

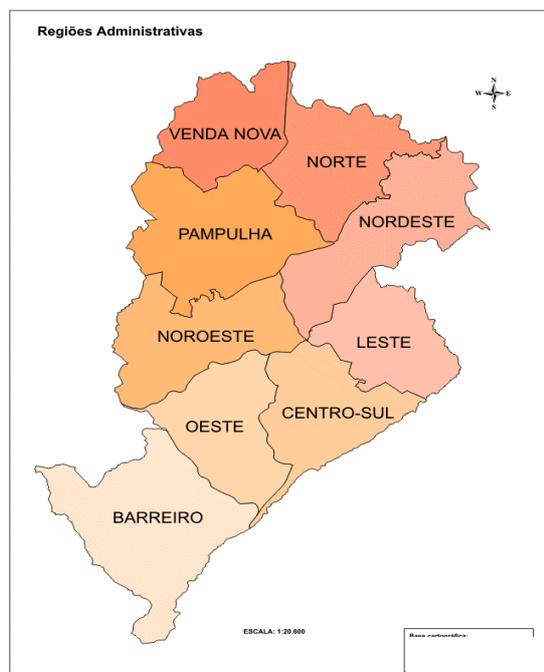
INTRODUÇÃO

Belo Horizonte e a Região Metropolitana – RMBH

Belo Horizonte foi inaugurada em 1897 para ser a nova capital de Minas Gerais. Projetada para abrigar 200 mil moradores, hoje possui cerca de 2,4 milhões de habitantes e ocupa área de 330,9 Km². Com localização privilegiada e estratégica em relação aos principais centros do país e da América Latina, conta com facilidade de acesso aéreo e rodoviário, o que lhe tem conferido, dentre outras, a característica de ser “aquilo que os geógrafos chamam de cidade funcional” (GOMES, 2000) e, por isso mesmo, tem se transformado em importante pólo nacional de turismo de eventos e negócios, além de pólo tecnológico (PBH, 2005).

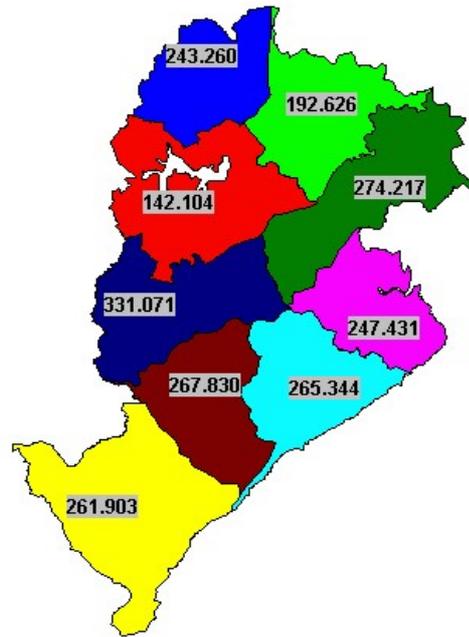
Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que coincidem com nove distritos sanitários (Figura 1). A Figura 2 apresenta a distribuição da população de Belo Horizonte por distrito sanitário, em 2000.

Figura 1
Unidades Administrativas Regionais



Fonte: Relatório de Gestão/SMSA - 2006

Figura 2
População de Belo Horizonte por unidades
Administrativas/distritos sanitários (2000)



Fonte: Relatório de Gestão/SMSA - 2006

A Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH – integra 34 municípios, incluindo-se a capital mineira (Figura 3). Abriga em torno de 4,5 milhões de habitantes em uma área de 9.459,1 Km². Dos 34 municípios, Vespasiano, Santa Luzia, Ribeirão das Neves, Contagem, Sabará, Nova Lima, Brumadinho e Ibiturê estabelecem com Belo Horizonte o seu limite geográfico.

Figura 3
Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte



Indicadores sociodemográficos

Entre 1991 e 2000, Belo Horizonte cresceu a 1,1%^{aa}, demonstrando claro processo de saldo migratório negativo, como em outras capitais do país – 1,2%^{aa} / Brasil – (MACHADO, 2003).

O processo de queda da fecundidade e de aumento da esperança de vida ocorrido nos últimos 20 anos na RMBH e, especialmente, em Belo Horizonte, segue tendência geral ocorrida em todo o Brasil. A conjugação destes dois fatores implica no envelhecimento da população (MACHADO, 2003): enquanto o grupo etário de 0 a 4 anos perde quase 40% de participação relativa entre os censos de 1980 e 2000, o grupo mais avançado ganha entre 50% a 100% de participação.

Na RMBH, as análises demonstram que o envelhecimento ocorre mais em Belo Horizonte e entre as mulheres e que a população da Capital é mais velha que a dos outros municípios.

Em Belo Horizonte, entre as 9 regiões administrativas, observa-se que a região Centro-Sul possui estrutura etária mais idosa, com participação feminina proporcionalmente maior. Em contrapartida, as regiões Barreiro e Norte possuem estrutura etária mais jovem, semelhante aos municípios periféricos, coincidindo com as áreas que ainda têm um crescimento populacional significativo.

A taxa de fecundidade de Belo Horizonte, que já era menor do que 2,0 em 1991, chega a 1,65 em 2000: são valores abaixo do nível de reposição. Isto significa que, no médio e longo prazo, a população não conseguirá repor-se, isto é, a população começa a diminuir em termos absolutos. Sabendo-se que o saldo líquido migratório do município é negativo, não está longe o dia no qual a população de Belo Horizonte irá decrescer.

No que se refere ao saneamento básico, considerando que no Brasil menos de 50% da população urbana é atendida por rede geral de esgoto, a cobertura deste serviço em Belo Horizonte é muito boa. O município possui quase 93% dos domicílios atendidos por rede de esgoto, sendo que este percentual alcança 98% na Regional Centro-Sul. Os demais municípios da RMBH têm uma média de 64% de cobertura.

O abastecimento de água e a coleta de lixo têm índices de atendimento ainda melhores do que o acesso ao esgoto tanto em Belo Horizonte como nos demais municípios, embora seja mantido o diferencial de atendimento de Belo Horizonte em relação a estes.

Com referência aos padrões do IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, Belo Horizonte (IDH = 0,780) situava-se, em 1991, muito proximamente ao limite a partir do qual os municípios são incluídos no grupo de nível mais elevado. À guisa de comparação, o IDH de Minas Gerais, em 1996, foi de 0,823. Em 2000, Belo Horizonte atingiu o IDH-M 0,839.

Destaques econômicos

A RMBH, sob vários aspectos, é a mais dinâmica do Estado de Minas Gerais. É responsável por 34,44% do PIB estadual, cujo peso maior é atribuído ao setor de serviços (42,80%), seguido pelo setor industrial (33,83%).

No ano de 2000, o município de Belo Horizonte participou com 21,46% do PIB estadual e com 62,31% daquele da região metropolitana, ou seja, quase três vezes mais que a somatória dos municípios que ocupavam a segunda e a terceira colocação (Betim e Contagem). Assim, o município de Belo Horizonte possui forte valor agregado em sua capacidade produtiva em relação aos demais municípios da região.

As principais indústrias hierarquicamente ordenadas para o ano de 2002 foram representadas pela indústria metalúrgica (16,95%), indústria de bebidas (15,43%), de material elétrico, eletrônico e de comunicação (9,18%), de produtos alimentares (8,48%) e do vestuário, calçado e artefatos de tecidos (7,25%).

Se a participação de Belo Horizonte no segmento industrial é alta, a participação do município em relação à região metropolitana no setor de serviços pode ser considerada de uma primazia quase absoluta (77,4% do PIB setorial em 1999).

De acordo com os dados acima, verifica-se que a cidade de Belo Horizonte continua centralizando grande parte das atividades econômicas desenvolvidas na região metropolitana e no Estado de Minas Gerais. Nesta direção, Belo Horizonte

pode se constituir como pólo concentrador de serviços estratégicos que alimentam a cadeia produtiva de cadeias industriais de alta tecnologia (ARAÚJO, 2003).

Controle social em saúde e participação popular

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS – é exemplo de participação e controle social em saúde exercido de forma democrática e atuante na construção de um sistema de saúde público de qualidade.

Em 2007 o CMS de Belo Horizonte completa 16 anos de atuação e, desde então, diversas conferências e plenárias têm sido realizadas. A primeira conferência municipal de saúde de Belo Horizonte, intitulada Pré-Conferência, ocorreu no primeiro semestre de 1986, foi organizada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, precedendo a Pré-Conferência Estadual preparatória para a VIII Conferência Nacional de Saúde. A II Conferência Municipal de Saúde foi realizada em novembro de 1990 e teve como objetivos discutir as políticas de saúde para o município e constituir um Conselho de Saúde, incluindo a elaboração e a aprovação de seu estatuto.

Desde então sete novas conferências municipais de saúde foram realizadas em Belo Horizonte, sendo estas efetivas e importantes na construção do SUS e do controle social neste município. A cada nova conferência a participação e o envolvimento da população de Belo Horizonte cresceram em quantidade e qualidade.

Os temas desenvolvidos nessas conferências demonstram preocupação com os rumos do SUS no município e compreensão da complexidade para garantir saúde de forma equânime, universal e de qualidade.

Em Belo Horizonte, a participação popular ocorre nas Comissões Locais de Saúde – CLS (que funcionam em todas as unidades de saúde), nas nove Comissões Distritais de Saúde – CDS e no Conselho Municipal de Saúde – CMS. Pode-se dizer que o controle social é exercido efetivamente na ponta do sistema, onde ocorre a ação de saúde coletiva e individual.

Os resultados dessa conquista e das lutas constantes são demonstrados na efetivação e crescimento do SUS em Belo Horizonte, pólo estadual e municipal de assistência em saúde, exemplo de gestão participativa e de inovação nos modelos de atenção em saúde.

Além da participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte na gestão do SUS/BH, os munícipes têm o privilégio e a responsabilidade de construir um processo democrático e descentralizado de tomada de decisão através do Orçamento Participativo – OP, incluindo um recente formato digital que mobilizou diretamente cerca de 500 mil votos em obras estruturantes na cidade.

Perfil epidemiológico da população

O quadro de saúde do município não difere muito daquele das grandes cidades brasileiras. Usando a base de dados de 2004, com relação à mortalidade as doenças do aparelho circulatório representaram 28,1% dos óbitos de residentes em BH. Em segundo lugar estão as neoplasias, com 16,1% dos óbitos, e as causas externas, representando 14,2% do total de óbitos.

Na análise histórica da mortalidade proporcional por grupos de causa na série 1980, 2000 e 2003, pode ser observada queda sustentada na mortalidade por doenças infecciosas, mesmo a despeito da mudança da codificação de causa básica ocorrida com a implantação da CID 10^a edição a partir de 1996. A mortalidade por doenças endócrinas apresentou declínio no período, devendo ser ressaltado que os óbitos por diabetes representaram cerca de 65% deste grupo em 2003. Houve aumento da importância da mortalidade por neoplasias e causas externas. Com relação às doenças cardiovasculares, registrou-se aumento entre 1980 e 1991 e declínio entre 2000 e 2003. Fato significativo é o aumento da tendência de crescimento das causas externas após 1995. Apesar da queda no período de 1999 a 2002, há novo crescimento em 2003 e 2004. O coeficiente de mortalidade por homicídios começa a apresentar aumento sustentado, saltando de 11,5/100.000 em 1994 para 47,1/100.000 em 2004. Apesar do aumento em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, está entre os homens de 15 a 29 e entre 30 a 59 anos seu maior nível. Este impacto geral no grupo foi parcialmente compensado pelo decréscimo da mortalidade por acidentes de trânsito, que vai de 27,8/100.000 em 1997 para 14,2/100.000 em 2004, certamente resultado do conjunto de políticas públicas articuladas em vários campos pelo governo municipal com apoio no advento do novo Código de Trânsito Brasileiro.

A mortalidade infantil vem caindo sistematicamente desde 1993, com redução

de taxas de 34,4 para 13,3/1000 em 2004. A redução mais significativa ocorreu no componente pós-neonatal, relacionada às doenças infecciosas e à desnutrição, mas também ocorreu na mortalidade neonatal que se relaciona com a qualidade da assistência perinatal.

Para efeito comparativo e com relação às internações e aos respectivos percentuais de gastos financeiros, as principais causas foram: gravidez, parto e puerpério (16,3% das internações e 8,1% dos pagamentos), doenças do aparelho respiratório (12,2% e 8,9%), doenças do aparelho circulatório (11,4% e 19,9%), causas externas (11,1% e 12,8%) e neoplasias (8,5% e 10,8%).

Índice de vulnerabilidade à saúde

O índice de vulnerabilidade à saúde utilizado pela SMSA/PBH é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais.

O Quadro 1 apresenta as fontes de informação e os indicadores utilizados no

Fonte de Informação	Peso	Indicadores Descrição
Saneamento	0,50	1-Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	1,00	2-Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	0,50	3-Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente
	Total=2,00	
Habitação	0,75	4-Percentual de domicílios improvisados no setor censitário
	0,25	5-Razão de moradores por domicílio
	Total= 1,00	
Educação	1,50	6-Percentual de pessoas analfabetas
	0,50	7-Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo
	Total= 2,00	
Renda	0,50	8-Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos
	1,50	9-Renda média do chefe de família (invertida)
	Total=2,00	
Sociais/ Saúde	0,25	10-Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos
	1,50	11-Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade
	0,25	12-Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade
	1,00	13-Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos
	Total= 3,00	

Após o cálculo do índice de vulnerabilidade à saúde, os setores censitários foram classificados nas seguintes categorias:

- **risco baixo** —> setores com valores inferiores ao médio
- **risco médio** —> setores censitários que tinham valores do índice de vulnerabilidade à saúde com ½ desvio padrão em torno da média
- **risco elevado** —> setores com valores acima do risco médio até o limite de 1 desvio padrão
- **risco muito elevado** —> setores com valores acima do risco elevado

A distribuição da população de Belo Horizonte, segundo o índice de vulnerabilidade à saúde e a regional administrativa, pode ser vista na tabela a seguir.

Tabela 1
Distribuição da população de Belo Horizonte por regional e área de risco

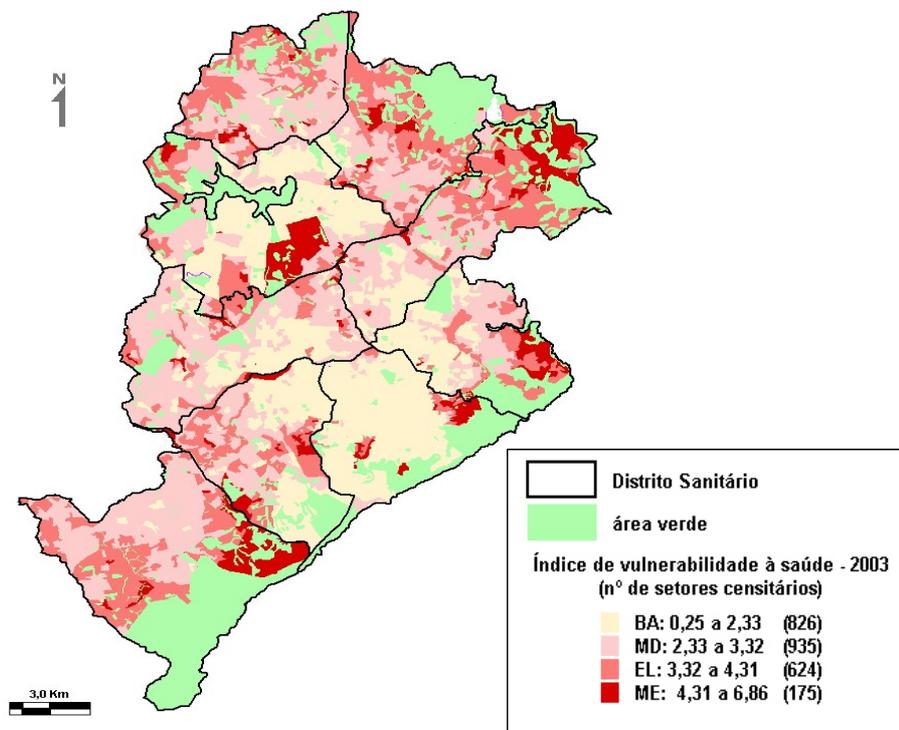
Regional	Risco muito elevado	Risco elevado	Risco médio	Risco baixo	Total
Barreiro	18.593	102.851	134.933	5.817	262.194
Centro-sul	31.473	26.756	6.943	200.831	266.003
Leste	18.121	47.658	89.510	93.805	249.094
Nordeste	15.065	79.677	125.968	53.350	274.060
Noroeste	17.567	54.096	169.249	96.439	337.351
Norte	16.829	85.834	83.863	7.238	193.764
Oeste	16.654	81.451	76.481	94.112	268.698
Pampulha	8.037	23.513	42.957	68.095	142.602
Venda Nova	15.558	101.764	119.707	7.573	244.566
TOTAL	157.897	60.360	846.641	627.224	2.238.332

Fonte: Censo Populacional IBGE - 2000

Gerência de epidemiologia e Informação - SMSA/SUS/BH

O mapa a seguir demonstra o índice de vulnerabilidade à saúde por setor censitário em Belo Horizonte.

Figura 04
Índice de vulnerabilidade à saúde 2003



Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

Organização territorial em saúde

A organização territorial estabelecida na SMSA/PBH dá-se de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção. São adotadas as seguintes subdivisões:



↓
Moradia

Os Distritos Sanitários seguem a delimitação das Administrações Regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da SMSA/PBH. As definições territoriais das áreas de abrangência têm sido estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, sendo constituídas por um agrupamento de setores contíguos, respeitados seus limites, e com possibilidades de modificações dinâmicas de acordo com a mobilidade da população.

A definição dos setores censitários que formam uma determinada área é feita através de avaliação pelas equipes locais e distritais, considerando a demanda atendida, o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional, o fluxo de transporte, dentre outros fatores. Desta forma, tem sido possível a quantificação e a classificação socioeconômica da população adscrita, das condições de infraestrutura e de demais informações, disponibilizadas de modo agregado por setor censitário nos censos populacionais feitos pelo IBGE.

Um outro instrumento importante construído foi o Censo BH Social, cadastro municipal dos usuários dos serviços públicos, com o cadastramento ativo de cerca de 1,5 milhão de habitantes e atualização pelos agentes comunitários de saúde a partir de suas visitas domiciliares mensais. Este processo permite a atualização permanente das informações a respeito da população preferencialmente usuária do SUS.

Unidades assistenciais da Rede SUS/BH

O SUS-BH conta com uma série de unidades assistenciais que compõem sua rede, constituída com o objetivo de garantir a integralidade da atenção, conforme pode ser verificado abaixo.

Tabela 2
Distribuição das unidades assistenciais do SUS-BH – 2007

Tipo de Unidade	Própria	Setor Contratado e Conveniado
Básica	144	
Referência secundária	5	
C. de Referência em Saúde do Trabalhador - CERSAT	2	
C. de Referência em Saúde Mental - CERSAM	7	
C. de Referência em Saúde Mental Infantil - CERSAMI	1	
Centro de Convivência - CV	9	
Serviço Residencial Terapêutico	10	
Serviço de Urgência Psiquiátrica	1	
C. de Referência em Imunobiológicos Especiais - CRIE	1	
Apoio Diagnóstico	13	
Farmácia Distrital	9	
Unidade de Urgência	7	7
Hospital	1	35
CREAB - URS Sagrada Família	1	
Serviço de Reabilitação - URS Padre Eustáquio	1	
Núcleo de Reabilitação	2	
Núcleo de Saúde do Trabalhador	1	
Centro Municipal de Oftalmologia	1	
Núcleo de Cirurgia Ambulatorial	1	
Centro Geral de Reabilitação	1	
Centro de Especialidades Odontológicas	2	
Centro TRE e Referência Doenças Infecto Parasitárias	1	
Centro de Referência a Criança e Adolescente	2	
Centro de Especialidades Médicas		2
Unidade de Ultrassom	1	

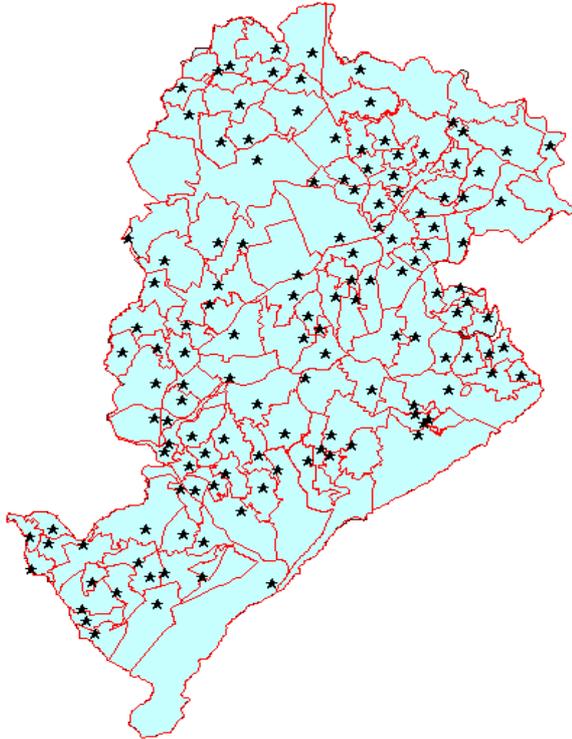
Fonte: Gerência de Regulação/SMSA - dez/2007

A rede de Atenção Básica

A base de organização da rede municipal são os 144 centros de saúde, distribuídos no município com base nas regiões de responsabilidade sanitária, chamadas de áreas de abrangência.

Figura 5

Mapa das áreas de abrangência dos centros de saúde de Belo Horizonte.



Fonte: Gerência de Vigilância à Saúde e Informação/ SMSA - dez/2007

As equipes de saúde da família e de saúde bucal atuam no espaço dos centros de saúde em conjunto com os demais profissionais que compõem a atenção básica (clínicos, pediatras, ginecologistas, assistentes sociais, equipes de saúde mental, etc.)

Esta rede de centros de saúde é responsável por enorme volume de atendimentos, expresso no quadro abaixo.

Quadro 2
Produção da Rede Básica em Belo Horizonte – 2006

TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	2.031.539
TOTAL DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM	448.759
TOTAL DE ACOLHIMENTOS	1.939.681
GRUPOS OPERATIVOS	39.190
VISITAS DOMICILIARES EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	96.358
VISITAS DOMICILIARES ACS	2.307.001
TOTAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	780.115
TOTAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	442.587
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	1.704.086
DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	4.364.025

Fonte: Relatório de Gestão /SMSA - 2007

Serviços de urgência/emergência

São quatorze portas de entrada de urgência no município, sendo sete unidades de pronto atendimento e sete de pronto-socorro hospitalar.

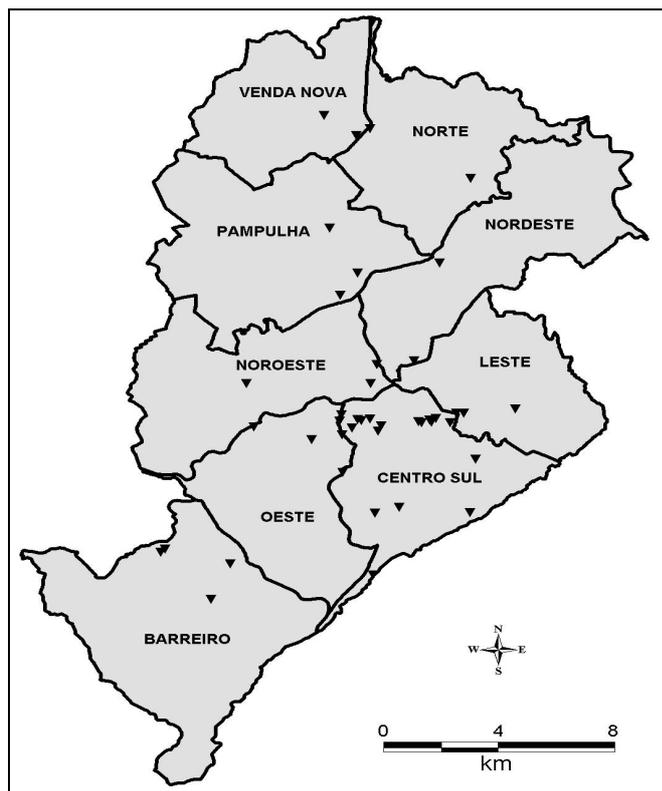
O serviço móvel de urgência conta com dezoito ambulâncias de suporte básico e quatro de suporte avançado e atende traumas, urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas.

Rede hospitalar e leitos SUS-BH

A rede hospitalar contratada/conveniada ao SUS-BH, com 36 unidades, constitui-se de hospitais de diferentes naturezas (municipal, estaduais, universitários, filantrópicos e privados), sendo apenas um público municipal, o Hospital Municipal Odilon Behrens – HOB.

Somente cerca de 15% do total dos leitos hospitalares da rede hospitalar de Belo Horizonte são leitos públicos, o que impõe um desempenho especial de articulação e negociação à gestão SUS-BH.

Figura 06
Rede hospitalar de Belo Horizonte por área administrativa regional



Quadro 03
Distribuição de hospitais segundo natureza em Belo Horizonte

Rede Hospitalar

Público municipal:	1
Públicos estaduais:	9
Públicos federais:	2
Filantrópicos:	12
Privados:	12
Total:	36

Fonte: GVS/SMSA – dez/2007

Os leitos da rede hospitalar conveniada com o SUS-BH, na sua totalidade, aí incluídos aqueles da rede própria (HOB), são utilizados pelos usuários através da regulação feita pela Central de Internação – CINT.

Nos últimos doze anos, após o advento da gestão plena do SUS no município, houve um processo intenso de reorganização da rede hospitalar do SUS-BH motivados por diversas razões, como o processo avançado da reforma psiquiátrica (mais de 1.000 leitos fechados), avaliação e controle de qualidade, em alguns casos pelo desinteresse dos prestadores pelo SUS em decorrência do padrão de financiamento e, principalmente, fechamento de hospitais por má gestão

em todos os seus sentidos. Outros leitos foram abertos dentro do padrão de qualidade e perfil exigido pela gestão, mostrando uma reestruturação produtiva no sistema. Ainda agora percebe-se a necessidade de maior número dos chamados leitos de média complexidade, em especial na clínica médica e terapia intensiva adulto e, topicamente, em algumas especialidades cirúrgicas. Deve se observar que a questão grave do início da década de 90 de insuficiência de leitos neonatais e pediátricos foi razoavelmente equacionada a partir de um grande esforço de investimentos por parte da governo municipal e apoio das demais esferas de gestão.

Merece destaque o processo articulado com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, sob coordenação da SMSA, de reestruturação completa da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, hoje o maior prestador do SUS no Estado de MG, que estava há quatro anos praticamente fechada. Hoje conta com quase 800 leitos, 100% regulados pela CInt da SMSA, e é a grande base de internações do sistema de urgência da cidade e da rede básica municipal. Outros processos semelhantes, em menor dimensão, foram necessários em vários prestadores hospitalares do município, de forma a se tornarem mais sustentáveis financeiramente e com gestão mais profissionalizada.

Completa este ciclo a implantação de serviços ambulatoriais e de urgência substitutivos, na área da saúde mental, de cuidados-dia e cirurgia ambulatorial e de atenção domiciliar, este com projeto de grande expansão a curto prazo. Houve um esforço e investimento na introdução de mecanismos refinados e rigorosos de regulação assistencial, com ferramentas tecnológicas mais modernas e grande contingente de equipes de supervisão e controle.

Atenção especializada

Os serviços abaixo compõem a rede de atenção especializada no município.

Serviços próprios:

- URS Campos Sales
- URS Padre Eustáquio
- URS Sagrada Família

- URS Saudade
- Policlínica Centro-Sul
- Ambulatório Hospital Municipal Odilon Behrens/ CEM Pampulha e Noroeste
- Centro Municipal de Oftalmologia
- Núcleo de Cirurgia Ambulatorial
- Centro de Reabilitação Sagrada Família (CREAB)
- Serviço de Reabilitação Padre Eustáquio
- Centro Geral de Reabilitação
- Centro de Especialidades Odontológicas

Serviços contratados: (maiores prestadores ambulatoriais)

- Hospital das Clínicas
- Santa Casa
- Hospital Universitário São José
- Faculdade de Ciências Médicas
- Hospital da Baleia
- Hospital Evangélico
- Hospital Sofia Feldman

Com relação à atenção especializada, a tabela a seguir mostra o número de consultas agendadas pela Central de Marcação de Consultas (CMC), atendendo a população residente em Belo Horizonte e em outros municípios. Em média 55% das consultas produzidas são realizadas na rede própria.

Quadro 4

Consultas marcadas pela Central de Marcação de Consultas - CMC, ano 2006

Agendamento de consultas especializadas	Quantidade de consultas	%
Consultas agendadas para os Distritos Sanitários (BH)	688.243	81,85
Consultas agendadas para a RMBH	67.571	8,03
Consultas agendadas para as demais cidades do interior de MG	84.817	10,08
TOTAL	840.631	100,0

Além do investimento na ampliação da oferta de maior demanda reprimida, como oftalmologia e cardiologia, houve uma mudança conceitual significativa na organização do núcleo da atenção especializada, procurando dar consistência ao discurso das linhas articuladas de cuidado, com a implantação progressiva e em curso dos CEM - Centros de Especialidades Médicas. São estruturas leves, compostas pelas sete principais especialidades, vinculando um conjunto de equipes de saúde da família com equipes de especialistas, utilizando o conceito da vinculação entre estes dois pólos, aproximando-os inclusive com definição territorial e contribuindo para a educação permanente dos médicos. Completa este projeto, a modernização do sistema informatizado de informação secundária (SISREG modificado em BH) e o grande projeto do TELESSAÚDE, nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia.

Breve histórico da saúde da família em Belo Horizonte

Implantação

As primeiras equipes de saúde da família em Belo Horizonte foram implantadas em fevereiro de 2002. No início da implantação, a SMSA pretendia utilizar os recursos humanos existentes na rede para formatar as equipes e desenvolveu, para tanto, uma proposta de adesão dos profissionais, na qual estes concordavam com as alterações de carga horária, salariais e do processo de trabalho e também se inscreviam para o recebimento de uma gratificação salarial denominada “plus do PSF”. As primeiras ESF cadastradas – cerca de 176 – foram, portanto, organizadas com profissionais da rede. À exceção destes, ao longo dos dois anos de implantação, poucos foram os médicos e enfermeiros da rede que aderiram à Estratégia de Saúde da Família, sendo que vários se descredenciaram.

As equipes foram implantadas nos centros de saúde do município, ficando responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco para adoecer e morrer, conforme índice de vulnerabilidade. Para estas populações a estratégia de SF viria substituir a forma de organização anterior, significando, ainda, uma mudança processual por dentro da rede de serviços, sem redes paralelas e concorrentes.

No primeiro ano de implantação, os profissionais que não aderiram à ESF (pediatras, ginecologistas, clínicos e pessoal de enfermagem) permaneceram nos centros de saúde de origem. A SMSA incentivou a formatação de equipes chamadas “ampliadas”, que agregavam o especialista à equipe básica, havendo um incremento da população sob sua responsabilidade. Em outros casos, os CS se organizaram com “equipes de apoio”, nas quais os especialistas funcionavam como retaguarda para as ESF básicas, atendendo os casos agudos ou os casos mais complexos. Estes profissionais mantiveram sua carga horária original e passaram também a receber o “plus PSF”. Em outros centros, os profissionais que não aderiram à Estratégia de Saúde da Família ficaram responsáveis pelo atendimento da população não coberta (baixo risco) nos moldes do atendimento à demanda e agendamento de consultas.

Com o objetivo de implantar mais de 500 ESF e com apenas 44% desta meta composta por profissionais da rede, foi necessário viabilizar a contratação

administrativa de médicos e enfermeiros para as ESF restantes. Com isto, nos primeiros anos da implantação houve contratação de inúmeros médicos e enfermeiros, gerando enorme incremento na capacidade assistencial da rede básica de saúde.

BH-Vida: Saúde Integral

No início de 2003, percebeu-se a necessidade de um processo de discussão na SMSA que avaliasse o momento da política de saúde do município, agregando os diversos atores políticos em torno do projeto para a atenção básica. Além disto, foram revistos os projetos para outros setores da SMSA (atenção especializada, vigilâncias), traduzidos no documento BH-Vida: Saúde Integral. Houve, ainda, a decisão de resgatar a gestão colegiada em todas as instâncias da SMSA. Com isto, vários espaços de discussões foram instituídos, e criou-se um ambiente propício para a criação de consensos em torno do projeto da SMSA.

No âmbito da atenção básica foram levantados os problemas que mais comumente afetavam o funcionamento dos CS e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado. Avaliou-se, por exemplo, que havia pouca clareza quanto ao formato dos diversos tipos de equipes existentes naquele momento e do seu funcionamento nas unidades.

Mesmo passados três anos de experiência, a inserção do agente comunitário de saúde nos CS era confusa e seu processo de trabalho pouco definido. Havia imprecisão da proposta de organização do processo de trabalho em nível micropolítico e na inserção dos projetos da saúde mental e saúde bucal. Havia indefinição quanto à divisão territorial e populacional a ser trabalhada, bem como estavam defasados os critérios populacionais e quantitativos de cobertura das ESF.

Após intensa discussão no âmbito da gestão municipal, foram feitas definições estratégicas, descritas no documento *Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal – 2003*”.

Como diretriz do modelo assistencial para a atenção básica, a SMSA reafirmou a saúde da família como eixo norteador da organização da atenção básica e propôs a reinserção de todos os profissionais dos CS neste projeto, no sentido de

possibilitar a integração entre as equipes, inclusive com a extensão da gratificação financeira para todos os profissionais da rede básica. A atenção básica passou a ser compreendida num único modelo de atenção, pautado em diretrizes comuns, a ser implementado pelos diversos profissionais dos CS. Manteve-se a priorização de implantação de ESF para as áreas de risco muito elevado, elevado e médio, com a novidade da previsão de cobertura para a população de baixo risco naqueles centros de saúde onde esta representasse menos de 20% da população total.

Outra importante decisão foi a opção por não ter equipes no formato “ampliadas”, apenas básicas, organizando os médicos clínicos, pediatras e ginecologistas em equipes de apoio e referência às ESF e estendendo a gratificação do SF para a totalidade dos profissionais da rede básica de serviços.

Foram definidas as diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutive, a atenção generalista do médico da saúde da família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersectoriais e o acolhimento.

Manteve-se a diretriz da gestão participativa com a reestruturação dos colegiados gestores locais, a participação popular e o controle social na gestão local.

As ações

Após todas estas definições, foi instalado amplo processo de discussão e pactuação na rede municipal de saúde, que passou a trabalhar na implementação de um projeto único para a atenção básica em consenso com todos os níveis gerenciais. Todos os distritos compuseram “grupos de condução” que, de maneiras diversas, realizaram aproximações sucessivas dos CS e dos trabalhadores para discussão e implementação do projeto.

Em 2003 foi realizada, ainda, a atualização do índice de vulnerabilidade à saúde, com a utilização de novos indicadores e dos dados do censo 2000. Os novos setores censitários foram classificados levando-se em conta esta nova situação. A partir daí foi feito o cálculo da previsão de equipes de saúde da família por centro de saúde. Os distritos sanitários avaliaram as novas propostas e fizeram as adequações necessárias.

Para adequação aos critérios pactuados e ao número total de ESF propostas para o município, algumas equipes foram remanejadas de áreas onde a cobertura era baixa ou de população de baixo risco para áreas mais periféricas do município, onde a média de habitantes por equipe era muito alta ou mesmo para áreas de maior crescimento populacional. No total foram deslocadas 27 equipes e até meados de 2004 foram implantadas as equipes restantes até completar o total previsto.

Além disto, vários médicos das especialidades básicas foram remanejados de centros de saúde com mais de um profissional por especialidade, para que fosse garantido o apoio aos generalistas, a referência e resolutividade neste nível da atenção.

Em 2003 também foram aprofundadas as discussões sobre atribuições do ACS e critérios de seleção, elaboração do *Roteiro de Visitas do ACS* bem como do formulário de registro das atividades diárias e seu manual de preenchimento. Foi implantado, em 2004, o citado formulário e os dados provenientes do mesmo vêm propiciando a alimentação do SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica por parte do município de Belo Horizonte.

No sentido de estabilizar as equipes e garantir o vínculo dos profissionais com a comunidade, foi realizado em 2004 o primeiro concurso público para médicos e enfermeiros de família. Foram nomeados todos os 170 médicos concursados e 286 enfermeiros, possibilitando maior estabilidade do trabalho das equipes.

Houve manutenção das estratégias de capacitação das equipes, com o início de novas turmas no curso de especialização em saúde da família, totalizando 1.000 profissionais com este título. Também estão sendo formados 100 odontólogos na especialidade Saúde da Família e está prevista a formação de mais 200.

Avanços e desafios

O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte trouxe vários avanços: incremento de recursos humanos; reorganização do processo de trabalho; mudança na forma de abordagem da população usuária; diversificação da oferta de ações de promoção da saúde nos CS; ampliação do acesso aos serviços de saúde, em especial da população adulta, com a configuração da atenção básica como porta de entrada – não a única, mas a

principal – para o sistema de saúde municipal; identificação da população dependente de cuidados domiciliares, que antes era invisível aos centros de saúde, com ampliação da atenção prestada nos domicílios pelos diversos profissionais da ESF; aumento na complexidade do cuidado médico e de enfermagem, não sendo raro usuários com problemas de saúde complexos, ou em observação, ou mesmo em crises agudas sob os cuidados das equipes; estabilização de boa parte das equipes e conseqüente ampliação do vínculo entre a população e os centros de saúde; responsabilização das equipes e possibilidade de se prestar cuidado continuado. Decorre daí, certamente, o reconhecimento pela população usuária da melhoria dos serviços.

Por outro lado, a implantação da Estratégia de SF em Belo Horizonte desnudou questões amplas e delicadas: a violência de todos os matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. As equipes dos centros de saúde se deslocaram até as comunidades, aproximaram-se da realidade da população e, agora, têm que aprender a mobilizar novos atores e parceiros. Na verdade, como se trata da prestação de um serviço universal e de portas abertas, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação. Isto exige cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas públicas sociais e urbanas.

Apesar de todos os investimentos na melhoria de infra-estrutura por meio de reformas e construções de novos centros de saúde, aquisição de instrumentais, equipamentos e mobiliário, os equipamentos e insumos não foram adequadamente dimensionados para a ampliação da atenção e para o modelo proposto. Muitas áreas físicas ainda são inadequadas e em número insuficiente para o desenvolvimento das atividades das equipes em áreas de abrangência bastante extensas. Há grande número de trabalhadores e equipes no mesmo centro de saúde, dificultando o gerenciamento, o processo de trabalho, o acesso da população e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento. Especificamente na área da saúde bucal, a situação de infra-estrutura é ainda mais grave e constitui, ainda hoje, um dos principais fatores que impedem o desenvolvimento do trabalho destas equipes.

Mesmo com a realização de concurso público para os cargos de saúde da família e a conclusão da implantação das equipes ainda existem dificuldades para a estabilização das ESF, principalmente no tocante à contratação e estabilização do médico. Os fatores que concorrem são: a ampla competição entre os municípios que ampliaram suas redes de saúde, abrindo novas possibilidades de trabalho para os profissionais; o insuficiente quadro de oferta de profissionais com formação, perfil e interesse na área; e, no caso dos médicos, observa-se que esta oferta muitas vezes é uma opção profissional temporária. Muitos outros profissionais enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários, também enfrentam dificuldades de adaptação à proposta da saúde da família. Há grande necessidade de fortalecimento da prática da medicina de família, de sua especialidade e da valorização profissional e social.

A realização do curso de Especialização em Saúde da Família, em parceria com a UFMG, com a titulação de 1.000 médicos e enfermeiros, a criação do Centro de Educação em Saúde e as diversas capacitações ainda não foram suficientes para dar conta da qualificação profissional para a prática da atenção primária e para a ampla abordagem dos problemas sociais e suas repercussões na área de saúde.

Outro desafio que se enfrenta é o da garantia da integralidade. A atenção básica, por mais resolutiva que seja, não pode abarcar todas as necessidades de saúde da população, sendo necessário o fortalecimento da rede de saúde em todos os seus pontos. Tal necessidade foi evidenciada com a ampliação do acesso à atenção básica que aumentou a demanda para os outros níveis do sistema. Apesar dos investimentos em curso para ampliação de oferta nos serviços de apoio diagnóstico, na atenção secundária e na urgência, além da implantação de ferramentas que possibilitem uso mais adequado dos recursos disponíveis – regulação assistencial e SISREG –, são necessários esforços para a articulação da rede de serviços existente (atenção especializada, hospitalar e de urgência, bem como apoio diagnóstico e terapêutico) e sua organização em modelo assistencial voltado para o cidadão e para a rede básica.

Também são muitas as lacunas em relação ao modelo assistencial da rede básica e o processo de trabalho local. Há dificuldade no trabalho em equipe agravada pela pouca clareza das atribuições dos diversos profissionais (ACS,

médicos, enfermeiros, odontologia, profissionais de apoio). São muitas as particularidades do trabalho de cada profissional e de cada equipe numa mesma unidade, o que torna relativa a autonomia desses trabalhadores e dificulta a implementação de diretrizes mais gerais para a cidade.

O grande movimento em prol de se propiciar a atenção à demanda dos usuários nos centros de saúde dificultou melhor organização das ações programadas e de vigilância; ainda falta efetiva integração com as áreas de ação coletiva, como a vigilância sanitária, a zoonoses e a saúde do trabalhador. Esta dicotomia entre ações curativas e ações de promoção e prevenção precisa ser melhor processada. Ainda se faz necessário esclarecer qual o potencial do trabalho de promoção à saúde para que se possibilite o avanço da prática baseada em evidências científicas, com realização de ações comprovadamente eficazes na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tais questões citadas não podem ser desvinculadas da discussão sobre a persistência do modelo biomédico na prática dos profissionais e a conseqüente medicalização da atenção. E a reflexão que se propõe também não pode reduzir o papel da *clínica* na atenção básica à saúde – parâmetro considerado o grande passo para a tão sonhada mudança do modelo assistencial: o atendimento ao usuário tem papel importante na legitimação deste nível da atenção; as equipes ainda não possuem tecnologia adequada para o cuidado com usuários portadores de doenças crônicas, e a resolutividade fica comprometida; além disto, os protocolos da SMSA não estão adequados suficientemente e não são utilizados correntemente.

Há também enorme expectativa de outros níveis de atenção com relação à atenção básica referentes a cuidado no domicílio, atenção à urgência e regulação do acesso a outros níveis assistenciais.

As ações propostas

A SMSA-BH realizou, em 2006, o segundo concurso público para a saúde da família e para outros pontos do sistema. Com a nomeação de mais de 400 médicos, 250 deles para a saúde da família, pretende-se completar o quadro de profissionais

das equipes locais, ampliando a estabilidade das mesmas e o vínculo com a população. Com o esgotamento dos concursados, foi realizado um outro concurso ainda ano de 2007 para se completar as vagas ainda em aberto.

Ainda assim, é insuficiente a oferta de profissionais com perfil adequado, principalmente na categoria médica. A formação ainda é inadequada para a proposta assistencial da atenção básica que contempla a integralidade da atenção. O aspecto ideológico da formação acadêmica, com forte ideário liberal, aliado à origem social dos acadêmicos de medicina tornam a ação na atenção básica uma opção estranha ao médico. Este quadro é agravado pela pequena inserção da prática da medicina de família na graduação e pouca valorização no meio acadêmico.

Como estratégia de enfrentamento desse problema, o município vem trabalhando no reforço das residências de medicina de família que ocorrem em instituições do município – atualmente o Hospital Municipal Odilon Behrens e o Hospital das Clínicas da UFMG se colocam como campo de estágio, provendo preceptores para as residências e trabalhando na melhoria dos projetos.

Ações de valorização da rede básica, como a realização de seminários, participação em congressos, realização de estudos e acompanhamento diferenciados, além de trocas de experiências com outros municípios estão em andamento.

Um plano de capacitação, que contempla as necessidades dos diversos profissionais e avança no sentido da qualificação da assistência, está sendo colocado em prática no ano corrente. Discussões sobre trabalho em equipe, abordagem da violência, educação em saúde, dentre outros temas, precisam estar presentes em conjunto com os conteúdos tradicionais.

Ainda na perspectiva de valorização da atenção básica, amplo plano de adequação física e tecnológica está em curso, sinal da aposta numa atenção básica qualificada e resolutiva. Vários centros de saúde estão sofrendo intervenções, reformas, adequações, e novas unidades estão em construção. Concomitantemente estão sendo feitas adequações em setores de suporte como apoio diagnóstico,

transporte, aparato das centrais de esterilização e lavanderia, além da implantação de ampla reformulação da assistência farmacêutica no município.

A implantação de Centros de Especialidades Médicas (CEM) nos distritos, do grande Centro Metropolitano de Especialidades Médicas e a definição de linhas de cuidado prioritárias, concretizando a integralidade na rede assistencial, são as principais estratégias para se garantir a resolutividade da atenção à rede básica. Vem sendo aprofundada a desafiadora articulação da grade de referência em urgência, visando clarear papéis e responsabilidades dos diversos serviços no atendimento dos casos de urgência/emergência e agudos. Destaca-se também o avanço do Projeto de Atenção Domiciliar que terá ampliação significativa das equipes ainda neste ano.

Muitos desafios na organização do processo de trabalho local, como os dilemas da atenção programada e da gestão da demanda espontânea, a promoção à saúde – tão necessária – e a integração, também as demais políticas, serão tratados com as propostas contidas nesta publicação.