

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

**JULIANA ALVES LEITE**

**OFERTA E DEMANDA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRODUZIDOS EM UM  
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA – BA (2004-2006)**

**FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

**2006**

JULIANA ALVES LEITE

**OFERTA E DEMANDA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRODUZIDOS EM UM  
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA - BA (2004-2006)**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde da  
Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito  
para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Maria Araújo Assis

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Creuza Maria Brito Queiroz

Feira de Santana – Bahia

2006

Leite, Juliana Alves

L553o Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana- BA (2004-2006) / Juliana Alves Leite. – Feira de Santana, 2006.

113f.: il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis.

Co-orientadora: Creuza Maria Brito Queiroz.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

1. Serviços de saúde – Feira de Santana, Ba. 2. Feira de Santana – Saúde.  
3. Feira de Santana – Hospitais. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Queiroz, Creuza Maria Brito. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU 614.2(814.22) “2004-2006”

JULIANA ALVES LEITE

**Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de  
Feira de Santana - BA (2004-2006).**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde da  
Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito  
para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Maria Araújo Assis  
Orientadora – Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes  
Universidade Federal da Bahia

## AGRADECIMENTOS

Nesta jornada de trabalho e mesmo na solidão da produção, eu nunca estive verdadeiramente só, pois grandes pessoas e forças amigas me acompanharam neste processo, e que nesse momento passo a retribuir toda a atenção que me foi dedicada durante este tempo.

Agradeço a minha mãe, Rozália, pelo amor, carinho e grande exemplo de ser humano que representa pra mim.

A Pablo, pelo carinho e companheirismo, sempre me incentivando e me entendendo, mesmo nos momentos de ausências.

A Renato e Adriana presentes neste meu caminhar e a Lucas, meu sobrinho, que não entendia porque que o meu “dever de casa” não acabava nunca, ao contrário do dele, com 6 anos de idade.

À minha família, avó, tios, primos, pai, irmãos, pelas palavras de incentivo.

Aos meus amigos, e em especial Viviane, Cristiane, Thaienny, Aydênia, Daniel e Karol, constantes em minha vida.

Aos colegas e amigos da turma de mestrado, que fizeram dos momentos juntos um caminhar lado a lado, com alegria e satisfação. E a Antônia, uma amiga e “mamãe” neste mestrado.

Aos colegas de trabalho, na(s) equipe(s) de Saúde da Família de São José, que foram indispensáveis para as minhas idas e vindas das aulas na UEFS, e em particular aos Agentes Comunitários de Saúde que por iniciativa, carregaram a bandeira da minha permanência no PSF.

Aos professores da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, especialmete, Carmen, Iraildes, Erenilde e Adroaldo, pela cordialidade e incentivo durante o meu estágio docência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, docentes e funcionários, pelo carinho e aprendizado que ajudaram a construir.

Aos bolsistas do NUPISC e aos voluntários Viviangela e Ney Francisco, pela colaboração na coleta de dados no HGCA.

Aos trabalhadores do Hospital que me receberam com atenção e presteza, do setor de Contas Médicas, do SAME, e da Estatística.

A professora Maria Ângela e Creuza, por acreditarem no meu trabalho e contribuírem ao meu estudo.

E especialmente a Marluce Assis, que com carinho e competência, direcionou e orientou o meu trabalho. Ajudando-me a enxergar, dentre outras coisas, o caminho teórico-metodológico e as possibilidades de discussão dos dados que emergiram no estudo.

“Conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza...”

EDGAR MORIN, 1999

## RESUMO

Estudo cujo objeto é a análise da oferta e da demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana-BA no processo de descentralização da saúde (2004-2006). A oferta compreende a disponibilidade dos serviços e recursos do campo da saúde, e a demanda caracteriza-se pela procura de serviços de saúde pelos usuários. Os objetivos são: analisar a oferta e a demanda dos serviços de saúde produzidos pelo referido hospital com base na Programação Pactuada Integrada; descrever os serviços de saúde ofertados, por especialidade médica e tipo de atendimento à saúde; caracterizar a demanda atendida e acordada na PPI do município de Feira de Santana e da área de influência. Utiliza-se a pesquisa documental como central na análise e de maneira complementar a observação livre e sistemática do Pronto-Socorro do hospital. O método de tratamento do material empírico foi orientado pela análise documental, como componente da análise de conteúdo, proposta por Minayo (1999) e o fluxograma analisador de Merhy (1997). A pesquisa mostra que o maior “consumo” dos serviços de internação e de atendimento de urgência e emergência estão concentrados na população residente em Feira de Santana. Para a demanda referenciada existe uma programação prévia dos procedimentos de internação hospitalar e atendimentos de urgência e emergência do hospital para os municípios pactuados com Feira de Santana, mas ainda encontramos distorções entre o atendimento prestado pelo hospital e a programação físico-orçamentária destinada. A Programação Pactuada Integrada trouxe avanços na organização da rede de serviços de saúde, mas ainda é necessário melhorar a forma como a pactuação é conduzida no Estado. O Pronto-Socorro se constitui no setor com maior produção do hospital. A emergência se configura também, como uma das principais portas de entrada da rede de serviços, e dispõe de um serviço de triagem para selecionar os usuários que são atendidos nas especialidades de clínica geral, pediatria e ortopedia. A demanda por ortopedia é superior à capacidade de oferta pelo hospital, que são encaminhados para clínicas particulares conveniadas ao SUS. Conclui-se que a oferta e a demanda dos serviços produzidos pelo HGCA estão concentradas principalmente para Feira de Santana e o processo de regionalização proporcionou um melhora na organização da demanda, entretanto, ainda são necessárias estratégias para ampliar a interligação entre o hospital e os outros estabelecimentos de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** sistema de saúde, oferta, demanda, hospital, descentralização da saúde.

## ABSTRACT

This is a study whose object is the analysis of the offer and the demand of the health service produced in a public general hospital of Feira de Santana-BA in the process of the decentralization of public health service (2004-2006). The offer has to do with the availability of the services and the resources of the health field and the demand is characterized by the search of that service by its users. The objectives are: to analyze the offers and the demands of the health service produced by the hospital mentioned above on the basis of the Agreed and Integrated Program; to describe the public health services offered, by medical specific field and type of attendance; to characterize the demand developed and agreed according to the PPI of Feira de Santana and its surroundings. A documentary research has been used as a main instrument of the analysis and, as a complementary one, free observation has also been done at the emergency unit of the hospital. The method of treatment of the empirical material was guided by the documental analysis, as a component of the content analysis proposed by Minayo (1999) as well as by the analytical flow diagram of Merhy (1997). The research shows that the most used services such as admissions and urgent/emergency attendances are concentrated in population which lives in Feira. For the referenced demand there is a previous schedule of the hospital procedures for the admissions and for the urgency and emergency attendances of the hospital for the counties which have agreed to work with Feira de Santana. Still we have found distortions between the attendance given by the hospital and the destined physical and financial program. The Agreed and Integrated Program has brought some improvements in the organization of the health service net, but it is still necessary to improve the form the agreement has been done in the State. The emergency unit is the sector with the biggest production of the hospital. It is also one of the main factor of the health net. It holds a selection service to select the users who are attended in the specialties of general clinic, pediatrics and orthopedics. The demand for orthopedics is superior to the capacity of the offer by the hospital. That demand is transferred to other private hospitals which have agreement with SUS. It is concluded that the offer and the demand of the health service produced by the HGCA are mainly concentrated in Feira de Santana and also that the process of regionalization provided some improvement in the organization of the demand, however, it is still necessary to develop some strategies to extend the connection between the hospital and the other health care centers.

**KEYWORDS:** health system, offers, demands, hospital, decentralization of health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>FIGURA 1 – Mapa do PDR – BA, 2004.</b>   | <b>20</b> |
| <b>FIGURA 2 - Número de leitos por 1000 habitantes dos municípios que pactuaram com o Feira de Santana – BA, 2004-2005.</b>                                       | <b>43</b> |
| <b>FIGURA 3 - Municípios do Estado da Bahia selecionados para compor o estudo.</b>  | <b>44</b> |
| <b>FIGURA 4 - Fluxograma 1 – Ordenação dos Dados</b>  | <b>49</b> |
| <b>FIGURA 5 – Praça J Pedreira em Feira de Santana, 2006.</b>   | <b>54</b> |
| <b>FIGURA 6 – Principais rodovias que passam pela região de Feira de Santana</b>  | <b>54</b> |
| <b>FIGURA 7 – Foto aérea do HGCA na época da inauguração, em 1984.</b>  | <b>55</b> |
| <b>FIGURA 8 – Reunião do Governador do Estado com parte do secretariado sobre o surto de gastroenterite em Feira de Santana, 1984.</b>                            | <b>56</b> |
| <b>FIGURA 9 – Foto atual da entrada do Pronto-Socorro do HGCA</b>   | <b>59</b> |
| <b>FIGURA 10 - Fluxograma representativo do hospital estadual na rede articulada dos serviços de saúde.</b>   | <b>65</b> |
| <b>FIGURA 11 - Fluxograma analisador da entrada do usuário ao serviço no Pronto-Socorro do HGCA.</b>  | <b>83</b> |
| <b>FIGURA 12 - Fluxograma analisador da demanda espontânea no momento da triagem.</b>   | <b>84</b> |
| <b>FIGURA 13 – Fluxograma analisador da demanda diferenciada por influência interna no hospital.</b>  | <b>86</b> |
| <b>FIGURA 14 – Fluxograma analisador das demandas rejeitadas pelo Pronto-Socorro do HGCA e não consideradas como o atendimento em urgência e emergência.</b>      | <b>87</b> |
| <b>FIGURA 15 – Fluxograma analisador das demandas atendidas no Pronto-Socorro do HGCA apesar de não consideradas como o atendimento em urgência e emergência.</b> | <b>88</b> |
| <b>FIGURA 16 - Fluxograma analisador da demanda para a especialidade de ortopedia no pronto-socorro do HGCA.</b>  | <b>89</b> |
| <b>FIGURA 17 - Fluxograma analisador da demanda para a especialidade de otorrinolaringologia no pronto-socorro do HGCA</b>  | <b>89</b> |

## LISTA DE QUADROS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>QUADRO 1 – Distribuição dos Municípios da Macro-Região Centro-Leste da Bahia, segundo população e rede hospitalar, jul/2005.</b>   | <b>44</b> |
| <b>QUADRO 2 – Tipos de documentos utilizados na análise.</b>  | <b>46</b> |
| <b>QUADRO 3 – Esquema de análise documental em relação à oferta de serviço e à demanda dos usuários para o HGCA.</b>                  | <b>50</b> |
| <b>QUADRO 4 – Média Mensal de Atendimento nos Setores: Hospitalar, Ambulatorial e de Diagnóstico, HGCA, 2004-2005.</b>                | <b>59</b> |
| <b>QUADRO 5 - Sínteses da análise documental em relação à oferta dos serviços do HGCA.</b>  | <b>69</b> |
| <b>QUADRO 6 - Sínteses da análise documental em relação à demanda dos usuários para o HGCA.</b>                                       | <b>77</b> |
| <b>QUADRO 7 - Comparativo entre a análise documental e a observação livre e sistemática sobre a demanda dos usuários para o HGCA.</b> | <b>78</b> |

## LISTA DE TABELAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABELA 1 - Valores para a compra de serviços do HGCA (Ambulatorial e Hospitalar), por mês e anual, segundo Termo de Compromisso entre Entes Públicos, SMS – FSA e SESAB, 2005.</b> | <b>60</b> |
| <b>TABELA 2 – Número de profissionais cadastrados no HGCA por tipo de ocupação, DATASUS, março, 2006.</b>   | <b>61</b> |
| <b>TABELA 3 – Internações hospitalares no HGCA por ano nos municípios estudados no período de 2004-2005; dez., 2006.</b>  | <b>70</b> |
| <b>TABELA 4 – Admissões por especialidade médica no HGCA, com média mensal e percentual de cada clínica em relação às admissões totais, em 2004-2005.</b>                             | <b>71</b> |
| <b>TABELA 5 – Percentual de atendimentos de urgência e emergência por municípios estudados no ano de 2005, nov-dez., 2006.</b>  | <b>72</b> |
| <b>TABELA 6 – Programação físico-orçamentária anual para procedimentos realizados pelo HGCA por município pactuado, 2004-2005; nov., 2006.</b>  | <b>73</b> |
| <b>TABELA 7 – Frequência dos motivos que levaram os usuários a procurarem o Pronto-Socorro do HGCA, 2006; fev., 2006</b>  | <b>80</b> |
| <b>TABELA 8 - Frequência dos motivos que levaram os usuários a procurarem o Pronto-Socorro do HGCA, 2006; fev., 2006</b>  | <b>81</b> |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| AIH      | Autorização de Internação Hospitalar                          |
| AIS      | Ações Integradas de Saúde                                     |
| APAC     | Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade             |
| CEP      | Comitê de Ética em Pesquisa                                   |
| CES      | Conselho Estadual de Saúde                                    |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite                              |
| CNES     | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde               |
| CNPq     | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| Conasems | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde          |
| DATASUS  | Departamento de Informação e Informática do SUS               |
| DIRES    | Diretoria Regional de Saúde                                   |
| GED      | Grupo Especial de Descentralização                            |
| GM       | Gabinete do Ministro  |
| HGCA     | Hospital Geral Clériston Andrade                              |
| LOS      | Lei Orgânica da Saúde   |
| NOAS     | Norma Operacional de Assistência à Saúde                      |
| NOB      | Norma Operacional Básica                                      |
| NUPISC   | Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva                |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                  |
| PDI      | Plano Diretor de Investimentos                                |
| PDR      | Plano Diretor de Regionalização                               |
| PPI      | Programação Pactuada e Integrada                              |
| PS       | Pronto-Socorro  |
| REDA     | Regime Especial de Direito Administrativo                     |
| SADT     | Serviço de Apoio à Diagnose e Terapêutica                     |
| SAME     | Serviço de Atendimento Médico e Estatística                   |
| SAMU     | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                      |
| SESAB    | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia                        |
| SUDS     | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde                  |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| UCA      | Unidade de Cobertura Ambulatorial                             |

|        |   |
|--------|---|
| UEFS   | Universidade Estadual de Feira de Santana |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância   |
| UTI    | Unidade de Terapia Intensiva              |
| USF    | Unidade de Saúde da Família               |

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>16</b> |
| <b>2</b>     | <b>BASE TEÓRICA E METODOLOGIA DO ESTUDO</b>  | <b>23</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>BASE TEÓRICA</b>  | <b>23</b> |
| <b>2.1.1</b> | <b>O processo de descentralização na construção do sistema de saúde brasileiro</b> | <b>23</b> |
| <b>2.1.2</b> | <b>Programação Pactuada Integrada como instrumento de gestão do SUS</b>            | <b>29</b> |
| <b>2.1.3</b> | <b>Oferta X demanda nos serviços de saúde</b>                                      | <b>31</b> |
| <b>2.1.4</b> | <b>A centralidade do hospital na rede de serviços de saúde</b>                     | <b>35</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>BASE METODOLÓGICA</b>   | <b>39</b> |
| <b>2.2.1</b> | <b>Tipo de Estudo</b>  | <b>39</b> |
| <b>2.2.2</b> | <b>Técnicas de Coleta de Dados</b>   | <b>40</b> |
| <b>2.2.3</b> | <b>Sujeitos do Estudo</b>  | <b>41</b> |
| <b>2.2.4</b> | <b>Estratégias Metodológicas do Estudo</b>   | <b>41</b> |
| <b>2.2.5</b> | <b>Tratamento e Análise do Material Empírico</b>                                   | <b>47</b> |
| <b>2.2.6</b> | <b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b>   | <b>51</b> |
| <b>3</b>     | <b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>  | <b>53</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>O ESPAÇO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO – HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE</b>        | <b>54</b> |
| <b>3.1.1</b> | <b>O Surgimento do HGCA</b>  | <b>54</b> |
| <b>3.1.2</b> | <b>O hospital e sua área de influência</b>   | <b>57</b> |
| <b>3.1.3</b> | <b>O hospital como componente da rede de serviços</b>                              | <b>63</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>OFERTA DOS SERVIÇOS PRODUZIDOS PELO HGCA</b>                                    | <b>67</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS QUE PROCURARAM O HGCA</b>                    | <b>76</b> |
| <b>4</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>91</b> |

**REFERÊNCIAS**

**95**

**APÊNDICES**

**101**

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 produziu um marco para o sistema de saúde brasileiro ao consagrar o direito à saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana e ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por uma rede regionalizada, integral e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, tendo como diretrizes a descentralização e a participação social. Além disso, o texto constitucional qualifica os serviços de saúde como de relevância pública e define a organização do sistema de saúde fundamentada, em um sistema único, porém estruturado de modo autônomo nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, ao lado de organizações sociais e de toda a comunidade.

O SUS foi regulamentado através das Leis 8.080/90 e 8.142/90 que passaram a constituir a Lei Orgânica da Saúde – LOS, para disciplinar o processo de descentralização político-administrativa e, conseqüentemente, possibilitar condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde com vistas ao novo modelo de atenção à saúde. A partir de então, foram editadas Normas Operacionais Básicas consecutivas, NOB SUS/ 91, NOB SUS/ 92, NOB SUS/ 93, NOB SUS/ 96 (ANDRADE, 2001) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 (BRASIL, 2002), visando efetivar a descentralização da gestão da saúde para os municípios.

As NOBs não foram implementadas ao mesmo tempo em todos os municípios brasileiros. O Brasil é um país com grande dimensão territorial e seus municípios têm características heterogêneas que transitam entre os extremos de redes e serviços de saúde bem estruturados, em alguns municípios do Sudeste e Sul, até a inexistência de ações e serviços, voltados à saúde da população em municípios do Norte, Nordeste.

Entretanto, a Constituição Federal deve ser seguida por todos os municípios da Federação e por isso a elaboração das Normas Operacionais Básicas foi importante para direcionar os governos federal, estaduais e municipais para o cumprimento da Lei. Além disso, a tendência à municipalização, desencadeada desde a década de 80, foi relevante para criar a responsabilidade política do município com a saúde de seus cidadãos.

Segundo Assis (1998b, p.27 – grifo da autora), a descentralização deve ser entendida como um “instrumento de ‘reestruturação do poder’, com transferências de poderes a autoridades eleitas localmente e não somente o deslocamento de atribuições sem o correspondente poder decisório”. A simples transferência de ações, atividades e responsabilidades do nível central para os municípios, é na verdade, apenas uma forma de desconcentração. Neste sentido, Luz (2000), acrescenta que a esfera Federal dificultou o processo de transferência de poder, para os níveis Estadual e Municipal, pois a própria composição do Estado tem sido representativa de interesses corporativistas, conservadores, e de sua política dominante. Ainda para esta mesma autora, a “concentração dos recursos na esfera central de governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos, e a priorização de determinados programas verticais” (p. 307), provocaram até a década de 90, uma “descentralização incompleta”.

A intensificação do processo de descentralização/ desconcentração ocorrido no final da década de 90, como ressalta Andrade (2001), perpassa a entrada de novos atores no cenário da saúde. A organização do poder público municipal, a pressão de segmentos da sociedade civil e organizada, foram colaboradores para a ampliação das discussões sobre a municipalização dos serviços de saúde, e, chega-se ao final desta década, com quase todos os municípios do país, habilitados em alguma forma de gestão estabelecida pela NOB SUS/96. Isso permitiu melhora do acesso da população às ações de atenção básica de saúde, mesmo que nesse período, tenham sido identificados problemas de natureza, tanto conjuntural quanto estrutural, como a dificuldade para a organização de sistemas municipais/ microrregionais.

Na tentativa de solucionar estes novos problemas do SUS foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 – para implementar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. Dessa forma, a NOAS-SUS estabelece que os Estados devem elaborar um Plano Diretor de Regionalização (PDR) com o intuito de garantir o acesso da população aos serviços nos três níveis de atenção à saúde, através do estabelecimento de compromissos para o atendimento às referências intermunicipais. A regionalização tem a expectativa de otimizar os recursos disponíveis, nos municípios implementando uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade como dispõe a NOAS/SUS 01/2002 (BRASIL, 2002).

A regionalização no setor saúde leva em consideração o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção da saúde, que pelo fato de ter um custo crescente, requer a racionalização das ações em todos os níveis de complexidade, garantindo a

integralidade às populações circunscritas a territórios. Essa proposta decorre da visão do sistema de serviços de saúde como uma estrutura piramidal, organizado por níveis que são hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da atenção básica à saúde, “que seria a menos complexa”, até a atenção de alta complexidade, “que seria a mais complexa” (SILVA JR, 1998; MENDES, 2001).

Então, o programa de regionalização da saúde tem como finalidade promover a equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, a serem realizados pela Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Cada Estado deve utilizar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), para ordenar o processo de regionalização, conformando sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio de ordenação do território, redes hierarquizadas de serviços, tendo em vista o estabelecimento de fluxos de referências intermunicipais, para garantir a integralidade da assistência e o acesso da população às ações e serviços de saúde, com base em suas necessidades (BRASIL, 2002).

As discussões/ debates sobre política de saúde, estudadas durante o processo da nossa formação acadêmica, no Curso de Graduação em Enfermagem e o tempo como bolsista de Iniciação Científica do CNPq do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), ambos na UEFS, e ampliada durante o curso de Pós-graduação de Gestão em Saúde, foram motivadores para o estudo das políticas descentralizadoras de saúde e da organização da rede de serviços.

Como trabalhadora de saúde, a prática de enfermeira, no Programa de Saúde da Família, em municípios do interior da Bahia, proporcionou a visualização do grande fluxo de ambulâncias pelas rodovias do Estado, transportando usuários do sistema de saúde, de um município a outro, geralmente com o destino a grandes centros como Feira de Santana e Salvador. E, por residir e trabalhar em Feira de Santana, no período em que o município habilitou-se na Gestão Plena do Sistema e ampliou o seu controle sobre as ações complexas no nível hospitalar, despertou-nos o interesse de responder a inquietação anterior sobre a demanda aos hospitais dos grandes centros, e conhecer a relação do hospital público com os municípios que programaram atendimentos em sua rede de serviços.

Estudar a oferta e a demanda dos serviços de saúde de um hospital geral público justifica-se, também, pela escassez de trabalhos existentes sobre este tema relacionado à rede

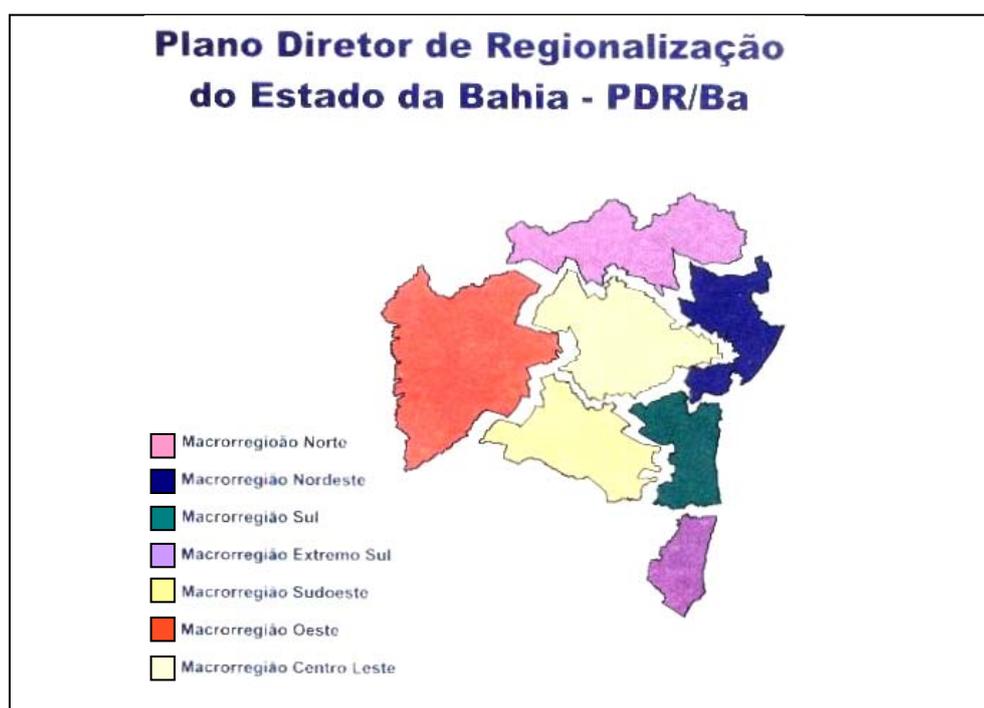
hospitalar. No campo da Saúde Coletiva alguns autores já abordam a oferta e demanda dos serviços relacionando-os às necessidades de saúde dos usuários, como Mendes-Gonçalves (2000) e Cecílio (2001), e em outros trabalhos encontramos este tema como categorias de análise: Rodrigues & Assis (2005) que analisam a dinâmica organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal em um município da Bahia; Pinheiro (2001) levanta questões sobre os limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde, a partir da relação entre demanda e oferta no cotidiano dos trabalhadores de saúde; Hortale, Pedroza e Rosa (2000) trazem o tema da oferta e da demanda quando discutem o acesso e a descentralização da saúde. Na área da economia, um trabalho de Marinho (2004), apresenta um modelo analítico geral para representar a oferta e a demanda de internações em hospitais.

Dentre os poucos trabalhos do campo da Saúde Coletiva que relacionam o tema da oferta e demanda aos hospitais, destacamos a produção de Travassos e outros (2000) que estudam a equidade no consumo dos serviços de saúde relacionando com as dimensões geográficas e sociais; de Castro, Carvalho e Travassos (2005a, 2005b) que se propõem a identificar fatores associados às admissões hospitalares no Brasil, analisando se essa utilização é equitativa e identificando características associadas aos grandes usuários e ao analisar o uso de serviços hospitalares no Brasil, incorporando informações sobre a oferta de serviços de saúde.

Nesse sentido o presente estudo, no qual analisamos a oferta e a demanda dos serviços do hospital geral público de uma realidade específica, reveste-se de importância por possibilitar a ampliação da produção científica sobre o tema e suscitar reflexões críticas sobre o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, tendo em vista o processo de regionalização do sistema como parte das estratégias descentralizadoras do SUS.

Além disso, acreditamos que a investigação poderá contribuir para a gestão da saúde em Feira de Santana e no Estado da Bahia frente à realidade estudada ao demarcar a relevância da regionalização proposta pelo SUS, ao perpassar por um processo político com articulação entre diferentes atores sociais e a organização de um sistema de referências intermunicipais.

No processo de regionalização da saúde na Bahia, identificamos que o Estado foi subdividido em 7 Macro-Regiões de saúde de acordo com o PDR (BAHIA, 2004)<sup>1</sup>, que correspondem às áreas com proximidade geográficas e características semelhantes: Região Nordeste, Norte, Sudoeste, Sul, Extremo-Sul, Oeste e Centro-Leste. O município de Feira de Santana faz parte da Região Centro-Leste, composta por 89 municípios, que estão divididos em 5 micro-regiões com uma população total de 2.124.553 habitantes.



Fonte: BAHIA, 2004.

**Figura 1 – Mapa do PDR – BA, 2004.**

O processo de descentralização da saúde, em Feira de Santana, foi desencadeado a partir da década de 90. Somente no ano de 1995, o município se habilitou para gestão incipiente e já no final da década, em 1997, passa a condição de Gestão da Atenção Básica com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), quando começou, então, a receber recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde (ASSIS, 1998b).

---

<sup>1</sup> Apesar da Bahia possuir um novo Plano Diretor de Regionalização editado em 2005, e que reorganiza o Estado em oito Macro-Regiões, utilizaremos neste estudo, o PDR de 2004, pois era o plano vigente no período inicial da pesquisa.

Segundo Queiroz (2002), a implementação do SUS em Feira de Santana como uma política de saúde, sofre os reflexos configurados pelo atraso observado em quase todo o Estado da Bahia, por problemas políticos do próprio Estado e do Município que não priorizam as políticas públicas.

Em 2004, Feira de Santana tornou-se um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, nos termos da NOAS 01/2002, publicada através da Portaria GM nº 352, de 09 de março de 2004 (BRASIL, 2004) e passou a regular e controlar os serviços prestados pela rede hospitalar de Feira de Santana a outros municípios. O HGCA por ser um dos maiores hospitais públicos do Estado, com 250 leitos, atende cerca de 127 municípios da Bahia. Inaugurado desde 1984, o hospital possui uma grande representatividade para a população, prestando serviços de média e alta complexidade.

Dessa forma, a presente investigação apresenta como objeto a análise da oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), no processo de descentralização da saúde. Para tanto, tomará como estratégia de gestão, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), no município de Feira de Santana e sua área de influência<sup>2</sup>, a partir da implementação da gestão plena do sistema municipal, no período de 2004-2006.

Neste estudo, a oferta de serviços de saúde compreende a disponibilidade, o tipo e a quantidade de serviços e recursos, sejam financeiros, humanos ou tecnológicos destinados à atenção à saúde (TRAVASSOS e outros, 2000). Para a autora, a oferta sofre influência de fatores como a localização geográfica dos estabelecimentos, da cultura médica e da ideologia do prestador. Ao conceituar a demanda, seguiremos o pensamento de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), que classifica a demanda como a busca ativa por intervenção, e de Travassos e outros (2000) ao denominá-la como a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Para alcançar os objetivos, sistematizamos algumas indagações:

Como estão organizadas a oferta e a demanda dos serviços de saúde produzidos no HGCA no processo de descentralização da saúde em Feira de Santana, no período de 2004-2006?

---

<sup>2</sup> A área de influência que consideraremos neste estudo será composta pelos seis maiores municípios da Macro-Região Centro-Leste, depois de Feira de Santana, que também são considerados referências para municípios menores dentro de suas Micro-Regiões. Delimitamos este recorte após etapa exploratória melhor descrita na metodologia do trabalho.

Quais os serviços de saúde ofertados pelo HGCA por especialidade médica e por tipo de atendimento?

Quais as demandas atendidas no HGCA e acordadas na Programação Pactuada Integrada (PPI) no município de Feira de Santana e sua área de influência?

A oferta e demanda de serviços de saúde se organizam, muitas vezes, não em função das necessidades da comunidade, mas pelo tipo de serviço prestado pelas unidades de saúde, ou seja, pela forma de organização da assistência médica. A oferta de ações se caracteriza, de acordo com Merhy (1997a), por um cardápio de intervenções a serem realizados pelos mais diferentes profissionais e nos mais variados lugares, através de um processo individual e coletivo. No processo de produzir os serviços de saúde, o trabalhador deveria tomar como finalidade, atender as necessidades de saúde dos usuários. Contudo, as necessidades de saúde são necessidades de reprodução social, segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) e por isso não se conformam homogeneamente em uma sociedade.

Neste sentido, ao analisar o acesso, Assis, Villa, Nascimento (2003, p. 816), referem que o acesso não é igualitário, mas “convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados”. Seletivos pela “desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário”, excludente por restringir a entrada de usuários e “condicionar o direito à assistência universal” e focalizado, por limitar o atendimento público a determinados serviços ou programas.

A construção da relação entre oferta e demanda de serviços de saúde é resultante de embates, conflitos e contradições, pois não levam em consideração apenas às motivações dos usuários, mas dependem dos determinantes organizacionais como custo, acessibilidade, mão-de-obra (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000). Por isso, a indução da oferta de alguns serviços, pode gerar uma demanda que não represente, verdadeiramente, uma necessidade de saúde.

Este estudo traz como objetivos:

Analisar a oferta e a demanda dos serviços de saúde produzidos pelo HGCA no processo de descentralização da saúde com base na Programação Pactuada Integrada, no período de 2004-2006.

Descrever os serviços de saúde ofertados pelo HGCA – Feira de Santana – por especialidade médica e por tipo de atendimento à saúde.

Caracterizar a demanda atendida no HGCA e acordadas na PPI no município de Feira de Santana e na área de influência.

## 2 BASE TEÓRICA E METODOLOGIA DO ESTUDO

### 2.1 BASE TEÓRICA

#### 2.1.1 O processo de descentralização na construção do sistema de saúde brasileiro

A Constituição Federal, promulgada em 1988, consagrou a descentralização política das ações e de serviços de saúde conforme mostra em seu Artigo 198, ao determinar que as ações e os serviços públicos de saúde devem se integrar em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e com a participação da comunidade.

O SUS preconiza como princípios norteadores, a **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, a **integralidade da assistência**, o **controle social** através da participação popular, a **equidade**, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos, a orientação programática e a **descentralização político-administrativa**. Esses princípios foram sendo elaborados, principalmente, a partir da década de 80, quando ocorreu uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passou a ser considerada pela sociedade civil organizada (associações, sindicatos e partidos políticos), como direito de cidadania. Esta participação popular teve papel importante para a anuência das políticas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, consubstanciadas no SUS, conforme análise de LUZ (2001).

Por isso, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é um marco para as diretrizes do SUS e representou o ambiente democrático da formatação político-ideológica do projeto da Reforma Sanitária, da qual emergiram novos sujeitos políticos e contou com a participação popular. Dela emergiram concomitantemente, dois processos, um, **no executivo**,

com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em substituição das Ações Integradas de Saúde - AIS (até 1987), que já tinham iniciado a estratégia de descentralização da saúde e a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que entrou em “cena como um novo ator social” [destaque nosso] para lutar pela criação do Sistema Único de Saúde e pela descentralização das ações e serviços de saúde; e outro, **no legislativo**, com a incorporação do conceito ampliado de saúde, na Constituição Federal de 1988, que no seu texto, coloca, também, o Estado como responsável pela seu provimento (MENDES, 1999; ANDRADE, 2001).

Pela primeira vez, segundo Luz, (2000, p.302), pode-se falar no Brasil em uma “política pública no país, que busca, ao menos, no seu discurso, a descentralização e a desconcentração em proveito de instâncias intermediárias de poder institucional, sob controle social”, por meio da participação em Conselhos (estaduais, municipais e locais). Por isso, complementa Carvalho e Santos (1995), que a municipalização é o grande avanço do SUS e essa proximidade “governo-comunidade” favorecem ao usuário conhecer os responsáveis, aumentando sua participação enquanto cidadão.

Apesar da Constituição ter sido promulgada em 1988 e das inovações trazidas no seu texto, grande parte dessa descentralização política que é o SUS, ficou sem regulamentação até o final dos anos 80. Para Carvalho e Santos (1995), e Mendes (2001), a legislação infraconstitucional, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, (Lei Orgânica da Saúde – LOS), reiterou a diretriz da descentralização.

A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o funcionamento dos serviços, e a Lei 8.142/90, além de reparar os vetos feitos pelo Presidente da República Fernando Collor de Melo, também dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e repasses financeiros (ANDRADE, 2001; CARVALHO e SANTOS, 1995).

Durante o Governo Collor, no início da década de 90, ocorreu a implantação do modelo neoliberal com o início de um processo de “desmonte das políticas públicas”, o que se ampliou nos dois períodos do Governo de Fernando Henrique Cardoso. Concretamente, para Luz (2000) a proposta do Estado neoliberal, é limitar-se ao nível mínimo, deixando em “mãos” privadas, filantrópicas ou voluntárias, as atividades do setor social, secularmente definidas como funções públicas essenciais.

Para Soares (2000), a idéia de redução do tamanho do Estado e das privatizações no modelo neoliberal visa à redução dos gastos, eliminando o déficit público, os dois grandes causadores da inflação. Entretanto, as conseqüências do ajuste neoliberal, para equilibrar as finanças, tem sido acompanhado de prejuízos na área social, na política e na economia.

De forma aparentemente paradoxal, como sugere Luz (2000), o Estado neoliberal tende a favorecer a descentralização, pois, ao mesmo tempo em que a instância federal centraliza o repasse de recursos ao agir como financiador dos Estados e Municípios; o Estado também transfere funções e responsabilidades para as unidades periféricas do poder público e, conseqüentemente, “o poder central livra-se do ônus político, social e econômico que representam a Saúde e a Previdência” (LUZ, 2000, p.304).

A operacionalização da descentralização foi definida através das Normas Operacionais Básicas (NOB) para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam o Sistema Único de Saúde. Essas regulamentações, editadas durante a década de 90, representaram um instrumento para assegurar a efetiva transferência de ações, funções e serviços para as esferas de governo mais periféricas.

A primeira NOB que foi editada em 1991, a NOB SUS 01/91, criou a unidade de cobertura ambulatorial (UCA), os critérios para transferências de recursos federais para os estados e municípios, expressando ainda uma cultura “inampsiana” e também instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, exigindo a formação dos Conselhos Municipais de Saúde, a criação do Fundo Municipal de Saúde para o repasse de verbas Fundo a Fundo, a elaboração de planos municipais de saúde, relatórios anuais de gestão e plano de carreira para os profissionais da saúde.

Segundo Carvalho (2001, p. 438), “esta norma é comemorada como um avanço por quem não estava vivendo a situação e nem entendia da nova legislação”, entretanto, considera que a criação do Conselho, Fundo, Plano e Relatório de Gestão já estavam previstos na legislação 8.080/8.142. E acrescenta ainda, que “para quem tinha muita expectativa e esperança de uma implantação correta do SUS, a NOB-91 foi quase uma afronta”.

O repasse de recursos era através de um mecanismo conveniente, o que implica acordo de vontades, quando a saúde na Constituição é de competência e responsabilidade das três esferas de governo. Entre outras críticas está também o fato desta norma, desconsiderar a vigilância epidemiológica e sanitária.

A norma seguinte, a NOB SUS 01/92, foi resultante das várias forças envolvidas na época, no sentido de conter a descentralização, mas não trouxe grandes modificações em relação a NOB 91, apesar da contribuição do movimento municipalista e da definição do conceito de integralidade que procura explicar as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO, 2001).

Neste ano de 1992, aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Saúde: municipalização é o caminho” e avaliou como “incipiente” o processo de descentralização e municipalização existentes no período (MENDES, 2001). Neste momento, o país passava por uma mobilização política/ social e uma expectativa de avanço democrático, com o *impeachment* do Presidente Collor, em 1992, tendo como desdobramento a constituição, na gestão da saúde, de um grupo técnico/ político do movimento sanitário, Grupo Especial de Descentralização (GED)<sup>3</sup>, vinculado à vertente de descentralização/ municipalização.

Em 1993, foi publicada a NOB SUS 01/93, que se expressa no documento “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”. Segundo Andrade (2001) e Carvalho (2001), a “NOB 93” definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS, nas três esferas de governo.

Na NOB SUS 01/96, definiu-se a base de financiamento da saúde, a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), a execução das ações e serviços por parte do poder público municipal e a regulamentação das responsabilidades dos Estados e União.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS) 01/2001, “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação dos municípios” (BRASIL, 2001).

No caso da mudança do modelo de gestão e habilitação municipal ao SUS, Arretche (1999, p. 121), afirma que “a adesão envolve o custo político e financeiro de arcar com a responsabilidade pública pela oferta universal de serviços de saúde, em condições de elevada incerteza, quanto ao fato de que o governo federal venha efetivamente a cumprir com sua função de financiamento do sistema”. Paralelamente, supõe que o município disponha de uma

---

<sup>3</sup> Atualmente o grupo de apoio técnico à descentralização da saúde é a Rede Cooperasus que se configura como um espaço de intercâmbio, articulação e compartilhamento de informações e experiências no campo da gestão em saúde.

dada capacidade técnica, instalada que o habilite a desempenhar as funções previstas em cada uma das condições de gestão.

Souza (2001) argumenta, que “do ponto de vista do financiamento, a NOAS SUS 01/2001 propõe um aumento do componente de financiamento federal, calculado em uma base *per capita*” (p. 454), e isso foi importante para a ampliação do processo de descentralização nos municípios, na medida em que assinala uma tendência de superação da lógica anterior, orientada fortemente pela oferta preexistente de serviços.

Na perspectiva da descentralização dos serviços de saúde e da conformação de redes assistenciais que pudessem oferecer acesso integral aos serviços de saúde, a regionalização e a hierarquização apresentam-se, a partir das NOAS, como pressupostos e, ao mesmo tempo, como formas organizativas do SUS que visa operacionalizá-los com racionalidade de meios e de fins. A hierarquização divide a atenção integral à saúde em níveis e a regionalização trata da distribuição espacial de serviços de saúde de qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região (CARVALHO; SANTOS, 1995).

A regionalização pretende uma racionalidade dos serviços de saúde, para que os municípios não esgotem, em seu território, todos os procedimentos de assistência à saúde, devendo manter ações de saúde nos seus vários níveis de complexidade, interligando-se em uma rede única de saúde, referenciando os usuários do sistema. Do contrário, segundo Carvalho e Santos (1995), um dos objetivos principais da regionalização, que é integrar e racionalizar serviços, evitando duplicidade de meios, não será conseguido, produzindo-se, ao contrário, efeitos perversos, como deixar de provê-los onde estes se fazem necessários, e manter ou criar serviços onde não há necessidade.

Na Bahia, com a publicação da NOB 01/91, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), desencadeou um processo incipiente de descentralização da Gestão do Sistema de Saúde em 17 municípios, todavia, não houve mudanças na relação destes municípios com o Estado. Somente a partir da publicação da NOB 01/93, 151 municípios foram incluídos formalmente ao SUS até o ano de 1995.

Em 1996, o processo de descentralização das ações de saúde, avançou no Estado, mas com atraso. Entre os 181 municípios inseridos no processo de descentralização, 177 foram incluídos na Gestão Incipiente e quatro na Gestão Parcial, conforme a NOB 01/93 (BAHIA, 1998).

A NOB 01/96, considerou na Bahia, 185 municípios habilitados para a Gestão Plena da Atenção Básica e três para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (BAHIA, 1998). Um instrumento importante no processo de implementação da NOB 01/96, foi a Programação Pactuada Integrada (PPI), envolvendo todas as regiões e municípios. A PPI tem como principal objetivo, organizar o fluxo da assistência em âmbito regional, englobando as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças.

Entretanto Arretche, (1999), ao analisar a descentralização da saúde no Brasil, expõe que a Bahia apresentava as mais baixas taxas de municipalização em relação ao país, visto os escassos recursos próprios e a ausência de incentivos por parte do governo estadual. “O Estado da Bahia, com apenas 8% de seus municípios com população superior a 50 mil habitantes, em uma região cuja receita própria média *per capita* dos municípios, com tamanho populacional inferior a esta cifra, é inferior a R\$ 10,00, foi gerido por sucessivos governos desfavoráveis à municipalização” (p.134).

Na análise de Mendes (2001), a criação e o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde, são resultados positivos para a descentralização dos serviços públicos de saúde, mesmo que ainda sejam motivo de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas. A descentralização do SUS tem estimulado o controle público dos serviços de saúde, com a criação dos conselhos e a construção da cidadania.

O município de Feira de Santana, desde 2004, habilitou-se na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, nos termos da NOAS 01/2002 (BRASIL, 2004), refletindo o atraso das políticas descentralizadoras no município, mas, assim como outros, foram impulsionados a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

No tópico a seguir que discute a Programação Pactuada Integrada trataremos dos instrumentos criados nos níveis central e estadual para organizar a rede de serviços de saúde e concretizar a descentralização da mesma, por meio da pactuação entre os municípios que fazem parte de uma área de influência.

### 2.1.2 Programação Pactuada Integrada como instrumento de gestão do SUS

A Programação Pactuada Integrada (PPI), constitui um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo, (ANDRADE, 2001).

A proposta de uma Programação Pactuada Integrada (PPI), como inovação na gestão do sistema, foi lançada inicialmente através da NOB 96, e através dela, traduzem-se as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, enquanto instrumento negociado entre gestores.

Diferentemente das NOBs anteriores, através da NOAS 01/2001, a PPI passa a ser uma exigência preliminar e obrigatória para o processo de qualificação das microrregiões no âmbito da assistência de saúde, logo, a classificação de cada microrregião está condicionada a comprovação da PPI, implantada sob coordenação do gestor estadual. Além da apresentação do Plano Diretor de Regionalização do Estado, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES), incluindo o desenho de todas as microrregiões, da habilitação dos municípios e do termo de garantia de acesso firmado entre os gestores municipais.

Além da PPI, a NOAS propõe para a operacionalização da regionalização, a utilização de termos de garantia de acesso firmado entre os gestores, para organizar as referências intermunicipais, definição de prioridades de intervenção, elaboração de um Plano Diretor de Investimentos (PDI), para corrigir lacunas assistenciais (SILVA, 2001).

A programação é um instrumento de organização do sistema de saúde, que deve ser coerente com as estratégias de regionalização, definidos preliminarmente para o Estado, visando a melhoria do acesso e da resolubilidade da atenção nos diversos níveis. “Essa programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios” (ANDRADE, 2001, p.69).

Por isso, o principal objetivo da PPI, é realizar as pactuações, nas quais são definidos quantos e quais são os serviços de saúde que a população terá acesso em seu

município e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, no sentido de definir os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço.

Do ponto de vista operacional, cada eixo programático (vigilância epidemiológica, sanitária, assistencial, entre outros), apresenta especificidades e instrumentos próprios, resultando que, todos os municípios programarão ações assistenciais e de vigilância, contudo é necessário o “mapeamento” da situação de saúde, com vistas a identificação das “microrregiões assistenciais”, em função do fluxo da oferta e demanda, pois existem municípios que têm capacidade de executar apenas ações básicas, enquanto outros podem também realizar procedimentos de média e alta complexidade e internações hospitalares.

Na PPI, cada município, além de programar sua oferta, pode programar a “compra” de serviços em municípios de sua microrregião, dotados de maior capacidade de oferta. Dessa forma, a programação segue parâmetros que levam em consideração a capacidade instalada nos municípios do Estado e estabelece uma comparação em relação às necessidades de saúde da população.

Em 2002, foi editada a Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. A presente Portaria considera, “que a descentralização das ações e serviços de saúde, nos estados e municípios, para a consistência de um efetivo Sistema Nacional de Saúde, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada entre os gestores” e considera ainda, “a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS, datados de mais de vinte anos, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e as necessidades da população”.

Com a PPI estabelece-se um processo que visa fundamentalmente a racionalização das relações, entre a oferta e demanda das ações e serviços, com vistas a aproximá-las das necessidades de saúde da população<sup>4</sup>.

Na Bahia, a relação entre a oferta, necessidades e o “teto físico” dos procedimentos assistenciais são desiguais. Existe concentração de determinados serviços em municípios-pólo e escassez em outros, sem uma correspondência com a distribuição territorial da população, nem com o seu perfil epidemiológico e, conseqüentemente, sem adequação com a distribuição da oferta de saúde e demanda de serviços para população (BAHIA, 1998).

---

<sup>4</sup> Uma discussão mais aprofundada sobre este assunto será retomada adiante.

Silva Filho (2000), confirma esses dados na Bahia, quando afirma que os hospitais e unidades públicas mistas, que ofertam serviços de urgência e emergência, ações de maior complexidade e atendem às especialidades médicas, concentram-se, na sua maior parte, na capital e nas maiores cidades do Estado. Isso provoca uma concentração de oferta de serviços de saúde na capital e nas maiores cidades, “canalizando” o fluxo de pacientes do interior para os grandes centros, em praticamente todas as áreas da saúde, principalmente na hospitalar, o que reforça a tendência identificada pela quantidade de ambulâncias e outros transportes rodoviários, demandando-os para estes locais.

As metas pactuadas entre os municípios na PPI, passam a compor um Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, estabelecido entre os estados e os municípios que assumem o atendimento de referências, que negociaram entre si, sendo que os recursos financeiros da execução dos procedimentos serão transferidos para o Fundo Municipal de Saúde dos municípios, onde forem executados os procedimentos/ serviços de saúde.

Esse processo de regionalização, incentivado através das NOAS, requer articulação entre os gestores municipais, e destes com o gestor estadual para promover a “garantia do acesso a ações resolutivas, para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala”, (SOUZA, 2001, p.454). Por isso, a implantação da PPI, apesar das limitações da capacidade de planejamento, negociação e coordenação das Secretarias Municipais e da Secretaria Estadual de Saúde, possibilitou construir relações de compromisso entre os municípios da Bahia.

### **2.1.3 Oferta X demanda aos serviços de saúde**

Existem várias formas de se conceituar demanda e oferta nos serviços de saúde. Assim, esses “termos”, podem ser tomados como categorias de análise, para estudos econômicos, funcionalistas, e também, utilizados como marcadores para identificar a garantia da integralidade nos serviços de saúde.

A idéia de que a integralidade pode ser analisada através da oferta e da demanda parte do pressuposto que essas categorias (oferta e demanda) e sua relação são construídas de

maneira dinâmica, resultante de uma ação social dos agentes envolvidos nesta relação. Dessa ação social são considerados a objetividade e a subjetividade, as falas e as práticas nos serviços das instituições (PINHEIRO, 2001).

Travassos e outros (2000), relacionam o conceito de oferta de serviços de saúde à disponibilidade, ao tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, o estilo político adotado pelas instituições, entre outros aspectos que interferem no padrão de “consumo” dos serviços de saúde.

O conceito de demanda está relacionado com o uso dos serviços, com a atitude de procurar, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Assim, o “consumo” dos serviços de saúde é representado pela “busca ativa” por intervenção (TRAVASSOS E OUTROS, 2000; SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 2000).

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves, (2000), essa “busca ativa” caracteriza a demanda e sua origem é o “carecimento”, “algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital, que pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir, vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; até mesmo uma situação que reconhece como ‘uma falta’, algo de que carece, como, exemplo, uma informação” (p.29). Portanto, para os autores o conceito de necessidades passa pelo resultado das intervenções sobre qualquer destes “carecimentos”.

Cecílio, (2001), sintetiza o conceito de demanda como uma solicitação explícita, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário, por isso as considera mais amplas que as demandas. Como as escolhas individuais são cruciais para a determinação das próprias necessidades e demandas, nem todas as necessidades se convertem em demandas, assim como nem todas as demandas podem ser atendidas. “Na verdade, demanda, em boa medida, são necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem” (p.116).

Essa discussão sobre necessidades de saúde pode ser tomada sob vários aspectos, pois necessidade é um termo complexo e polissêmico. Então, é neste sentido, que procuramos discorrê-lo a partir deste ponto.

A taxonomia adotada por Cecílio (2001), trabalha com a idéia de que as necessidades poderiam ser apreendidas pelos trabalhadores e está organizada em quatro conjuntos. O primeiro está relacionado com a “maneira como se vive”, condições de vida, no sentido funcionalista e condições de trabalho e processo produtivo das sociedades, no sentido

marxista. O segundo está relacionado ao “acesso a toda tecnologia capaz de prolongar a vida”. O terceiro diz respeito à criação do vínculo entre o usuário e trabalhador ou equipe de saúde e o quarto diz respeito “à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia”.

Para Campos (1992), o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é definido pela necessidade de cada pessoa, em cada momento singular que vive. Stoz (2006), por sua vez, reconhece que “em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não serem sentidas e, estas, por sua vez, serem expressas, transformando-se em demandas”.

Neste sentido, Schraiber e Mendes-Gonçalves, (2000), coadunam com Stotz quando também consideram que as necessidades são sociais, no sentido que os “carecimentos” são criados e recriados na vida em sociedade. E por esse motivo, acrescentam que as necessidades podem ser resultado de uma manipulação ideológica e política, isto é, mesmo que uma necessidade não seja potencialmente de todos os indivíduos de uma sociedade, esta pode ser transmitida através do convencimento como se fosse uma necessidade de todos e na mesma intensidade.

Na produção de serviços de saúde, os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade, atender as necessidades de saúde dos grupos sociais que compõem um território. E para a Saúde Coletiva, atendê-las, deveria significar apreender o conceito da determinação social do processo saúde/doença e considerar o usuário pertencente a um meio social. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde precisariam compreender e incorporar a complexidade do conceito das necessidades de saúde, para que a atenção torne-se mais humanizada e qualificada (CAMPOS, MISHIMA, 2005; CECÍLIO, 2001).

Ao resgatar a discussão sobre a oferta e a demanda de serviços de saúde, consideramos, então, que ambas se organizam, muitas vezes, não em função das necessidades da comunidade, mas pelo tipo de serviço prestado pelas unidades de saúde e pela forma de organização da assistência médica. O processo de oferta de ações se caracteriza, de acordo com Merhy (1997a), por um cardápio de intervenções a serem realizados pelos mais diferentes profissionais e nos mais variados lugares através de um processo individual e coletivo.

Segundo Assis, Villa, Nascimento (2003, p. 820), “os usuários delimitam o acesso à sua condição sócio-econômica, pois consideram que a oferta dos serviços públicos fica na

dependência da capacidade de intervenção do Estado e na organização da rede de atendimento”.

Em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez serem expressas, transformando-se em demandas. Demandas podem ou não manifestar necessidades. Oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isso, sejam sentidas (STOTZ, 2006).

Na perspectiva de atender as necessidades de saúde por meio de um processo de delimitação de “patamares” de demandas definiram-se os níveis tecnológicos progressivos da assistência: o nível básico, o médio e o complexo. Esses níveis assistenciais estão organizados em formato de uma pirâmide que foi incorporado no ideário de construção do SUS, como uma proposta de regionalização e hierarquização dos serviços. A pirâmide, então, é uma representação da racionalização do atendimento por níveis de complexidade, de forma que o fluxo de usuários seria ordenado de baixo para cima ou de cima para baixo, por meio de mecanismos de referência e contra-referência. O nível de atenção básico seria a “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde, representado pela ampla base das unidades de saúde. Na parte intermediária da pirâmide, estariam localizados os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento em urgência e emergência e os hospitais gerais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 2000; CECÍLIO, 1997).

A pirâmide expressa a intenção da universalização do acesso aos serviços de saúde, a mudança do modelo, centrado no hospital para a atenção nos espaços das unidades básicas de saúde, ampliando as práticas de prevenção à doença, a racionalização dos custos e dos serviços de saúde, dentre outras. Essas idéias, presentes na construção do SUS, foram difundidas e defendidas por todos os agentes do setor de saúde que carregaram a forma da pirâmide como representação do sistema de saúde voltado para o ideário de justiça social.

Entretanto, Cecílio (1997) afirma que a “porta de entrada” mais representativa do sistema continua sendo os hospitais, através dos seus serviços de urgência e emergência, e dos seus ambulatórios. “Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios, nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital” (p. 471). O sistema ainda

recebe crítica quanto ao acesso que é difícil, a espera por consultas especializadas e cirurgias eletivas.

Este mesmo autor propõe novos fluxos dentro do sistema, “redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas” (CECÍLIO, 1997, p.474). Repensar o sistema de saúde, então, como um círculo, tira o hospital do “topo”, como a pirâmide induz a imaginação, e o coloca de forma horizontal em relação aos outros serviços.

No entanto, para o hospital adquirir uma condição de horizontalidade em relação aos outros serviços de saúde, se faz necessário (des) construir o agir em saúde dos trabalhadores que efetivamente exercem o cuidar nestas instituições, muitas vezes, valorizando mais os recursos físicos que o próprio usuário; (des) construir a sua posição de autônomo nas políticas de saúde, e de modo mais amplo, (des) construir a centralidade do hospital historicamente aceita, que discutiremos no tópico a seguir.

#### **2.1.4 A centralidade do hospital na rede de serviços de saúde**

Se voltássemos no tempo e nos encontrássemos com o nascimento do hospital, verificaríamos que antes do século XVIII, ele era essencialmente uma instituição de assistência, de separação dos pobres, voltado para recolhê-los de modo a evitar o contágio das doenças. Por isso, na sua origem, esta instituição não tinha a função de salvar vidas, já que centrava a atenção ao pobre que estava morrendo para dar-lhe a assistência material e espiritual através de religiosos e leigos (FOUCAULT, 1992; PITTA, 1999). Assim, para Foucault (1992, p.102) “assegurava-se [...] a salvação da alma do pobre, no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres”.

O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia médica, cumprindo as finalidades terapêuticas é fato relativamente recente, e tem como marco os trabalhos realizados na Inglaterra e França (1775-1780), que se constituíram nas primeiras sistematizações de olhar o hospital como instituição terapêutica, com a finalidade de

desenvolver um programa de reforma e reconstituição dos hospitais (PITTA, 1999; FOUCAULT, 1994).

A organização hospitalar iniciou-se com a anulação das desordens, através da disciplina, da vigilância permanente, inicialmente instalada nos hospitais militares antes de ser realizada através da técnica médica.

Neste sentido, Foucault (1992, p.107) afirma: “a formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, a disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica”.

Pitta (1999, p.42), utiliza a prática hospitalar para examinar em que momento o ofício<sup>5</sup> de curar se transforma em tecnologia e insere uma dupla ordem de técnicas no campo das práticas, “as técnicas do poder disciplinar – disciplinando o coletivo de corpos em desarranjo social, e as técnicas de cuidados médicos – introduzindo seus ritos e saberes instrumentalizados pela Clínica, enquanto tecnologia individual”.

Na medida em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico, para Foucault (1992), passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar e assume, até certo ponto, o seu funcionamento econômico, naquele momento, privilégio das ordens religiosas.

Para Foucault (1992), essa inversão das relações hierárquicas no hospital e a tomada do poder pelo médico são manifestadas no ritual da visita ao leito do doente, pois até o século XVIII, este não aparecia nesta instituição e suas ações ficavam restritas às consultas privadas nos domicílios; a partir daí, adquire prestígio e passa a ser considerado sábio, o médico que tiver maior experiência hospitalar. O hospital então passa a configurar-se como um lugar de cura e também de formação de médicos (1780-1790), onde o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática dos médicos, então, o indivíduo é observado, seguido, conhecido e curado.

Como nos fala Pitta (1999), ao doente cabe confiar no médico e na medicina, comunicando suas experiências e ao técnico (médico) manter-se distante dos doentes, colocando-os na posição de “infante”, frente às autoridades do hospital, e a cada momento que são utilizados símbolos, como linguagem técnica e como expressão de dominação.

---

<sup>5</sup> “Ofício (do latim *officiu*) dever, onde o modo de fazer, além de transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido introyetado de dever, de fazer ‘o todo’ necessário para que a atividade aconteça” (PITTA, 1999, p.42).

Para Assis (1998a), o médico é o principal agente da prática e do conhecimento, pautado no paradigma biomédico, e interpreta o fenômeno saúde/doença através do corpo do “doente”, como objeto de saber e espaço da doença. Dessa forma, a relação estabelecida entre o médico e os outros indivíduos, está centrada nessa concepção que subordina o homem ao saber médico científico. Por isso, historicamente, a sociedade, de modo individual e coletivo, vêm incorporando esta concepção ao longo do tempo, conformando o comportamento de subordinação ao saber dominante.

Os autores Campos (2003) e Luz (1986), comentam que os homens vêm criando instituições<sup>6</sup> para alterar o padrão cultural das pessoas e moldá-las, normatizando suas condutas. E, para Campos (2003), as instituições de saúde, no decorrer da história, foram importantes para moldar algumas condutas da sociedade em relação a sua própria saúde. Assim, a instituição saúde organizada em “aparelhos especializados”, por exemplo, chegou a pretender no século XX, exclusividade na definição do que seria ou não vida saudável, estando na medicina a capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas, como um “árbitro” através do seu discurso competente sobre temas ligados à vida, sobre estar doente ou estar saudável.

Para Foucault, citado em Luz (1986), uma das formas institucionais mais importantes de controle das classes sociais pelo poder dominante, se faz através da manipulação dos corpos, o qual representa para a maioria das camadas sociais, um instrumento de trabalho neste modo de produção capitalista, como fazem as instituições de saúde.

A clínica, no decorrer dos anos, ganhou recursos tecnológicos e isso representou um avanço para a medicina no século XX, contudo, os procedimentos e as tecnologias passaram também a ser mais valorizados que a própria cura. De acordo com Campos (2003, p.81), o trabalhador da saúde “deixou-se de avaliar uma série de procedimentos, curou ou reabilitou alguém, para se afirmar apenas, se tal ou qual procedimento foi ou não cumprido”.

Essa “evolução” científica pela qual a sociedade vem passando, representada pelo acréscimo de saber e aumento na produção de conhecimento, resultou para Barembliitt (1996) em aplicações tecnológicas que aceleraram o chamado progresso. Isso gerou o aparecimento de intelectuais, “*experts*”, conhecedores desta nova estrutura e processo da sociedade que, em

---

<sup>6</sup> Instituição: “conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais)” (LUZ, 1986, p.30).

geral, têm se colocado a serviço das entidades e das forças que são dominantes na sociedade capitalista.

Assim, os saberes das comunidades ficam alienados, subordinados ao saber dos “*experts*”. Na medida em que “a sociedade civil, têm-se visto despossuída de um saber que tinham acumulado através de muitos anos, acerca de sua própria vida, de seu próprio funcionamento” (BAREMBLITT, 1996, p.15).

A população incorporou socialmente o modelo de assistência à saúde centrado na prática médica com poder de atuar na produção da cura, relacionada ao biologicismo, na qual a prática médica centraliza a sua conduta no atendimento às queixas e a partir delas gerar condutas. No imaginário da população de uma sociedade capitalista, também foi enraizado o padrão de que uma boa assistência médica implica em uso sistemático de recursos tecnológicos, inúmeros exames para se conhecer um corpo fragmentado e sanar as doenças.

No Brasil, a maior parte da produção de serviços voltada para o atendimento individual é realizada por unidades de saúde, organizadas segundo a lógica da prática liberal e a captação de clientela por parte dos serviços hospitalares, continua em moldes tipicamente liberais, exceto quanto a algumas alterações dos mecanismos de financiamento da atenção. Cada hospital, mesmo integrado ao SUS, desfruta a mais completa autonomia quando da seleção de sua clientela (CAMPOS, 1992; ASSIS, 1998a).

O hospital, dentro da rede de serviços, representa uma instância centralizadora do cuidado em saúde, e dentre as causas deste fato, destacamos a capacidade de atendimento em todos os níveis assistenciais que esta instituição oferta em seu espaço, por isso, na rede de serviços, as emergências e prontos-socorros dos hospitais, assumem as principais, “portas de entrada”, para estas pessoas que incorporaram, ao longo do tempo, os “complexos médicos”, como reflexo de produção da cura.

Nos hospitais contratados, os doentes são selecionados pelos médicos componentes do corpo clínico, por meio de uma de suas portas de entrada. Via de regra, uma seção de pronto-socorro ou de pronto-atendimento e raramente através de ambulatórios, que praticamente desaparecem do esquema organizativo dessas instituições (CAMPOS, 1992).

Assis, (1998a, p.203), ressalta que a emergência do Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana, objeto desde estudo, constitui-se na principal “porta de entrada” do atendimento hospitalar para o município e para toda a Micro-Região, pois “é o único serviço que se propõe a atender a todos os agravos que ali demandam, em consonância

com os preceitos constitucionais que asseguram a universalidade da atenção à saúde” e cumpre também um papel de inibidor das tensões sociais. A realidade dos serviços de saúde de Feira de Santana retrata a forma de produção dos serviços de saúde do Brasil, no qual o hospital abarca a totalidade dos níveis de complexidade do sistema.

## **2.2 BASE METODOLÓGICA**

### **2.2.1 Tipo de Estudo**

No processo de construção do estudo, a pesquisa documental emergiu como principal técnica de coleta de dados e nesse sentido, adquiriu um caráter central na pesquisa, tendo em vista o volume de fontes documentais primárias levantadas. A principal característica desta técnica é o uso de fontes que ainda não tenham recebido tratamento analítico e, além disso, valoriza a abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, ou desvelando aspectos novos de um tema ou problema, condizente com a presente pesquisa.

Optamos por desenvolver um estudo orientado pelas abordagens qualitativa e quantitativa, que segundo Minayo (1999), a experiência de trabalhar com as duas abordagens mostra que em lugar de se oporem, os estudos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

Acreditamos que a opção por utilizarmos dois métodos neste estudo trouxe benefícios, pois, ambos os métodos contribuem para a compreensão da realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre o outro.

A abordagem qualitativa, parte do princípio de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma “interdependência viva” entre o sujeito e o objeto, um “vínculo indissociável” entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O objeto também

não é um dado inerte e neutro, ele está carregado de significados e relações que os sujeitos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1998). Mas, nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências além das relações históricas, representações, pontos de vista e a lógica interna dos sujeitos em ação (MINAYO, 1999).

### 2.2.2 Técnicas de Coleta de Dados

Utilizamos a **pesquisa documental** como central na análise, e de maneira complementar, a **observação livre e sistemática** (APÊNDICE C), da “porta de entrada” do pronto-socorro do hospital.

Alguns autores (ALVES-MAZZOTTI, 2002; MARCONI; LAKATOS, 1996), referem que a pesquisa documental pode ser utilizada como única técnica de dados ou também ser combinada com outras formas de coletar dados.

Na medida em que iniciamos as visitas ao campo de estudo, entramos em contato com vários documentos pertinentes ao objeto desta pesquisa. Tivemos acesso aos relatórios de gestão do Estado e do Município, os quais nos possibilitaram apreender as responsabilidades de cada uma destas esferas de governo com o hospital; os mapas estatísticos do HGCA, os livros de registro do Pronto-Socorro, de altas e óbitos hospitalares, levantando um volume relevante de informações referentes à produção de serviços desta instituição, entre outros documentos, que também consideramos importantes e que suas informações deveriam ser consideradas. Desse modo, a seleção das fontes acompanhou a definição dos objetivos do trabalho para evitar que houvesse uma mudança do foco central estudo.

Tivemos a preocupação de assegurar as condições em que os dados foram obtidos, analisando as informações para descobrir possíveis incoerências ou contradições e evitar, assim, a reprodução de equívocos.

Para complementar os dados levantados através da análise documental, utilizamos a observação livre no primeiro momento de contato com a instituição, pois buscávamos compreender o fluxo dos usuários à “porta de entrada”, através do pronto-socorro do HGCA e no segundo momento da observação, optamos por utilizar a observação sistemática, pois dirigimos o olhar, para responder questões mais precisas, como as demandas ao hospital, a resolubilidade, a referência, e para isso utilizamos um caderno de anotações, no qual

registramos separadamente cada um dos usuários que procuraram o serviço, de modo que obtivemos informações sobre os motivos que desencadearam a procura pelo hospital, sobre os atendimentos e encaminhamentos, se àqueles usuários receberam ou não atendimento, e se foram encaminhados para outros estabelecimentos de saúde. O período da observação, que compreendeu o primeiro trimestre do ano de 2006, proporcionou a visualização das relações estabelecidas entre os usuários e os trabalhadores de saúde.

### **2.2.3 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos da pesquisa caracterizaram-se, indiretamente, pelos 212 usuários que procuraram os serviços do HGCA e os trabalhadores do hospital durante a etapa da observação sistemática. E, esclarecemos que o pesquisador não manteve diálogo com os usuários no momento da observação, apenas se limitou a observar de forma sistemática o fluxo da demanda, no momento do atendimento no Pronto-Socorro.

### **2.2.4 Estratégias Metodológicas do Estudo**

A metodologia adotada busca relacionar a organização da oferta dos serviços, produzidos no HGCA neste período, através dos seguintes documentos: relatórios de produção, cadastro nacional do estabelecimento, junto ao Ministério da Saúde, livros de registro e mapas estatísticos, com a demanda pelos serviços de saúde, representada em alguns documentos como o termo de compromisso e relatório de gestão municipal, detalhados no Quadro 2.

No decorrer do trabalho, identificamos que o HGCA é um hospital que tem uma grande abrangência dentre os municípios do Estado da Bahia e para um melhor recorte do objeto e redefinir a amostra do estudo, procedemos a uma etapa inicial (exploratória),

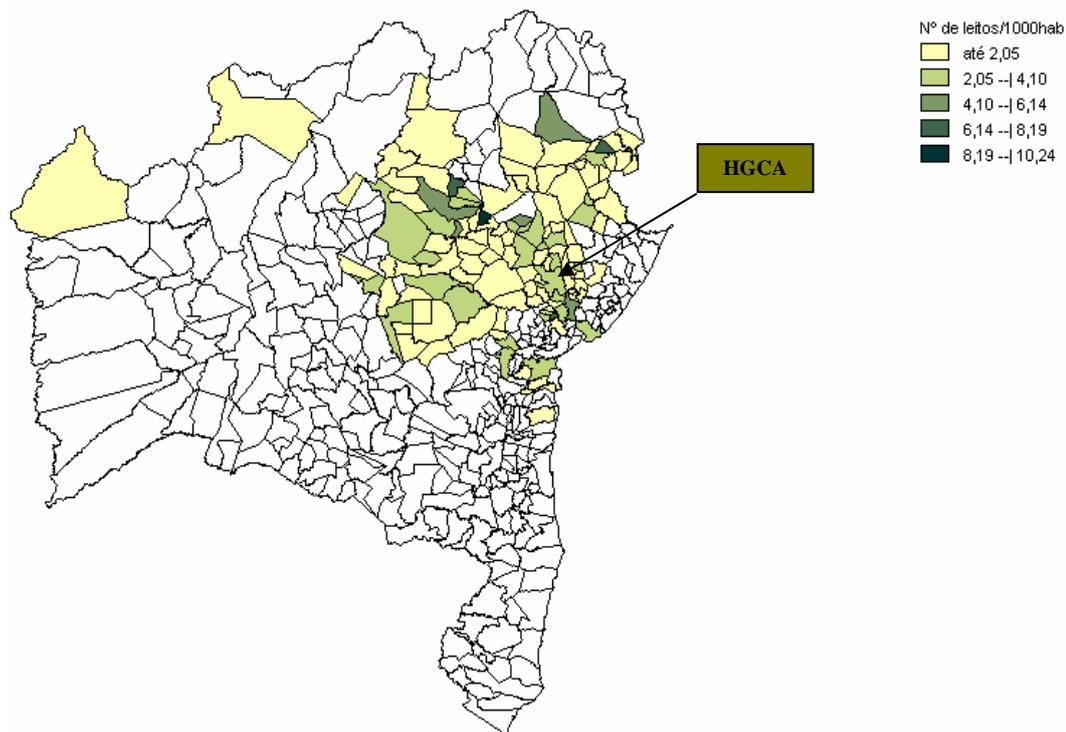
caracterizada como a primeira etapa metodológica. Em seguida, passamos para a etapa central do estudo, que foi a análise documental e de forma complementar, a etapa que compreendeu a observação livre e sistemática.

### **Primeira Etapa: exploração do campo empírico**

Para recortar o estudo e delimitar os municípios do Estado da Bahia a serem analisados, inicialmente, realizamos um levantamento dos municípios por Macro Regiões que estão pactuados com Feira de Santana e o HGCA, e de suas respectivas populações, e sua rede hospitalar.

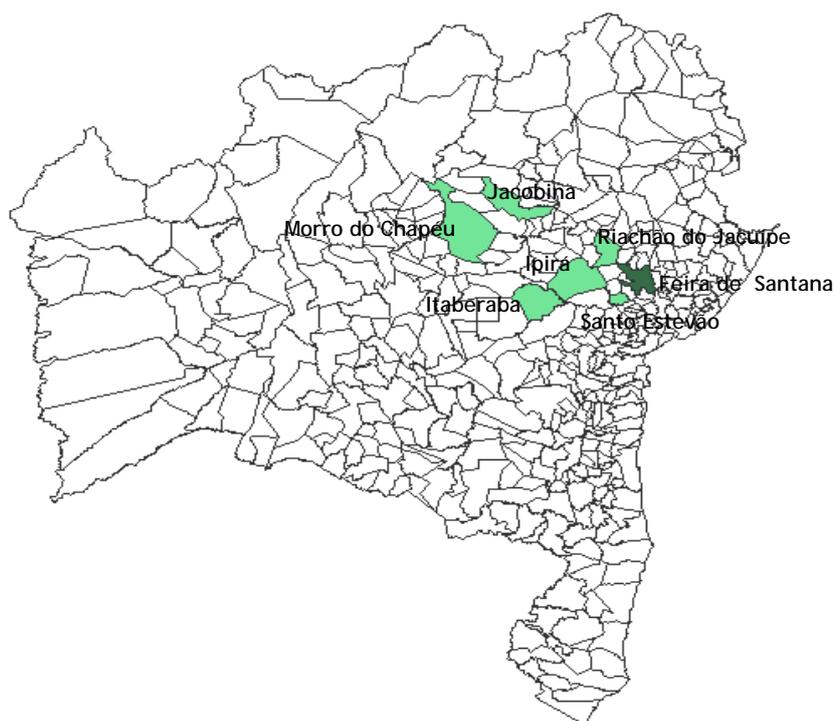
Neste levantamento preliminar foi consultado a Programação Pactuada Integrada (PPI), documento disponível na Secretaria Municipal de Saúde, para identificar os municípios que regularam serviços de saúde com o HGCA. Posteriormente, comparamos os dados com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), para identificar os municípios da Bahia distribuídos por Macro-Regiões e Micro-Regiões, e os números que mostravam suas respectivas populações. Passado esta fase inicial, procedemos a segunda etapa do levantamento preliminar, realizando uma pesquisa na base de dados do Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS via *Internet* para identificar a rede hospitalar de cada município. Dessa forma, identificamos o número de hospitais credenciados ao SUS, o número de leitos hospitalares totais e por especialidade, descritos nos Apêndices A e B.

O mapa abaixo ilustra como estão distribuídos no Estado da Bahia e os municípios que pactuaram serviços com Feira de Santana e a relação dos leitos hospitalares por habitante, nestas localidades.



**FIGURA 2 - Número de leitos por 1000 habitantes dos municípios que pactuaram com o Feira de Santana – BA, 2004-2005.**

A partir de então, elaboramos os critérios para exclusão de alguns municípios, partindo do pressuposto de que as cidades localizadas mais próximas do HGCA, teriam maior frequência de seus munícipes ao hospital, e de que aquelas com uma maior população, estariam mais bem estruturadas em sua rede de saúde para oferecer assistência à sua população. Por isso, foram excluídos os municípios não pertencentes a Macro-Região Centro-Leste, e os com uma população inferior a 30.000 habitantes. Neste sentido, foram selecionados para este estudo os municípios de Feira de Santana, Riachão do Jacuípe, Santo Estevão, Morro do Chapéu, Ipirá, Jacobina e Itaberaba, que estão localizados no Estado da Bahia como ilustra o mapa abaixo:



**FIGURA 3 – Municípios do Estado da Bahia selecionados para compor o estudo, 2004.**

Trata-se dos sete maiores municípios que compõem a Macro-Região Centro-Leste, segundo o PDR-BA (2004), e são sedes de módulos assistenciais da referida Macro-Região, sendo referências para os municípios menores de cada Micro-Região, listados no Quadro 1.

**QUADRO 1 – Distribuição dos Municípios da Macro-Região Centro-Leste da Bahia, segundo população e rede hospitalar, jul/2005.**

| Município          | População | Rede Hospitalar |              |
|--------------------|-----------|-----------------|--------------|
|                    |           | Nº de Hospitais | Nº de Leitos |
| Feira de Santana   | 480.949   | 7               | 1.152        |
| Jacobina           | 76.492    | 2               | 419          |
| Ipirá              | 61.746    | 3               | 73           |
| Itaberaba          | 58.943    | 3               | 195          |
| Santo Estevão      | 41.145    | 2               | 41           |
| Morro do Chapéu    | 34.494    | 2               | 100          |
| Riachão do Jacuípe | 31.633    | 3               | 93           |

Fonte: IBGE, 2005.

Dentre os municípios selecionados, Feira de Santana é a cidade com a maior população e a maior rede hospitalar. Jacobina, Ipirá e Itaberaba são também municípios com população acima de 50 mil habitantes e Santo Estevão, Morro do Chapéu e Riachão do Jacuípe, com população superior a 30 mil habitantes.

Feira de Santana é sede da 2ª DIRES<sup>7</sup> e possui uma população de quase meio milhão de habitantes, encontra-se como sede do módulo assistencial com 11 municípios. Ipirá, Santo Estevão e Riachão do Jacuípe que são as cidades mais populosas da Micro-Região da 2ª DIRES, depois de Feira de Santana, cada uma delas é sede de módulos assistenciais com três, quatro e sete municípios, respectivamente. O município de Jacobina é sede de um módulo assistencial com oito municípios e, também, sede da 16ª DIRES. Morro do Chapéu, 16ª DIRES, é sede do módulo com dois outros municípios e Itaberaba, é sede da 18ª DIRES, e possui 15 municípios na sua microrregião.

## **Segunda Etapa: análise documental**

A **análise documental** consistiu em encontrar os documentos necessários para a pesquisa e ordená-los para proceder a análise relacionada ao objeto em estudo, tendo início nos três últimos meses de 2005 e se estendeu até os três primeiros meses de 2006. As fontes documentais foram desde os registros de produção do hospital, em setores específicos para atender aos objetivos da pesquisa, até cadastro nacional do estabelecimento, obtido através da *Internet*. De forma que todos os documentos utilizados estão numerados e descritos no Quadro 02.

---

<sup>7</sup> Diretoria Regional de Saúde - DIRES

**QUADRO 2 – Tipos de documentos utilizados na análise.**

| <b>Doc.</b> | <b>Tipo do documento</b>  |
|-------------|---|
| 1.          | Mapas estatísticos do HGCA – 2004/2005  |
| 2.          | Livros estatísticos da emergência –2005   |
| 3.          | Livros de registro de alta das clínicas – 2004/2005   |
| 4.          | Livros de registros de Óbitos das Clínicas – 2004-2005  |
| 5.          | Programação Pactuada Integrada – Bahia – 2003   |
| 6.          | Termo de Compromisso entre entes públicos - 2005  |
| 7.          | Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde - 2004  |
| 8.          | Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana – 2004                   |
| 9.          | Programação Físico-Orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde e os municípios pactuados - 2004 |
| 10.         | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES através do DATASUS ( <i>Internet</i> )     |

Ressaltamos que para a construção da história do HGCA, utilizamos fontes documentais que não fizeram parte da análise documental, como o Diário Oficial do Estado da Bahia (BAHIA, 1984), no entanto, foram necessárias para o resgate dos fatos ocorridos na fundação da instituição.

### **Terceira Etapa: observação Livre e Sistemática**

Utilizamos a **observação** no Pronto-Socorro do HGCA, para identificarmos as demandas que chegavam à instituição, principalmente pelo setor de urgência e emergência, durante os dias da semana (terça e quinta-feira) e um final de semana (sábado e domingo), no mês de março de 2006, sendo registrada em um caderno de anotações de modo sistematizado.

Os tipos de observações utilizadas foram: a observação livre, no primeiro momento, que teve duração de um dia, e a sistemática, no segundo momento. No primeiro momento, interessava-nos acompanhar o fluxo dos usuários e o acompanhamento da dinâmica da entrada do Pronto-Socorro daquele hospital, por isso, não utilizamos roteiro. Buscávamos apreender os fatos como aconteciam no seu espaço real e ao utilizarmos a observação livre, optamos por nos deslocarmos de um lado a outro no Pronto-Socorro, de forma que, enquanto pesquisadora, pudesse visualizar a dinâmica do serviço pelo olhar do usuário: de frente para os trabalhadores, sentados no banco de espera.

O segundo momento consistiu na observação sistemática, que foi escolhida após termos vivenciado a dinâmica do Pronto-Socorro e sentirmos a necessidade de diminuirmos o nosso “campo de visão” e direcionarmos a observação de forma mais direta com o objetivo de compreender a dinâmica de organização da demanda no Pronto-Socorro do HGCA, que assim se conforma: número de pessoas que procuraram o serviço, as queixas relatadas para justificar a procura, a resolubilidade, a referência e a contra-referência realizada no hospital, portanto, escolhemos realizar a observação sistemática posicionados dentro do Serviço de Atendimento Médico e Estatística - SAME (recepção), assim a olhar do trabalhador de saúde frente aos usuários, também pode ser apreendido pela pesquisadora.

## **2.2.5 Tratamento e Análise do Material Empírico**

Os dados quantitativos obtidos a partir da análise documental passaram por uma análise descritiva das suas informações. Através desta análise, buscamos destacar as frequências e percentuais variáveis que emergiram dos relatórios e outros documentos selecionados neste estudo.

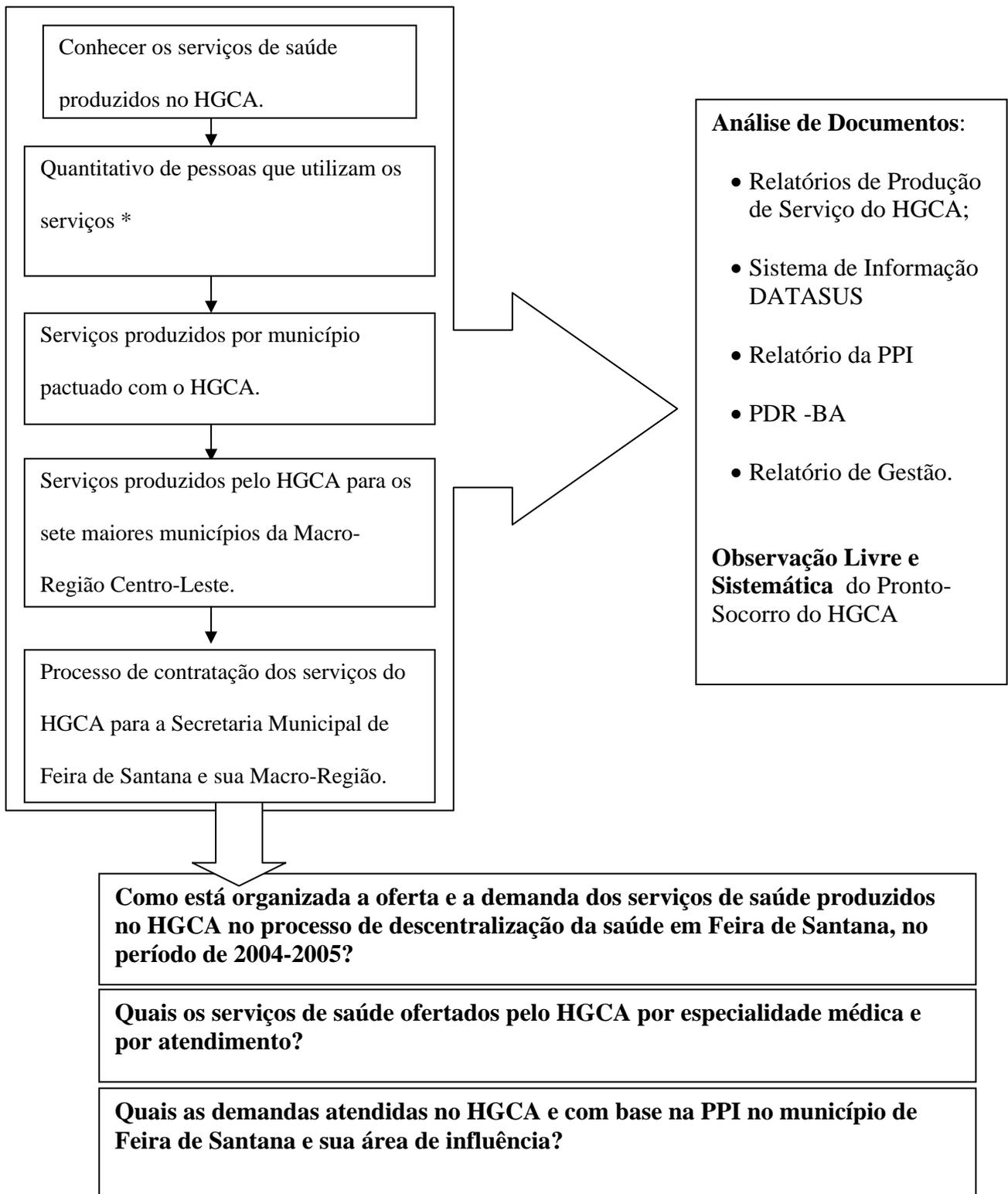
A análise qualitativa foi sistematizada seguindo o método de análise de conteúdo proposto por Triviños (1992) e retraduzido por Assis & Jorge (2005, digitado).

Na análise ou tratamento do material empírico busca-se ultrapassar a incerteza, enriquecimento da leitura e a integração de descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análises, articulando o empírico com o teórico no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, idéias e valores, e na ação particular, coletiva e social.

Para as autoras, a contribuição trazida por Triviños (1987), está na análise crítica, reflexiva e dialética que é produzida através dos discursos e das vivências dos sujeitos da situação, baseados na construção do conhecimento que orienta não somente o recorte objetivo da realidade, mas também a diferenciação dos fenômenos sociais. Isso possibilita a apreensão das intersubjetividades nos discursos, evidenciando as relações humanas e sociais de forma dinâmica, histórica e contextualizada.

A sistematização da análise foi orientada pela proposta de Minayo (1999), compatível com as proposições de Triviños: assim sistematizada: ordenação, classificação e análise final dos dados.

Na etapa de **ordenação dos dados** realizamos a organização do material, segundo o fluxograma a seguir (Figura 4), pois esta etapa compreendeu a fase de leitura inicial do material, para proporcionar um primeiro contato com os dados empíricos. Esse primeiro olhar, forneceu as primeiras impressões em relação ao conteúdo. Desse modo, a leitura dos documentos foi direcionada pelo fluxograma, de modo que os conteúdos deveriam conduzir às respostas dos problemas em estudo.



**FIGURA 4 - Fluxograma 1 – Ordenação dos Dados**

A segunda etapa de **classificação dos dados** correspondeu à fase de agregação, enumeração das representações dos conteúdos e das codificações que orientaram a escolha das unidades de análise.

O processo de codificação consiste em sistematizar, transformar e agrupar os dados em unidades de registro, de contexto e temática que descrevam características relevantes (ASSIS; JORGE, 2005, digitado). Para o presente trabalho, adotamos unidades de contexto como orientadoras da análise e discussão dos resultados.

O Quadro 3 visualiza a sistematização da análise relacionada à oferta dos serviços e à demanda dos usuários para o HGCA.

**QUADRO 3 – Esquema de análise documental em relação à oferta de serviços do HGCA e à demanda dos usuários para o HGCA.**

| Unidades de contexto | Documento 1 | Documento 2 | Documento 3 | Documento ... | Documento 10 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| Oferta               |             |             |             |               |              |
| Demanda              |             |             |             |               |              |
| Síntese Vertical     |             |             |             |               |              |

Para análise da observação, utilizamos o “fluxograma analisador do modelo de atenção em um serviço de saúde” (Merhy, 1997b), que é uma ferramenta que permite analisar os serviços de saúde, no intuito de perceber algumas situações e características sobre o trabalho no cotidiano das instituições de saúde.

O fluxograma é “um diagrama muito usado em diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si, em torno de uma certa cadeia de

produção” (MERHY, 1997b, p. 73). Por isso, o autor considera que qualquer serviço assistencial de saúde pode ser analisado por este diagrama e que, além de representar o que acontece com os serviços de saúde, pode esquematizar e operar, também, sobre os processos de trabalho nele existentes.

No entanto, ressaltamos que a presente investigação não adotou como foco de análise o processo de trabalho em saúde, as proposições analíticas de Merhy (1997b) possibilitaram circunscrever o fluxo do atendimento à demanda no Pronto-Socorro do hospital, espaço empírico do estudo.

Para Merhy (1997b), bastaria a observação de um dia do funcionamento de um serviço de saúde, para montar o fluxograma, pois, do ponto de vista de um modelo, um dia é igual a outro.

Por fim, realizamos a **análise final dos dados** colhidos, através dos documentos e articulamos o conteúdo com o material empírico apreendido nas observações. Isso possibilitou uma análise ampliada da oferta e demanda dos serviços produzidos pela instituição em foco, relacionando as ao referencial teórico proposto para a análise dos dados.

### **2.2.6 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O presente estudo obedeceu aos critérios éticos exigidos, para realização de pesquisas que envolvem seres humanos. A coleta de dados só foi iniciada, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, que aconteceu no dia 05 de setembro de 2005. Para realização da coleta dos documentos pertencentes às instituições e a observação livre do pronto-socorro do hospital, enviamos cartas às direções, solicitando autorização para manusear os documentos e observar de uma maneira geral, a demanda por atendimento (Apêndice D).

Em relação à observação, os trabalhadores de saúde do hospital, que atuavam na porta de entrada do hospital, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E), autorizando o pesquisador a observar o cotidiano de suas ações de saúde. Os dados levantados na observação sistemática foram registrados em um caderno de anotações, e estão disponíveis à direção do hospital, caso deseje ter acesso às informações. Os usuários,

que procuram o atendimento no HGCA, e os trabalhadores de saúde não foram identificados em nenhum momento do estudo, mantendo o anonimato dos participantes.

Os possíveis riscos estavam relacionados à interpretação dos documentos, da demanda que procura o atendimento e das entrevistas. Portanto, asseguramos respeitar a integridade: moral, intelectual, social e cultural dos participantes da pesquisa, já que em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa, envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1996).

Em contrapartida, os benefícios que podiam ser gerados a partir dela, estavam ligados diretamente com a formulação de políticas de saúde, tanto dos municípios envolvidos, como para o Estado. O estudo poderá contribuir na organização do sistema local de saúde, na definição do modelo de atenção à saúde adequado e na (re) definição do papel do hospital no município e na sua Macro-Região.

Ressaltamos, que os documentos foram identificados no decorrer do texto, segundo a seqüência numérica utilizada na fase de ordenação do material empírico, e os registros da observação, receberam um código, também numérico, pela ordem do dia da observação no Pronto Socorro do hospital, que assim descrevemos: “observação n. ° 1” para identificar o primeiro dia da observação, “observação n. ° 2” para o segundo dia e assim sucessivamente.

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo central apresentamos os dados empíricos que foram trabalhados na pesquisa, as unidades de contexto que emergiram do tratamento realizado a partir da análise de conteúdo dos documentos, com base em Minayo (1999), e articulados com a observação livre e sistemática, utilizando o fluxograma analisador proposto por Merhy (1997b).

Na primeira parte, contextualizamos o Hospital Geral Cleriston Andrade, dentro da rede de serviços e no processo de descentralização da saúde, resgatando desde a sua história, até a sua importância e influência para Feira de Santana e municípios pactuados.

Na segunda parte, discorreremos sobre a oferta de serviços do hospital a partir dos documentos analisados, no sentido de identificar a capacidade desta instituição, em oferecer procedimentos para atender às necessidades de saúde dos usuários que o procuram. Esse conceito de oferta está baseado na disponibilidade, tipo e quantidade de recursos e serviços discutidos por Travassos e outros (2000), e que foi norteador para as análises da produção de serviços do hospital, em relação aos municípios selecionados no estudo.

Na terceira parte, trazemos a discussão da demanda dos usuários ao referido hospital, consideradas como a tradução das necessidades dos indivíduos para a busca dos serviços (CECÍLIO, 2001), a partir das análises dos documentos que contextualizaram a temática, e da observação livre e sistemática instrumentalizado pelo fluxograma analisador de Merhy (1997b), da qual emergiram, além do fluxo de usuários à “porta de entrada”, a participação dos trabalhadores de saúde nos “espaços intercessores” (MERHY, 1997b, 2002) que é o encontro entre o trabalhador e o usuário.

### 3.1 O ESPAÇO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO – Hospital Geral Clérison Andrade

#### 3.1.1 O Surgimento do HGCA

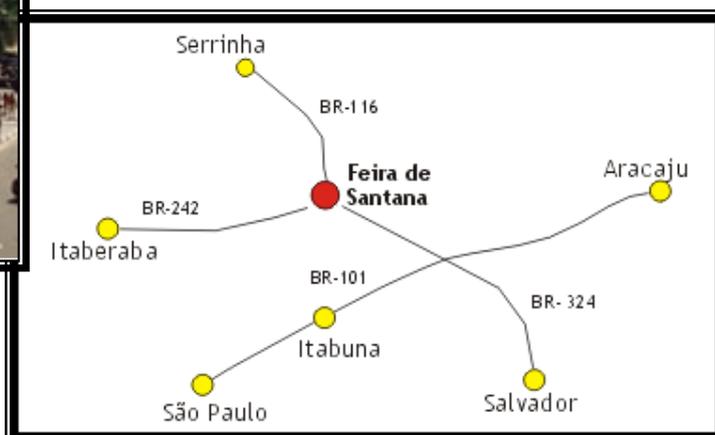
O Hospital Clérison Andrade foi construído na cidade de Feira de Santana para beneficiar um total de 42 municípios circunvizinhos, cerca de 800 mil habitantes (BAHIA, 1984). A cidade é a segunda maior da Bahia e está situada a 108Km da capital do Estado, Salvador. Este município é o maior entroncamento rodoviário do Estado da Bahia, servindo de ponto obrigatório de passagem, a quase todos os que demandam ao Norte/ Nordeste e ao Sul do país, através das rodovias: BR 101, 116, 324, BA 052, 502. Esta localização geográfica e sua característica como eixo rodoviário, facilita a migração de pessoas e o fluxo de demandas para o hospital geral deste município.



Fonte: [www.feiradesantana.ba.gov.br](http://www.feiradesantana.ba.gov.br)

**FIGURA 5 - Praça J. Pedreira em**

**Feira de Santana, 2006.**



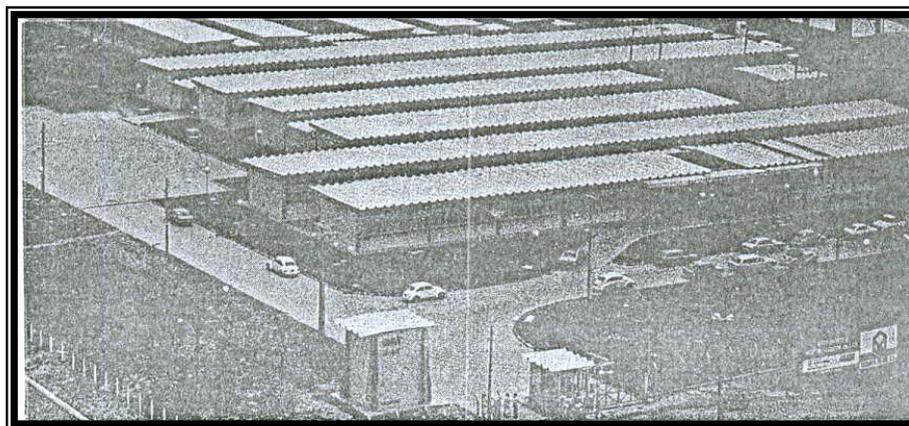
Fonte: [www.feiradesantana.ubbihp.com.br](http://www.feiradesantana.ubbihp.com.br)

**FIGURA 6 – Principais rodovias que passam pela região de Feira de Santana.**

Além disso, as prioridades para o setor saúde, em Feira de Santana, “parecem obedecer a razões econômicas e a interação de elementos, cujos interesses estão relacionados às forças que se estabelecem entre os distintos grupos sociais – partidos políticos que estão na arena decisória, corporações profissionais e empresários da saúde” (ASSIS, 1998a). A inauguração do Hospital aconteceu no dia 15 de março de 1984, pelo então governador do Estado, João Durval Carneiro, em comemoração de seu primeiro ano de governo, cujas obras foram iniciadas no governo anterior. O nome do Hospital foi uma homenagem ao ex-candidato ao governo do Estado, Clériston Andrade, que morreu em acidente aéreo e foi substituído pelo Sr. João Durval Carneiro (BAHIA, 1984b).

Naquela época, o referido hospital era considerado um dos mais modernos e bem equipados do Estado da Bahia. Construído em 9 mil metros quadrados da área total do terreno de 40 mil metros quadrados, sendo projetado de forma horizontal (em nível térreo) e dispendo de 12 unidades, localizadas em oito blocos intercalados e divididos em: área administrativa; área assistencial, nas quais ficavam as unidades de internação hospitalar, hemoterapia e laboratório de análises clínicas, por exemplo; área de pronto-socorro e de apoio, com cozinha, refeitório, lavanderia e farmácia. Dessa forma, por se tratar de um hospital geral e de referência para o interior da Bahia, atendia às diversas especialidades: pediatria, clínica médica, obstetrícia, cirurgia, emergência, análises clínicas, ortopedia e fisioterapia (BAHIA, DO,1984,c).

O hospital foi inaugurado, inicialmente, com 150 leitos e capacidade para atender 1.200 pacientes por dia, através das várias especialidades médicas, e foi planejado para servir “como centro de triagem, evitando o deslocamento desnecessário de pacientes dos municípios vizinhos a Feira de Santana para Salvador” (BAHIA, DO 13/04/1984).



Fonte: Diário Oficial do Estado da Bahia, 15 de março de 1984.

**FIGURA 7 – Foto aérea do HGCA na época da inauguração, em 1984.**

Para prestar assistência, no primeiro momento, foram contratados 330 trabalhadores. Destes, 49 eram médicos, 30 enfermeiros, quatro assistentes sociais, um nutricionista, um farmacêutico, um odontólogo, um laboratorista, 41 agentes de serviços de saúde, 46 auxiliares de enfermagem, 38 agentes administrativos, 13 artífices de confecção de roupas e calçados, um artífice de copa, câmara e cozinha, um técnico em contabilidade, um técnico em administração, três técnicos em laboratório, um técnico em radiologia e 98 agentes de portaria (BAHIA, 1984a).

Entretanto, apesar do hospital ter sido inaugurado em março de 1984, o mesmo não entrou em atividade, visto que estava aguardando a autorização da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) (HGCA, 2004).

Em maio do mesmo ano, ocorreu um surto de gastroenterite em Feira de Santana e o hospital iniciou o funcionamento das suas unidades para prestar assistência e contribuir para o controle daquele surto. Por isso, no primeiro momento, foram abertas as unidades de emergência, maternidade e pediatria que na época, lotaram sua capacidade de leitos com crianças acometidas pela doença. Para identificarmos a dimensão daquele evento, verificamos através de notícia publicada no Diário Oficial do Estado, (BAHIA, 1984a) que, naquele período, a Diretoria Regional de Saúde, sediada em Feira de Santana, já havia comprovado 34 óbitos num período de quinze dias e o governo do Estado estava mobilizado para intensificar a “campanha de educação sanitária” e “liberar recursos humanos e materiais necessários, para corrigir ou melhorar o surto de gastroenterite verificado em Feira de Santana” (p.1).



Fonte: Diário Oficial do Estado da Bahia, 13 de maio de 1984.

**FIGURA 8 – Reunião do Governador do Estado com parte do secretariado sobre o surto de gastroenterite em Feira de Santana, 1984.**

Para Assis (1998a), “o hospital foi inaugurado para responder uma necessidade social, ‘a epidemia de gastroenterite’, no alívio das tensões sociais” (p.126). Não havia uma preocupação com a organização do serviço hospitalar, em relação às ações de saúde, de uma forma mais permanente e qualificada, no alcance de medidas de caráter coletivo e social. No entanto, “o funcionamento do hospital obedeceu a critérios clientelísticos e de instrumentos de poder político” (p.126). Grupos corporativos das associações médicas, como cirurgiões e anestesistas que se aliançavam, canalizavam o atendimento para instituições privadas, argumentando baixas condições de trabalho e falta de material no hospital público.

Isso mostra como no hospital perpassa interesses políticos, aliados a função matricial de cura prestada por estas instituições. Para Merhy (2002), nas organizações de saúde operam campos de tensão, constituídos em espaços de múltiplas disputas e de constituição de políticas, desenhado a partir da ação de distintos atores.

Na história do hospital, evidenciamos que, progressivamente, foram colocadas em funcionamento as clínicas médica e cirúrgica e o bloco operatório, mas foram transcorridos dois anos da inauguração até a funcionamento do centro cirúrgico, apesar de já possuir no seu corpo clínico, médicos cirurgiões e anestesistas (ASSIS, 1998b).

Em 1990, foi instalada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com capacidade para cinco leitos, que em 1992, foi remanejada para um local mais apropriado, ficando próximo do bloco operatório e da emergência. Na reforma de 1996, houve a ampliação da área física da emergência, do seu número de leitos e de profissionais. Novos equipamentos foram adquiridos pelo hospital, como Aparelhos de Raio-X, Ultra-sons, Tomógrafo, Mamógrafo, entre outros, de bio-imagem (HGCA, 2004).

### **3.1.2 O hospital e sua área de influência**

O HGCA é um hospital geral público com grande importância para Feira de Santana e o Estado da Bahia, por isso configura-se como uma referência regional. A área de influência vai além do território da Macro-Região Centro-Leste, a qual, o referido município faz parte. No total, a sua área de influência alcança 127 municípios do Estado, 67 fazem parte da

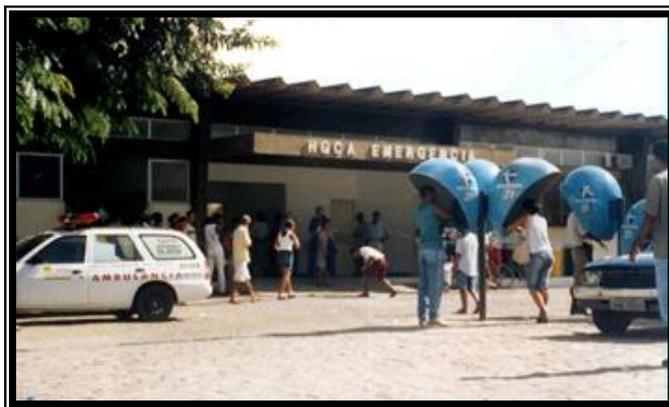
Macro-Região Centro-Leste, 56 são da Macro-Região Nordeste; quatro da Macro-Região Norte; 05 municípios da Macro-Região Sul e um município faz parte da Macro-Região Oeste.

Tal hospital está sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e atende os níveis de complexidade médio e alto, com oferta de serviços ambulatorial, nas diversas especialidades, serviço de internação hospitalar, serviços de diagnóstico terapêutico e atendimentos de urgência e emergência.

O acesso ao hospital acontece através de suas duas portas de entrada. A primeira, é o ambulatório que atende a diversas especialidades médicas, como cardiologia, hematologia, ginecologia, pediatria, e outras. A segunda é a do pronto socorro, que recebe os casos de urgência e emergência, tanto de crianças ou adultos que demandam ao HGCA. O setor de emergência é o “carro chefe”. Essa é principal porta de entrada do atendimento hospitalar em Feira de Santana e toda a região circunvizinha, pois é um serviço que se propõe a atender todos casos emergenciais que ali demandam.

A internação hospitalar pode ser gerada após encaminhamento, através do atendimento ambulatorial, como por exemplo, as cirurgias eletivas, ou do atendimento no pronto socorro, tratamentos clínicos ou cirurgias de urgência e emergência.

Atualmente, tem uma área física de 7.525 m<sup>2</sup>, onde ficam dispostas as 25 unidades compostas por diferentes áreas: uma **administrativa**, onde situam-se as diretorias, as coordenações médicas e de enfermagem; uma área de **apoio interno** do hospital, com Cozinha, Lavanderia, Farmácia, Central de Material e Esterilização e Refeitório; uma área de **apoio diagnóstico** com setores de Bio Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Raio-X; e a área **assistencial** dividida em Clínicas, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatório, Pronto Socorro, UTI, Banco de Leite, Banco de Sangue. O hospital dispõe, atualmente, de mais de 250 leitos (BAHIA, 2004). Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), são 108 leitos de clínica geral, 56 leitos de clínica pediátrica, 53 leitos de clínica cirúrgica, 34 leitos de clínica obstétrica, 10 leitos de UTI adulto, 08 de UTI infantil e 05 de UTI neonatal (BRASIL, 2005).



Fonte: [http://www.feiraon-line.com/feira\\_hospitais.htm](http://www.feiraon-line.com/feira_hospitais.htm)

**FIGURA 9 – Foto atual da entrada do Pronto-Socorro do HGCA.**

Para demonstrar a média de atendimentos realizados nesta instituição, trazemos no Quadro 4 alguns serviços prestados na unidade hospitalar, como a média de pacientes por dia e o número de cirurgias (grande, médio e pequeno porte), na unidade ambulatorial, a média de consultas em todas as especialidades por ano e no setor de diagnóstico, a média de exames laboratoriais, eletrocardiogramas e de imagem (raios-X, ultrasonografia, tomografias e mamografias).

**QUADRO 4 – Média Mensal de Atendimento nos Setores: Hospitalar, Ambulatorial e de Diagnóstico, HGCA, 2004-2005, dez., 2005.**

| Procedimentos      | 2004         | 2005         |
|--------------------|--------------|--------------|
|                    | Média Mensal | Média Mensal |
| <b>Hospital</b>    |              |              |
| Paciente dia       | 6274         | 5809         |
| Cirurgias          | 341          | 424          |
| <b>Ambulatório</b> |              |              |
| Consultas          | 2201         | 2250         |
| <b>Exames</b>      |              |              |
| Laboratoriais      | 44222        | 50230        |
| Radiológicos       | 5608         | 4968         |
| Tomografias        | 421          | 448          |
| Ultrasonografias   | 1025         | 747          |
| Mamografias        | 157          | 67           |
| Eletrocardiograma  | 666          | 643          |

Fonte: Mapa Estatístico do HGCA, 2004-2005.

A partir dos dados do quadro, podemos identificar que o número de cirurgias realizado a cada mês no hospital é baixo em relação ao número de pacientes que são atendidos na unidade hospitalar por mês, e que o laboratório de análises clínicas tem uma demanda superior ao quantitativo de internamento no hospital, e isso significa que o laboratório atende também a demanda externa. O decréscimo, nos exames de ultrassonografia e mamografia, pode ser explicado pelo aumento da oferta desses exames por outros estabelecimentos da rede SUS.

A tabela a seguir, demonstra os valores (em reais), que a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana repassa à Secretaria Estadual de Saúde, do “limite financeiro da assistência de seu município, de forma proporcional ao atendimento da população, residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal” (doc. 6) no HGCA.

**TABELA 1 - Valores para a compra de serviços do HGCA (Ambulatorial e Hospitalar), por mês e anual, segundo Termo de Compromisso entre Entes Públicos, SMS – FSA e SESAB, 2005, fev., 2006.**

| <b>Hospital Geral Cleriston Andrade</b> | <b>Mês</b>            | <b>Ano</b>              | <b>%</b>   |
|---|-----------------------|-------------------------|------------|
| Valores - Ambulatorial                  | R\$ 312.247,49        | R\$ 3.746.969,88        | 40         |
| Valores - Hospitalar                    | R\$ 462.580,12        | R\$ 5.550.961,44        | 60         |
| <b>Total</b>                            | <b>R\$ 774.827,61</b> | <b>R\$ 9.297.931,32</b> | <b>100</b> |

Fonte: Termo de Compromisso entre Entes Públicos, 2005.

Os valores destinados para o atendimento na unidade hospitalar são superiores aos valores para atendimento ambulatorial. Percentualmente 60% dos recursos são para atendimento hospitalar e apenas 40% para o atendimento ambulatorial. No entanto, devemos considerar que os custos com a unidade hospitalar são maiores para a realização de suas atividades.

O HGCA foi o primeiro hospital da Bahia a receber o Título de Hospital Amigo da Criança no mês de julho de 1994, que é patrocinado principalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e concedido aos hospitais que proporcionam o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. O banco de leite do hospital é referência para o Estado e realiza um trabalho consagrado na coleta por meio de doações de

mães que têm mais leite que o necessário para seus filhos, da triagem realizada com exames e através de equipamentos específicos, e a distribuição do leite.

A instituição também desenvolve ações específicas na formação de médicos, com convênio com o Ministério da Saúde e autorização para funcionamento de Residência Médica, nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia, além de ser campo de estágio para formação e qualificação de diversas categorias profissionais: administração, assistência social, enfermagem, odontologia, fisioterapia, bioquímico, técnicos nas áreas de enfermagem e radiologia, de Feira de Santana e outros municípios.

Atualmente, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de dados do Ministério da Saúde, informa que o HGCA possui cadastrados, 532 profissionais da área de saúde, nível médio e superior, com vínculo empregatício nesta instituição. Listamos o percentual destes profissionais na Tabela abaixo.

**TABELA 2 – Número de profissionais cadastrados no HGCA por tipo de ocupação, DATASUS, março, 2006.**

| <b>PROFISSIONAIS</b>   | <b>NÚMERO</b> | <b>%</b>   |
|------------------------|---------------|------------|
| Assistente Social      | 09            | 1,7        |
| Auxiliar de Enfermagem | 221           | 41,5       |
| Bioquímico             | 08            | 1,5        |
| Cirurgião Dentista     | 07            | 1,3        |
| Enfermeiros            | 46            | 8,7        |
| Farmacêuticos          | 05            | 0,9        |
| Fisioterapeuta         | 16            | 3,0        |
| Médicos                | 123           | 23,1       |
| Psicólogos             | 02            | 0,4        |
| Técnico de Laboratório | 33            | 6,2        |
| Técnico em Ortopedia   | 01            | 0,2        |
| Técnico em Radiologia  | 15            | 2,8        |
| Técnicos de Enfermagem | 46            | 8,7        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>532</b>    | <b>100</b> |

Fonte: DATASUS, <http://cnes.datasus.gov.br>, 2006

O maior percentual de profissionais de nível médio e superior no hospital é formado pelos auxiliares de enfermagem que representam 41,5%, seguidos pelos médicos com 23,1%. Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e de laboratório representam menos de 10% cada uma dessas categorias, e os outros profissionais reunidos correspondem a 11,8% do total.

Existem trabalhadores no hospital que foram contratados através do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), após indicação política para trabalharem no hospital, em diversos cargos, nível médio e superior. E dessa forma, muitas vezes, utilizam-se da posição de trabalhadores da saúde, para atender aos pedidos dos políticos da região. Este tipo de evento foi identificado, durante o período de observação do estudo<sup>8</sup>, quando trabalhadores contratados neste regime especial, interrompiam suas atividades no setor em que atuavam, para atender às pessoas, que até mesmo não conheciam - visto o diálogo estabelecido inicialmente por telefone -, encaminhadas por políticos, para que “facilitassem” a resolução de suas necessidades no hospital.

Este regime de contratação de recursos humanos possui regulamentação na Bahia através da Lei n.º 6.677, de 26 de setembro de 1994, e a Instrução Normativa Nº 003 de 12 de junho de 2001 (BAHIA, 2006), expedida pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia, institui a rotina específica para a utilização do REDA, e explica que “o reconhecimento da situação de necessidade temporária de excepcional interesse público, é o ato da competência exclusiva do Governo do Estado”.

Para Pereira (2004), o desmonte do Estado no Brasil, na perspectiva de adaptação do país à dinâmica do capitalismo contemporâneo abre espaço para a essa flexibilização nas relações de trabalho.

A política de gestão da força de trabalho em geral (e, logo, de gestão da força de trabalho em saúde) tem sua direção baseada na estratégia de flexibilização defensiva que seria uma opção de curtíssimo prazo, [alinhada aos princípios do neoliberalismo], com a negação de direitos trabalhistas, generalização dos contratos sociais e abrandamento da legislação (PEREIRA, 2004, p. 374).

Nesta sociedade capitalista, cada vez mais globalizada, e que o Estado tende a diminuir a sua intervenção sobre o funcionamento de suas instituições, deixando para o mercado impor as suas leis, o trabalhador de saúde torna-se como uma peça neste sistema, um simples instrumento que pode ser repostado caso não esteja em boas condições de funcionamento. Entendemos, que na área de saúde, trabalhador, na sua concepção humana e

---

<sup>8</sup> Ainda que não seja objeto de análise neste trabalho.

não de objeto, é essencial para a promoção da saúde, mesmo que a tecnologia dura, como os equipamentos, esteja presente nos estabelecimentos de saúde, são os trabalhadores que conduzem o processo.

### **3.1.3 O hospital como componente da rede de serviços**

O HGCA é o maior hospital público do município de Feira de Santana – BA e oferece “atendimento no nível ambulatorial, de internação hospitalar, de urgência e emergência, e possui serviço de apoio à diagnose e terapêutica (SADT)” (doc. 10), e também é o maior hospital da rede SUS que presta atendimento de Pronto-Socorro 24 horas por dia (ASSIS, 1998b). Além disso, centraliza as ações de saúde, o que lhe confere a característica de ser dominante dentro da estrutura organizativa do sistema de saúde local. A sua localização o torna como unidade de referência para outros municípios do Estado da Bahia com capacidade de ofertar distintas especialidades médicas e exames, constitui um atrativo aos usuários do SUS. Essa representação como lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar os problemas de saúde é histórico e vem sendo construído ao longo do tempo, no que diz respeito ao uso de serviços de saúde (PINHEIRO, 2001).

Desde 2004, quando o município de Feira de Santana foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, segundo a NOAS SUS 01/2002, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou a gestão da assistência, somando à gestão da atenção básica, também a gestão da média e alta complexidade (doc.7). Essa classificação se deve ao fato de que os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, foram concebidos pela lógica da densidade tecnológica e complexidade assistencial, por isso, se organiza por níveis de complexidade e de atenção: baixa, média e alta complexidade. Contudo, “na prática, essa tendência pode ser desmistificada, ao se observar que na própria atenção primária, podem ser exigidas habilidades e práticas de alta complexidade, que reúnam conhecimento de vários campos de saberes” (PINHEIRO, 2001, p.75).

A incorporação desse modelo em forma de pirâmide com a atenção básica na base, a atenção de média no centro e a atenção de alta complexidade no topo, na perspectiva de representar o modelo tecno-assistencial em saúde no SUS, produziu a tentativa de racionalizar o atendimento e organizar o fluxo dos usuários no sistema. A partir dessa idéia de modelo

piramidal, as normas do SUS, procuravam criar mecanismos que direcionassem a essa regionalização. O Plano Diretor de Regionalização da Bahia, (BAHIA, 2004), e a Programação Pactuada Integrada de 2003 (doc. 5), são alguns desses instrumentos previstos, para ordenar a regionalização dos serviços de saúde, de modo que a população tenha acesso aos três níveis de atenção à saúde. No município de Feira de Santana, onde está localizado o HGCA, encontramos esses princípios, em um dos objetivos da PPI do Estado da Bahia que é “a formação de uma rede articulada com oferta organizada de serviços” (doc 5), e confirmamos no trecho do documento 7:

Com a implantação da Gestão Plena, conforme NOAS-SUS 01/2002, Plano Diretor de Regionalização da Bahia e Programação Pactuada Integrada (PPI), foi assegurado recursos para gerir todo o processo de Feira de Santana e municípios pactuados, onde a cidade referida é Pólo da Macrorregião Centro Leste com população de 1.959.599 e sede da microrregião, congregando 21 municípios com população de 964.44 habitantes (doc 7).

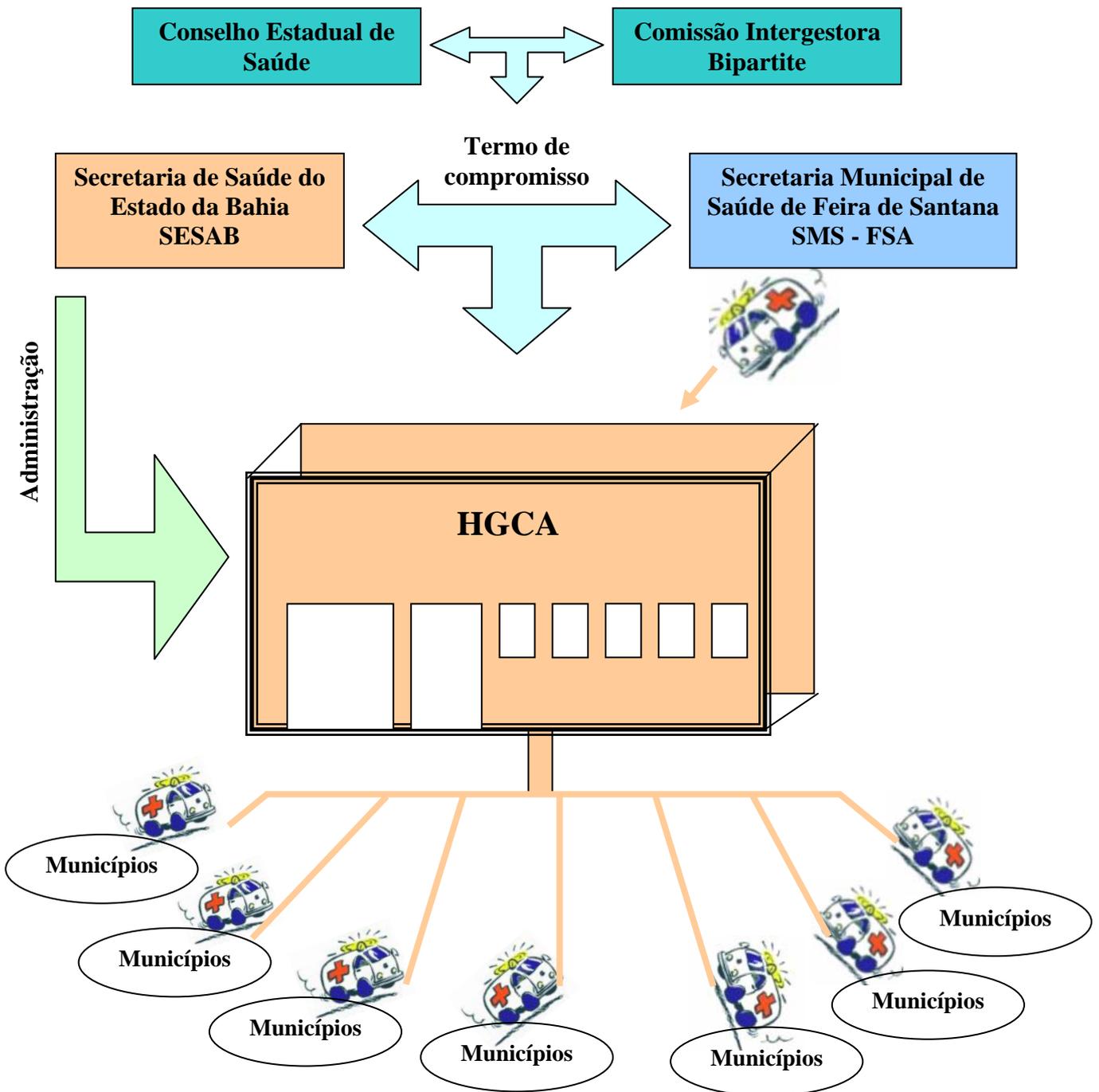
A NOAS SUS 01/2002 prevê como responsabilidade do município em Gestão Plena do Sistema, a gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares próprias e a gerência de unidades assistenciais, transferidas pelo Estado e União. No tocante a isso, o município de Feira de Santana, em consequência da mudança da gestão, firmou com o Estado da Bahia, através de da Secretaria Estadual de Saúde, um termo de compromisso entre entes públicos, transferindo a gerencia das unidades estaduais para a gerência da Secretaria Municipal de Saúde. O presente documento visa a “formalização de contratações de serviços de saúde ofertados e da respectiva forma de pagamento das unidades de saúde estaduais, localizadas no município de Feira de Santana” (doc. 6), inclusive o HGCA.

Este documento é previsto na NOAS e define as responsabilidades do Estado e do Município, quanto ao hospital. Por isso, torna-se importante para o entendimento da vinculação do hospital estadual, na rede de serviços ofertados pelo município aos outros que pactuaram ações com ele.

Na esfera estadual, a Secretaria Estadual de Saúde se compromete, dentre as muitas obrigações, a disponibilizar serviços e recursos, a garantir o atendimento, entre outros, e na esfera municipal, a Secretaria Municipal de Saúde, autoriza o repasse de valores para o

pagamento dos serviços prestados à Feira de Santana e aos outros municípios pactuados (doc. 6).

O fluxograma a seguir procura ilustrar como o hospital se situa frente ao termo de compromisso:



**FIGURA 10 - Fluxograma representativo do hospital estadual na rede articulada dos serviços de saúde.**

O hospital está ligado hierarquicamente a SESAB, assim a administração da estrutura física continua a cargo do Estado, como notamos no Relatório de Gestão 2004 da SESAB, ao revelar que com relação à assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, destaca-se a manutenção dos grandes hospitais de referência estadual e

regional, centros de referência especializados, serviços de ambulâncias, e o financiamento, através de convênios, de construção, reforma ou equipamentos de hospitais e unidades ambulatoriais especializadas, sejam para Prefeituras Municipais ou entidades filantrópicas. O documento ainda cita que o Estado promoveu a implantação de cinco leitos de UTI neonatal, representando o primeiro serviço de terapia intensiva desta natureza no município; reforma geral do hospital com construção de nova área para instituição de complexo de UTI, passando a contar com dez leitos, sendo cinco leitos de pediatria e cinco leitos de UTI adulto e implantação do serviço de Telemedicina, para diagnóstico cardiológico (doc. 7).

No campo da saúde tem sido predominante o privilégio das tecnologias duras, que Merhy (2002) exemplifica como os “equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais” (p.49), para vislumbrar a imagem de modernidade e capacidade resolutiva nos estabelecimentos de saúde. Entretanto, entendemos que a utilização de equipamentos para produzir o cuidado na área de saúde, é necessária, mas isso não significa que é o elemento principal. Por isso, concordamos com Merhy (2002), quando expõe que “o trabalho em saúde, é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente” (p.48), sendo a presença e o modo do trabalhador concreto em colocar em prática os seus saberes e particularidades, constrói o agir em saúde, mesmo que para isso utilize ferramentas, instrumentos ou equipamentos do campo.

Campos (1992), ressalta que são os trabalhadores de saúde que detém o saber e a exclusividade em operar as máquinas e equipamentos do setor da saúde. Os trabalhadores, efetivamente, determinam quando e como utilizar esses recursos. “A incorporação de novos equipamentos e de inovações tecnológicas... não têm diminuído a importância numérica e qualitativa da força de trabalho nos serviços de saúde” (p.57).

No processo de descentralização da saúde priorizou-se a organização dos sistemas de saúde, as normas para a operacionalização, a programação da assistência privilegiando a capacidade de recursos existentes nos municípios. As propostas de mudança de modelo atenção, que buscaram alterar a estrutura dos serviços, principalmente focalizados no atendimento individual e curativista, e assim, modificar a maneira de pensar do trabalhador como participante deste processo. E isso se reflete quando o município considera um avanço ter alcançado as metas, ter executado as normas de programação direcionadas do nível Federal para os municípios.

A exemplo da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana que considera como avanço a autonomia adquirida, para coordenar, orientar, supervisionar e executar as

atividades, com destaque para a “gestão da assistência de média e alta complexidade... hospitalar e a contratação, controle e pagamento de todos os prestadores da rede credenciada do SUS no município” (doc 8). Feira de Santana é sede da Macroregião Centro Leste, como já citamos anteriormente, e também principal entroncamento rodoviário do Estado, isso confere ao município a qualidade de referência para essa e outras regiões do Estado na prestação da assistência hospitalar.

O pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros é apontado por Souza (2001, p.457), como limitante para a regionalização, pois estes municípios apresentam dificuldades “na construção de redes assistenciais adequadas, para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade, em todos os municípios brasileiros”.

Na programação físico-orçamentária (doc. 09), do município de Feira de Santana e os outros municípios baianos com os quais pactuou, observamos que 83 deles possuem orçados procedimentos de média complexidade, como internações hospitalares. Neste sentido, as ações referentes à gestão da oferta de serviços, ficaram sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, como extraímos no Relatório de Gestão de 2004, que o município realizou a implantação das ações, para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) (doc 8).

Certamente, a transferência de autonomia aos gestores municipais possibilitará a concretização do desejo da descentralização, mas não podemos perder de vista, que agir em saúde para alcançar a qualidade e a resolubilidade depende, em grande parte, dos trabalhadores, que em contato direto com os usuários constroem o significado da atenção em saúde em defesa da vida.

### **3.2 OFERTA DOS SERVIÇOS PRODUZIDOS PELO HGCA**

Nesta parte do trabalho, procuramos analisar a oferta de serviços de saúde, produzidos pelo hospital, os tipos e a produção destes serviços no contexto da organização hospitalar do sistema de saúde local e regional, nos períodos de 2004 e 2005. A análise tomou como base, os documentos selecionados e explicitados na metodologia (p. 41).

Esses documentos foram classificados como componentes as unidades de contexto, (oferta dos serviços produzidos), em que se elaborou uma síntese de cada documento, relacionado aos contextos referidos, explicitados no Quadro 05, a seguir.

**QUADRO 05: Sínteses da análise documental em relação à oferta dos serviços do HGCA**

| <b>Unidade de contexto</b> | <b>Doc. 01</b><br>(Mapa Estatístico)   | <b>Doc. 02</b><br>(Registro PS)  | <b>Doc. 03</b><br>(Livros de alta)   | <b>Doc. 04</b><br>(Livro de óbito)  | <b>Doc. 05</b><br>(PPI)   | <b>Doc. 06</b><br>(Termo de Comp.)   | <b>Doc. 07</b><br>(Rel. Gestão Estado)  | <b>Doc. 08</b><br>(Rel. Gestão Munic.)  | <b>Doc. 09</b><br>(Prog. Orça)   | <b>Doc. 10</b><br>(Cadastro...)  |
|----------------------------|--|--|--|---|---|--|---|---|--|--|
| <b>Oferta</b>              | Aborda os serviços ofertados pelo HGCA no nível hospitalar: internações, intervenções cirúrgicas e ortopédicas, partos, entre outros. Explica os índices hospitalares como taxa de ocupação, | Informa sobre as admissões de usuários no Pronto Socorro Hospital, sobre os endereços de procedência dos usuários. | Apresenta os diagnósticos dos usuários internados nas clínicas. Quantifica as internações hospitalares por procedência | Informa os diagnósticos dos usuários internados nas clínicas. Mostra as internações obtidas a partir dos óbitos | Descreve a formação de uma rede articulada, com oferta organizada de serviços. Considera alguns critérios para alocação de recursos aos municípios como indicador da população de | Formaliza a contratação dos serviços ofertados pelo HGCA. Definição do papel da unidade estadual no sistema de saúde local e regional. Quantifica o número de AIH (Autorização | Mostra a ampliação da estrutura hospitalar, para oferecer maior número de atendimentos. | Relata a mudança de modelo de gestão municipal e as responsabilidades do município em gerir a assistência de média e alta complexidade. | Informa os serviços pactuados com cada município da Macrorregião de Feira de Santana, e os valores orçados para cada procedimento. | Descreve os serviços ofertados pelo hospital e credenciados ao Sistema Único de Saúde, a capacidade física, número de leitos e equipamentos. |



Durante o levantamento dos dados documentais (doc 1, 2, 3 e 4), registramos a taxa de ocupação hospitalar, o número de internamentos hospitalares nas diversas especialidades do HGCA e os atendimentos de urgência e emergência, realizado através do Pronto-Socorro do hospital.

A taxa de ocupação deste hospital no período elevou-se de um ano para outro. Segundo as estatísticas do mesmo, notamos que o número de usuários que utilizaram o serviço do hospital ampliou no intervalo destes anos, pois em 2004 a taxa de ocupação hospitalar foi de 89,9% e em 2005, alcançando o percentual de 109,8% dos leitos hospitalares. Essa taxa de ocupação elevada pode operar uma sobrecarga sobre os trabalhadores deste hospital e comprometer a qualidade do atendimento prestado aos usuários deste.

A partir destas informações, observamos o número total de internações hospitalares por ano e município como descrevemos na Tabela 03.

**TABELA 03 –Internações hospitalares no HGCA por ano nos municípios estudados no período de 2004-2005.**

| MUNICÍPIO   | Jacobina |      | Ipirá |      | Santo Estevão |      | Riachão do Jacuípe |      | Itaberaba |      | Morro do Chapéu |      | Feira de Santana |      | Internamentos no HGCA |     |
|-------------|----------|------|-------|------|---------------|------|--------------------|------|-----------|------|-----------------|------|------------------|------|-----------------------|-----|
|             | Nº       | %    | Nº    | %    | Nº            | %    | Nº                 | %    | Nº        | %    | Nº              | %    | Nº               | %    | Nº                    | %   |
| <b>2004</b> | 11       | 0,11 | 64    | 0,64 | 74            | 0,74 | 34                 | 0,34 | 46        | 0,46 | 1               | 0,01 | 7341             | 70,6 | 10066                 | 100 |
| <b>2005</b> | 37       | 0,27 | 153   | 1,13 | 152           | 1,12 | 73                 | 0,54 | 74        | 0,55 | 3               | 0,02 | 7106             | 54,2 | 13538                 | 100 |

Fonte: Mapa Estatístico, Livros de Registros de Altas e Óbitos Hospitalares do HGCA, 2004-2005.

Observa-se que a maioria das internações hospitalares do HGCA é de pessoas residentes em Feira de Santana. No ano de 2004, 70,6% das internações totais do Hospital foram de “pacientes” de Feira de Santana e a soma dos outros seis municípios que fazem parte deste estudo, representou apenas 2,3% das internações totais na referida instituição. No ano seguinte, em 2005, a participação dos residentes de Feira de Santana nas internações

diminuiu, passou para 54,2%, mas ainda representa mais da metade, deste tipo de serviço produzido pelo HGCA e a participação dos outros municípios elevou-se, passando para 3,6%. Isso nos mostra que o maior “consumo” das internações hospitalares do HGCA está concentrada na população residente de Feira de Santana, apesar de notarmos um crescimento nas internações hospitalares em todos os municípios com exceção de Feira de Santana.

Ao analisarmos separadamente as internações das clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica (TABELA 04), verificamos a oferta dessas especialidades e notamos variação nos percentuais de um ano para outro. A clínica médica apresentou um decréscimo de 13,9% no seu volume de admissões, do ano de 2004 para 2005. Entretanto, a clínica cirúrgica aumentou o quantitativo de internações neste mesmo percentual, de 13,9% entre os anos de 2004 e 2005.

**TABELA 04 – Admissões por especialidade médica no HGCA, com média mensal e percentual de cada clínica em relação às admissões totais, em 2004-2005; dez., 2005.**

| Ano                | 2004      |        |      | 2005      |        |      |
|--------------------|-----------|--------|------|-----------|--------|------|
|                    | Admissões | Média  | %    | Admissões | Média  | %    |
| Clínica médica     | 5.371     | 447,6  | 54,4 | 3.966     | 330,5  | 40,5 |
| Clínica cirúrgica  | 386       | 32,17  | 3,9  | 1.744     | 145,3  | 17,8 |
| Clínica pediátrica | 2.268     | 189,0  | 23,0 | 2.323     | 193,58 | 23,7 |
| Clínica obstétrica | 1.846     | 153,83 | 18,7 | 1.758     | 146,5  | 18,0 |
| Total              | 9.871     |        | 100  | 9.791     |        | 100  |

Fonte: Mapa estatístico do HGCA, 2004-2005.

\* Desconsideramos as internações em UTI, Berçário e Ala Mãe Canguru, pois os números de leitos nesses setores tiveram mudanças nos anos em estudo.

O decréscimo nas internações, na clínica médica, pode ter ocorrido devido ao aumento da oferta de serviços da atenção básica, através do Programa de Saúde da Família, em Feira de Santana e em outros municípios, que pode ter favorecido para a redução dos agravos como complicações diabéticas e crises hipertensivas, por exemplo.

Como descrevemos, na Tabela 05, o HGCA produziu no ano de 2005, 113.271 atendimentos no seu pronto-socorro e o município de Feira de Santana é o que “consumiu” a maior fatia desse “bolo”, atendendo um percentual de 67% do total, e 1,49% foi de atendimentos para os outros municípios em estudo. Ao verificar esse percentual para

atendimentos de usuários com procedência de Feira de Santana, poderíamos supor que pessoas residentes em outro lugar, poderiam ir ao hospital e dizer que são moradoras de Feira de Santana, mas durante a etapa de observação no pronto-socorro, não identificamos situações que evidenciassem esse fato. Ao contrário, todos os encaminhamentos de outros municípios eram identificados através do documento de transferência de onde residiam e as pessoas quando citavam seus endereços no preenchimento das fichas de atendimento, falavam de maneira aparentemente segura, sem deixar dúvidas de sua procedência.

**TABELA 05 –Percentual de atendimentos de urgência e emergência por municípios estudados no ano de 2005; nov, 2005; dez., 2005.**

| MUNICÍPIO   | Jacobina |     | Ipirá |     | Santo Estevão |     | Riachão do Jacuípe |     | Itaberaba |      | Morro do Chapéu |      | Feira de Santana |    | Atendimento no PS* do HGCA |     |
|-------------|----------|-----|-------|-----|---------------|-----|--------------------|-----|-----------|------|-----------------|------|------------------|----|----------------------------|-----|
|             | Nº       | %   | Nº    | %   | Nº            | %   | Nº                 | %   | Nº        | %    | Nº              | %    | Nº               | %  | Nº                         | %   |
| <b>2005</b> | 75       | 0,1 | 458   | 0,4 | 749           | 0,7 | 199                | 0,2 | 174       | 0,15 | 31              | 0,03 | 75881            | 67 | 113271                     | 100 |

Fonte: Mapa Estatístico, Livros de Registros da Emergência do HGCA, 2005.

\*PS – Pronto-Socorro

A emergência do HGCA produz um quantitativo 11 vezes superior ao número de internações hospitalares. Certamente, é o pronto-socorro do hospital, chamado muitas vezes apenas como emergência, que atende a grande demanda do hospital. Ressaltamos também que existe outra “porta de entrada” através do ambulatório, porém não foi objeto de análise da presente investigação.

Cecílio, (1997), confirma que os serviços de urgência/emergência dos hospitais continuam sendo a “porta de entrada” principal do sistema de saúde, argumentando que o número de atendimentos nesses espaços são sempre expressivos e os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais concreta desta situação. E neste sentido, amplia a concepção de “porta de entrada”, pensada pela racionalidade como sendo a rede primária, com ações da atenção básica, e defende um “sistema de saúde menos como uma pirâmide de serviços

racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede de múltiplas entradas, múltiplos fluxos” (CECÍLIO, 2001, p.118).

Em geral, a entrada do usuário no sistema pela “porta errada”, está relacionada com as suas demandas, com as possibilidades desses indivíduos em acessarem os serviços de saúde, a partir do pronto-socorro de um hospital.

Ao comparar os serviços de internação hospitalar por clínicas e o atendimento de urgência e emergência produzido pelo HGCA, para cada município em estudo com a programação físico-orçamentária (doc. 8), acordada entre Feira de Santana e os municípios apresentados na Tabela 06, buscamos analisar o percentual destinado para os municípios em relação ao volume de serviços, ofertados para eles.

**TABELA 06 – Programação físico-orçamentária anual para procedimentos realizados pelo HGCA por município pactuado, 2004-2005; nov., 2005.**

| Município                  | Itaberaba                               | Ipirá         | Morro do Chapéu | Jacobina     | Riachão do Jacuípe | Santo Estevão |
|----------------------------|---|---------------|-----------------|--------------|--------------------|---------------|
| <b>Procedimentos</b>       | <b>Valores Referenciados (em reais)</b> |               |                 |              |                    |               |
| Internação CM <sup>a</sup> | 8.184,00                                | 23.160,00     | -               | 4.296,00     | 5.556,00           | 44.958,00     |
| Internação CC <sup>b</sup> | 12.006,00                               | 48.400,00     | -               | 10.536,00    | 12.847,00          | 77.040,00     |
| Internação CO <sup>c</sup> | 6.804,00                                | 10.920,00     | -               | -            | 11.520,00          | 38.293,00     |
| Internação CP <sup>d</sup> | -                                       | 10.868,00     | -               | -            | 5.592,00           | 42.195,75     |
| <b>Sub Total</b>           | 26.994,00                               | 93.348,00     | -               | 14.832,00    | 35.515,00          | 202.486,75    |
| <b>Percentual</b>          | <b>7,2 %</b>                            | <b>25,0 %</b> | <b>0,0 %</b>    | <b>4,0 %</b> | <b>9,5 %</b>       | <b>54,3 %</b> |
| Urgência e Emergência      | 2.103,00                                | 31.549,00     | 14.584,28       | 27.645,54    | -                  | -             |
| <b>TOTAL</b>               | 29.097,00                               | 124.897,00    | 14.584,28       | 42.477,54    | 35.515,00          | 202.486,75    |

Fonte: Programação Físico-Orçamentária, Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, 2004.

<sup>a</sup> CM = Clínica Médica; <sup>b</sup> CC = Clínica Cirúrgica; <sup>c</sup> CO = Clínica Obstétrica; <sup>d</sup> CP = Clínica Pediátrica

O valor orçado para as internações hospitalares está equiparado com a média de internações nos municípios: Jacobina e Ipirá com maior média de serviços deste tipo, têm

destinado maiores recursos, assim como Itaberaba e Riachão do Jacuípe também estão equivalentes.

Morro do Chapéu não programou recursos para as internações hospitalares no HGCA, o que justifica o número muito baixo nesses serviços para pessoas procedentes deste município, pois foram registradas uma internação no ano inteiro de 2004, e outras três em 2005. No entanto, o valor orçado para urgência e emergência neste município (R\$ 14.584,28) que tem um percentual de atendimentos no pronto-socorro de 0,03% no ano de 2005, foi de aproximadamente sete vezes maior que o orçamento para o mesmo atendimento em Itaberaba (R\$ 2.103,00), município que teve no ano 174 (0,15%) atendimentos no serviço de urgência e emergência do hospital.

Ao compararmos os documentos da programação orçamentária (doc. 9), com os registros de internação hospitalar (doc. 2, 3 e 4), notamos que os municípios de Itaberaba e Jacobina não possuíam programação para internamento em clínica pediátrica. No entanto, identificamos através dos registros, que algumas crianças procedentes do município de Itaberaba foram internadas na clínica pediátrica, com diagnósticos de pneumonia, varicela, epilepsia, por exemplo, ao contrário do que identificamos em Jacobina, que não possuía internamento nesta especialidade.

O município de Santo Estevão, apesar de ter o maior percentual de atendimentos em urgência e emergência, dentre os municípios estudados, exceto Feira de Santana, não dispõe de programação orçamentária para esse serviço junto a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (doc. 9).

Verificamos, no termo de compromisso firmado entre a SESAB e a SMS, cláusula terceira, que a SESAB se compromete a “garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência hospitalar, independente do limite fixado pela SMS, constante no Plano Operativo Anual” (doc. 6). Dessa forma, o HGCA tem que atender todos os casos emergenciais que chegam a sua “porta de entrada”, o que é correto do ponto de vista da universalização do SUS, mas a Secretaria de Saúde do Estado poderia direcionar a Programação Pactuada Integrada, para que os recursos sejam distribuídos de maneira equivalente aos serviços prestados.

Com a programação da assistência a ser prestada pelo hospital aos municípios que pactuaram com a sua unidade gestora (Secretaria Municipal de Saúde) levantamos a discussão se o acesso dirigido nestes parâmetros provoca a universalização do atendimento ou gera uma demanda bloqueada, que pode não procurar o hospital, por estar ausente de acordos firmados,

podendo estar direcionada às outras “portas” da rede, como as policlínicas e hospitais de municípios maiores, como Salvador.

Nesta discussão do acesso, Assis, Villa e Nascimento (2003), ao analisarem a categoria acesso e as condições de acessibilidade, nos dizem que convivemos no cenário nacional com “acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social” (p. 816).

Salientamos, que as normas que operacionalizaram e impulsionaram o processo de descentralização da saúde, NOB SUS /96, NOAS 01/2001 e 01/2002, em todo o país direcionam para que a oferta dos serviços de saúde possa ser organizada, de modo a atender as necessidades de saúde da população.

A NOB SUS/96, preliminarmente, cita as necessidades de saúde, quando trata da finalidade de promover e consolidar o poder municipal no sistema de saúde que para isso, descreve o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (p.06). Nas normas seguintes, a discussão da regionalização e da hierarquização soa com maior intensidade e a organização da oferta dos serviços de saúde apresenta-se citada, freqüentemente, nos textos das NOAS 2001 e 2002. A NOAS SUS 01/2002 (BRASIL, 2002) trata, em diferentes capítulos, sobre a oferta de serviços e a satisfação das necessidades de saúde. Com base nesta norma, a organização da assistência e a definição de prioridades de intervenção devem estar “coerentes com as necessidades de saúde da população” (p.02), oferecendo “garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção” (p.02). Mesmo o sistema municipal e supramunicipal devem ser conformados de modo a “garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades” (p.39). A alocação de recursos precisa estar “centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços” (p.11).

No entanto, a Programação Pactuada Integrada (PPI), que é um instrumento criado a partir destas normas para definir os parâmetros da assistência, ao considerar apenas a estrutura que os municípios possuem, para ofertar serviços em outras localidades menores sem esses serviços em sua rede, representa, ao nosso ver, as necessidades de saúde simplesmente como

uma condição que requer um serviço e, por isso, a demanda continua sendo orientada pela oferta de serviços.

Diante do exposto, resgatamos as análises de Cecílio (2001), sobre as concepções de necessidades de saúde, que são complexas e polissêmicas. As necessidades de saúde podem estar relacionadas com as condições de vida de cada indivíduo, com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ao vínculo entre o usuário e o trabalhador e a necessidade de autonomia destes indivíduos.

Essa discussão da relação trabalhador/usuário/serviço surge a medida em que se analisa as categorias da oferta e demanda de serviços, a partir da organização das práticas de saúde. No processo dinâmico da oferta e da procura por serviços, os interesses dos usuários e trabalhadores se encontram, e é no cotidiano das instituições que se configura o lugar onde ocorre permanentemente, às mútuas invasões dos espaços, gerando um ambiente de tensões, com encontros de intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como modo de sentir e elaborar necessidades de saúde (Merhy, 1997a, 1997b, 2002).

Entretanto, para perceber as necessidades dos usuários, os trabalhadores de saúde no campo do seu trabalho, precisam compreender as procuras e intencionalidades dos que buscam o serviço. Stotz (1991) e Campos (1991) nos dizem que as necessidades trazidas aos serviços de saúde, apesar de terem uma dimensão ou determinação social mais ampla, apresentam um componente para cada pessoa, que o trabalhador precisa estar atento e saber interpretá-lo. E para analisarmos a busca pelos serviços do hospital em estudo, discutimos a demanda na parte a seguir.

### **3.3 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS QUE PROCURARAM O HGCA**

A discussão que propomos, nesta parte do trabalho, aborda a demanda dos usuários aos serviços ofertados no HGCA, como eixo orientador. As sínteses elaboradas na análise dos documentos esquematizadas no Quadro 06, trazem elementos da organização do serviço de saúde e das esferas gestoras que focalizam a demanda do hospital em estudo.

Os dados que emergiram da observação livre e sistemática, foram analisados através do fluxograma analisador de Merhy (1997b), e ampliam a discussão da demanda no decorrer do texto.

**QUADRO 06: Sínteses da análise documental em relação à demanda dos usuários para o HGCA.**

| <b>Unidades de contexto</b> | <b>Doc. 05 (PPI)</b>   | <b>Doc. 06 (termo de compromisso)</b>  | <b>Doc. 07 (Relatório... Estadual)</b>   | <b>Doc. 10 (Cadastro Nac...)</b>                                       |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| <b>Demanda</b>              | Apresenta que os objetivos deste documento, está consoante com as premissas legais de universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde do SUS. | Informa a responsabilidade do hospital em atender as metas fixadas na Programação Pactuada e também em atender quaisquer casos de urgência e emergência que cheguem ao hospital. | Estabelece como um avanço alcançado no ano de 2004, a garantia de acesso em todos os níveis de atenção à população de Feira de Santana e região. | Declara que o hospital atende a uma demanda espontânea e referenciada. |
| <b>Síntese</b>              |  |  |  |  |

As sínteses da análise documental foram entrecruzadas (QUADRO 07), com os dados da observação livre e sistemática.

**QUADRO 07 - Análise documental e observação livre e sistemática sobre a demanda dos usuários para o HGCA.**

| <b>Unidade de contexto</b> | <b>Análise Documental</b>  | <b>Observação Livre e Sistemática</b>  |
|----------------------------|--|--|
| <b>Demanda</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> A demanda é espontânea e referenciada;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> O hospital deve atender à todos os casos de urgência e emergência, cumprindo o princípio da universalidade;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana deve garantir atendimento à população referenciada a este município, através do HGCA, segundo o termo de compromisso.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> A demanda, na maioria das vezes, é espontânea, sendo também referenciada por outros municípios;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Demandas por algumas especialidades médicas (ortopedia e otorrinolaringologia) ou são atendidas em número insuficiente em relação a demanda, ou não são atendidas.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Clínicas privadas do município de FSA, credenciadas ao SUS, absorvem as especialidades médicas de ortopedia e otorrinolaringologia não atendidos no HGCA;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Demandas que poderiam ser assistidas em níveis mais primários do sistema de saúde chegam ao pronto-socorro do hospital.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> O serviço de triagem está voltado para “filtrar” a demanda ao hospital, mas não dá resolubilidade ao usuário do SUS;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> A referência e a contra-referência são informais.</li> </ul> |

O documento da Secretaria Municipal de Saúde (doc. 7), trata como um avanço no sistema local a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde de Feira de Santana e região adscrita por esse município. O documento revela a satisfação da instância local em adequar-se aos princípios e metas estabelecidos pela legislação do SUS, pois esta, segundo Campos (1992, p.51), “prevê que a demanda por serviços deveria ser organizada segundo as diretrizes da regionalização territorial e da hierarquização do acesso conforme diferentes complexidades tecnológicas”.

A intenção de adequação aos princípios do SUS também pode ser observada nos objetivos da Programação Pactuada Integrada do Estado da Bahia, na medida em que propõe “promover maior equidade na alocação dos recursos, adotando a regionalização como macro estratégia, a fim de cumprir as premissas legais de universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e recursos de saúde do SUS” (doc. 5).

Neste documento consta, ainda, a informação de que a condução da PPI é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e que o “gestor estadual define as prioridades na distribuição dos recursos destinados aos diversos campos de intervenção do setor saúde”. Essa expressão revela-se como um equívoco na condução do processo de pactuação, que deve ser conjunto, e a responsabilidade pelo mesmo, infere uma relação de coresponsabilidade, tanto entre gestores, como com a esfera colegiada da Comissão Intergestora Bipartite que aprova as proposições da PPI.

Campos (1992), advoga a idéia de que existe um predomínio das normas de mercado na seleção da demanda a ser atendida, dos procedimentos a serem ofertados, dos recursos humanos e equipamentos a serem incorporados, pois são projetos neoliberais que cotidianamente se fazem presentes nos modos de gerir os serviços de saúde, tanto no plano político quanto produtivo.

Nesse sentido, concordamos com o pensamento de Merhy (1997a, 2002) e Campos (1992), quando propõem um modelo de saúde que defenda a vida, que direcione o modo de agir do trabalhador centrado no usuário, que possibilite a apreensão das necessidades de saúde manifestas pelos usuários. E conforme lembra Cecílio (2001), durante processo de trabalho em saúde, no momento de encontro entre o trabalhador e o usuário, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelos usuários, traduzidas em alguma demanda.

O hospital em questão atende uma demanda espontânea que busca livremente os serviços, e também, a uma demanda que é referenciada, pessoas que são encaminhadas ao hospital por outro órgão ou instituição (doc. 10). Nesse sentido, o entendimento de demanda em saúde pode ser considerado como a busca por uma conduta ou procedimento no campo da saúde, que satisfaça uma necessidade expressa pelo indivíduo.

Durante a observação no Pronto-Socorro do hospital, identificamos 212 pessoas que buscaram no setor de urgência e emergência a solução para alguns de seus problemas. Destas, 185 pessoas, aproximadamente 87,3 %, traduziam como demandas, necessidades que poderiam ser atendidas neste setor e que listamos na Tabela 07, através da frequência que estes motivos foram aparecendo.

**TABELA 07 – Frequência dos motivos que levaram os usuários a procurarem o Pronto-Socorro do HGCA, 2006; fev., 2006.**

| Motivo                    | Nº | %    | Motivo                               | Nº | %   |
|---------------------------|----|------|--------------------------------------|----|-----|
| Criança com febre         | 25 | 13,5 | Acidente Vascular Cerebral           | 2  | 1,1 |
| Dor/ muscular - articular | 19 | 10,3 | Ascite                               | 2  | 1,1 |
| Trauma Craniano – TCE     | 14 | 7,6  | Mordedura de cão                     | 2  | 1,1 |
| Dor / indeterminada       | 13 | 7,1  | Picada de escorpião                  | 2  | 1,1 |
| Dispneia                  | 13 | 7,1  | Dor precordial / palpitações         | 2  | 1,1 |
| Vômitos/ desmaios         | 12 | 6,6  | Dor de ouvido                        | 2  | 1,1 |
| Parto <sup>9</sup>        | 12 | 6,6  | Criança/ intoxicação medicamento     | 1  | 0,5 |
| Febre                     | 8  | 4,3  | Criança / irradiação por raio        | 1  | 0,5 |
| Ferimento c/ arma branca  | 8  | 4,3  | Criança / ingestão de corpo estranho | 1  | 0,5 |
| Fratura exposta           | 7  | 3,8  | Crise renal                          | 1  | 0,5 |
| Crise hipertensiva        | 7  | 3,8  | Acidente de bicicleta                | 1  | 0,5 |
| Atropelamento             | 5  | 2,7  | Acidente de cavalo                   | 1  | 0,5 |
| Trauma na face            | 5  | 2,7  | Apendicite                           | 1  | 0,5 |

<sup>9</sup> O motivo “parto” aparece na porta de entrada do Pronto-Socorro, pois, neste hospital, a passagem para a maternidade acontece através deste setor, contudo ressaltamos que esta demanda não é diretamente relacionada com o atendimento no Pronto-socorro.

|                   |     |      |                                  |    |      |
|-------------------|-----|------|----------------------------------|----|------|
| Acidente de carro | 5   | 2,7  | Espinho atravessado na garganta  | 1  | 0,5  |
| Dor epigástrica   | 3   | 1,6  | Queimadura                       | 1  | 0,5  |
| Acidente de moto  | 3   | 1,6  | Intoxicação por chumbinho        | 1  | 0,5  |
| Hemorragia        | 3   | 1,6  | Paralisia dos Membros Inferiores | 1  | 0,5  |
|                   | 162 | 87,9 |                                  | 23 | 12,1 |

Fonte: pesquisa de campo

Observa-se que a maioria dos motivos que levaram o usuário a procurar o Pronto-Socorro traduzia casos clínicos que são compatíveis com o atendimento neste setor do hospital. São muitos os casos de politraumatismos por várias causas e casos agudos que requeriam intervenção em pouco espaço de tempo, como os acidentes vasculares cerebrais, as intoxicações diversas, casos de apendicite, entre outros.

Podemos dizer que a demanda ao HGCA se tornou mais organizada ao compararmos com o trabalho de Assis (1998a), que revelou o acesso dificultado aos serviços deste hospital, com uma grande demanda reprimida, e concentrada na porta do hospital por carências existentes na rede básica dos serviços de saúde, com a presença de filas e o longo tempo de espera por atendimento. Entretanto, durante a nossa observação no Pronto-Socorro do hospital, identificamos que a demanda ao hospital apresenta-se mais organizada, visto o número de usuários com motivos condizentes com o atendimento em urgência e emergência.

As outras 27 pessoas, cerca de 12,7%, que procuraram o Pronto-Socorro por motivos que consideramos, através da observação, como necessidades que poderiam ser satisfeitas em níveis menos complexos do sistema local de saúde, como policlínicas, unidades de saúde, como mostra a Tabela 08.

**TABELA 08 - Frequência dos motivos que levaram os usuários a procurarem o Pronto-Socorro do HGCA, 2006; fev., 2006.**

| Motivo  | Nº | %    |
|---|----|------|
| Varizes e dores nas pernas  | 4  | 14,8 |
| Pessoas que foram colocadas por funcionários do hospital / causas não registradas | 4  | 14,8 |
| Pessoas procurando angiologista   | 4  | 14,8 |
| Dor de garganta   | 3  | 11,2 |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| Pessoa com receita para tomar benzetacil                        | 2         | 7,4        |
| Dor de cabeça   | 2         | 7,4        |
| Espinho na mão  | 1         | 3,7        |
| Extração de unha  | 1         | 3,7        |
| Drenagem de abscesso  | 1         | 3,7        |
| Pessoa com solicitação de biopsia de próstata                   | 1         | 3,7        |
| Pessoa com dúvida na receita fornecida em outro estabelecimento | 1         | 3,7        |
| Renovar atestado médico com plantonista                         | 1         | 3,7        |
| Médico plantonista queria consultar-se com cirurgião geral      | 1         | 3,7        |
| Pessoa com requisição para exames laboratoriais                 | 1         | 3,7        |
| <b>Total</b>  | <b>27</b> | <b>100</b> |

Fonte: pesquisa de campo

Apesar de um percentual pequeno de pessoas, de 12,7%, buscarem ainda o setor do pronto-socorro com problemas de saúde que careciam serem resolvidos em outras unidades de saúde, concordamos com Cecílio (2001), quando infere que a demanda é modelada pela oferta. E acrescentamos que, se estas pessoas procuram o hospital, significa que o consideram como uma instituição com possibilidades de lhe suprir as necessidades, mesmo que de maneira equivocada, pois podem não encontrar no setor o que demandavam, mas, visualizam o hospital como possuidor de uma maior oferta de serviços. E, possivelmente, podem não ter acesso a outras instituições de saúde, o que representaria a baixa oferta de serviços no nível básico de saúde, direcionando esta demanda ao hospital, representado como a instituição historicamente construída no ideário da população, como centralizadora da atenção à saúde, pois, o hospital ainda concentra serviços de saúde nos três níveis de complexidade assistencial.

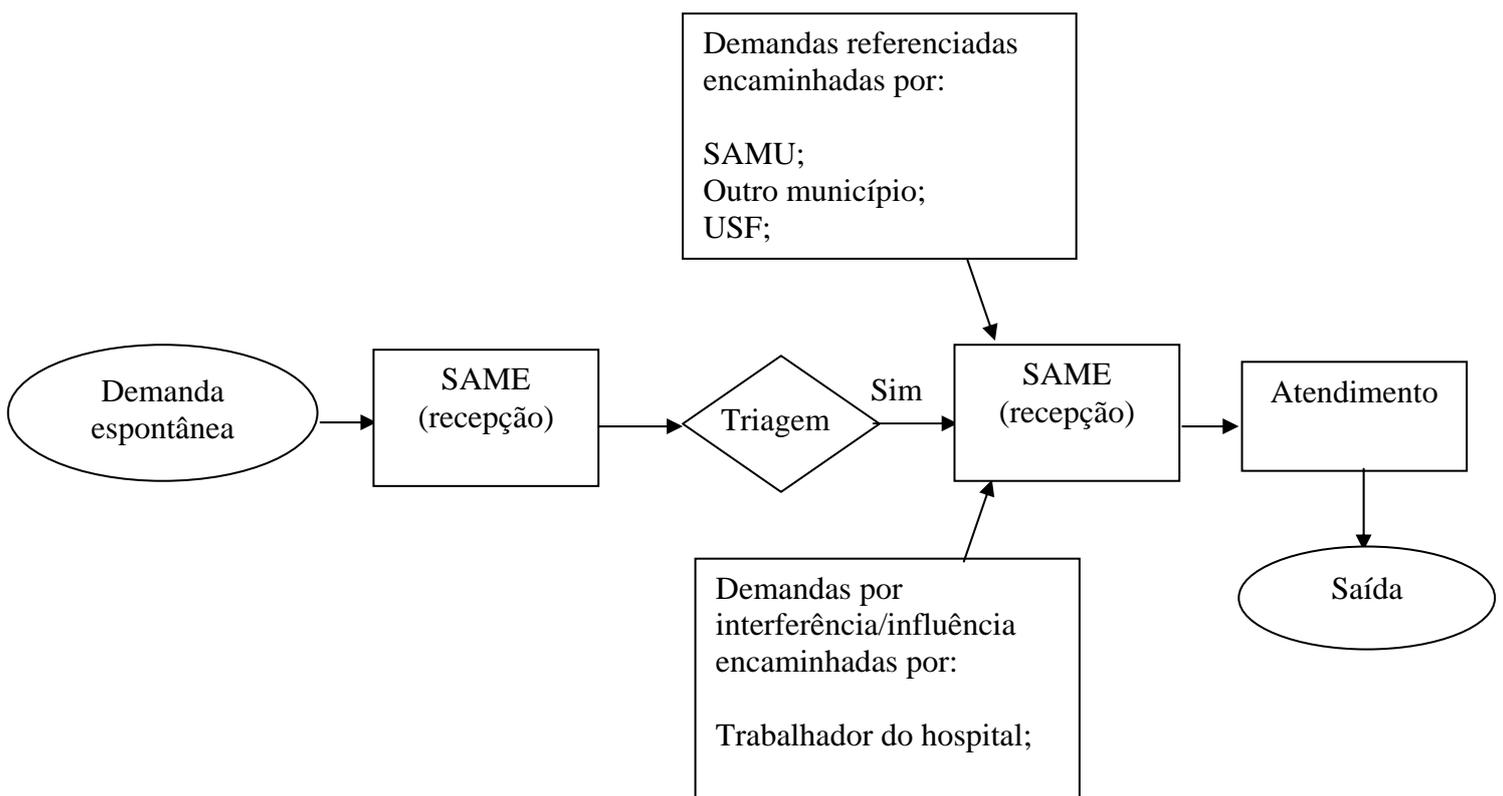
O hospital, como coloca Campos (1992), não obedece à hierarquização do acesso, conforme diferentes complexidades tecnológicas. Ele costuma oferecer “atenção básica, especializada e de urgência, [e esta última,] segundo a modalidade de pronto-atendimento,... com consultas médicas centradas na queixa, na prescrição de consultas imediatistas” (p.52).

Ao Pronto-Socorro do HGCA demandam pessoas residentes em vários municípios baianos. Através da observação nesta “porta de entrada” do hospital, listamos pessoas de Ipirá, Santo Estevão, Coração de Maria, Cansanção, Antônio Cardoso, Serrinha, Conceição da Feira, Monte Santo, Terra Nova, Valente, Cachoeira, Teofilândia, Ibotirama, Biritinga, Araci,

Milagres e Conceição do Coité. Dentre as 212 pessoas que foram acompanhadas durante a observação, 34 eram de outros municípios baianos, além de Feira de Santana, o que equivale a 16% dos atendimentos, por isso, identificamos que o maior número de pessoas atendidas pelo pronto socorro são de Feira de Santana (84%).

No Pronto-Socorro do hospital existe implantado um serviço de triagem, no entanto, não funcionava de maneira sistematizada e permanente. Observamos que a sua freqüência era maior para os médicos especialistas, (pediatra, clínico geral e ortopedista) nos consultórios do Pronto-Socorro. Essa ação era realizada por um médico, se o objetivo representava direcionar os usuários para a consulta com o clínico e pediatra, e era desempenhada por um auxiliar de enfermagem, se a seleção fosse dirigida aos casos que demandavam o atendimento em ortopedia. As demandas espontâneas, para atendimento referente a outras especialidades como obstetrícia, não passaram pela triagem, são direcionadas para o espaço interno do hospital pela recepção, e as demandas referenciadas, encaminhadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e por outro atendimento médico prévio que tenha sido prestado em Feira de Santana, e encaminhado por uma unidade de atenção básica, ou prestado em outro município, e encaminhado através de relatório médico, são também direcionadas ao atendimento hospitalar sem haver necessidade de triagem.

O fluxograma analisador abaixo representa como as demandas são atendidas no Pronto-Socorro do HGCA.



## **FIGURA 11 - Fluxograma analisador da entrada do usuário ao serviço no Pronto-Socorro do HGCA.**

Para Merhy (1997b), o encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde, representa o encontro de um portador de uma necessidade de saúde com o portador de um dado saber específico e práticas. O autor argumenta que nem sempre esse encontro gera uma situação de equivalência, pois o “trabalhador de saúde opera em um espaço de ‘autogoverno’ que lhe dá inclusive a possibilidade de ‘privatizar’ o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter que prestar conta do que e do como está atuando” (p.77).

O hospital em estudo possui um “grupo de humanização da assistência” que evidenciamos a sua existência através de um cartaz, com dizeres que registramos no momento da observação, e apesar dos equívocos da sua utilização, podemos vislumbrar uma tentativa de dar acolhida aos usuários que demandam ao hospital:

Contribua com a humanização do HGCA. Seja agradável e acessível. Preserve a higiene pessoal e ambiental. Seja prestativo e cordial. Ouça e fale no momento certo. Respeite a identidade do usuário e do acompanhante, tratando-o pelo nome. Cultive a serenidade, em todas as situações. Mantenha a ética em todos os níveis. Exerça o seu direito, respeitando o direito do outro. Preserve a instituição em que trabalha. Some, seja mais um (obs. nº 1).

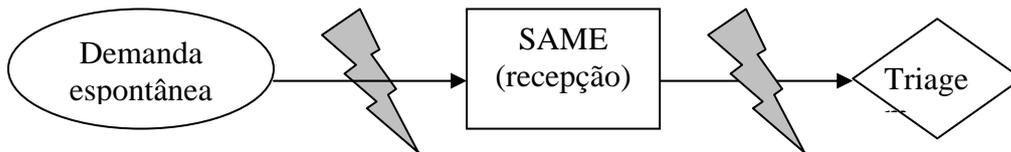
Entretanto este cartaz, apesar de ser claramente direcionado aos trabalhadores do hospital, para que na realização das suas atividades refletissem o que a mensagem lhe traduz, estava localizado de frente para os bancos de espera da emergência, onde ficam sentados os usuários.

Neste sentido, ao analisarmos o “trabalho vivo em ato<sup>10</sup>” da triagem, notamos que a comunicação entre o trabalhador e o usuário acontece em local visível às outras pessoas, por isso, sem privacidade. Algumas vezes foram realizadas no balcão de entrada para os consultórios e em outros momentos, aconteceu no SAME, local de preenchimento das fichas de atendimento, ou até mesmo nos bancos da sala de espera. Nesse encontro, a relação

---

<sup>10</sup> O processo de trabalho não foi objeto de investigação, no entanto trazemos a discussão dada a importância que se apresentou durante a análise dos dados.

estabelecida foi de superioridade por parte do trabalhador, instrumentalizado pelo poder de selecionar as pessoas que poderiam receber atendimento naquele momento, e de susceptibilidade expressa na figura do usuário, que se encontrava em uma situação passiva, com o seu poder de escolha ou decisão diminuído (FIGURA 12).



**FIGURA 12 - Fluxograma analisador da demanda espontânea no momento da triagem.**

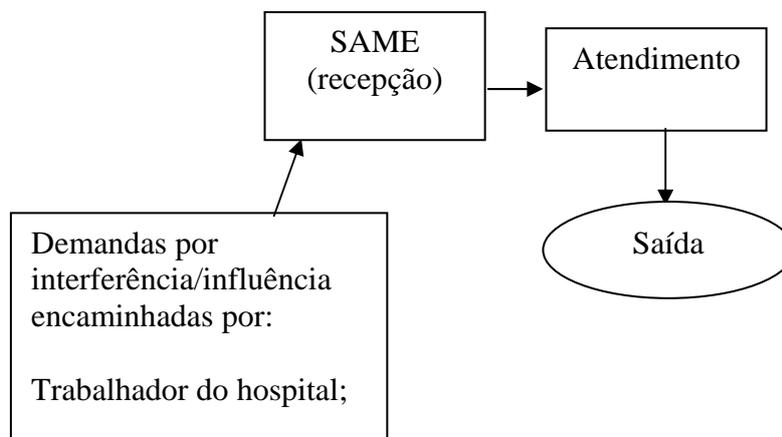
Consideramos o poder de decisão do usuário restrito no momento do encontro entre trabalhador/usuário, mas não totalmente esgotado. Mesmo sendo o direcionamento do usuário para os setores ou especialidades dentro do hospital um ato do trabalhador de saúde, o próprio usuário tem poder de decisão, na medida em que, usa da criatividade e dos instrumentos disponíveis para alcançar o acesso aos serviços no hospital. Um exemplo desta ferramenta utilizada pode ser descrito, através de um trecho registrado no ato da observação:

Voltei à recepção e sentei-me para continuar observando o atendimento no guichê e a demanda ao balcão. Havia 2 guichês atendendo e cerca de 5 pessoas para serem atendidas pelos médicos nos consultórios. Ao lado estava sentada uma senhora aparentemente bem, sua fisionomia não revelava dor ou desconforto, nem manifestava queixas, por esse motivo, não imaginava que ela seria atendida, pensava inicialmente ser uma acompanhante, até que uma mulher que estava no guichê se dirigiu a ela e disse: - ‘Vamos, eu disse que você estava gestante e passando mal’, com um sorriso entre os lábios, e logo saíram para a porta de acesso ao interior do hospital, demonstrando que usaram da teatralidade e do discurso que pudessem facilitar o acesso ao atendimento médico ou torná-lo mais rápido (obs. nº 1).

Não desconsideramos a existência de uma necessidade de saúde que precisava ser satisfeita naquela usuária, mas a forma e o meio de obter acesso, demonstram que ela se utilizou de “ferramentas” individuais para simular a gravidade do evento e obter vantagens frente às outras pessoas. Essas possibilidades de “autogoverno” também exercida pelo

usuário, isso “tem a ver com a dimensão ético-política do processo individual” (MERHY, 1997b, p.77).

Optamos por analisar separadamente a demanda que chega ao hospital e que é referenciada por trabalhadores do hospital (FIGURA 13), por considerar que envolve determinantes sócio-culturais, além dos critérios técnicos da prática médica. As pessoas que trabalham no hospital conhecem o funcionamento dos serviços, e essa cadeia representativa de entrada e saída dos usuários, com suas brechas e falhas.



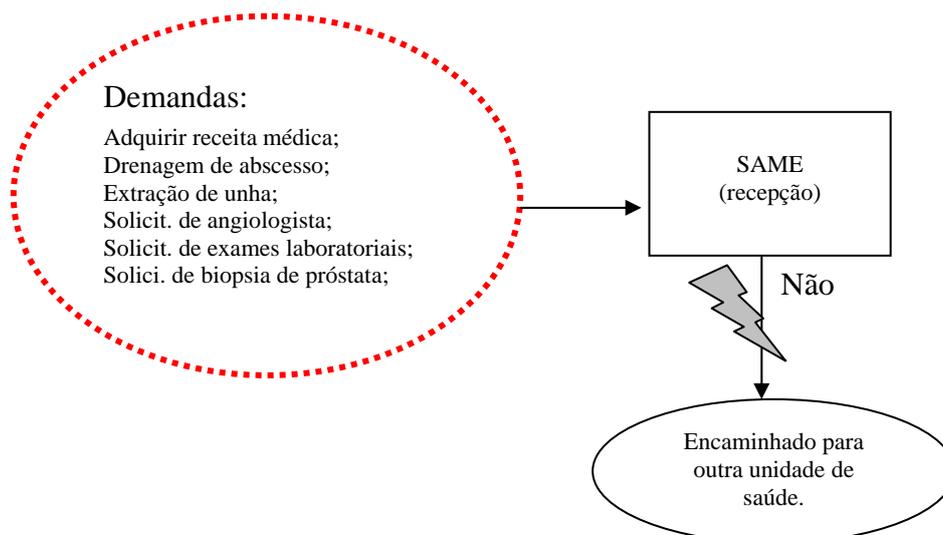
**FIGURA 13 – Fluxograma analisador da demanda diferenciada por influência interna no hospital.**

O trabalhador de saúde, mesmo que seja um vigia, como defende Merhy (1997b), é capaz de exercer um certo “autogoverno” para intervir no modo de receber os usuários, “pois ele pode ter uma relação mais ‘acolhedora’, ou não, pode decidir se ‘quebra o galho’ daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em maior ou menor ‘necessidade’ por serviços” (p.76). Na medida em que o trabalhador interno do hospital conhece a funcionalidade de entrada dos usuários, e lhe é possibilitado ‘quebrar o galho’ de uma pessoa do seu relacionamento na forma de usuário do SUS, isso representará para aquela pessoa como uma

forma real de satisfação de uma necessidade. Contudo, a demanda, referenciada por trabalhadores internos, não deve representar a maior parcela do atendimento, pois a criação de entradas nos serviços de saúde, através de “indicações”, agrega um valor à identidade deste usuário, e pode prejudicar o acesso ordenado das outras pessoas que tem o mesmo direito universal à saúde, garantido pela Constituição Federal.

Para a compreensão do acolhimento às demandas, Cecílio (2001, p.116), escreve que toda a “ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveriam ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde”, isso seria mais importante do que orientar a “adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente”. Os autores Santos & Assis (2006, no prelo) acrescentam que o acolhimento acontece nos “microespaços” das relações individuais e coletivas, seja na entrada do serviço pela recepção, no espaço de tratamento clínico, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas “relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários”. Assim, concordamos com esses autores e lembramos que Merhy, (1997a, 2002) e Campos (1992), propõem um “agir em saúde em defesa da vida”, imprimindo que o sentido dos serviços de saúde é o de centrar a atenção ao usuário e intervir nos seus problemas, procurando fazê-lo cada vez mais autônomo no seu “modo de andar a vida”.

Dentre as 212 pessoas que procuraram atendimento no HGCA, enquanto realizávamos a observação, 23 não foram atendidas. Destas, existiam demandas que não poderiam ser atendidas no pronto-socorro do hospital, mas em outras unidades de saúde (FIGURA 14). Eis os exemplos: usuário com receita médica para adquirir medicamentos, pois é um serviço feito por farmácias públicas e privadas a depender do que é receitado; usuário para fazer drenagem de abscesso e extração de unha, que são procedimentos ambulatoriais; usuários com solicitação de consulta com angiologista, por motivo de flebite e varizes, residentes em Feira de Santana e outros municípios; usuários com solicitação de exames laboratoriais e de biópsia de próstata que se dirigiram à emergência, quando na verdade, deveriam estar em um laboratório e em serviço anatomo-patológico.

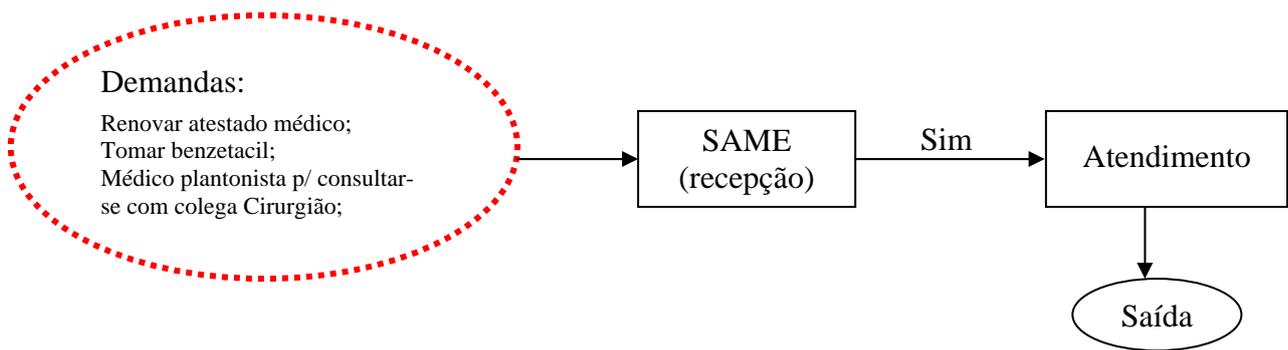


**FIGURA 14 – Fluxograma analisador das demandas rejeitadas pelo Pronto-Socorro do HGCA e não consideradas como atendimento em urgência e emergência.**

Identificamos uma “linha de tensão” gerada no processo de negação do atendimento conduzido pelo trabalhador de saúde. A negação foi justificada de diferentes formas, mas sempre com a intenção de convencer o usuário de que aquele atendimento que procurava, o hospital não teria condições de lhe oferecer, e a tensão, provocada pelo modo de comunicar-se do trabalhador de saúde que nem sempre se fazia “acolhedor” e, apesar de direcionar o usuário a outro serviço de saúde, o fazia de maneira informal e não dava garantia que este seria atendido no local indicado. Santos e outros (2006), discutem que cada momento de encontro entre o trabalhador e o usuário, na busca pelo cuidado, é um ponto de eminente tensão ou acolhimento.

Merhy (1997b), aponta que é importante perceber o agir em saúde nesse espaço intercessor (relação trabalhador/usuário). Para ele, a negação do atendimento pode ser feita apenas com a recusa do usuário, ou esta negação pode ser processada de forma “acolhedora” e assistencial. Neste espaço intercessor se processam as escutas, as trocas de informações, o reconhecimento mútuo dos direitos e deveres.

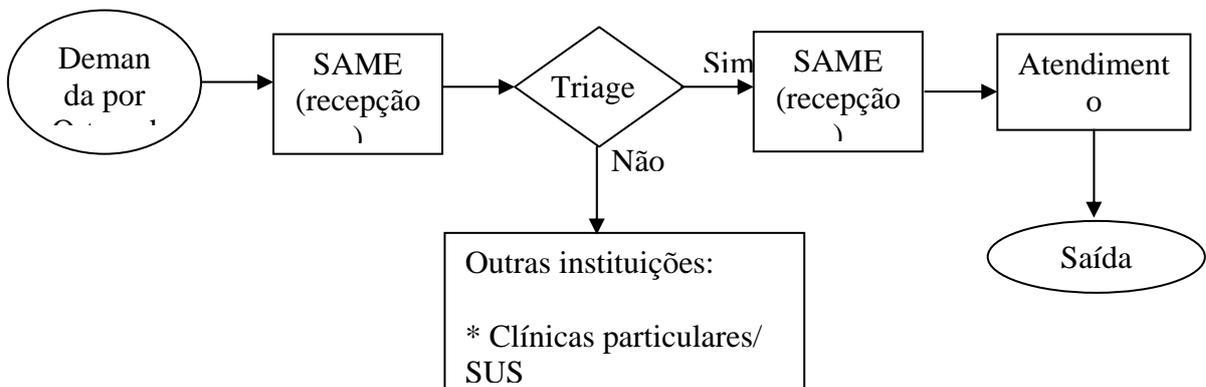
Na perspectiva contrária, foram também atendidos casos no Pronto-Socorro do HGCA que não eram condizentes com urgência ou emergência (FIGURA 15), como: várias pessoas com receita para tomar benzetacil injetável e um usuário que foi atendido para pegar atestado médico com o plantonista para prorrogar seu afastamento no trabalho.



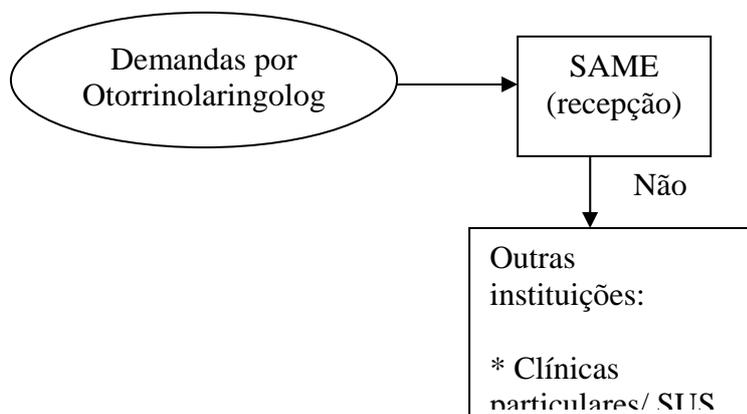
**FIGURA 15 – Fluxograma analisador das demandas atendidas no Pronto-Socorro do HGCA, apesar de não consideradas como o atendimento em urgência e emergência.**

As demandas por ortopedia e otorrinolaringologia não são atendidas a contento pelo hospital, pois não existe no Pronto-Socorro especialista em otorrinolaringologia e o atendimento em ortopedia não consegue abarcar toda a demanda que chega ao hospital para esta especialidade. Desse modo, são referenciadas de maneira informal para clínicas privadas, principalmente, no município de Feira de Santana através do convênio SUS. No entanto, esse encaminhamento não garante a resolução do problema e satisfação da necessidade do usuário na clínica indicada.

Em relação à ortopedia (FIGURA 16), os médicos atendem no hospital os casos mais graves, que necessitem de imobilização ou cirurgia, por isso demandas consideradas menos graves, como dor em alguma parte do corpo, passam pela triagem e só são atendidas no hospital se o volume de atendimentos comportar. A segunda, a demanda por otorrinolaringologia (FIGURA 17), não é atendida no HGCA, os casos são encaminhados também, para clínicas privadas ou para outro hospital filantrópico, o Hospital Dom Pedro de Alcântara.



**FIGURA 16 - Fluxograma analisador da demanda para a especialidade de ortopedia no pronto-socorro do HGCA**



**FIGURA 17 - Fluxograma analisador da demanda para a especialidade de otorrinolaringologia no pronto-socorro do HGCA**

O HGCA encaminha as demandas que chegam a sua “porta de entrada”, tanto para os níveis básicos da atenção, como também para níveis mais complexos, em termos de tecnologia e especialização. Ressaltando-se, no entanto, que o encaminhamento ou referenciação ao nível básico da rede não acompanha nenhuma ficha de referência por escrito e a comunicação é feita pelos funcionários do SAME ou da triagem, no nível da informalidade. Assim como as fichas de referência trazidas pelos usuários, principalmente das unidades de saúde da família do próprio município de Feira de Santana, não são preenchidas pelo profissional que atende no hospital e nem contra-referenciadas às unidades que prestaram o primeiro atendimento.

Na medida em que o encaminhamento dos pacientes aos outros serviços ocorre de maneira informal, sem reais garantias de atendimento as instituições referidas, como descrevemos no decorrer da análise, o usuário passa a ser o responsável por sua doença/ cura, vida/ morte. É necessário agir em defesa da vida, para isso, os processos de responsabilização pelos usuários precisam envolver todos os sujeitos que estão ligados à saúde: formuladores de políticas, gestores e trabalhadores de saúde.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo sobre o HGCA, entramos em contato com uma instituição de grande importância para Feira de Santana e Macro-Região. Pretendíamos com este estudo analisar a oferta e a demanda dos serviços produzidos pelo hospital, mas além de estudarmos as categorias em questão, nos deparamos com um campo de estudo muito rico de informações, dada a sua complexidade, os conflitos que o permeiam o seu cotidiano e a sua importância para o Estado da Bahia.

Desde a sua fundação, em 1984, o hospital objetivava bloquear o deslocamento dos usuários, de Feira de Santana e outros municípios circunvizinhos, para o atendimento hospitalar em Salvador. Ainda nos dias atuais, dentro do processo de regionalização da assistência, o hospital que é o maior da Macro-Região, servindo de referência para municípios próximos a Feira de Santana. A sua criação estava relacionada também com o alívio de tensões sociais e com os interesses políticos e corporativistas da época, e observamos durante a coleta de dados do estudo, os interesses políticos utilizando a “máquina” pública para consolidar a rede de favores, evidenciado pelos contratos temporários de regime especial (REDA).

O grande número de serviços oferecidos pelo hospital e analisados nos anos de 2004 e 2005, mostra o efeito que estes serviços produzem como componentes da rede de serviços de saúde. Foram mais de dez mil internamentos no período de um ano, mais de 300 cirurgias por mês, as consultas ambulatoriais em quase todas as especialidades médicas superam o volume de duas mil por mês. Além dos exames de apoio-diagnóstico, como raio-x, tomografias, mamografias, ultrasonografias, entre outros.

A demanda ao Pronto-Socorro do hospital, na grande maioria das vezes é espontânea, caracterizada por pessoas que procuram livremente os serviços, apenas uma pequena parcela é referenciada. E ainda, são os usuários da rede de serviços de Feira de Santana que representam a maior demanda ao HGCA, pois os usuários que chegam de outros municípios trazem consigo ficha de encaminhamento dos locais onde foram atendidos, configurando a demanda referenciada que chega a menor volume ao hospital.

O maior “consumo” dos serviços de internação e de atendimento de urgência e emergência estão concentrados na população residente em Feira de Santana. Isso imprime uma nova lógica de pensamento sobre o HGCA, na medida em que (des)constrói o “senso comum” de que os problemas existentes no hospital eram consequência do grande volume de usuários de outros municípios atendidos. Existe de fato atendimento a usuários de outros municípios, de outros Estados, e até mesmo, de pessoas cuja origem eram ignoradas, mas mesmo assim, identificamos uma demanda e oferta maiores para usuários de Feira de Santana.

Observamos que existe uma programação prévia dos procedimentos de internação hospitalar e atendimentos de urgência e emergência do hospital para os municípios pactuados com Feira de Santana, mas ainda encontramos distorções entre o atendimento prestado pelo hospital e a programação físico-orçamentária destinada. Trazemos esta observação porque identificamos, ao analisar a amostra de municípios selecionados para o estudo, que existe um município, Morro do Chapéu, que poucas vezes encaminha usuários de sua rede para o HGCA, no entanto tem um alto valor programado para obter serviços do hospital, e em contrapartida, o outro, Santo Estevão, utiliza uma quantidade importante dos serviços em urgência e emergência, porém, não tem valores orçados para estes serviços do hospital.

Nesse sentido, acreditamos que a Programação Pactuada Integrada trouxe avanços na organização da rede de serviços de saúde, mas ainda é necessário melhorar a forma como a pactuação é conduzida no Estado, sem a centralização da decisão sobre as prioridades, como verificamos no documento sobre a temática em questão, e, assim como é previsto, este instrumento deve passar por revisões periódicas, de modo que as discordâncias entre atendimento e programação sejam superadas.

No processo de descentralização, em 2004, Feira de Santana passou para a Gestão Plena do Sistema, ampliando o controle, a assistência, a regulação dos serviços de saúde do município e através do termo de compromisso entre o Estado e o Município, o hospital geral público passou para a gestão do município, apesar da administração da unidade ainda ficar sob responsabilidade do Estado, e este mantém a estrutura física do hospital, demonstrado através de reforma e ampliações financiadas por este nível de poder.

O Pronto-Socorro do hospital, muitas vezes denominado apenas de emergência, é o setor com maior produção no hospital. O atendimento no Pronto-Socorro em 2005 foi 11 vezes maior do que o número de internações nas clínicas do hospital. Neste sentido, concordamos com os autores Campos (1992) e Cecílio (2001), quanto refletem sobre o pronto

atendimento como unidade de maior demanda dos usuários ao sistema de saúde. A emergência, portanto, configura-se também como uma das principais portas de entrada a rede de serviços.

Ao analisarmos esta demanda e os motivos que justificaram a procura por atendimento, notamos que a demanda está mais organizada se compararmos com o estudo de Assis (1998a) realizado em 1997 que apontou uma distorção no atendimento em Pronto Socorro, com uma demanda de 70%, que poderia ser atendida na atenção básica. No momento atual, a demanda ao hospital está mais organizada, após a implementação de fato, do processo de descentralização da saúde e a habilitação do município de Feira de Santana na Gestão Plena do Sistema, visto que os usuários que procuraram o Pronto-Socorro com motivos condizentes com o atendimento em urgência e emergência são de 87,3%.

Diante do exposto, pensamos que a demanda por atendimentos na atenção básica pode ter sido ampliada ou ter sido bloqueada antes de chegar ao hospital, ou seja, a demanda pode nem chegar ao hospital, ou ser transferida para outros locais, como policlínicas e outras instituições conveniadas com o SUS.

O decréscimo das internações na clínica médica, e um aumento nas internações na clínica cirúrgica do hospital também poderiam ser explicados, pela ampliação do acesso aos serviços de atenção básica de saúde ou melhoria da oferta de serviços nos municípios do entorno.

O Pronto-Socorro do HGCA possui um serviço de triagem para selecionar os usuários que eram atendidos nas especialidades de clínica geral, pediatria, ortopedia. Porém, não ocorria de maneira sistematizada e permanente. Destacamos que a valorização do atendimento por queixa-conduta tende a reduzir a Clínica de maneira ineficaz e desintegrada. A triagem era realizada por um médico, para direcionar os usuários à consulta com o médico clínico e pediatra, e por um auxiliar de enfermagem, para selecionar os casos que demandavam ao atendimento em ortopedia.

A demanda por ortopedia é superior à capacidade de oferta pelo hospital, e por esse motivo esta demanda excedente era direcionada a outros estabelecimentos de saúde, que na maioria das vezes eram clínicas particulares conveniadas ao SUS. A demanda por otorrinolaringologia, assim como as de ortopedia são referenciadas para outras unidades de assistência, mas estas nem passam pela triagem, o atendimento era negado na própria recepção, pelos trabalhadores que preenchiam as fichas de atendimento.

Desse modo, os encaminhamentos feitos pelos trabalhadores de saúde no Pronto-Socorro do hospital são referenciados de maneira informal para clínicas privadas, principalmente, no município de Feira de Santana através do convênio SUS.

O acolhimento nesta “porta de entrada” do hospital ainda é falho, apesar de existir um grupo de humanização, cartazes dirigidos ao hospital para melhorar a acolhida aos usuários, mostrando que o hospital já está preocupado com esta questão, não foram possíveis perceber por parte dos trabalhadores, iniciativas de gerar o acolhimento ao usuário.

Além da assistência hospitalar e ambulatorial, o HGCA é um centro para a formação técnico-científica de diversos trabalhadores da saúde, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, laboratório, entre outros. O que agrega ao hospital a responsabilidade pela contribuição na formação do trabalhador e da sua visão. Uma boa formação profissional e ética, vislumbrando uma mudança na prática e nas relações entre trabalhador e usuário, poderia possibilitar uma maneira mais acolhedora de agir em saúde, em defesa da vida individual e coletiva.

Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva desse campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção de modelos de atenção, e reconhecer que a saúde em um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena (MERHY, 2002).

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda J. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

ANDRADE, Luiz Odorico de Monteiro. **SUS passo a passo**: gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC; Sobral: Uva, 2001.

ARRETCHE, Marta T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Naturais**. v. 4, n. 40, p. 111-141, 1999.

ASSIS, M. M<sup>a</sup> A.; JORGE, M<sup>a</sup> Salete B. **Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde Coletiva**. (Digitado), 2005.

ASSIS, Marluce M<sup>a</sup>. Araújo. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e privado. Ribeirão Preto. 1998a. 313 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **A municipalização da saúde**: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: UEFS, 1998b.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva** v.8. n.3. Rio de Janeiro, 2003.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. **Agenda Estadual de Saúde**. Mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. Salvador, 2004.

BAHIA. **Instrução Normativa N. 003 de 12 de junho de 2001**. Disponível em: [http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/legislacao\\_instrucoes.asp](http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/legislacao_instrucoes.asp) acesso em 25 de maio de 2006.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento Programação e Orçamentação de Saúde: **PROS 98 / PPI** . Salvador: CENDRHU/DICOD, 1998. 205p.

BAHIA. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 14 de março de 1984a.

BAHIA. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 16 de março de 1984b.

BAHIA. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 20 de março de 1984c.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> , acessado em março de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 352** de 09 de março de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020/GM** em 31 de maio de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>, acesso em 15 de janeiro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/GM**, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em [http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm). Acesso em: agosto de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 1996

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, ago, 2005.

CAMPOS, Gastão W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão W. de S. Sobre a forma neoliberal de produção de serviço de saúde no Brasil. In: CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma** – repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6. n.2, Rio de Janeiro, 2001

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**: Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CASTRO, Mônica Silva M., TRAVASSOS, Cláudia e CARVALHO, Marília Sá Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p.277-284. Abr, 2005a.

CASTRO, Mônica Silva M., CARVALHO, Marília Sá e TRAVASSOS, Cláudia Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, p.1186-1200. Aug, 2005b.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben, A de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2001, p.113-126.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p.469-478, jul-set, 1997.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1992.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. . O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)  
Acesso em 19/07/2005.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.2. Rio de Janeiro, 2000.

MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARINHO, Alexandre. Um modelo de quatro quadrantes para a determinação da oferta e da demanda de internações hospitalares. **Economia Aplicada**, v. 9, n. 4, p.557-576. dez, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a.

MERHY, Emerson E..Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997b.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.363-382, jul, 2004.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001, 180p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

QUEIROZ, Creuza Maria Brito. **Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana - BA**. 2002. 136 p. Tese (doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Ana Áurea A; ASSIS, Marluce M. A. Oferta e demanda na atenção a saúde bucal: o processo de trabalho no programa de saúde da família em Alagoinhas – BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 273-285, jul./dez., 2005.

SANTOS, Adriano M. dos; ASSIS, Marluce M. A.; RODRIGUES, Ana A. O. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006, (no prelo).

SANTOS, Adriano M. dos; ASSIS, Marluce M. A., Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006, (no prelo).

SCHRAIBER, Lilia B. MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I.B. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SILVA FILHO, Colbert Martins da. **Desigualdades na distribuição de serviços de atenção à saúde no Estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UEFS, Feira de Santana: [sn], 2000, 229p.

SILVA JÚNIOR, Aloísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.451-455, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Os desafios para o sus e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04\\_0115\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0115_M.pdf) , acesso em: 15 de maio de 2006.

TRAVASSOS, Cláudia, *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRIVIÑOS. Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

## MUNICÍPIOS DA MACRO-REGIÃO CENTRO-LESTE, BAHIA, QUE PACTUARAM COM O HGCA E SUAS RESPECTIVAS POPULAÇÃO E REDE HOSPITALAR SUS, (SIA/SUS), 2004

| MÓDULOS          | MUNICÍPIOS             | POPULAÇÃO | Rede Hospitalar / SUS |                     |                   |                    |                          |                  |                      |                   |     |
|------------------|------------------------|-----------|-----------------------|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|------------------|----------------------|-------------------|-----|
|                  |                        |           | Hospitais             | Leitos Hospitalares | Leitos Cirúrgicos | Leitos Obstétricos | Leitos em Clínica Médica | Leitos Pediatria | Leitos Psiquiátricos | Longa Permanência | UTI |
| Feira de Santana | Feira de Santana       | 496.625   | 7                     | 1.152               | 164               | 219                | 148                      | 119              | 501                  | 1                 | 4   |
|                  | Amélia Rodrigues       | 24.419    |                       |                     |                   |                    |                          |                  |                      |                   |     |
|                  | Anguera                | 9.039     |                       |                     |                   |                    |                          |                  |                      |                   |     |
|                  | Conceição do Jacuípe   | 26.886    | 2                     | 35                  | 8                 | 15                 | 6                        | 5                |                      | 1                 |     |
|                  | Coração de Maria       | 24.214    | 1                     | 21                  | 2                 | 6                  | 8                        | 5                |                      |                   |     |
|                  | Irará                  | 25.435    | 1                     | 20                  |                   | 12                 |                          |                  |                      |                   |     |
|                  | Santa Bárbara          | 18.178    | 1                     | 40                  | 8                 | 14                 | 9                        | 9                |                      |                   |     |
|                  | Santanópolis           | 8.500     | 1                     | 17                  | 7                 | 7                  | 3                        |                  |                      |                   |     |
|                  | São Gonçalo dos Campos | 27.571    | 2                     | 75                  | 11                | 35                 | 16                       | 13               |                      |                   |     |
|                  | Tanquinho              | 6.867     |                       |                     |                   |                    |                          |                  |                      |                   |     |
| Teodoro Sampaio  | 8.722                  |           |                       |                     |                   |                    |                          |                  |                      |                   |     |
| Ipirá            | Ipirá                  | 61.551    | 3                     | 73                  | 13                | 28                 | 21                       | 11               |                      |                   |     |
|                  | Baixa Grande           | 20.190    | 1                     | 36                  | 8                 | 5                  | 15                       | 8                |                      |                   |     |
|                  | Pintadas               | 11.037    | 1                     | 20                  | 10                | 5                  | 5                        |                  |                      |                   |     |
| Riachão          | Riachão do Jacuípe     | 30.375    | 3                     | 93                  | 26                | 26                 | 27                       | 14               |                      |                   |     |

|                    |                       |        |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|--------------------|-----------------------|--------|---|-----|----|----|----|----|--|--|--|
| do Jacuípe         | Candeal               | 9.993  |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Capela do Alto Alegre | 10.795 | 1 | 15  | 10 | 3  | 2  |    |  |  |  |
|                    | Ichu                  | 4.961  | 1 | 20  | 15 | 5  |    |    |  |  |  |
|                    | Nova Fátima           | 6.924  |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Pé de Serra           | 12.791 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Serra Preta           | 17.741 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
| Santo Estevão      | Santo Estevão         | 42.016 | 2 | 41  | 9  | 15 | 12 | 5  |  |  |  |
|                    | Antônio Cardoso       | 11.681 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Ipecaetá              | 18.805 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Rafael Jambeiro       | 22.606 | 1 | 21  | 5  | 5  | 9  | 2  |  |  |  |
| Itaberaba          | Itaberaba             | 60.037 | 3 | 195 | 49 | 56 | 51 | 39 |  |  |  |
| Boa Vista do Tupim | Boa Vista do Tupim    | 18.671 | 1 | 18  | 4  | 4  | 6  | 4  |  |  |  |
|                    | Ibiquera              | 4.212  |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Itaeté                | 13.945 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Nova Redenção         | 2.282  |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
| Iaçu               | Iaçu                  | 29.014 | 1 | 52  | 14 | 20 | 10 | 8  |  |  |  |
|                    | Marcionílio Souza     | 10.168 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
| Ruy Barbosa        | Lajedinho             | 3.958  |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Lençóis               | 9.189  | 1 | 14  |    | 4  | 6  | 4  |  |  |  |
|                    | Macajuba              | 11.683 | 1 | 16  |    | 4  | 8  | 4  |  |  |  |
|                    | Ruy Barbosa           | 28.810 | 1 | 93  | 31 | 18 | 30 | 14 |  |  |  |
|                    | Utinga                | 16.856 | 1 | 32  | 8  | 4  | 8  | 12 |  |  |  |
|                    | Andaraí               | 13.800 | 1 | 48  | 11 | 14 | 4  | 19 |  |  |  |
| Morro do Chapéu    | Bonito                | 13.284 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                    | Morro do Chapéu       | 35.068 | 2 | 100 | 14 | 20 | 42 | 24 |  |  |  |
| Mairi              | Mairi                 | 19.941 | 1 | 33  | 6  | 8  | 8  | 11 |  |  |  |
|                    | Várzea da Roça        | 13.672 | 1 | 18  | 4  | 4  | 6  | 4  |  |  |  |

|              |                     |            |        |     |     |     |     |    |   |  |  |
|--------------|---------------------|------------|--------|-----|-----|-----|-----|----|---|--|--|
| Capim Grosso | Quixabeira          | 8.527      |        |     |     |     |     |    |   |  |  |
|              | São José do Jacuípe | 8.209      | 1      | 11  |     | 4   | 4   | 3  |   |  |  |
|              | Capim Grosso        | 24.802     | 1      | 254 | 64  | 40  | 80  | 70 |   |  |  |
| Jacobina     | Várzea Nova         | 13.525     | 1      | 22  | 2   | 5   | 11  | 4  |   |  |  |
|              | Várzea do Poço      | 7.069      | 1      | 40  | 9   | 12  | 9   | 10 |   |  |  |
|              | Umburanas           | 14.687     |        |     |     |     |     |    |   |  |  |
|              | Serrolândia         | 12.785     | 1      | 25  | 7   | 4   | 5   | 9  |   |  |  |
|              | Ourolândia          | 16.013     |        |     |     |     |     |    |   |  |  |
|              | Mirangaba           | 14.179     |        |     |     |     |     |    |   |  |  |
|              | Miguel Calmon       | 28.900     | 1      | 79  | 20  | 30  | 16  | 13 |   |  |  |
|              | Jacobina            | 76.487     | 2      | 419 | 127 | 100 | 122 | 70 |   |  |  |
|              | Piritiba            | Mundo Novo | 19.257 | 1   | 35  | 4   | 8   | 17 | 6 |  |  |
| Piritiba     |                     | 17.956     | 1      | 24  | 3   | 8   | 8   | 5  |   |  |  |
| Tapiramutá   |                     | 17.770     | 2      | 60  | 3   | 17  | 26  | 14 |   |  |  |
| Caém         | Saúde               | 11.509     | 2      | 92  | 24  | 20  | 28  |    |   |  |  |
|              | Caldeirão Grande    | 10.465     | 1      | 27  |     | 7   | 13  | 7  |   |  |  |
|              | Caém                | 11.605     | 1      | 44  | 8   | 8   | 18  | 10 |   |  |  |
| Iraquara     | Iraquara            | 18.613     | 1      | 44  | 8   | 13  | 16  | 7  |   |  |  |
|              | Souto Soares        | 14.046     | 1      | 21  |     | 3   | 13  | 6  |   |  |  |
| Irecê        | Jussara             | 15.620     | 1      | 28  | 7   | 6   | 10  | 5  |   |  |  |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



|                       |           |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
|-----------------------|-----------|----|-------|------|-----|------|-----|------|-----|---------|
| Cruz das Almas        | 53.939    | 2  | 130   | 46   | 58  | 17   | 5   | 3    | 1   |         |
| Euclides da Cunha     | 54.106    | 2  | 77    | 18   | 21  | 28   | 9   | 1    |     |         |
| Fátima                | 18.370    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Gavião                | 4.513     |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Governador Mangabeira | 17.078    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Heliópolis            | 13.322    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Itapicuru             | 27.615    | 1  | 48    | 10   | 20  | 12   | 6   |      |     |         |
| Itatim                | 13.010    | 1  | 16    |      | 6   | 10   |     |      |     |         |
| Lamarão               | 9.432     |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Maragogipe            | 40.508    | 1  | 26    | 6    |     | 16   | 4   |      |     |         |
| Milagres              | 12.447    | 1  | 21    | 4    | 6   | 6    | 5   |      |     |         |
| Monte Santo           | 54.655    | 1  | 60    | 18   | 18  | 12   | 12  |      |     |         |
| Muritiba              | 31.404    | 2  | 42    | 23   | 6   | 13   |     |      |     |         |
| Nova Soure            | 24.329    | 1  | 54    | 10   | 10  | 20   | 14  |      |     |         |
| Novo Triunfo          | 13.941    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Nordestina            | 12.102    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Olindina              | 24.176    | 1  | 34    | 12   | 7   | 11   | 4   |      |     |         |
| Ouriçangas            | 7.579     | 1  | 18    | 3    | 4   | 7    | 4   |      |     |         |
| Paripiranga           | 26.658    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Pedrão                | 6.757     |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Pedro Alexander       | 17.268    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Queimadas             | 24.778    | 2  | 48    | 6    | 23  | 11   | 8   |      |     |         |
| Quijingue             | 26.665    | 1  | 25    | 7    | 6   | 8    | 4   |      |     |         |
| Retirolândia          | 10.880    | 1  | 35    | 9    | 11  | 10   | 5   |      |     |         |
| Ribeira do Pombal     | 46.714    | 1  | 66    | 20   | 16  | 16   | 14  |      |     |         |
| Ribeira do Amparo     | 13.885    |    |       |      |     |      |     |      |     |         |
| Salvador              | 2.485.702 | 47 | 7.045 | 1836 | 568 | 1106 | 761 | 1745 | 720 | 18<br>4 |
| Santa Luz             | 30.967    | 3  | 73    | 22   | 25  | 15   | 11  |      |     |         |
| Santo Amaro           | 58.914    | 5  | 288   | 120  | 51  | 71   | 46  |      |     |         |
| São Domingos          | 8.306     | 1  | 20    | 5    | 8   | 2    |     | 5    |     |         |

|                     |                              |        |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|---------------------|------------------------------|--------|---|-----|----|----|----|----|--|--|--|
|                     | São Félix                    | 13.893 | 1 | 101 | 50 | 29 | 20 | 2  |  |  |  |
|                     | Serrinha                     | 71.715 | 5 | 212 | 47 | 79 | 60 | 26 |  |  |  |
|                     | Sítio do Quinto              | 17.636 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                     | Teofilândia                  | 20.295 | 1 | 30  | 10 | 8  | 5  | 7  |  |  |  |
|                     | Terra Nova                   | 12.939 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                     | Tucano                       | 51.432 | 3 | 69  | 17 | 19 | 17 | 16 |  |  |  |
|                     | Ubaíra                       | 20.549 | 1 | 70  | 20 | 15 | 20 | 15 |  |  |  |
|                     | Valente                      | 19.288 | 3 | 82  | 20 | 20 | 20 | 22 |  |  |  |
| MACRO<br>O<br>NORTE | Campo Formoso                | 61.881 | 1 | 100 | 20 | 35 | 15 | 30 |  |  |  |
|                     | Canudos                      | 13.758 | 2 | 61  | 12 | 19 | 17 | 13 |  |  |  |
|                     | Pilão Arcado                 | 30.497 | 1 | 6   |    | 6  |    |    |  |  |  |
|                     | Sobradinho                   | 21.225 | 1 | 29  | 4  | 7  | 6  | 12 |  |  |  |
| MACRO<br>O SUL      | Camamu                       | 33.713 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                     | Nilo Peçanha                 | 11.070 |   |     |    |    |    |    |  |  |  |
|                     | Presidente Tancredo<br>Neves | 19.468 | 1 | 17  |    | 4  | 9  | 4  |  |  |  |
|                     | Taperoá                      | 16.501 | 1 | 20  |    | 10 | 6  | 4  |  |  |  |
|                     | Valença                      | 78.745 | 1 | 293 | 72 | 43 | 82 | 96 |  |  |  |
| MACRO<br>OESTE      | Formosa do Rio Preto         | 18.629 | 1 | 20  | 4  | 4  | 6  | 6  |  |  |  |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**APÊNDICE C****ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO DO HGCA****Identificação do período:**

Data: \_\_\_\_\_

Hora de Início: \_\_\_\_\_

Hora de Término: \_\_\_\_\_

**Aspectos a serem observados:**

- Motivo exposto pelo usuário para justificar a procura pelo hospital;
- Serviço requerido pelo usuário;
- Atendimento prestado ao usuário;
- Motivo exposto pelo trabalhador para justificar o atendimento ou negação ao usuário;
- Uso da referência e contra-referência pelo hospital.

**APÊNDICE D****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****CARTA**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, que tem como objetivos: analisar a oferta e a demanda dos serviços de saúde produzidos pelo Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) no processo de descentralização da saúde com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), no período de 2004-2005; descrever os serviços de saúde ofertados pelo referido hospital, por especialidade médica e por tipo de atendimento à saúde; e caracterizar a demanda atendida e negociada na PPI no município de Feira de Santana e na sua área de influência.

Dessa maneira, solicitamos a autorização desta Instituição para manusear alguns de seus documentos relativos à pesquisa e observar, de uma maneira geral, a demanda por atendimento através da observação livre das “portas de entrada” do hospital.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

---

Assinatura da Pesquisadora-colaboradora

## APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana - BA, com base na Programação Pactuada Integrada, 2004-2005.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Trabalhador de Saúde**

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora-responsável/orientadora), Creuza Maria Brito Queiroz (pesquisadora-responsável/co-orientadora) e Juliana Alves Leite (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, que tem como objetivos: analisar a oferta e a demanda dos serviços de saúde produzidos pelo Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) no processo de descentralização da saúde com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), no período de 2004-2005; descrever os serviços de saúde ofertados pelo referido hospital, por especialidade médica e por tipo de atendimento à saúde; e caracterizar a demanda atendida e acordada na PPI no município de Feira de Santana e na sua área de influência. Os gestores, formuladores de políticas e usuários do sistema terão como benefício a oportunidade de refletir sobre organização do sistema local de saúde, na definição do modelo de atenção à saúde adequado e na (re)definição do papel do hospital no município e na sua macro-região.

Se você consentir, observaremos o cotidiano do seu trabalho e a sua relação com os usuários, desde a entrada aos serviços, e o seu atendimento/ encaminhamento. A observação será registrada em um caderno de anotações, no qual registraremos a demanda que procura o pronto-socorro do hospital, com os motivos, os serviços procurados, o atendimento recebido, ou o encaminhamento feito. O material da registrado será arquivado pelos pesquisadores no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) por um período de cinco anos e logo será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural.

Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As despesas do projeto são de responsabilidade do NUPISC e do pesquisador-colaborador.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS - VI módulo - NUPISC. Km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana-BA.

Após ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da observação, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora-colaboradora