8 a 6 concordâncias), correspondente a relevante, aplicável, suficiente e adequado; e, a pior situação (5 ou menos concordâncias), correspondente a pouco relevante, pouco aplicável, insuficiente e inadequado. No caso de 6 ou mais concordâncias, o critério foi mantido na lista final. As principais observações dos especialistas foram incorporadas à definição e análise dos critérios.

A seleção de critérios pretendeu relacionar atributos e características da gestão de um sistema de atenção integral. O objetivo não é atestar se a atenção prestada é integral, mas sim identificar a presença da diretriz da integralidade na condução do sistema de atenção.

### ATENÇÃO INTEGRAL: ASPECTOS CONCEITUAIS

Atenção integral – integralidade da atenção – é um princípio orientador das propostas de reforma para o setor saúde desde o início dos anos de 1980 como resposta à tradicional dicotomia entre ações de caráter individual e ações do campo da Saúde Pública. Desde o Prev-Saúde

<sup>6</sup> Agradecemos aos especialistas consultados as relevantes contribuições. Optou-se por não identificar os especialistas consultados pois não solicitamos autorização prévia.

propunha-se uma abordagem global da saúde em suas dimensões biológica, psíquica e social, e definia-se ações integrais de saúde como o “conjunto articulado de medidas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação” (CARVALHO, 1991. p.35). Durante os anos de 1980 o termo foi aplicado para programas de atenção a grupos populacionais específicos, especialmente aqueles de atenção à mulher, criança, adolescente, que passaram a denominar-se programas de atenção integral à saúde da mulher ou da criança.

A integralidade da atenção, assumida como uma das diretrizes para a organização do SUS e para a garantia do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988, e reafirmada na legislação infraconstitucional, teve entretanto o seu conceito pouco trabalhado enquanto orientador de mudanças no modelo assistencial.

Algumas dissertações de mestrado e artigos têm discutido o tema em estudos de casos, buscando identificar as concepções dos gestores sobre atenção integral e/ou avaliar os cuidados prestados quanto à sua correspondência ao princípio da integralidade, segundo critérios diversos. Na maioria destes estudos, o conceito é operacionalizado como a agregação de alguma ação preventiva individual ao atendimento clínico tradicional (CARVALHO, 1991; 1991a; CASTRO, 1991; CAMPOS, 1991; DALMASO, 1994). Já para Furtado; Ta-

naka (1998) a diretriz de integralidade englobaria 5 dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; e, a interferência nas condições gerais de vida da população.

A noção de integralidade da atenção tem sua gênese nos modelos da história natural da doença e cadeia

---

A ATENÇÃO PRIMÁRIA,  
POR SUAS CARACTERÍSTICAS  
COORDENADORAS E PELA AMPLA  
GAMA DE ATIVIDADES QUE  
OFERECE, SERIA O ELEMENTO  
INTEGRADOR DOS ASPECTOS FÍSICOS,  
PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

---

de níveis de prevenção no cuidado individual da medicina preventiva, adaptados para a dimensão coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Na literatura internacional, os termos correspondentes *comprehensive care* ou *comprehensiveness*, em inglês e *globalité*, em francês, estão geralmente associados a cuidados primários (STARFIELD, 1986; 1992; SMITH; BUESCHING, 1985; CONNILL, 1982). Isto porque a atenção primária, por suas características coordenadoras e pela

ampla gama de atividades que oferece, seria o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos e sociais, assim como responsável pela garantia da atenção em outros níveis de complexidade. Nesta concepção de integralidade preconiza-se para o atendimento às pessoas uma abordagem global/holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biológica, psíquica e social. Esta concepção foi muito empregada na organização da atenção para programas específicos como aqueles da mulher, criança, referidos acima.

Cuidados compreensivos corresponderiam ao provimento de serviços de saúde organizados para agrupamentos familiares, englobando elenco completo de ações – desde as preventivas até de reabilitação –, e garantindo a continuidade da atenção ao indivíduo com ênfase em aspectos sociais e pessoais da doença e com a gerência realizada pela equipe de saúde e coordenada pelo profissional médico (SNOKE; WEINERMAN, 1965 apud NOVAES, 1990. p. 54).

No presente estudo, definimos a integralidade da atenção por referência a uma concepção afirmativa da saúde, entendida como um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas, e que se expressa num nível de qualidade de vida de uma dada população. Muito além, portanto, das consequências imediatas de fatores específicos, indicadas negativamente como doença, seqüela e morte.



Vista em sua positividade, a saúde é compreendida como um processo que pode ser melhorado ou deteriorado conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes e sobre o estado de saúde acumulado ou subtraído (desacumulado) de uma dada população. É necessário, portanto, entender a dinâmica da saúde como uma acumulação social, que resulta e se expressa no estado de saúde.

A concepção da produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – porque passível de acumulação e desacumulação – permite a ruptura com a idéia de um setor de saúde isolado ou administrativamente definido. A saúde deixa de ser o resultado de uma intervenção especializada e isolada sobre alguns fatores e passa a ser um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Define-se, então, como um campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersectorialidade.

Nessa perspectiva, um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de

saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente.

Propõe-se aqui a adoção de três tipos de ação sanitária: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes, atenção curativa e reabilitadora.

As intervenções no campo da 'promoção à saúde' consubstanciam todas as providências no plano das políticas públicas, decorrentes da compreensão da saúde como um produto social. Elas vi-

---

É NECESSÁRIO  
ENTENDER A DINÂMICA DA  
SAÚDE COMO UMA ACUMULAÇÃO  
SOCIAL, QUE RESULTA E SE EXPRESSA  
NO ESTADO DE SAÚDE

---

sam intervir positivamente sobre os fatores de diversas ordens (biológicos, ambientais e comportamentais) que, por interação, propiciam maiores ou menores níveis de saúde ou bem-estar, num processo dinâmico.

Embora utilizado há várias décadas, o termo promoção da saúde ganhou um sentido renovado e uma outra importância a partir da chamada 'segunda revolução epidemiológica', ou seja, quando se iniciou

um movimento visando a prevenção das doenças crônicas. Outrora utilizado para relacionar a intervenção sobre fatores como a nutrição e as condições ambientais para promover a saúde de populações carentes, hoje o conceito ampliou-se para valorizar os determinantes gerais sobre as condições de saúde, assim como o papel dos indivíduos nas mudanças coletivas. Além disso, ao assumir a saúde não mais como mera ausência de doença, englobou o conjunto dos fatores que contribuem para ampliar o acúmulo de qualidade de vida, no sentido mais amplo, do conforto, do bem-estar, da satisfação de necessidades básicas, não só na esfera econômica, mas nas esferas psicossocial e cultural (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993).

A prevenção das doenças e dos acidentes organiza-se como a maneira de olhar e de estruturar as intervenções que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou de se acidentar. Tais intervenções podem focalizar indivíduos, grupos sociais ou a sociedade em geral.

O terceiro tipo de ação, a atenção direcionada à recuperação (curativa e reabilitadora), está dirigida aos cuidados com os doentes, visando o prolongamento da vida, a diminuição do sofrimento e a reabilitação das seqüelas. Embora

limitada como prática de saúde coletiva, deve ser provida adequada e oportunamente como parte dos direitos de cidadania. A disponibilidade de atenção curativa é fator de estabilização psicossocial de uma população; isto, por si só, contribui para o incremento da qualidade de vida. A capacidade de o sistema responder às necessidades sentidas pelos indivíduos aumenta a confiança social, o que contribui para o bem-estar psíquico coletivo e potencializa politicamente mudanças de maior profundidade no sistema.

A elaboração de uma metodologia que englobe estes três campos tem por propósito estimular a assunção da responsabilidade do gestor municipal pela saúde dos cidadãos em sua globalidade, induzindo-o a implementar ações correspondentes, o que inclui os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e não apenas a atenção básica, assim como os aspectos relativos à prevenção individual e à promoção e proteção coletivas de cunho intersetorial.

Em síntese, da revisão bibliográfica realizada pode-se dizer que a defesa da integralidade da atenção como uma das diretrizes do SUS, incorporada ao texto constitucional, foi resposta às tradicionais dicotomias entre ações de caráter individual/curativas e ações do campo da saúde

pública/preventivas/coletivas e à precedência da atenção individual hospitalocêntrica da medicina previdenciária frente à promoção e à prevenção, tradicionalmente descuradas.

Integralidade refere-se a um sistema que garanta de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação). No que concerne às

---

INTEGRALIDADE REFERE-SE A UM SISTEMA QUE GARANTA DE FORMA ARTICULADA, PARA INDIVÍDUOS E POPULAÇÕES, AÇÕES SANITÁRIAS DE TRÊS TIPOS: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE ENFERMIDADES E DE ACIDENTES E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

---

ações de recuperação estas englobam os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária (ou básica, média e alta complexidades). Ou seja, no nível da gestão do sistema integralidade refere-se à articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em dupla dimensão: individual e coletiva. Além destas, outra dimensão da integralidade é

aquela que, no atendimento às pessoas, toma o ser humano como sujeito e centro da atenção envolvendo uma abordagem holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biopsicossociais.

Pode-se dizer assim que a garantia do princípio da integralidade correspondem atributos relacionados ao sistema de atenção e ao processo de atenção individual. Atributos do sistema de atenção que permitam a garantia de forma articulada das ações correspondentes aos três campos – promoção, prevenção e recuperação – e nos diversos níveis de complexidade, conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. E atributos do processo individual de atenção que garantam uma abordagem holística do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais.<sup>7</sup>

#### INTEGRALIDADE: CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

A partir da revisão da literatura e da metodologia adotada, esta investigação teve como principal resultado a construção de um conceito de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde e sua operacionalização em critérios para avaliação da diretriz da integralidade, organizados em um instrumento.

Construiu-se um conceito de integralidade composto por quatro di-

<sup>7</sup> Para uma visão abrangente de diversas noções de integralidade consulte publicação recente de Pinheiro e Mattos, 2001.

mensões, quais sejam: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e famílias. Cada uma destas dimensões está relacionada a um diferente campo de intervenção: a primeira ao campo político de definição de prioridades, a segunda à organização do sistema de atenção, a terceira à gestão do sistema e a quarta ao cuidado individual. A diversidade dos campos de inserção destas dimensões sinaliza a complexidade do conceito trabalhado e aponta a dificuldade de definição de *proxys* operacionais.

Para a operacionalização do conceito de integralidade assumido é da maior importância a seleção de critérios correspondentes a atributos que perpassam os diversos campos de ação e sinalizam sua articulação, seja no cuidado ao indivíduo, seja na organização do sistema de atenção. Os campos de ação da promoção, prevenção e recuperação são regidos por lógicas distintas, tornando-se necessária a seleção de atributos que possam permeá-las.

Uma vez que a integralidade da atenção é condicionada pela amplitude da oferta, como discutido acima, para sinalizar o elenco de ações ofertada foram selecionadas um ou dois programas ou ações em cada dimensão tomados como critérios traçadores da abrangên-

cia do elenco, pois pretendeu-se selecionar conjunto sintético de critérios, visando-se atenuar dificuldades na aplicação.

A partir da explicitação das dimensões do conceito de integralidade e da definição operacional para cada uma delas, foi possível organizar o instrumento de forma a dar conta tanto de atributos diretamente relacionados aos campos de ação (promoção, prevenção, recuperação), quanto de critérios

- 
- 1) PRIMAZIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO; 2) GARANTIA DE ATENÇÃO NOS TRÊS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA; 3) ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO; E 4) ABORDAGEM INTEGRAL DO INDIVÍDUO E FAMÍLIAS
- 

transversais aos campos de ação – relativos aos espaços das práticas que superam as dicotomias individual/coletivo e preventivo/curativo. Deste modo foram selecionados os critérios mais relevantes relacionados a cada uma das dimensões e organizados em uma lista composta pelas quatro dimensões e critérios correspondentes. A seguir apresentam-se dimensões e critérios e os resultados correspondentes da consulta aos especialistas.

### Dimensão 1: Primazia das ações de promoção e prevenção

A primeira dimensão do conceito de integralidade – primazia das ações de promoção e prevenção – corresponde à concepção que considera como de maior efetividade as ações de promoção e prevenção em saúde, devendo portanto ser o eixo condutor do modelo assistencial. Reconhece-se o importante impacto de mudanças nas condições de vida, de ações de redistribuição de renda e mesmo de ações ambientais, nutricionais e educacionais no estado de saúde das populações (McKEOWN, 1976; WILKINSON, 1997; PEARCE, 1997).

O conceito operacional desta dimensão é: “realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações interseoriais, planejamento com participação social e recursos adequados”.

A maioria dos especialistas considerou o conceito operacional adequado. Foram feitas importantes observações no sentido de que o aspecto principal da noção de integralidade é a articulação entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que indicaria a impropriedade da idéia de primazia na conceitualização, pois dar prioridade a um dos campos da ação significaria relegar os outros a segundo plano. Todavia, optou-se por manter o termo ‘primazia’ como indicativo de que a gestão do sistema deveria ser ori-

entada para a promoção da saúde. O campo da promoção valoriza os determinantes gerais das condições de saúde e engloba o conjunto de providências no plano das políticas públicas que visa intervir positivamente sobre diversos fatores que propiciam maiores níveis de saúde.<sup>8</sup>

O campo de ações de promoção extrapola a atuação setorial, sendo fundamentalmente transetorial. A intersetorialidade é entendida como interação entre ações de diversos setores que busca superar a fragmentação das políticas e considera as necessidades de grupos populacionais e o espaço que ocupam no planejamento das intervenções (VIANNA, 1998; INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997). Pode ser definida como a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social" (JUNQUEIRA, 1998, p. 14).

Os critérios sugeridos pela equipe para avaliação pelos especialistas para esta primeira dimensão foram: a presença de fóruns intersetoriais; projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio; coerência das ações de promoção e

prevenção com problemas de saúde locais; monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente; repartição de despesas por rubricas de promoção, prevenção e recuperação; programas de educação em saúde formulados no próprio município; programa de saúde do trabalhador.

Os 'fóruns intersetoriais' indicam preocupação do gestor em dar prioridade a ações de promoção da saúde. Devem ser avaliados por

---

O CAMPO DE AÇÕES  
DE PROMOÇÃO  
EXTRAPOLA A ATUAÇÃO  
SETORIAL, SENDO  
FUNDAMENTALMENTE  
TRANSETORIAL

---

meio do exame da presença, escopo (objetivos) e abrangência (participantes) de iniciativas intersetoriais. Este critério foi considerado muito relevante e aplicável de acordo com a avaliação dos especialistas. A realização dos fóruns representa a entrada do tema na agenda política; portanto, seria um bom

marcador. Por outro lado, foi também levantado que se deve avançar na análise do caráter das ações intersetoriais; ou seja, se iniciativas deste tipo implicam abordagem das ações de promoção em saúde sob diversos ângulos.

Outro critério definido refere-se à presença de projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio. Assim como com os fóruns, deve-se verificar a presença, escopo e abrangência de iniciativas intersetoriais por meio de projetos comuns a diversas secretarias e outros parceiros governamentais com orçamento próprio. A sustentabilidade destas ações seria indicada pela existência de rubricas orçamentárias específicas e pela identificação das despesas realizadas. Segundo a avaliação dos especialistas, o critério é muito relevante e aplicável. Para medição, foi sugerida a análise do orçamento executado no exercício do ano anterior, o que seria mais conclusivo sobre a implementação do projeto.

A "coerência entre as ações de promoção (campo de intervenção sobre causas) e de prevenção (campo de intervenção sobre riscos) com os problemas de saúde locais"<sup>9</sup> foi sugerida como critério, entendendo-

<sup>8</sup> Para Almeida Filho (2001) pode-se conceber um campo geral de promoção da saúde que englobe tanto a prevenção de riscos como o tratamento das doenças além da definição de promoção acima referida considerada restrita pelo autor. A concepção articuladora da promoção deste autor reforça a importância desta dimensão da integralidade.

<sup>9</sup> Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

se que seria possibilitada por processo de planejamento a partir da identificação de problemas e da definição de prioridades para intervenção. A maior parte dos especialistas considerou o critério relevante, embora o considere de difícil aplicação, pois o parâmetro de coerência exigiria grande esforço na construção de indicadores adequados, com análise profunda dos processos de planejamento e de implementação. Deste modo, tal critério foi excluído. O planejamento por problemas e a intervenção direcionada aos mesmos, todavia, é considerado indicador da articulação entre os três campos de ação médico-sanitária, sendo contemplado como um dos critérios da dimensão 3.

O critério de monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente (água, esgoto, lixo, poluição, escolaridade, renda, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Condições de Vida (ICV) é tomado como indicativo de preocupação com a atuação intersectorial e pressupõe uma concepção abrangente dos determinantes dos agravos à saúde. Este critério foi considerado pelos especialistas muito relevante e bastante aplicável. Foi levantada preocupação quanto à dificuldade para obtenção dos dados.

A repartição de despesas por rubricas de promoção, prevenção e recuperação (série histórica) é considerada como indicativo de atribuição de importância às dimensões da

promoção e prevenção. A alocação de recursos seria reflexo de prioridades definidas no campo da decisão política. Embora não seja possível definir um padrão correspondente a uma proporção adequada de recursos alocados em cada um dos campos – não existem padrões comparativos locais ou internacionais – a existência de rubricas assim diferenciadas sinalizaria a preocupação do gestor com essas ações. O acompanhamento ao longo do tempo por

---

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
CORRESPONDE A AÇÕES  
DE PROMOÇÃO DA COMPETÊNCIA  
DO SETOR SAÚDE E ARTICULA AÇÕES  
DE PREVENÇÃO ESPECÍFICA

---

meio de série histórica poderia indicar deslocamento de prioridades. Para os especialistas o critério é relevante, porém pouco aplicável. Ressaltou-se que esse tipo de repartição de despesas não é utilizado, pois a distribuição de recursos nos orçamentos públicos ainda está vinculada aos grandes elementos de despesa. Além disso, somente a análise do montante de recursos não seria um bom indicador, em função do custo diferencial entre as ações de promo-

ção, prevenção e recuperação. Deste modo, esse critério foi excluído.

Programas de educação em saúde formulados no próprio município é outro dos critérios arrolados para a avaliação da integralidade. A educação em saúde corresponde a ações de promoção da competência do setor saúde e articula ações de prevenção específica. A formulação de campanhas/programas nesta área no município é tomada como traçador da prioridade para a promoção. Aponta uma preocupação maior com este campo de intervenção, pois o gestor municipal realiza atividades para além das suas atribuições definidas nos programas verticalizados. Na opinião de especialistas consultados este critério seria importante na medida em que incorpora a realização dessas campanhas como iniciativa dos municípios em um contexto em que a maioria dos temas e materiais educacionais são fornecidos pelo Ministério da Saúde. Os especialistas consideraram o critério muito relevante e aplicável. Sua verificação implica identificar a presença de programas de educação em saúde, os temas tratados e sua correspondência com problemas municipais, a forma como os programas estão estruturados, bem como as atividades desenvolvidas rotineiramente. Segundo um dos especialistas, para tal seria necessário antes identificar os elementos que caracterizam um programa de educação em saúde.

A existência de programa de saúde do trabalhador (ou similar como saúde ocupacional) é tomada como traçador de elenco ampliado de ações de prevenção, pois a atuação neste campo indica que o gestor não se atém apenas aos programas convencionais e de maior difusão. Um programa de saúde ocupacional – implementado a contento – engloba ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, devendo estar articulado às ações de vigilância; contudo, pressupõe-se ser a prevenção seu campo primordial de atuação. O critério foi considerado relevante e aplicável pelos especialistas. Foi ressaltado que a maioria dos municípios não implementou esse tipo de programa, o que confirma ser este critério indicador de elenco ampliado. O elenco de ações ofertadas dependerá de prioridades dependentes de especificidades locais; deste modo, um dos especialistas sugeriu que poderiam ser considerados outros programas como, por exemplo, saúde oral ou escolar.

A participação do município em programas de cidades saudáveis poderia ser outro critério para indicar prioridade para a promoção. Outro também seria a realização de planejamento e orçamento participativos, sinalizando preocupação com intervenções intersetoriais. Para dar conta do conceito operacional desta dimensão seria necessário agregar ainda um critério para recursos adequados. Dada a dificuldade de definição no momento atual de imple-

mentação do SUS de qual seria o montante adequado como discutido acima, optou-se por reformular o conceito operacional retirando-se a referência aos recursos.

### **Dimensão 2: Garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica**

Orientar-se pelo princípio da integralidade no que concerne à assistência curativa pressupõe uma oferta adequada e oportuna de re-

---

ORIENTAR-SE PELO PRINCÍPIO DA  
INTEGRALIDADE NO QUE CONCERNE À  
ASSISTÊNCIA CURATIVA PRESSUPÕE UMA  
OFERTA ADEQUADA E OPORTUNA DE  
RECURSOS TECNOLÓGICOS NECESSÁRIOS À  
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

---

ursos tecnológicos necessários à resolução de problemas de saúde (CARVALHO, 1999).

Uma oferta organizada implica alguma forma de regionalização e hierarquização de serviços. A hierarquização é proporcionada por mecanismos de referência e pela definição de fluxos ao interior dos serviços e do sistema. A regionalização refere-se à distribuição racional de recursos e serviços numa área geográfica determinada, envolvendo reordena-

mento e articulação de serviços diferenciados por função, de modo a garantir economia de escala e facilitar o acesso (NOVAES, 1990. p. 40).

A segunda dimensão do conceito de integralidade foi deste modo operacionalizada como 'oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território'.

Este conceito operacional foi considerado muito adequado segundo avaliação dos especialistas consultados. Todavia, algumas observações sugerem que o conceito operacional seria por demais tecnocrático, por referir-se a fluxos definidos entre os distintos níveis de complexidade e também por referir-se à ordenação espacial compatível com a demanda. O argumento, no primeiro caso, é de que atualmente trabalha-se com unidades-síntese que, por vezes, englobam os três níveis, como nos programas de DST/Aids e saúde mental. No segundo caso, argumenta-se que fração importante das unidades não obedece ao critério de compatibilidade com a demanda populacional de determinado território. Outra observação geral foi que a dimensão estaria referida e bus-

caria verificar a continuidade da atenção (cuidado contínuo) e não a integralidade. Todavia, enfatiza-se neste estudo ser esta uma das dimensões da integralidade, não a única

Os critérios selecionados para esta segunda dimensão são: o funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações; protocolos de atenção para doenças/agravos específicos; medidas de garantia para contra-referência; integração do Programa Saúde da Família (PSF) à rede; controle do fluxo de pacientes para outros municípios; monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução; Consórcio Intermunicipal de Saúde; mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico e/ou lesões por causas externas; inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo.

A existência de centrais de marcação de consultas e de exames especializados, assim como de centrais de regulação de internações é tomada como indicador de sistema de referência em funcionamento. Pressupõe-se que a presença dessas centrais sinalizam a preocupação/tentativa de organizar o sistema de saúde e de garantir acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção. Segun-

do avaliação dos especialistas, o critério é aplicável e muito relevante. Alguns ressaltam, entretanto, que esses mecanismos de regulação ainda são incipientes; só agora começaram a ser incorporados pelo SUS, o que demandaria a definição de indicadores para verificar a efetividade desses mecanismos de regulação. Nesse sentido, alguns critérios poderiam ser acrescentados, tais como verificação do percentual de internações realizadas pelo SUS em determinado

---

A ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS  
DE ATENÇÃO PERMITE A DEFINIÇÃO  
DE FLUXOS DE PACIENTES AO INTERIOR  
DOS SERVIÇOS NOS DIVERSOS NÍVEIS DE  
ATENÇÃO E REDUZ A PROBABILIDADE DE  
ENCAMINHAMENTOS INCORRETOS

---

período que passaram pela central; percentual de consultas especializadas agendadas pela central.

A elaboração e instituição de protocolos de atenção para doenças/agravos específicos é outro critério indicativo de organização da oferta. Permite a definição de fluxos de pacientes ao interior dos serviços nos diversos níveis de atenção e reduz a

probabilidade de encaminhamentos incorretos, aumentando a eficiência. Para os especialistas o critério é aplicável e muito relevante. De acordo com os especialistas, a identificação de protocolos orientados a determinados problemas de saúde é um traçador importante da qualidade do sistema. Contudo, deve-se verificar a coerência entre as normas técnicas presentes nos protocolos e a integralidade que se deseja avaliar.

As medidas de garantia para contra-referência podem ser consideradas como estágio mais desenvolvido da referência, sendo critério que sinaliza a articulação entre os vários níveis de complexidade da atenção. Mesmo após a implantação da referência, gestores e profissionais de saúde relatam a dificuldade no retorno dos paciente encaminhados.<sup>10</sup> Na avaliação dos especialistas o critério foi considerado aplicável e muito relevante. Algumas observações apontam para a ausência de controle da contra-referência nos serviços de saúde.

A integração do PSF à rede (fluxo formalizado) é um dos indicativos da preocupação do gestor com a garantia da atenção nos três níveis. A existência de referência formalizada para o PSF sinalizaria ainda a preocupação do gestor em evitar que o Programa se configure como um pro-

---

<sup>10</sup> Os médicos especialistas tendem a reter os pacientes e/ou a não incentivar seu retorno para as unidades básicas. Entre os motivos, argumentam que as unidades básicas têm baixa resolutividade e temem pela qualidade de sua atenção. Os pacientes, por sua vez, preferem permanecer sob atenção dos especialistas.

grama focalizado. Segundo a avaliação dos especialistas o critério é muito relevante e aplicável.

Outro critério arrolado refere-se ao controle do fluxo de pacientes para outros municípios como sinalizador da preocupação do gestor em garantir acesso aos três níveis de complexidade. Os especialistas consideram o critério muito relevante e bastante aplicável. Este controle poderia ser executado de diferentes formas: acompanhamento por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS das internações realizadas fora dos municípios, pacto na Programação Pactuada e Integrada (PPI) para alta e média complexidade ambulatorial e internações hospitalares ou por meio do cartão SUS. Com a implementação da NOAS/SUS 01/2001, o controle desses fluxos já está previsto. Segundo esta norma, serão contabilizados "(...) no município de referência as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores" (BRASIL, 2001, p. 6). O acesso aos procedimentos de alta complexidade, conforme define a NOAS, é responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal. Cabe ao gestor estadual a responsabilidade pela política de alta complexidade no âmbito estadual, o que inclui a garantia de acesso para a população de referência entre os

municípios. A organização dos serviços será de responsabilidade do próprio município, no caso de habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal. Nessa norma define-se também a implementação e operação de mecanismos de regulação, como centrais de regulação e protocolos clínicos, que podem ficar a cargo dos municípios.

O monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução é arrolado como outro critério

---

O MONITORAMENTO DE FILAS  
DE ESPERA E MECANISMOS PARA  
SUA REDUÇÃO É INDICATIVO DO  
INTERESSE DO GESTOR EM GARANTIR  
A ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE

---

indicativo do interesse do gestor em garantir a atenção em saúde nos três níveis de complexidade do sistema. Os especialistas avaliaram o critério como muito relevante e aplicável. Ressaltou-se a facilidade de identificar listas de espera organizadas nos municípios em que existam centrais de marcação em funcionamento.

A presença de Consórcio Intermunicipal de Saúde foi considerada como indicativo de articulação entre os diversos níveis do sistema de

saúde. Os consórcios intermunicipais de saúde fazem parte de uma estratégia de cooperação entre municípios cujo objetivo principal é garantir atendimento à população dos municípios de pequeno e médio porte que não possuem em seu território todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Apresentam-se como uma alternativa aos problemas de compra de serviços especializados e organização da referência (GUIMARÃES, 2001).

Para os especialistas esse critério é relevante e aplicável. Foi ressaltado que o consórcio é uma entre outras alternativas para garantir a referência a outros níveis de complexidade.

Na elaboração da lista de critérios prescindiu-se de arrolar o extenso elenco de procedimentos referente aos três níveis de complexidade (básica, média e alta) necessários à garantia da atenção, já que o foco da avaliação é a organização e a gestão do sistema. A implementação de mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico e/ou lesões por causas externas, como por exemplo: garantia de transporte de pacientes para acessar serviços de reabilitação e oferta de fisioterapia domiciliar, é um critério eleito como traçador de oferta de elenco ampliado de ações no campo do cuidado individual curativo e de reabilitação. Para os especialistas, o critério é muito relevante e bastante aplicável.



Outro critério do mesmo tipo é a inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo. Desde 1999, o Ministério da Saúde criou um incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, financiada pelas três esferas, em que a transferência de recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados e municípios. O Programa Nacional de Farmácia Básica disponibiliza um elenco de medicamentos essenciais composto por aproximadamente quarenta itens para os municípios com população de até 20.999 habitantes. O critério foi avaliado pelos especialistas como muito relevante e bastante aplicável. Foi ressaltado, entretanto, que se preste atenção a iniciativas de distribuição de medicamentos com objetivos clientelistas.

O conjunto de critérios para essa segunda dimensão foi considerado suficiente pela metade dos especialistas consultados. Para completar esta dimensão, dada a promulgação da NOAS, seria necessário incluir outros critérios relativos à regionalização.

### Dimensão 3: Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação

Esta dimensão corresponde ao nível de gestão do sistema de saúde e refere-se à articulação entre os diversos campos de ação, visando à atenção integral e integrada para o conjunto de problemas de saúde da coletividade.

Foi operacionalizada como: integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde. O conceito operacional foi considerado muito adequado segundo avaliação dos especialistas. Na opinião de um especialista o conceito é muito genérico e deveria ser atualizado.

A integração dos serviços pode ser definida como a reunião de

---

A INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS REQUER  
ESTREITA COORDENAÇÃO ENTRE INDIVÍDUOS,  
DEPARTAMENTOS E SETORES EM UMA  
PERSPECTIVA DE COMPLEMENTARIEDADE  
E ENVOLVE A ARTICULAÇÃO DE TAREFAS  
ASSISTENCIAIS NOS DIVERSOS CAMPOS  
E DE FUNÇÕES DE GESTÃO

---

funções comuns, existentes em uma mesma organização ou em várias para resolver problemas comuns, comprometer-se com uma concepção dos problemas e compartilhar metas. Requer estreita coordenação entre indivíduos, departamentos e setores em uma perspectiva de complementariedade e envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos e de funções de gestão e de apoio (planejamento e progra-

mação, sistema de informação, formação e capacitação) (OMS, 1996).

Os critérios selecionados para esta terceira dimensão são: existência de instâncias de integração em atividade; programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde; mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde; utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município; e, existência de comitês de revisão de óbitos na infância e maternos.

Esses critérios buscam dar conta de mecanismos de gestão sinalizadores de atuação voltada para a articulação dos diversos setores/coordenadorias/programas. O primeiro deles é a própria existência de instâncias de integração em atividade entre os setores da secretaria – saúde individual (componente assistencial curativo e reabilitador), saúde coletiva (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e outros). Estas instâncias podem tomar a forma de espaços de gestão colegiada, reuniões regulares entre equipes, realização de oficinas de trabalho com periodicidade regular para discutir problemas comuns e definir prioridades e metas. O critério foi considerado muito relevante e aplicável pelos especialistas. Contudo, lembrou-se que atividades desse tipo não ocorrem de forma sistemática e regular, dependendo de demandas pontuais. Sugere-se observar a distin-

ção entre espaços formais e espaços reais de gestão colegiada.

Embora a regulação atual do sistema de saúde – em particular a financeira – restrinja a autonomia municipal e não incentive o planejamento a partir da identificação de problemas prioritários, entende-se que o planejamento a partir de problemas favorece a definição de ações articuladas entre os diversos campos – promoção, prevenção e recuperação –, para dirimir o problema. Toma-se, como critério, portanto, a programação articulada de ações no que tange à promoção (campo de intervenção sobre causas), prevenção (campo de intervenção sobre riscos) e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde. Os especialistas consideraram o critério muito relevante e bastante aplicável. Sugeriu-se que o critério seja investigado não somente a partir do plano municipal de saúde, mas que se leve em conta exemplos de ações de promoção, prevenção e recuperação para problema específico selecionado, executadas pelo município.

Outro critério arrolado refere-se à utilização de mecanismos de uso e difusão de informações para a “vigilância à saúde”, como por exemplo *linkage* de bancos de dados e boletins de consolidados. A preocupação com a utilização rotineira de informações de saúde e a difusão de consolidados com o objetivo de estabe-

lecer alguma forma de vigilância em saúde foi outro parâmetro selecionado, pois as práticas de vigilância em saúde tem como eixo a informação, estabelecendo bases para a decisão e a ação. O modelo assistencial de ‘vigilância da saúde’ conforme formulado por Teixeira, Paim, Vilasbôas (1998), corresponderia a um sistema de atenção integral, pois propõe-se a atuar sobre os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde. Empregaria como

---

O PLANEJAMENTO A PARTIR  
DE PROBLEMAS FAVORECE  
A DEFINIÇÃO DE AÇÕES  
ARTICULADAS ENTRE OS  
DIVERSOS CAMPOS — PROMOÇÃO,  
PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO

---

modos de trabalho: tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias. Esse modelo teórico tem orientado o desenvolvimento de práticas inovadoras em alguns municípios.

Para os especialistas o critério foi considerado muito relevante e bastante aplicável. Destacou-se que, embora este seja um elemento impor-

tante, em muitos municípios ainda não há base técnico-gerencial suficiente para utilizar as informações de forma apropriada. Sugere-se que sejam incorporadas informações provenientes dos pactos Piso Assistencial Básico (PAB), Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Agravos (PPI-ECD), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Pré-Natal (SISPRENATAL), que deveriam ser utilizadas tanto para o planejamento quanto para as ações de vigilância nos municípios.

A utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município para a identificação de problemas na atenção pré-natal e materna<sup>11</sup> e a existência de comitês de revisão de óbitos na infância e de mortalidade materna e/ou outros em funcionamento são outros dois critérios tomados como sugestivos de articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação dirigidas ao mesmo problema de saúde. Os especialistas consideraram o primeiro critério muito relevante e bastante aplicável. O segundo também foi considerado relevante e aplicável pela maioria dos especialistas. Observa-se que os comitês são obrigatórios (são metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Agravos

<sup>11</sup> Pode-se identificar problemas como alta proporção de baixo peso ao nascer, alta proporção de cesarianas e gravidez na adolescência.

(PPI-ECD), contudo não teriam ainda capacidade operativa.

Esta terceira dimensão foi a que apresentou maior dificuldade de avaliação para os especialistas quanto à suficiência dos critérios. Três especialistas não se posicionaram, três consideraram o conjunto de critérios suficiente e quatro avaliaram que seria necessário incluir outros critérios. Todavia, não foram sugeridos. Para aplicação do instrumento é necessário assim ampliar o elenco de critérios para essa dimensão.

#### Dimensão 4: Abordagem integral do indivíduo e famílias

Esta dimensão foi operacionalizada como a realização de intervenções nas esferas biológica, psicológica e social garantidas através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade. O conceito operacional foi considerado muito adequado pelos especialistas. Ressaltou-se que a esfera biológica engloba os campos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Os critérios selecionados para esta terceira dimensão são: existência de rede básica com adscrição populacional; estratégias de acolhimento; existência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS); equipe multidisciplinar; oferta de práticas terapêuticas alternativas; realização

de atividades de grupo; realização de atividades extra-unidade; discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência; articulação dos serviços dentro da unidade.

A existência de rede básica com adscrição populacional é tomada como critério do estabelecimento de vínculos entre usuários e unidades, o que por sua vez facilitaria a produção de vínculo profissional-usuário.

---

A CONSTITUIÇÃO DE  
VÍNCULOS ENTRE  
PROFISSIONAL E USUÁRIOS  
DEPENDENTE DE NOVOS  
ARRANJOS DO PROCESSO  
DE TRABALHO NAS  
UNIDADES DE SAÚDE

---

de atividades de grupo; realização de atividades extra-unidade; discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência; articulação dos serviços dentro da unidade.

rio. O critério foi considerado muito relevante e bastante aplicável pelos especialistas consultados. Uma das formas de medição deste critério poderia ser a proporção da população coberta pelo PSF. As equipes do Programa Saúde da Família (PSF) respondem pelo atendimento a número pré-definido de famílias, vinculando clientela. Além disso, pressupõe-se que este programa – se articulado à rede e adequadamente implementado – favoreça uma abordagem bio-

psico-social de indivíduos e famílias. Ressaltou-se, contudo, que apenas a adscrição formal ou administrativa não garante o estabelecimento do vínculo nem a atenção integral. A constituição de vínculos entre profissional e usuários depende de novos arranjos do processo de trabalho nas unidades de saúde como aqueles propostos por Campos (1999).

As estratégias de acolhimento buscariam oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram unidades de saúde, humanizando o atendimento. A presença destas estratégias sugere ampliação do escopo de atendimento de demandas pelas unidades. Estas deixariam de desprezar demandas relativas às esferas social e psicológica. Os especialistas avaliaram o critério como muito relevante e bastante aplicável.

A existência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) é tomada como indicativo da preocupação com o cuidado psíquico, uma das esferas da abordagem integral dos indivíduos. O critério foi considerado muito relevante e bastante aplicável segundo os especialistas.

A equipe multidisciplinar foi um dos critérios selecionados para aferir a integralidade da atenção em saúde. A existência de equipe multidisciplinar sinaliza a possibilidade da atenção na esfera biopsicossocial. Inicialmente, este critério foi formulado como quantitativo de psicólogos e assistentes sociais. Apenas metade dos especialistas consi-

derou-o relevante para a integralidade. Os especialistas observaram que, mais importante que a quantidade é a forma de inserção e a atuação desses profissionais. Assim, decidiu-se por alterar o critério para presença de equipe multidisciplinar e o mesmo foi incluído na listagem final. Outra sugestão para a medição do critério seria a presença de sanitária na equipe que, por sua formação geral, poderia atuar como gestor da integralidade.

A oferta de práticas terapêuticas alternativas, tais como práticas corporais, homeopatia e acupuntura, foi sugerida por agregarem em sua lógica elementos biológicos e psíquicos. Todavia, este critério não será incluído na lista final, pois apenas quatro especialistas consideraram-no relevante.

A realização de atividades de grupo, tais como terapêuticos, preventivos e educativos entendidos como espaço de articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação, é outro dos critérios selecionados. O critério é muito relevante e bastante aplicável.

A realização de atividades extra-unidade, como visitas, cuidados e internações domiciliares, ou trabalho junto a creches e escolas, indica a preocupação em ofertar cuidados em local apropriado conforme a natureza da necessidade. O critério foi considerado muito relevante e bastante aplicável. Sugeriu-se verificar se essas atividades, onde desenvol-

vidas, articulam ações de promoção, prevenção e recuperação.

A discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis da assistência é outro critério indicativo da abordagem integral no cuidado individual. A discussão de casos permite a atuação multidisciplinar frente a problemas mais complexos, seja por requererem a intervenção de diversos profissionais ou o uso de tecnologias diferenciadas.

---

A METODOLOGIA CONSTRUÍDA FOI  
CONSIDERADA APROPRIADA PARA  
A AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE  
NA GESTÃO DOS SISTEMAS DE  
ATENÇÃO À SAÚDE, EMBORA O  
CONJUNTO DE CRITÉRIOS NÃO  
SEJA AINDA SUFICIENTE

---

O critério é muito relevante e bastante aplicável.

O critério de articulação dos serviços dentro da unidade por meio de instâncias colegiadas ou reuniões entre as diversas equipes pretende apreender outras dinâmicas do processo de trabalho na unidade de saúde que possibilitam a atuação integrada e podem propiciar a atenção integral. Todos os especialistas consideraram o critério relevante e aplicável. Destacou-se

que esse arranjo pode fortalecer as relações interpessoais no quadro profissional e facilitar o acesso do usuário aos demais serviços.

Para esta dimensão, o conjunto de critérios foi considerado suficiente.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada pelos especialistas, pode-se dizer que a metodologia construída foi considerada apropriada para a avaliação da integralidade na gestão dos sistemas de atenção à saúde, embora o conjunto de critérios não seja ainda suficiente. A quase totalidade dos critérios sugeridos foi considerada muito relevante e aplicável. Segundo a classificação adotada pelo estudo para consolidação das respostas dos especialistas, dos 30 critérios sugeridos, 24 são muito relevantes (9 e 10 concordâncias), quatro são relevantes e dois pouco relevantes. Quanto à aplicabilidade, 17 critérios são bastante aplicáveis, 12 aplicáveis e um pouco aplicável. Os conceitos operacionais das dimensões foram considerados adequados pela grande maioria dos especialistas. Todavia, duas observações foram feitas quanto às dimensões. Uma delas sobre a maior importância das dimensões três e quatro no que concerne à concepção de integralidade presente na legislação do SUS; e uma sugestão no sentido de agregar as dimensões dois e três, que apresentariam superposições. Optamos, contudo, por manter as

quatro dimensões, como argumentado acima, pois consideramos que cada dimensão chama a atenção para aspecto distinto imprescindível na análise da diretriz da integralidade no nível da gestão dos sistemas locais de saúde e estão referidas a campos de intervenção diferentes: o campo político de definição de prioridades, a organização da rede de serviços, a gestão do sistema e o cuidado individual.

Quanto à suficiência dos critérios por dimensão, este foi o quesito com menor concordância entre os especialistas (quadro 1). Para a dimensão 4 (cuidado integral dos indivíduos) o conjunto de critérios foi suficiente; para as dimensões 1 (primazia das ações de promoção e prevenção) e 2 (garantia nos três níveis de complexidade) somente metade dos especialistas considerou o conjunto suficiente; para a dimensão 3 o conjunto de critérios foi considerado insuficiente. O que implica a necessidade de complementação de critérios para essas dimensões.

No quadro 2 são apresentados os 27 critérios selecionados, distribuídos pelas quatro dimensões, considerados pelos especialistas relevantes e passíveis de aplicação para a avaliação da integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde.

Para concluir, algumas observações merecem destaque. Em primeiro lugar, reitera-se que a proposta elaborada pelo estudo não objetiva avaliar a integralidade da atenção prestada no cuidado individual, mas sim a orientação, na gestão do sistema, para o cumprimento da diretriz constitucional.

Este estudo enfoca a integralidade no âmbito municipal, examinando para isso processos de gestão do sistema municipal e da atenção à saúde. Não se ocupa do processo de atenção individual nem de programas específicos. Também não incorpora fatores gerais externos ao campo de governabilidade da esfera municipal.

Tendo em vista que os sistemas municipais de saúde estão em pro-

cesso de implementação, a lista de critérios proposta pretende apreciar se o desenho institucional e a organização do sistema e sua gestão observam a diretriz da integralidade. Pretende-se sinalizar se o sistema está sendo implementado de acordo com a diretriz constitucional de atendimento integral.

Para avaliar a integralidade da assistência prestada seria necessário observar processos individuais, seja acompanhando agravos, programas ou indivíduos. "É apenas e tão somente no indivíduo que se expressam as distintas dimensões do cuidado à saúde: coletivo/individual, objetivo/subjetivo; ou os distintos níveis: promoção/prevenção/cura/reabilitação".<sup>12</sup> Observa-se ainda, que para alguns critérios sugeridos na presente lista, a escolha de agravo traçador poderia facilitar a medição e a construção de indicadores correspondentes para aferir se o critério é ou não cumprido. Por exemplo, trabalhar com problemas específicos de saúde poderia imprimir maior objetividade e factibilidade ao critério referente à programação articulada de ações nos três campos de atenção a partir de problemas de saúde, como sugerido por um dos especialistas consultados.

A segunda observação é de que a lista sugerida serve para qualifi-

#### QUADRO 1 – Suficiência da quantidade de critérios por dimensão: respostas dos especialistas

Dimensão	Sim	Não	Não sabe não resp.	Total
Primazia das ações de promoção e prevenção	5	3	2	10
Garantia de atenção nos três níveis de assistência médica	5	4	1	10
Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação	3	4	3	10
Abordagem integral do indivíduo e famílias	7	2	1	10

<sup>12</sup> Entrevista realizada por Lígia Giovanella à Edmundo Gallo em 16.03.2000, especialmente para o Projeto "Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação", do Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde (NUPES) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

QUADRO 2 – Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios para avaliação

Dimensões	Operacionalização	Critérios/Indicadores
Dimensão 1 – Primazia das ações de promoção e prevenção (política)	Realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais e planejamento com participação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fóruns Intersetoriais em funcionamento</li> <li>* Projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio</li> <li>* Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente</li> <li>* Programas de educação em saúde formulados no próprio município</li> </ul> <p>Programa de Saúde do Trabalhador</p>
Dimensão 2 – Garantia de atenção nos três níveis de assistência médica (organização do sistema/caráter contínuo do cuidado)	Oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada especialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações</li> <li>* Protocolos de atenção para doenças/agravos específicos</li> <li>* Medidas de garantia para contra-referência</li> <li>* Integração do Programa de Saúde da Família à rede</li> <li>* Controle do fluxo de pacientes para outros municípios</li> <li>* Monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução</li> </ul> <p>Consórcio Intermunicipal de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo</li> <li>* Mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes vítimas de AVE e/ou lesões por causas externas</li> </ul>
Dimensão 3 – Articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação (gestão, caráter completo)	Integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Existência de instância de integração em atividade</li> <li>* Programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde</li> <li>* Mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde</li> <li>* Utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município para identificação de problemas</li> </ul> <p>Existência de comitês de revisão de óbitos na infância e de mortalidade materna em funcionamento</p>
Dimensão 4 – Abordagem integral do indivíduo e famílias	Intervenções nas esferas biológica, psicológica e social garantidas através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rede básica com adscrição populacional</li> <li>* Estratégias de acolhimento</li> <li>* Existência de Centros de Atenção Psicossocial</li> </ul> <p>Equipe multidisciplinar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Realização de atividades de grupo (terapêuticos, preventivos, educativos)</li> <li>* Realização de atividades extra-unidade</li> <li>* Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência</li> </ul>

\* critério muito relevante (9 a 10 concordâncias dos especialistas)

car a integralidade de municípios de médio porte habilitados em gestão plena do sistema. Para a aplicação em municípios pequenos, assim como naqueles de grande porte, ajustes tornam-se necessários.

Outra limitação deste instrumento é a opção por não analisar o acesso. Assim, pode-se concluir que a gestão de determinado município está direcionada para o cumprimento de gestão para a integralidade em situação que o acesso não seja plenamente garantido a toda a população. De fato, a análise do SUS no nível municipal deve incluir outros critérios políticos, gerenciais, organizacionais e assistenciais, selecionados de acordo ao objetivo principal da avaliação pretendida.

O ciclo completo de uma metodologia de avaliação, além da seleção de critérios – parâmetros de comparação – como aqui apresentados, implica estipular padrões de cumprimento dos critérios, definir formas de medição e indicadores correspondentes.<sup>13</sup> Para parte dos critérios listados esta operacionalização é simples, tratando-se apenas de aferir presença/ausência, funcionamento ou não de certas instâncias ou atributos do sistema, todavia, para outros, será necessário definir formas de medição e construir indicadores.

Outra observação é quanto à necessidade de ponderação entre os cri-

térios. Na lista, todos os critérios estão colocados no mesmo nível de importância, sem hierarquia. Seria necessário indagar sobre o peso de cada um para o cumprimento da diretriz. Além disso, alguns critérios são concorrentes, alternativos; basta um deles ser cumprido para que uma avaliação do atributo em questão seja satisfatória. Deste modo, alerta-se que para a aplicação desta lista é necessário escolher, entre os critérios alternativos, aquele mais adequado para a situação em estudo. E ainda que, dada a diversidade regional de nossos municípios, a ponderação entre critérios pode ser diferenciada, bem como sugere-se agregar outros critérios pertinentes às diversas realidades municipais.

Quanto à valoração e ponderação entre as dimensões, este estudo assume que as quatro têm a mesma importância, por serem constitutivas do conceito de integralidade trabalhado. Assim, pode-se avaliá-las separadamente e apontar quais dimensões da integralidade estão incorporadas na gestão do sistema municipal.

#### AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração dos especialistas pela participação no processo de validação dos critérios sugeridos, à Patty Fidelis de Almeida, mestrande da ENSP e à

Isis Ferraz de Moura bolsista de iniciação científica do CNPq pela colaboração na consolidação das respostas dos especialistas. Este estudo foi realizado com auxílio financeiro do Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica da ENSP.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Holopato-gênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para integralidade das práticas de saúde. In: Segundo Seminário do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano do Serviços de Saúde, 2, 2001, Rio de Janeiro. *Trabalhos apresentados...* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: MS/SESUS – Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde, 1990. 60p.

BRASIL. Portaria nº 2 203 de 5 de novembro de 1996. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96*. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 1996.

<sup>13</sup> O ciclo da avaliação se completa com a análise dos resultados e a tomada de decisão para alterar o curso de ação para resolver problemas diagnosticados.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1996. In: *Manual do gestor – construindo o SUS no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Portaria nº 832/GM de 28 de junho de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica à Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01*. Regionalizando a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. *A desordem da demanda: os inquéritos de morbidade, demanda e utilização sob a perspectiva do planejamento em saúde: um estudo de caso*. 1991. 183f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.
- CARVALHO, Marcus Renato de. *Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade*. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1. contribuição para sua distritalização. 1991. 243f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- \_\_\_\_\_. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991a, p. 117-130.
- CARVALHO, Antonio Ivo de. I. *Política de Saúde e Organização Setorial do País*. [Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância: Auto-gestão em Saúde]. p. 15-44, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- CASTRO, Archimedes Guimarães de. Contribuição ao estudo da integralidade da atenção de saúde. 1991. 181f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Comunitária – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 1991.
- CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araújo de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Declaração conjunta do CONASS e CONASEMS ao Ministro da Saúde, senador José Serra*. Brasília, 26 de maio de 1999.
- COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- CONILL, Eleonor Minho. *Les implications de la santé communautaire en tant que nouvelle politique de santé: analyse du cas du Québec*. 1982. Tese (Doutorado) – Sorbone, Universidade de Paris, Paris, 1982.
- DONABEDIAN, Avedis. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge London: Harvard University Press, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
- DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWIANSKI, L. Calidad, costo y salud: un modelo integrador. In: WHITE, Kerr L. (Ed.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPS, 1992. p. 809-932. (Publicación Científica n.534).
- DALMASO, Ana Silvia Whitaker. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde em Debate*. Londrina, n. 44, 1994. p.35-38.
- FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência



- teórica. *Análise e Conjuntura*, v.1, n.3, 1986. p. 107-127.
- FURTADO, Lumêna A. Castro; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de Construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista Saúde Pública*, v.32, n.6, 1998. p.587-595.
- GUIMARÃES, Luisa. Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. 2001. 208f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- HOGWOOD, Brian W.; GUNN, Lewis A. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press, 1984. p.196-222.
- INOJOSA, Rose Marie; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade. *CADERNOS FUNDAP*, n. 21, 1997. p. 156-164.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *RAP*, v. 32, n.2, mar/abr., 1998. p.11-22.
- LINDBLOM, Charles Edward. *O Processo de decisão política*. Brasília, DF: Editora UnB, 1981.
- MCKEOWN, T. *The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- NOVAES, Humberto Moraes. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – Silos: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina*. São Paulo: Pioneira, 1990.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Integración de la Atención de Salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996. (*Série de Informes Técnicos*, n. 861).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud en las Americas*. Tema 5.9 del programa provisional. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993.
- PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2000.
- PEARCE, Neil. Classe social e câncer. In: BARATA, Rita Barradas et al. (Org.). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. p. 121-136.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.
- RICO, Elizabeth Melo (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1999.
- SALA, Arnaldo. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 117-138.
- SMITH, W. G.; BUESCHING, D. Primary medical care and health outcome. *Evaluation Health Prof.* v. 8 n. 3, 1985. p.339-348.
- STARFIELD, BARBARA. Primary care in the United States. *International Journal Health Serv.* v. 16, n.2, 1986. p. 79-98.
- \_\_\_\_\_. Medición de los logros de la atención primaria In: WHITE, Kerr L. (Ed.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 761-770. (Publicación Científica n. 534).
- TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson da Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.7, n.2, 1998. p. 7-28.
- VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 4, 1995. p. 5-43.
- VIANA, Ana Luiza D'ávila. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *RAP*, v.2, n.32, mar./abr. 1998. p. 11-22.
- WILKINSON, Richard. Relação internacional entre equidade de renda e expectativa de vida. In: BARATA, Rita Barradas et al (Org.). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 103-120.