

Gestão Local em Saúde

Práticas e Reflexões

Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin

Organizadores



Gestão Local em Saúde

Práticas e Reflexões

Maria Ceci Misoczky
Ronaldo Bordin
Organizadores

Gestão Local em Saúde Práticas e Reflexões

Aládia Inês de Oliveira
Ana Cecília Bastos Stenzel
Ariane Jacques Arenhart
Betina Schwingel
Carlos Alberto Protti
Carolina Karan Brum
Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva
Édson Fernando de Castro
Fernando Vivian
Flávia Fraga
Henrique I. Thomé
Jackeline Amantino de Andrade
Joice Marques
Kátia Teresa Cesa
Kerlen Günther Carvalho
Liane Beatriz Righi
Margareth Capra
María E. Alonso Ramírez
Marina Keiko Nakayama
Neusa Rolita Cavedon
Paulo Mayorga
Regina Sulzbach
Roger dos Santos Rosa
Thaís Delgado Brandolt Aramburu
Traudie Cornelsen

Dacasa Editora
Porto Alegre, 2004

Capa e Editoração
Publicato Design Editorial
publicato@publicato.com.br
Porto Alegre – RS

G393 Gestão local em saúde : práticas e reflexões
 Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin (organizadores).
 Porto Alegre : Dacasa, 2004.
 236 p. : il

ISBN 85-86072-58-3

1. Gestão em saúde. 2. Saúde pública. 3. Administração
municipal. I Misoczky, Maria Ceci. II. Bordin, Ronaldo

CDU 352:614

Elaborado pela Biblioteca da Escola de Administração - UFRGS

Direitos de Publicação
Dacasa Editora
Caixa Postal 5057
90041-970 - Porto Alegre, RS
dacasa@logic.com.br
Fone: (51) 9982.7878

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Gestão da atenção à saúde em territórios de fronteiras:
algumas constatações a partir de casos do estado do Rio Grande do Sul / **9**
*Maria Ceci Misoczky, Traudie Cornelsen, Thaís Delgado Brandolt Aramburu e
Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva*

Participação social no Sistema Único de Saúde: uma utopia
por se concretizar em municípios de pequeno porte do Vale do Taquari / **35**
Jackeline Amantino de Andrade e Ariane Jacques Arenhart

Papel das transferências subnacionais de recursos para orçamentos
locais de saúde / **55**
Roger dos Santos Rosa e Regina Sulzbach

Organização e estética em estabelecimentos de atenção à saúde:
o caso da construção coletiva de uma nova ambientação
em um serviço público de pronto atendimento / **69**
Maria Ceci Misoczky e Kerlen Günther Carvalho

Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde: limites e perspectivas / **87**
Ana Cecília Bastos Stenzel, Aládia Inês de Oliveira e Andréia Cristina Leal Figueiredo

A gestão do trabalho médicos através de um núcleo gerencial de saúde / **103**
Fernando Vivian e Ronaldo Bordin

Contribuições do protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa
da vida para o processo de gestão do SUS em Caxias do Sul / **119**
Margareth Capra e Ronaldo Bordin

Representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas
de equipes de saúde da família sobre educação em saúde / **147**
Betina Schwingel e Neusa Rolita Cavedon

A mudança na condução das práticas de vigilância em saúde nos estabelecimentos odontológicos utilizando como elemento principal a informação e educação em saúde / **171**

Kátia Teresa Cesa e Marina Keiko Nakayama

Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? / **197**

Paulo Mayorca, Flávia Fraga, Carolina Karam Brum e Édson Fernando de Castro

Gestão Local em Saúde: descentralização e desenvolvimento organizacional em dois municípios do estado do Rio grande do Sul / **217**

Carlos Alberto Protti, Joice Marques e Liane Beatriz Righi

APRESENTAÇÃO

A mobilização nacional para realizar cursos de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde¹ tem produzido resultados muito expressivos em todos os estados brasileiros. Mais que uma centena de cursos e cerca de três mil egressos titulados por dezenas de instituições acadêmicas são dimensões consideráveis desse processo que apontam, com justa razão, para sua avaliação positiva e meritória. A articulação entre os gestores do SUS e as escolas, núcleos ou departamentos universitários responsáveis pela execução dos cursos constitui um requisito indispensável para a realização dos mesmos, representando certamente o fator mais decisivo para a expressividade dos resultados alcançados, tanto sob o aspecto quantitativo quanto qualitativo.

A presente publicação é um exemplo bem ilustrativo da importância e das características desse processo, no caso do Rio Grande do Sul. Não é apenas mais um livro sobre gestão local em saúde, pois apresenta relatos de práticas inovadoras voltadas para o interesse social no campo da saúde, na forma de monografias orientadas por reflexões comprometidas com o rigor científico. Expressa, portanto, a desejável articulação entre a educação e o trabalho ou, mais concretamente, entre as práticas nos serviços de saúde e o ensino na universidade.

Durante a realização desses cursos oferecidos pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os alunos permaneceram exercendo suas funções de gestão em diversas instâncias do SUS no estado. A orientação política pedagógica dos cursos permitiu-lhes sistematizar conhecimentos e aprender conceitos e métodos valiosos para sua atuação nos serviços de saúde. Dessa confluência de fatores resultaram cento e quarenta monografias apresentadas como

¹ Atividade integrante do plano de trabalho do Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a OPAS - TC 08.

trabalhos da conclusão exigidos pelas regras acadêmicas para titulação no grau de especialista. Um trabalhoso e, por que não reconhecer, doloroso esforço de seleção resultou na escolha dos onze textos que compõem este livro.

Os artigos selecionados revelam a diversidade temática do conjunto das monografias apresentadas. E também confirmam que o objeto das reflexões exercitadas no curso foram os desafios impostos pelas práticas nos serviços: gestão da atenção à saúde em territórios de fronteiras; a participação social no Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte; as transferências de recursos para orçamentos locais de saúde; construção de ambientações em estabelecimentos de saúde; satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde; gestão do trabalho médico; propostas de protocolo das ações básicas de saúde; representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família sobre educação em saúde; mudança das práticas de vigilância em saúde nos estabelecimentos odontológicos; assistência farmacêutica no âmbito do SUS; descentralização e desenvolvimento organizacional da saúde nos municípios.

A realização desta publicação, além de constituir um reconhecimento e um estímulo aos autores, visa difundir algo da experiência gaúcha entre gestores e docentes de saúde pública, tanto no Brasil quanto nos países da América Latina, razão pela qual o livro está sendo editado em português e também em espanhol.

A expectativa dos organizadores dessa publicação é, primordialmente, contribuir para o debate sobre a proposta em evolução da Reforma Sanitária Brasileira e, ao fazê-lo em edições nas duas línguas, compartilhar esse debate com um maior número de interlocutores em outros países da Região das Américas.

Brasília, outubro de 2004

José Paranaguá de Santana Organização Pan-Americana da Saúde
Representação do Brasil

GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM TERRITÓRIOS DE FRONTEIRAS: ALGUMAS CONSTATAÇÕES A PARTIR DE CASOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Maria Ceci Misoczky

Traudie Cornelsen

Thaís Delgado Brandolt Aramburu

Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva

“Essa fronteira que desconstruímos analiticamente é, constantemente, reconstruída pelos diferentes atores sociais, de modo diverso. A fronteira que, ao ser analisada é desagregada e parece diluir-se, ao encarnar-se em seres humanos concretos reaparece através de seus discursos e suas práticas. Porque a fronteira é ação humana sedimentada no limite, é história de agentes sociais que a fizeram e a produzem hoje. Os fronteiriços fazem a fronteira tanto como a fronteira constitui a eles, seus imaginários, sentimentos e práticas.” (Grimson, 2003, p.232)

INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva geopolítica as fronteiras se apresentam, no imaginário social, como um limite. Esse limite pode ser burocrático-administrativo entre municípios, regiões, unidades sub-nacionais, ou mesmo, Estados nacionais. Fronteiras, porém, são mais que isso. Não se pode pensar fronteiras apenas sob a ótica geopolítica, pois com isso se perde a possibilidade de compreensão ampla do processo. Do lado das fronteiras materiais, identificáveis nos mapas, há também as fronteiras simbólicas, resultantes de processos de construção

social. Fronteiras econômicas, políticas, sociais, culturais, tecnológicas, do conhecimento. Fronteiras que, dentro de um mesmo espaço físico-geográfico, unem ou separam, impedem ou permitem acesso a indivíduos, grupos sociais, culturas e nações. Fronteira é também o resultado de relações de poder, que determinam interesses e definem questões a manter ou suprimir (Melo, 1997).

Observa-se que, nos limites físicos, os marcos de fronteira podem ser representados através de um pequeno pilar (como em Santana do Livramento/Rivera e em Aceguá-Brasil/Aceguá-Uruguaí), uma rua, aduana, ponte ou quartel, por onde passam os fluxos de pessoas (turistas, caminhoneiros, moradores de área, contrabandistas, traficantes, etc.); de mercadorias (lícitas ou ilícitas); bem como os fluxos não materiais.

Onde existem fluxos com ação humana acabam sendo estabelecidas redes. Santos (1996) afirma que uma rede é, simultaneamente, uma realidade material, definida formalmente e retratando, por exemplo, a infra-estrutura que permite transporte de matéria, energia ou informação,

“e que se inscreve sobre um território onde se caracteriza a topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação”.
“Mas a rede também é social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a freqüentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõe aos nossos sentidos, a rede é, na verdade uma mera abstração.” (Santos, 1996, p.209)

Para Arroyo (1995) o sistema econômico internacional acentuou duas tendências nos últimas décadas: a globalização e regionalização da economia; e a complementaridade entre ambas transformou o cenário mundial. Courlet (1996), por sua vez, destaca que o processo de globalização traz consigo uma grande plasticidade de estruturas, conferindo uma grande margem de ação no território. Assim, o fenômeno da globalização permite apreender o processo de recomposição dos espaços em suas múltiplas dimensões, espaços estes que participam de emergência de novas modalidades de ação política, nas quais a fronteira cumpre um papel importante. Vimos assim, mais uma vez, fortalecida a idéia de que a fronteira é múltipla em suas funções e significados, que não se constitui em obstáculos e que, graças, a ela, o capitalismo evolui, separa, diferencia, regula e se otimiza.

Heresche (apud Courlet, 1996) destaca as solidariedades transfronteiriças ou inter-regionais geradas a partir da necessidade de administrar

conjuntamente problemas comuns, visto que, em função da globalização, novos problemas ou questões surgem ou se amplificam. Nesse momento, transferir ou dividir responsabilidades para atores locais deverá resultar em um espaço mais funcional e apto a responder eficazmente aos problemas. Essa percepção pode se estender a outros problemas na região de fronteira como, por exemplo, os problemas advindos da necessidade de atenção à saúde para essa população. Nesse jogo de recomposições a fronteira pode desempenhar um importante papel se valorizadas e revitalizadas suas potencialidades.

Para Melo (1997) as práticas hoje dominantes no mundo são aquelas que priorizam o capital em detrimento do homem. Santos (1995) aponta como possibilidade de mudança a retomada do diálogo entre os povos e o resgate de idéia da humanidade, a partir da crítica e análise concreta da noção de integração, substituindo-a pela de união. Para então, retomando Melo (1997), delimitar os tipos de fronteiras que precisamos e que queremos manter, e aquelas que precisamos superar.

A partir destas referências iniciais podemos introduzir o texto que segue. No próximo item se encontra uma breve revisão teórico-conceitual sobre os temas da produção do espaço em territórios transfronteiriços. A seguir são apresentados três estudos de caso. Todos se originam de monografias de conclusão do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil, com apoio da OPAS, orientadas pelo Prof. Aldomar Rückert (Geografia/UFRGS). O que esses estudos têm em comum, além de se referirem à gestão da saúde em territórios de fronteira, é a preocupação com a supressão de barreiras físicas e formais em benefício da valorização da vida, independente da nacionalidade daqueles que precisam de serviços e/ou ações de saúde. Como pano de fundo comum aos três casos se apresenta uma breve síntese da organização dos sistemas de cada país, com foco no acesso à atenção à saúde; e uma contextualização sobre como o tema da saúde tem sido abordado no processo de construção do Mercosul.

No primeiro estudo, realizado por Taís Delgado Brandolt Aramburu, e complementado pelas informações contidas no “Projeto Camioneiros”, de autoria de Taís em parceria com Rose Maria Tinn, são realizadas reflexões sobre o enfrentamento dos desafios da epidemia de AIDS na faixa de fronteira dos municípios de Uruguaiana/Brasil, Paso de los Libres/Argentina e Bella Unión/Uruguai. Esta área tem a particularidade e relevância, para o tema da AIDS, de ser o maior porto seco da América Latina, com um trânsito de

aproximadamente 1.000 caminhões por dia e grande interação entre as populações, envolvendo também o estabelecimento de atividades legais e ilegais (contrabando de mercadorias, tráfico de drogas, prostituição, criminalidade, etc.). Fatores contribuintes ao incremento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

O estudo realizado por Traudie Cornelsen aborda a gestão da atenção básica da saúde no caso de Aceguá/Brasil e Aceguá/Uruguai. Em uma fronteira delimitada apenas por marcos, com a Avenida Internacional sendo o que divide as duas cidades, os usuários de serviços de saúde procuram atenção em ambos os países, predominando a demanda por cuidados no lado brasileiro. Entre outros aspectos, esse estudo mostra a necessidade de se avançar nas negociações para unificação ou complementação de serviços em áreas de fronteira aberta, como nesse caso, especialmente em decorrência das desigualdades quanto ao acesso a serviços existentes entre os países em questão.

Cláudia Maria Scheffel Corrêa da Silva aborda uma iniciativa oficial, a Semana de Vacinação nas Américas. Novamente, tendo como pano de fundo as diferenças entre os sistemas de saúde desses dois países, o estudo evidencia como diferentes prioridades nacionais interferem na concretização dessa ação.

A produção do espaço no contexto das fronteiras do Mercosul

Conforme Rückert e Misoczky (2002, p. 67) as clássicas divisões em regiões administrativas representam uma simplificação da noção de território. Elas ignoram que há uma “espacialidade” contida na existência humana que está muito além do espaço banal (ou concreto) e do gerenciamento do poder pelas organizações governamentais.

Sabe-se, de longa data, que as ciências humanas e sociais tratam do Estado, dos governantes e das políticas públicas e privadas que afetam o cotidiano das populações e seus territórios. Assim, Estado, população e território têm formado uma tríade basilar clássica presente nas preocupações dos gestores da coisa pública. Diferentes atores produzem o espaço, reestruturam o território através da prática de poderes/políticas/ programas estratégicos, gestão territorial, enfim, (...) imprimindo assim novos usos do território. Interpretar o poder relacionado com o território significa relacioná-lo à capacidade dos atores

de gerir, implantar políticas de interesse das coletividades, com incidência estratégica no território. (Rückert, 2003, p. 1)

Portanto, o território é formado e delimitado por atores - pessoas/ coletividades - interessados nas mais diversas áreas e usos dos espaços físicos. Ou seja, os atores sociais produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. O território torna-se manifestação de poder de cada um sobre uma área precisa, resultando daí que o território é um produto das ações da coletividade (Raffestin, 1993). A apropriação de um espaço, a territorialização com o resultado da ação conduzida por um coletivo, resulta do fato de que o Estado e as organizações da sociedade produzem o território, através da implantação de novos recortes e ligações. O território torna-se, então, manifestação de poder de cada um sobre uma área precisa. Sendo assim, as fronteiras, como todo e qualquer território, resultam de relações de poder.

Segundo diversos autores, uma das características dessa relação é a da imposição de decisões a partir de atores afastados, física e culturalmente, do contexto das fronteiras. Na maioria das vezes decisões e modelos de intervenção vêm prontos do nível central, ou seja, as regras sobre como uma determinada política deverá ser executada são tomadas longe do gestor que irá executá-las. É com razão que na fronteira surge a expressão "... a capital não conhece a fronteira...", com freqüência usada para indicar o desagrado diante de discussões e propostas dirigidas às áreas fronteiriças, mas geradas no âmbito dos órgãos estaduais ou federais sediados fora da fronteira.

O chamado marco de fronteira é, na verdade, um símbolo visível do limite. Visto desta forma, o limite não está ligado à presença de gente, sendo abstração generalizada na lei nacional, sujeita às leis internacionais, mais distantes, freqüentemente, dos desejos e aspirações dos habitantes da fronteira. Sendo assim, o município não tem autonomia de tomar decisões, modificar as regras e, sim, ele se torna um mero executor de tarefas muitas vezes complexas para a sua estrutura, ou seja, é o que resolve os problemas no nível local. (Machado, 1998, p. 42)

Sob a mesma ótica, Lotta (2003) considera que, dada a fraqueza do poder municipal e, muitas vezes, sua incapacidade, na medida em que assume responsabilidades isoladamente, necessita buscar a cooperação entre municípios, o que leva a seu fortalecimento. Pode-se, então, sugerir que se os municípios

de fronteira se unissem e trabalhassem em cooperação e/ou troca, seriam fortalecidos e seus serviços certamente teriam maior qualidade e resolutividade.

Para aqueles que vivem na fronteira, ela é algo que faz parte do seu dia a dia, é algo bonito e interessante e, ao mesmo tempo, é algo complexo que os deixa muitas vezes sem saber como agir. Fronteira, que num momento representa um corte e no outro representa uma abertura, ou seja, permite, e ao mesmo tempo, impede – limita. Segundo Schäffer (1994, p. 150), “para as populações locais, a questão fronteira torna-se presente no lugar de trabalho, na origem de muitos moradores, na procura de serviços e de abastecimento”, é um dado do cotidiano e da sua situação de vida.

No contexto atual a região fronteira passa por profundas modificações, deixando de ser associada à idéia de limite político e geográfico separando duas nações, para representar um território de integração regional.

Para esse novo momento da economia mundial, de máximo avanço da expansão capitalista, põe-se em pauta a existência dos espaços nacionais e o papel de suas fronteiras, cada vez mais norteadas por centros de decisão que estão distantes. O principal alinhamento na ‘questão fronteira’ diz respeito ao desmoronar do significado das fronteiras rígidas e militarizadas e o apelo à intensificação da cooperação e da integração transfronteira. (Schäffer, 1995, p.79)

Neste momento a fronteira muda radicalmente seu papel. No entanto, esse dinamismo não emanou da vontade da população local, mas resultou de mudanças no processo econômico em escala mundial. Segundo Martin (1994, 105) “blocos de países (...) vêm se formando, nos quais os Estados nacionais abrem mão de algumas prerrogativas típicas da soberania, em favor da formação de mercados mais amplos e da multiplicação das oportunidades de investimentos”. Schäffer (1995, p. 83) situa o Mercosul

como um procedimento inserido nesse quadro internacional de globalização da economia, exigente de uma rearticulação regional e que empurra as economias do continente à ideologia neoliberal, centrada no livre mercado (tecnológico, informatizado, terceirizado, produtivo e competitivo) e permissiva aos investimentos estrangeiros

Segundo esta mesma autora (1995, p. 83), “no caso meridional não houve nenhuma transformação produtiva dinâmica que permitisse incorporar ao território tecnologia, informação e renda”. Tal situação aumenta ainda mais os problemas já vivenciados pela classe trabalhadora da região fronteira. A mão-de-obra aí existente é, via de regra, pouco qualificada profissionalmente, contrastando com as exigências do mercado. A produção dar-se-á a partir dos grandes centros, ficando esta área como *corredor de passagem*.

São raras as atividades novas e, não raro, têm diferente perfil na exigência de trabalhadores. Não é de estranhar, portanto, que alguns dos municípios da fronteira meridional e dos departamentos uruguaios do norte, ao receberem novos empreendimentos, pouco representem na absorção de trabalhadores, que muitas vezes são recrutados e levados de Porto Alegre ou de Montevideú. (Schäffer, 1995, p.83-84).

Em conseqüência, a situação de miserabilidade, já vivenciada pela maioria da população residente nos dois lados da fronteira, tenderá a se agudizar. O comércio, baseado nas diferenças cambiais e no trabalho informal, faz parte da cultura regional e de certa forma ameniza a difícil situação econômica das famílias daquele território. Conforme Schäffer (1994, p. 154) “as condições de renda, geradas no interior das relações sociais que orientam a produção e o trabalho, explicam o quadro geral de carências que são impostas à maior parte dos residentes e as enormes dificuldades que se apresentam para a reversão desse quadro no curto prazo.

Na transformação recente, na redução e precarização dos postos de trabalho começa a desenhar-se uma ‘acidez de convivência’ (...) que resulta em ver o ‘antes vizinho’ como um estrangeiro que captura lugares escassos de trabalho, que reduz salários e que bloqueia as esperanças de uma vida melhor. São espezinhados os peões das lavouras de arroz que acompanham os arrozeiros do Rio Grande do Sul, no avanço dessa lavoura em terras uruguaias; são constrangidos os trabalhadores das firmas de construção civil que provocam a migração de trabalhadores brasileiros (sem documentos, sem sindicatos) para as cidades argentinas. (Schäffer, 1995, p.89)

Esse contexto, certamente coloca novos e profundos desafios para os gestores de políticas públicas em territórios de fronteira.

A ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI

Argentina

A Argentina é uma república federal, constituída por 23 províncias e uma Capital Federal, e por aproximadamente 1.600 municípios. A Constituição Nacional constitui a lei suprema e as suas disposições devem sujeitar-se toda a legislação, seja nacional, seja provincial. A saúde é uma das áreas não delegadas pelas províncias ao governo central. Assim, pela Constituição, as províncias argentinas têm autonomia em matéria de saúde.

O sistema de saúde tem três subsetores: público, privado e da seguridade social. Os dois últimos fortemente conectados entre si pelo sistema indireto de contratação de serviços. Tal sistema de saúde (Piola e Cavalcante, 2004) pode ser definido como abrangente em termos de cobertura, segmentado em relação ao número de fundos de financiamento e de relações interinstitucionais, e caracterizado por um elevado estágio de separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços.

O subsetor público é integrado pelas estruturas administrativas provinciais, municipais e nacional - responsáveis pela condução setorial em suas respectivas áreas de competências, e pela rede pública de prestação de serviços. Ou seja, as províncias são responsáveis pela proteção e assistência à saúde da população. Os municípios podem realizar ações de saúde de forma independente, o que ocorre principalmente, entre os municípios de maior poder econômico e peso demográfico (OPAS, 1998a). Cerca de 43% da população depende de oferta pública – hospitais e centros de saúde.

As obras sociais são as entidades encarregadas da gestão da seguridade social. Subdividem-se em Obras Sociais Nacionais e Obras Sociais Provinciais, distribuídas em quase 300 entidades de distinta magnitude e importância, que dão cobertura a uma população de aproximadamente 18 milhões de pessoas (OPAS, 2003a). As obras sociais nacionais atuam, basicamente, como agências gerenciadoras de recursos, uma vez que a prestação de serviços é feita, majoritariamente, por meio de contratos com o setor privado. Cobrem uma população de aproximadamente 12 milhões de pessoas. São financiadas com aportes dos trabalhadores e contribuições dos empregadores (Leis 23.660 e 23.661) sobre a folha de salário.

A Argentina conta com 23 Obras Sociais Provinciais – OSPr, bastante heterogêneas entre si. Foram criadas por leis e decretos dos respectivos governos

provinciais para atender aos empregados públicos e seus familiares, incluindo também os trabalhadores das municipalidades integrantes da província. As OSPr não contam com estruturas que promovam redistribuição de fundos, que estabeleçam pacotes básicos de serviços ou mecanismos homogêneos de fiscalização e qualidade da atenção. Cobrem 5,2 milhões de beneficiários que correspondem, aproximadamente a 14% da população (Piola e Cavalcante, 2004).

O subsetor privado inclui a oferta de profissionais de saúde independentes e estabelecimentos de saúde, tais como hospitais e clínicas privadas, etc. A inserção das entidades de medicina pré-paga no sistema de saúde se faz de diferentes formas: como contratantes de seguros médicos individuais privados; como contratantes do gerenciamento de serviços para a população vinculada a uma obra social; como entidades fornecedoras de serviços complementares ou suplementares aos oferecidos pelas obras sociais. A população total coberta por planos e seguros de saúde privados era de cerca de 2,7 milhões de pessoas em 2001. Destes, 71,2% estavam associados a entidades de medicina pré-paga, 15,5% a afiliados de obras sociais de direção, na qualidade de segurados voluntários, e 13,3% a hospitais de comunidade.

Dados da OPAS (2003a) indicam a existência de 270 instituições de medicina pré-paga, sendo 80 agrupadas em câmaras (CIMAPA e ADEMP – Associação Entidades Medicina Privada) e 190 não vinculadas. Destas, 158 se localizam em Buenos Aires e região metropolitana e as demais no restante do país. Dez empresas líderes mantêm 50% do faturamento e 40% dos afiliados. Ainda conforme a OPAS (2003a), com exceção às províncias de Chaco e Santa Fé, não existe uma regulação específica para as instituições de medicina pré-paga. A proteção dos usuários deste subsistema é feita pela Lei de Defesa do Consumidor, sob o controle da Secretaria de Comércio.

A política de medicamentos foi gerada em resposta à profunda crise de 2002, refletida em grande desabastecimento setorial. Para enfrentar a situação o Ministério da Saúde tomou duas importantes medidas: iniciou políticas de prescrição de medicamentos pelo nome genérico; e desenvolveu o Programa Remediar, que distribui 26 medicamentos genéricos em 34 apresentações para o tratamento de doenças de maior prevalência na população mais carente. Existe uma proposta de tratamento antiretroviral para todos os doentes. Porém, periodicamente tem acontecido dificuldades quanto à fluidez do acesso aos medicamentos através das vias oficiais (OPAS, 2003a).

Brasil

O Sistema de Saúde vigente no Brasil é o Sistema Único de Saúde – SUS. Os princípios e diretrizes do SUS estão garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). O artigo 196 de nossa Constituição Federal afirma que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Esse sistema prevê que todo atendimento prestado ao cidadão que dele necessitar deve ser realizado de forma igualitária, universal, e gratuita. Na sua origem, o SUS se caracteriza por ser solidário, pois toda a população tem acesso universal. O sistema de saúde tem entre os seus princípios, além da universalização da prestação de serviço de saúde, a descentralização do atendimento, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, a integralidade das ações e a participação popular através de representantes da sociedade organizada nos conselhos e conferências de saúde.

No Brasil todo o cidadão tem direito às informações sobre seu estado de saúde; a participar, por meio de suas organizações, dos Conselhos de Saúde (nos três níveis de governo); ao acesso a medicamentos e ao tratamento necessário para manter e recuperar sua saúde; à internação nos hospitais públicos ou que prestam serviços para o SUS. Todas as ações e serviços devem ser prestados sem qualquer cobrança de taxa diretamente do usuário.

Também está organizado, no país, um sistema de saúde suplementar, composto por empresas operadoras de planos e seguros de saúde. O acesso a esses serviços se dá por compra direta ou através de contratos coletivos vinculados a planos empresariais.

Uruguai

“La Constitución de la República establece que “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país (...) Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. (OPAS, 1998b, p.564)

Como se pode perceber, o sistema focaliza a atenção à saúde gratuita apenas para a população carente de recursos, prevendo acesso e assistência

não remunerada somente para os considerados indigentes. Para receber esse benefício precisam comprovar, junto ao Ministério de Saúde Pública (MSP), seu estado de pobreza, para só então ter direito ao “carne de salud”.

Integram o sistema público os hospitais do MSP, da Saúde das Forças Armadas, da Saúde do Serviço Policial, o Banco da Previdência Social, Municípios, Serviços Médicos de Empresas Públicas e Hospital de Clínicas. É função do MSP o controle e regulação do setor, desenvolver programas preventivos e administrar seus serviços assistenciais (Uruguay, 2002).

O sistema privado é composto pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC) – organizações de seguro pré-pago de atenção integral, os Sanatórios Privados, Emergências Móveis, Seguros Parciais e Serviços de Diagnóstico e Tratamento. As Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), por cobrirem em torno de 55% da população (Uruguay, 2002).

Quanto aos medicamentos, a população possuidora do “carne de salud” tem acesso sem pagamento direto. As vacinas são aplicadas em serviços públicos ou privados. O programa de imunizações se realiza através do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), sendo que a direção do mesmo é competência da Departamento de Vigilância Epidemiológica do MSP. As vacinas do PAI são aplicadas gratuitamente a toda a população alvo e tem caráter obrigatório (OPAS, 1998b).

Como se constata, o sistema é estratificado em parcelas da população. A primeira, que não pode pagar pela atenção à saúde, utiliza-se do setor público. Existe uma parcela intermediária coberta pelas mutualistas. Uma última, de renda mais alta, paga pelos serviços das mutualistas e por outros serviços, como os de emergência, o que caracteriza uma complementação da assistência entre diferentes provedores.

SAÚDE NO MERCOSUL

Com o surgimento do Mercosul, mesmo sabendo-se que trataria de questões econômicas, surge também a esperança da organização da saúde para os municípios de fronteira dos países participantes.

Segundo a Resolução nº 151/96 do Grupo Mercado Comum, o subgrupo da saúde tem como tarefa geral:

Harmonizar as legislações dos Estados membros referentes aos bens, serviços, matérias primas e produtos na área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário

com a finalidade de promover e proteger a saúde e vida das pessoas e eliminar os obstáculos do comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração.

Ao longo dos últimos anos foram realizados vários eventos e reuniões importantes no Brasil, Uruguai e Argentina para avançar nas questões de saúde para os municípios de fronteira:

- ▶ a reunião em Buenos Aires, em 2000, com pauta voltada para vigilância epidemiológica;
- ▶ a reunião no Uruguai, em 2001, para harmonizar o esquema terapêutico para profilaxia de doenças transmissíveis;
- ▶ a reunião no Uruguai, em 2002, com pauta ampla, como a formação de grupos de trabalho para a criação de um sistema de informações comum, ações para prevenção e erradicação de doenças transmissíveis, prestação de serviços na fronteira, ações de vigilância sanitária, imunizações e circulação de ambulâncias na fronteira;
- ▶ a reunião em Buenos Aires, em 2002, com pauta de harmonizar a vigilância epidemiológica de surtos e doenças transmitidas por alimentos, inclusão nas planilhas de notificação Mercosul de dados comuns;
- ▶ a reunião ampla em Santana do Livramento, Brasil, em 2003, com a participação de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Saúde, Subgrupo da Saúde do Mercosul, Comissão Nacional de Secretários Municipais de Saúde, representantes dos consulados e embaixadas, Ministério de Relações Exteriores e outros, para propor e operacionalizar ações conjuntas estratégicas para a melhoria da qualidade de vida das populações fronteiriças de acordo com os problemas de saúde detectados nos municípios de fronteira Brasil-Uruguai.

Por sua vez, o Governo de Estado do Rio Grande do Sul, sensibilizado com as questões de saúde dos municípios de fronteira, assinou em julho de 2003 Resolução nº 82/2003 – CIB/RS que define um repasse de 70% (setenta por cento) do valor correspondente ao *per capita* a mais para municípios de fronteira, para efetivação da vigilância epidemiológica e controle de doenças.

Em 2003 surge o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para a saúde na

fronteira, que visa a criação e implementação da Comissão Binacional Assessora da Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai, tendo como objetivos: fortalecer os Comitês de Fronteira na área da saúde, propor estratégias, elaborar, avaliar e acompanhar os Planos de Trabalho, implementar projetos de cooperação, formação de recursos humanos, promoção de intercâmbio e discussão dos Sistemas de Saúde dos países.

Em agosto de 2003 o Governo do Estado do Rio Grande do Sul assina a portaria nº 41/2003, que cria o Grupo de Trabalho da Secretaria da Saúde do Estado para Assuntos de Fronteira, cujas atribuições são participar da elaboração de propostas binacionais, apoiar as Coordenadorias Regionais de Saúde nas ações de Atenção e Vigilância em Saúde comuns entre os países; realizar levantamento situacional da saúde da população fronteiriça.

Apesar de todos os esforços realizados para a organização de ações conjuntas na fronteira, existem poucos resultados concretos. Para avançar é preciso enfrentar as diferenças mais marcantes entre os sistemas de saúde dos países. Entre essas se encontram as diferenças no padrão de remuneração de serviços e a necessidade de estabelecer relações financeiras de reciprocidade (Dain, 2004). Enquanto isto não acontece, os gestores e trabalhadores de saúde de territórios fronteiriços estão construindo, no seu cotidiano, formas de integração orientadas por princípios como a solidariedade e a valorização da vida. Algumas dessas situações serão narradas a seguir. Registre-se que elas são contadas por brasileiros, e estão impregnadas dessa situação. Ainda que incorporem vozes argentinas e uruguaias, através de entrevistas e análise de documentos, continuam sendo narrativas brasileiras.

O combate à disseminação do HIV/Aids na tríplice fronteira: Uruguiana/Brasil, Paso de los Libres/Argentina, Bella Unión/Uruguai

O município de Uruguiana localiza-se às margens do rio Uruguai, na fronteira com a Argentina e a 70 km da fronteira com o Uruguai. A cidade lindeira é Paso de los Libres, com 130.000 habitantes, localizada 634 km de Porto Alegre, 400km de Corrientes, capital da Província, e 700km de Buenos Aires. Bella Unión está localizada a 70 km, por via rodoviária, de Uruguiana.

Devido à sua posição geográfica, Uruguiana se constitui no maior porto seco da América Latina, exercendo importante função no processo de integração do Mercosul. Na Ponte Internacional Getúlio Vargas – que liga Uruguiana a Paso de los Libres, o trânsito de caminhões nos últimos dez

anos foi de aproximadamente 200.000/ano. No período da crise na Argentina houve uma redução para uma média diária de 700 caminhões; em 2004 o fluxo está em uma média de 1.000/dia.

A situação singular de fronteira, com grande trânsito e interação entre as populações das cidades pares proporciona, na mesma medida, o estabelecimento de atividades legais e ilegais. Dentre estas, podemos citar contrabando de mercadorias, uso e tráfico de drogas, prostituição (inclusive infantil), marginalização, criminalidade, etc. Fatores estes que, aliados, contribuem para aumentar a vulnerabilidade e infecção pelo HIV - entendendo vulnerabilidade como as diferentes chances que cada pessoa, ou grupo específico, tem de se contaminar ou de se proteger do vírus. Estudos comprovam que em vários países da África, e também da Ásia, as populações situadas em áreas de fronteira apresentam maior incidência de infecção pelo HIV do que as áreas afastadas das fronteiras.

A pesquisa "A Aids nas fronteiras do Brasil" (Brasil, 2003) observa que o combate a esta epidemia, especificamente nas regiões de fronteira, é um desafio de difícil abordagem, por incluir uma série de fatores inter-relacionados que definem a velocidade e intensidade com que a epidemia se expande. Dentro esses fatores: grupos migrantes podem promover aumento de vulnerabilidade, tanto para eles quanto para as comunidades locais; caminhoneiros e profissionais do sexo têm presença marcante na fronteira de Uruguiana, ambos com pouco acesso a informações sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis; os profissionais do sexo são especialmente vulneráveis à violência, disseminação do HIV, perda de direitos sociais e humanos. Há que se mencionar também o problema da prostituição infantil, consequência comum da falta de opções de trabalho, educação, estrutura familiar, lazer, etc.

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, de Uruguiana, através da Coordenação Municipal DST/Aids, aguardou durante anos a efetivação de um acordo internacional entre o Brasil, Argentina e Uruguai que contemplasse ações de saúde em cooperação entre os países. No ano de 2004, tendo em vista a demora nas negociações e considerando a impossibilidade de não atender aos vizinhos argentinos e uruguaios necessitados de assistência, iniciou o atendimento universal aos demandantes pelos serviços de saúde, independentemente de sua nacionalidade, proporcionando-lhes o mesmo atendimento dispensado aos brasileiros. Entretanto, ainda são poucos os

usuários argentinos e uruguaios, uma vez que não é feita nenhuma divulgação oficial quanto à disposição e possibilidade de atendimento.

A experiência tem como objetivos fomentar políticas internacionais amplas, estabelecendo ações conjuntas entre Brasil, Argentina e Uruguai. Além disto procura, especificamente com relação à epidemia pelo HIV/Aids, garantir impacto positivo das ações na epidemia nas áreas de fronteira; planejar ações específicas destinadas às populações fronteiriças portadoras do vírus ou doentes, em especial para as cidades de Paso de los Libres e Bella Unión, distantes dos centros de atendimento de seus países. Os recursos disponíveis para a realização do programa são a própria capacidade instalada já existente e utilizada no programa municipal, que é mantido com 70% de recursos do Plano de Ações e Metas do Governo Federal (PAM) e 30% de recursos orçamentários do município. A Coordenadoria Municipal DST/Aids está organizada da seguinte forma:

- ▶ Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) – uma educadora, uma psicóloga, uma bioquímica, uma auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo;
- ▶ Serviço de Assistência Especializada em Aids (SAE) – uma enfermeira, uma psicóloga, um pneumologista, um neurologista, duas ginecologistas obstetras, duas pediatras, um dermatologista, uma odontóloga, um infectologista, uma auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo;
- ▶ Unidade de Prevenção – uma psicóloga e uma enfermeira.

No CTA as pessoas que chegam são testadas conforme rotina de serviço e, se positivas, recebem o resultado confirmatório em até cinco dias úteis. No SAE, recebem assistência de uma equipe multiprofissional, realizam exames bioquímicos, contagem de linfócitos CD4 e CD8, carga viral, recebem medicamentos para infecção oportunista e terapia antiretroviral, participam de grupo de auto-ajuda e grupo de arteterapia. Um casal de pacientes começará a dar aulas de espanhol para a equipe que trabalha com prevenção na Estação Aduaneira de Fronteira. Dizem eles ser esta uma forma de agradecer a assistência recebida.

A Unidade de Prevenção desenvolve os seguintes projetos: Fundação de Assistência Sócio-Educativa (FASE - antiga Febem) com CTA itinerante; exército; Penitenciária Modulada com CTA itinerante; profissionais do sexo, orientação sexual para adolescentes, caminhoneiro.

Esse último projeto é de interesse especial, em função da intensidade do trânsito na região. O CTA itinerante (ônibus equipado com sala de coleta e demais dependências necessárias para a atividade) se desloca para o Porto Seco Rodoviário todas as sextas feiras, onde realiza testagem de HIV e sífilis, bem como ações preventivas - orientações individuais, pré e pós-teste; coletivas em pequenos grupo; distribuição de impressos (em português e espanhol) e preservativos. Essas atividades vem se desenvolvendo desde 2000, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o Posto Aduaneiro de Fronteira/RS. Os resultados dos testes são entregues no CTA da Secretaria de Saúde, em horários alternativos, adequados para os caminhoneiros. Além disso, diariamente os servidores da ANVISA desenvolvem ações de orientação junto a estes, com relação a diversas doenças transmissíveis – com destaque para as sexualmente transmissíveis, além de cuidados de higiene, alimentar e pessoal.

A experiência no município de Uruguaiana remete à reflexão sobre os espaços contínuos de territórios vividos. Municípios de fronteira podem realizar intervenções efetivas para o enfrentamento do HIV/Aids mas, para tanto, é fundamental o apoio e articulação do Ministério da Saúde/ Programa Nacional DST/Aids do Brasil, com os Ministérios da Saúde dos países membros do Mercosul, para potencializar as ações e a capacidade de captar recursos junto aos agentes financiadores internacionais. Algumas possibilidades incluem a harmonização da legislação nos países limítrofes; consórcios internacionais possibilitando o atendimentos dos cidadãos das diferentes nacionalidades, com ressarcimento financeiro entre os países; contatos diplomáticos visando possibilitar a construção de laboratórios comuns em regiões de fronteira, entre tantas outras. Sem alguns passos na direção de uma maior articulação, os esforços do programa brasileiro e, em especial, dos municípios de fronteira, continuarão tímidos e, por isso, com impacto reduzido.

A atenção básica à saúde em Aceguá/Brasil e Aceguá/Uruguai

As cidades gaúchas localizadas próximo da linha de fronteira sul e sudoeste (...) encontram, face a face, núcleos urbanos que representam o contraponto do país vizinho ao avanço territorial português e, mais tarde, brasileiro. Assim, surgiram alguns 'pares de cidades' ou 'cidades gêmeas'. Núcleos urbanos que têm continuidade na planta urbana do país vizinho, através da 'fronteira seca'. (Schäffer, 1994, p.152)

Aceguá¹ está situada a 60 km da cidade de Melo, no Uruguai, e a 60 km da cidade de Bagé, no Brasil. A extensão territorial da fronteira de Aceguá/Brasil com a República Oriental do Uruguay é de 65 km. Segundo dados do IBGE a população estimada do município brasileiro, em 2003, era de 4.034 habitantes, com cerca de 24% (970 pessoas) residindo na área urbana. O município uruguaio conta com uma população de aproximadamente 1.500 habitantes. Como é comum em áreas de fronteira, muitos brasileiros (em torno de 1.000 pessoas) moram no Uruguai, nas cidades próximas e nos arredores de Aceguá.

Aceguá se emancipou de Bagé em 1996, tendo sido instalado como novo município somente em 2001. Aceguá/Uruguai se tornou “villa” em 1986. As cidades estão separadas somente por uma avenida, formando o que se chama de fronteira seca. A zona urbana de uma se confunde com a de outra. A população transita livremente de um lado para outro, tendo sua moradia, local de trabalho, e outras atividades, localizados onde lhes é mais conveniente.

A narrativa que segue foi realizada a partir das vivências da autora – Traudie Cornelsen, de entrevistas com os gestores dos dois municípios, com profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Aceguá/Brasil e da Policlínica de Aceguá/Uruguai, bem como com 207 usuários – 173 brasileiros e 34 uruguaios. A amostra foi baseada na média dos atendimentos a usuários brasileiros e uruguaios realizados na UBS em 2003.

A equipe de saúde que atende na UBS é composta por um clínico geral, um pediatra, um supervisor médico que também atende ginecologia e obstetrícia, um cirurgião dentista, uma enfermeira, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, duas auxiliares de enfermagem. Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) a equipe conta com mais uma médica, uma auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde.

A UBS atende usuários brasileiros e, em menor número, uruguaios (Quadro 1). Devido à grande demanda de usuários brasileiros, os serviços de psicologia e fisioterapia só são oferecidos a esses. O documento exigido na recepção para o atendimento é a carteira de identidade.

¹ O nome Aceguá “*Yace-guab*” é de origem Tupy Guarani e possui vários significados: “Lugar de Descanso Eterno”, fazendo alusão ao lugar para onde os índios que povoavam essa região, levavam seus mortos (cemitério); “Terra Alta e Fria”, possivelmente pela altura de suas elevações; e ainda uma denominação mais poética “Seios da Lua”, por seus cerros altos (Serra de Aceguá). Existe também uma lenda em torno do nome *Aceguá*: foi um mascote aragano, um mocito castelhano, que perambulando na região a noite, escutando um grito saindo da goela de um “sorro”, disse pedindo socorro: “hay um bicho que hace guá” (existe um bicho que faz guá).

Quadro 1 – Porcentagem de atendimentos a cidadãos uruguaios na UBS – 2001 a 2003

Ano/Tipo de atendimento (%)	Médico	Odontológico	Enfermagem
2001	11,5	26,1	6,6
2002	13,1	12,5	7,7
2003	11,8	12,1	8,4

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Aceguá/Brasil

A atenção básica de saúde em Aceguá/Uruguai é realizada pelos setores público e privado. A Policlínica, pertencente ao Ministério de Saúde Pública, conta com uma clínica geral, um especialista em medicina familiar e comunitária, uma ginecologista obstetra. Os usuários precisam, obrigatoriamente, apresentar o Carnê de Assistência liberado pelo Ministério de Saúde Pública e, para tal, precisam ter a cédula de identidade uruguia. Brasileiros só são atendidos se tiverem Carnê e/ou cédula de identidade estrangeira, ou se a situação for uma emergência. Uma vez por mês, o Centro de Imunizações envia seus vacinadores para Aceguá, a fim de cumprir o programa nacional de imunizações. O serviço de saúde pública de Aceguá/Uruguai não possui estatísticas de atendimentos médicos e de enfermagem, nem de doenças ocorridas com maior frequência e causa de óbitos. O setor privado conta com a Policlínica CAMCEL (Cooperativa de Assistência Médica Cerro Largo), com um especialista em medicina familiar e comunitária. Os usuários são filiados em geral e seus familiares que tenham convênios para assistência. Em situações de emergência também são atendidos não filiados, usuários do Ministério de Saúde Pública e cidadãos brasileiros.

Os dois gestores de saúde residem em Aceguá/Uruguai. Questionados sobre o fornecimento de medicação para os usuários, ambos consideram que deve ser responsabilidade de cada país – a não ser em casos de urgência e emergência. Da mesma forma quanto aos exames, deveriam ser disponibilizados em cada país. Na área da prevenção Aceguá/Brasil dispõe de completo serviço de imunizações, sendo as vacinas disponibilizadas para todas as pessoas que procuram este serviço, seja de rotina ou em campanhas de vacinação. Em Aceguá/Uruguai as vacinas são disponibilizadas somente para usuários uruguaios uma vez por mês, sendo excepcionalmente aplicadas em usuários brasileiros durante alguma campanha de vacinação. Quanto às doenças transmissíveis, DST e Aids, problemas como drogas e gravidez na adolescência, ambos os gestores concordam que deveria haver planejamento de prevenção e combate em conjunto, efetivando programas específicos com a participação dos profissionais de saúde dos dois países.

Para a gestora da saúde de Aceguá/Brasil, pode haver atendimento de urgência e emergência, bem como outros atendimentos, sem discriminação de nacionalidade. No entanto, deveria haver reciprocidade, pelo menos nos atendimentos de urgência e emergência pelo país vizinho, especialmente nos horários em que os serviços estão fechados no lado brasileiro. Como o gestor de Aceguá/Uruguai não se defronta com esta realidade, não opinou sobre o assunto.

Quanto ao trabalho em conjunto com o outro país e o limite de responsabilidade do gestor de saúde com a população dos municípios de fronteira, a gestora de saúde de Aceguá/Brasil posicionou-se da seguinte forma: o trabalho em conjunto poderia funcionar em dias alternados no Brasil e Uruguai, quando permaneceria uma equipe de saúde de plantão na UBS ou na Policlínica do Ministério de Saúde Pública para o atendimento de todos os casos de urgência e emergência, com encaminhamentos necessários para o país de origem. O limite de responsabilidade do gestor de saúde para com a população não termina na linha limítrofe, uma vez que muitos brasileiros residem no lado uruguaio e o Brasil é responsável por atendê-los. O gestor de Aceguá/Uruguai afirma que o trabalho em conjunto seria fácil se a legislação fosse favorável, permitindo que profissionais de saúde residentes na faixa de fronteira exercessem a profissão em ambos os países. Porém, para ele, sem esta questão resolvida não é possível trabalhar neste sentido. Assim, mesmo que Aceguá/Brasil possua uma boa estrutura na UBS, que poderia servir para ambos os lados, os profissionais ficam limitados por questões legais. Segundo ele, a responsabilidade do gestor municipal para com a saúde da população do município termina legalmente na localização dos marcos e da linha limítrofe.

Sabe-se que muitos usuários realizam tratamentos em duplicidade. Como não existe comunicação entre os dois serviços de saúde, os usuários acabam onerando os dois sistemas. Para o gestor de saúde de Aceguá/Uruguai, em seu país existem recursos adequados para a atenção à saúde, o que acontece é a duplicidade de atendimentos. Para ele se os usuários uruguaio fossem atendidos no Uruguai e os brasileiros no Brasil, os recursos seriam mais otimizados.

Questionados sobre o significado dos marcos ou linha limítrofe para a saúde, os profissionais de saúde de Aceguá/Brasil foram unânimes em dizer que eles limitam os países, diferenciam sistemas de saúde. Porém, para a promoção de saúde não significam nada, não existem limites. Deveria haver uma faixa de fronteira onde a população pudesse ser atendida, abrindo alternativas e com fluxos de informações entre os profissionais sobre episódios

de doenças e outros. Quanto à responsabilidade do gestor municipal para com a saúde da população, a maioria dos profissionais entrevistados não concorda que a mesma termine na linha de fronteira, e colocam as seguintes justificativas: pela legislação brasileira qualquer pessoa tem direito à saúde; deveria haver um esforço conjunto para que a população de ambos os lados tivesse atendimento igual, pois muitos brasileiros moram no Uruguai e muitos uruguaios moram no Brasil; atividades de prevenção deveriam ser feitas em qualquer lugar, principalmente porque não há barreiras físicas para o trânsito das pessoas; deveria haver um convênio binacional para atendimentos de urgência e emergência, para que a equipe de saúde não ficasse limitada no atendimento; finalmente, consideram que a legislação não corresponde à realidade das regiões de fronteira. Os poucos profissionais que concordam que a responsabilidade de cada gestor municipal termina na linha limítrofe, consideram que cada país tem compromisso apenas com a sua população, a não ser em casos de urgência.

Quanto ao momento do atendimento aos usuários uruguaios, todos os profissionais brasileiros responderam que não fazem distinção de qualquer tipo. Perguntados sobre como se sentem durante o atendimento, todos afirmam que se sentem muito a vontade, com exceção de um entrevistado que considera que a língua estrangeira (espanhol) causa um pouco de dificuldade para o atendimento.

Quanto à organização do atendimento de saúde na UBS de usuários uruguaios sem prejuízo dos munícipes de Aceguá/Brasil, os profissionais tiveram opiniões diversas: deveria ser negociada uma contrapartida financeira por parte do país vizinho Uruguai; o atendimento de uruguaios deveria ser limitado à urgência e emergência; atendimento de usuários brasileiros na Policlínica Uruguia, da mesma forma como acontece na Unidade Básica de Saúde de Aceguá-Brasil; estipular um dia específico para atendimento de usuários uruguaios, proporcionado melhores condições.

Para oferecer melhor cobertura de atendimento para a população do município, como também da população uruguia, aproveitando a estrutura da UBS, os profissionais entrevistados também têm a opiniões diversas: deveria ser resolvida a questão legal para que os profissionais de saúde do Uruguai pudessem trabalhar no Brasil; poderia haver um trabalho em conjunto inclusive com orientações para melhoria da saúde e qualidade de vida; poderia haver um acordo com o país vizinho para que o mesmo efetuasse um repasse financeiro, desta forma seria possível manter a UBS aberta 24 horas.

Os profissionais de saúde uruguaios que atuam na saúde pública de Aceguá/Uruguai consideram que os marcos de fronteira representam limites jurídicos impostos pelas autoridades de cada país. Em termos de saúde não deveriam existir, porém, legalmente os profissionais de saúde são impedidos de exercer sua profissão além do marco. Quando se fala da responsabilidade do gestor de saúde para com a população de fronteira, a maioria dos profissionais entrevistados opinou que cada país é responsável pela população da sua jurisdição, ou seja, possui programas e planejamento próprios; apenas um deles acredita que a responsabilidade de cada gestor deveria ultrapassar a linha limítrofe e contemplar a saúde da população de ambos os lados.

Poucos brasileiros são atendidos no sistema de saúde pública uruguaio, e os profissionais entrevistados foram unânimes em dizer que se sentem bem atendendo-os. Pensando na organização do atendimento aos usuários uruguaios e brasileiros, a maioria dos profissionais entrevistados sugeriram que o serviço deveria funcionar em forma de plantão noturno e de finais de semana alternados (Brasil e Uruguai). Alguns se posicionaram pela utilização da estrutura física em Aceguá/Brasil para o atendimento dos usuários brasileiros e uruguaios com profissionais de ambos os países, uma vez tendo respaldo legal. Havendo falta de recursos humanos e financeiros para o aumento da cobertura de atendimento em Aceguá/Uruguai, os profissionais de saúde entrevistados vêem como alternativa um trabalho em conjunto com Aceguá/Brasil.

Os usuários foram entrevistados para que expressassem sua satisfação com os serviços oferecidos na UBS. O atendimento na recepção, o fornecimento de fichas para acesso ao médico, o atendimento de enfermagem e o serviço de vacinação, foram avaliados como ótimos ou bons pela maioria absoluta dos entrevistados. Apenas o serviço de odontologia, quando avaliado por usuários que o utilizaram, foi considerado como insatisfatório ou regular pela mesma quantidade de pessoas que o consideraram como bom ou ótimo.

Como se pode perceber pelo que foi narrado acima, Aceguá/Brasil e Aceguá/Uruguai formam uma fronteira viva, pelo caráter de sua ocupação e pelas relações históricas de intercâmbio, devido à ausência de obstáculos físicos e à existência de núcleos urbanos integrados. Já os sistemas e a realidade da atenção básica de saúde são completamente diferentes, dificultando a organização e integração nesta área. Constatou-se que existe interesse para unir os esforços dos dois países no sentido de resolver as questões de saúde na fronteira. Segundo um dos profissionais de saúde entrevistados “saúde não

se faz e nem se assume pela metade”. No entanto, muito ainda precisa ser feito entre os dois países, para que a integração que começa a se viver no cotidiano dos serviços, especialmente no lado brasileiro, se institucionalize e possa se ampliar nos dois lados.

A semana de vacinação das Américas na fronteira do estado do Rio Grande do Sul/Brasil com o Uruguai

O Programa Ampliado de Imunizações (PAI) se localiza no marco da Cooperação Técnica entre Países desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A compra pelo Fundo Rotatório do PAI, estabelecido pela OPAS, reduz o preço de aquisição, e tem contribuído para o controle e erradicação de patologias no continente americano. Além desse espaço os países têm desenvolvido, de forma adicional, a cooperação entre eles (OPAS, 1998c).

O “Acuerdo de Sucre”, firmado em 2002, na Bolívia (OPAS, 2002) pelos Ministros de Saúde dos países da área andina, estabeleceu o compromisso de realizar uma semana nacional de vacinação simultânea em todos os países desta região. Esta semana visa consolidar a interrupção da transmissão autóctone do sarampo, ameaçada em função do surgimento de uma epidemia de sarampo na Venezuela, em 2001. As Semanas de Vacinação nas Américas têm como princípios fundamentais diminuir as desigualdades e fomentar o pan-americanismo. Visa atingir populações de difícil acesso, protegendo grupos em risco de epidemias e promovendo a cooperação e o intercâmbio de informações em áreas de fronteira. Essa ação utiliza os princípios da Cooperação Técnica entre países (OPAS, 2003b).

Entre as prioridades destas semanas de vacinação estão as áreas de fronteira. O Brasil acordou junto à OPAS, a realização de uma Jornada de Vacinação Sul-Americana, tendo como objeto de ação a intensificação da vacinação em áreas de fronteira (OPAS, 2004). Sabe-se que as regiões fronteiriças têm características que as diferenciam. São áreas onde os povos de países diferentes se integram de tal forma que acabam formando um território único. O risco de introdução de doenças imunopreveníveis devido a diferenças nos calendários vacinais vigentes em cada país, bem como a existência de peculiaridades na operacionalização da vigilância das doenças transmissíveis pode possibilitar a introdução e disseminação das mesmas, se esta região não for bem monitorada.

As Semanas de Vacinação se caracterizam de forma efetiva como ações de caráter binacional. Elas se fundamentam nos princípios que norteiam a OPAS, ou seja, a cooperação entre as nações e a diminuição das desigualdades. Além disso, é uma atividade inserida no PAI, cuja característica tem sido o desenvolvimento de ações conjuntas entre os países para atingir uma meta comum. Trata-se de um processo novo, pois no presente ano transcorreu a segunda edição da mesma. Os resultados alcançados na primeira semana, em 2003, mostram que a cobertura alcançada, considerando a meta definida pelos países foi de 97%. O Brasil enfocou esta atividade em 86 municípios de fronteira com 7 países, desenvolvendo com alguns deles uma intensa coordenação interfronteiriça. Países como o Uruguai e Chile utilizaram essa estratégia para fazer busca de faltosos do programa regular. Outros países orientaram suas atividades a distritos ou municípios com coberturas críticas para completar esquemas de vacinação, ou atividades focadas em unidades territoriais pequenas, com população indígena, de maior pobreza em zonas marginais e rurais, de alta migração e comunidades de fronteira (OPAS, 2003b).

Comparando-se os dois calendários vacinais do Brasil e do Uruguai, percebe-se que são muito semelhantes. No entanto, a vacina contra a varicela já é aplicada na vacinação de rotina no Uruguai, enquanto que no Brasil apenas para alguns grupos de risco. Essa doença ainda é endêmica em nosso país. Por outro lado, o Brasil possui os Centros Regionais de Imunobiológicos Especiais (CRIEs), onde são oferecidos diversos imunobiológicos destinados à parte da população que apresenta problemas especiais de saúde. Parte deles são muito caros, o que dificultaria o seu uso, se os mesmos não estivessem disponíveis gratuitamente. No calendário vigente no Uruguai não é oferecida vacina contra a Febre Amarela, que deve ser aplicada nas áreas onde a doença é endêmica. O próprio Rio Grande do Sul só a aplica para os residentes em áreas gaúchas onde foi isolado o vírus e em viajantes para áreas de risco. Quanto ao Uruguai, conforme informação contida em documento da OPAS (1998c), não se registram casos dessa doença no país.

O Rio Grande do Sul tem vacinado em todos os municípios da região fronteira do estado durante as duas Semanas Sul-Americanas de Vacinação. Já o Uruguai optou, neste ano, por focalizar os esforços na região de Montevidéu e Canelones, devido a essas áreas apresentarem coberturas

vacinais em declínio, principalmente nas regiões mais pobres. Além disso, contando com o impacto da mídia brasileira, o Ministério da Saúde Pública uruguaio comprometeu-se a manter seus postos de vacinação nos demais Departamentos, principalmente nos da região fronteira, preparados para um provável aumento na demanda. Suas coberturas vacinais são, em média, altas.

Conforme avaliação dos representantes da trílice fronteira presentes na reunião realizada em abril de 2004, em Foz do Iguaçu, é necessário fortalecer os comitês de fronteira. A partir desse encontro ficaram definidas reuniões locais nas áreas fronteiriças. Também ficou definida a necessidade de um plano de mídia a ser elaborado e executado por cada país parceiro.

Conforme avaliação do programa estadual de imunizações do Rio Grande do Sul, as principais limitações existentes se referem ao número insuficiente de recursos humanos; e como ponto positivo se destaca a oportunidade de promover e difundir as informações relacionadas ao número de casos de doenças imunopreveníveis e as ações desenvolvidas para o seu controle, nas áreas de fronteira. Além disso, se considera importante o resgate de suscetíveis nas áreas trabalhadas durante a realização dessas semanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas aqui realizadas mostram diferentes situações. Nos dois primeiros casos aparece a produção de um território que é vivido pela desconsideração e, em muitos momentos, pelos impedimentos legais para a ação solidária no campo da atenção à saúde. De qualquer forma, em todas as situações, fica evidente o quanto há por fazer e avançar no sentido da união de esforços, recursos escassos e ações.

As experiências que vêm sendo construídas, por imposições do cotidiano e pelo respeito a princípios éticos e humanistas, mostram uma outra face da vida no espaço do Mercosul. Para que práticas como essas se disseminem e ampliem, é indispensável que os temas em pauta, nas reuniões e grupos de trabalho, valorizem as políticas sociais. Como mostra a história dos nossos países, isso não ocorrerá sem que os setores organizados, comprometidos com a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida das populações em situação de pobreza e de vulnerabilidade, se mobilizem e façam ouvir suas histórias e demandas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARROYO, Mônica. A espacialidade do futuro... além das fronteiras nacionais. *Ensaios FEE*, v. 16, n. 2, p.491-509, 1995.
- BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Ministério da Justiça, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A Aids nas fronteiras do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- COURLET, Claude. Globalização e fronteira. *Ensaios FEE*, v.17, n.1, p.11-22, 1996.
- DAIN, Sulamis. *Harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.
- GRIMSON, Alejandro. *La nación en sus límites: contrabandistas y exiliados en la frontera Argentina-Brasil*. Buenos Aires: Gedisa, 2003.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. **Cooperação intermunicipal como forma de inovação da gestão pública**. Anais do IX Colóquio Internacional sobre Poder Local. Gestão XXI, Gestão Social e Gestão do Desenvolvimento, Salvador, Junho 2003. p. 5.
- MACHADO, Lia Osório. Limites, Fronteiras, redes. In: STROHAECKER, Tânia Marques et al. **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre: Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Porto Alegre, 1998.
- MARTIN, André Roberto. Qual é o nosso bloco? O Brasil procura o seu lugar no mundo. In: SCARLATO, Francisco C.; SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia (Orgs.) *O novo mapa do mundo: globalização e espaço latino-americano*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC/ ANPUR, 1994. p.149-151
- MELO, José Luis Bica de. Reflexões conceituais sobre fronteira. In: CASTELO, Iara Regina; KOCH, Mirian Regina; OLIVEIRA, Naia; SCHÄEFFER, Neiva Otero; STROHAECKER, Tânia. (Orgs.) *Fronteiras na América Latina: espaços em transformação*. Porto Alegre: UFRGS/Fundação de Economia e Estatística, 1997. p. 68-74
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Perfil de los sistemas y servicios de salud en Argentina*. Buenos Aires, 1998a.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *La salud en las Américas*. Publicación Científica nº 569, 1998b.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Acuerdo de Sucre*. Bolivia, 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Situación de salud en Argentina*. Buenos Aires, 2003a.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Organização da Semana de Vacinação nas Américas*. Brasília, 2004.
- PIOLA, Sérgio Francisco; CAVALCANTE, Maria de Lourdes. *Sistema de saúde da Argentina: aspectos gerais, reformas e relações com o setor privado*. Fevereiro, 2004. (mimeogr.)
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- RÜCKERT, Aldomar. *Territorialidade e gestão republicana da saúde pública*. UFRGS/ material de aula do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, 2003.

RÜCKERT, Aldomar; MISOCZKY, Maria Ceci. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime. *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002. p.67-76

SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adelaide de; SILVEIRA, Maria Laura (Orgs.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec/ANPUR, 1995.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SCHÄFFER, Neiva Otero. *Urbanização na fronteira: A expansão de Santana do Livramento/RS*. Porto Alegre: Editora da Universidade – UFRGS/Prefeitura Municipal de Santana do Livramento, 1993.

SCHÄFFER, Neiva Otero. A Urbanização na Fronteira Meridional e o Projeto de Integração Regional. In: SCARLATO, Francisco C.; SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia (Orgs.) *O Novo Mapa do Mundo: globalização e espaço latino-americano*. 2ª ed. Editora Hucitec/ANPUR, 1994.

SCHÄFFER, Neiva Otero. *Práticas de integração nas fronteiras: Temas para o Mercosul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, Instituto Goethe/ICBA, 1995.

URUGUAY. *Constituição Federal*. Montevideo: 1968.

URUGUAY. Informe_Uruguay. *La protección social en el Uruguay*. Montevideo: 2002. (mimeogr.).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA UTOPIA POR SE CONCRETIZAR EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO VALE DO TAQUARI

Jackeline Amantino-de-Andrade
Ariane Jacques Arenhart

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o processo de democratização nos países latino-americanos representou a necessidade de se estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, marcada fortemente por uma lógica de socialização do poder a partir do controle cidadão da ação pública. Esse é caso brasileiro com a Constituição Cidadã de 1988, que delineou por meio da descentralização e da participação social as novas direções para a gestão das políticas públicas, sendo a saúde uma pioneira no desenvolvimento dessa lógica compartilhada de poder com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente artigo tem como proposição introduzir uma discussão sobre essa experiência de participação social no caso brasileiro da saúde, focando o controle social exercido pelos conselhos municipais no processo de consolidação democrática do SUS a partir da ótica dos gestores. Para tanto, foi desenvolvido um estudo em municípios de pequeno porte da região do Vale do Taquari, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, procurando identificar nesses *loci* como se processa essa lógica de compartilhamento do poder na gestão da saúde local.

No desenvolvimento deste estudo se partiu da compreensão de que a efetiva participação da sociedade na deliberação e no controle das ações governamentais é fundamental para fortalecer as bases descentralizadas e universais do SUS. Dessa forma, os conselhos municipais devem se constituir

em espaços que favoreçam a emergência de forças coletivas, influenciando na democratização da gestão municipal da saúde a partir de uma atuação articulada com as secretarias para estabelecer uma relação de negociação mútua na qual são definidas prioridades de ação e de investimento.

Esse é o pressuposto do controle social que deve ser exercido pelos conselhos em todos os municípios brasileiros, dentro de uma perspectiva ampliada de cidadania e de uma lógica de gestão descentralizada e participativa, conforme explicitado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica do SUS. No entanto, esses princípios precisam ainda se tornar uma realidade concreta e cotidiana em muitos municípios, expressando um verdadeiro contágio da gestão pública pelo poder social, e não a simples adoção de mecanismos participativos para cumprir as formalidades exigidas pela lei. Portanto, é salientada a importância de que os gestores municipais reconheçam de fato e incluam os conselhos na condução da política municipal de saúde, sob uma nova postura impregnada pela participação social a fim de vencer barreiras culturais que reproduzem o insulamento burocrático de uma máquina governamental viciada em centralizar todas as competências gerenciais para si, e que não possibilita uma legitimação representativa da sociedade na definição dos interesses públicos.

Em termos práticos, a consolidação do mecanismo de controle social na saúde é um desafio para os governos municipais e para a sociedade, caracterizando-se um aprendizado constante nesses quinze anos de implementação do SUS. Muitos exemplos são conhecidos em que os conselhos municipais foram criados apenas formalmente a fim de atender a legislação; por outro lado, também existem experiências onde houve uma verdadeira aproximação entre a administração pública e a comunidade para decidir sobre a melhoria da saúde da população. Dentro dessa perspectiva é importante analisar como o mecanismo de controle social pode acenar para uma expressão da socialização do poder, identificando como os gestores municipais se articulam com os conselhos no processo de gestão da saúde, principalmente, no contexto dos pequenos municípios.

Ao analisar a experiência dos municípios de pequeno porte da região do Vale do Taquari, a intenção foi compreender até que ponto pode ocorrer, na prática, essa socialização do poder na gestão da saúde local. O estudo teve como o objetivo identificar as potencialidades e os limites dos conselhos no exercício do controle social na visão dos gestores, analisando se existe uma

tendência de fortalecer a participação social na gestão ou apenas tratá-la como uma mera exigência legal para habilitar a administração municipal para o recebimento de recursos de custeio da saúde.

Os resultados indicam que a socialização do poder por meio do controle social na gestão da saúde é ainda uma prática a ser consolidada nesses pequenos municípios, pois os gestores compreendem o processo de participação social fundamentalmente sob bases tuteladas e formais que, na maioria das vezes, acabam sendo reforçadas pela fragilidade da organização daqueles que representam a comunidade. Para introduzir essa discussão este artigo foi organizado em cinco partes. Na primeira parte é analisado como a participação social pode renovar o Estado sob o *ethos* da democracia. Na segunda parte é questionado como os conselhos municipais de saúde, no exercício do controle social, podem transformar a possibilidade de participação numa prática cotidiana em face da predominância de uma cultura clientelista e formalista. Na terceira parte são apresentados os procedimentos metodológicos da pesquisa realizada junto aos gestores da saúde dos pequenos municípios do Vale do Taquari. Na quarta parte são apresentados os resultados, analisando como a participação social é compreendida na visão desses gestores. Finalmente, são tecidas as considerações finais, evidenciando que em pequenos municípios, como os estudados, existe uma grande distância a ser percorrida em direção de uma participação social efetiva.

Participação: o desafio de renovar o Estado por meio do poder social

As transformações por que passa o Estado nessa virada de século conduzem a uma significativa alteração na sua força e centralidade, de maneira que uma nova forma política mais ampla, em que ele é o articulador, está por emergir integrando um conjunto híbrido de elementos estatais e não-estatais (Santos, 2001). Essa nova condição política ocorre fundamentalmente pela integração da sociedade no processo de governabilidade e na definição de metas coletivas em face do interesse público, adquirindo a participação social uma forte relevância na condução das políticas públicas.

Como afirma Kliksberg (1989) qualquer idéia de Estado eficaz está substancialmente relacionada com mudanças na gestão governamental baseadas na descentralização e na participação. O Estado se transforma estruturalmente com a descentralização, mas também por meio das relações de poder, dinamizadas pela participação social, sendo ela central para o processo de

democratização dentro dos preceitos éticos da universalização de direitos sociais.

A participação social dá à sociedade uma condição legitimadora até então somente exercida pelo Estado. Dentro desse contexto, a governabilidade é processada por essa relação entre a sociedade e o Estado na decisão da ação governamental, garantindo o exercício de práticas democráticas que precisam ser adequadamente consolidadas por meio de mecanismos de gestão. Conseqüentemente, uma gestão pública necessária não só deve estar baseada na democracia, como também precisa ser assumida numa prática cotidiana fundada em modelos abertos de participação e reprodutora de princípios democráticos básicos (Kliksberg, 1989).

Para Demo (1996) a participação social é um modo de vida baseado na conquista de direitos geradores de um compromisso comunitário, no qual a população e o governo constroem uma situação de negociação mútua para constituir uma trama bem urdida e sólida de organizações formando a democracia como algo cotidiano e normal. Ela se constitui sob os ideais democráticos baseados na igualdade, na pluralidade e na deliberação política, impregnados pelo sentido solidário da comunidade em processar um interesse comum.

Entretanto, o problema está em como contagiar o aparelho administrativo do Estado pelo processo de deliberação social. De acordo com Demo (1996) é preciso compreender a participação dentro de uma perspectiva processual, como um infundável vir-a-ser de conquistas de modo que ela nunca está acabada. Trata-se, portanto, de um processo histórico realizado num contexto político, social, econômico e cultural complexo em que correlações de forças se expressam para lhe dar um significado, caracterizando-se, no entendimento de Souza (*apud* Campos e Maciel, 1997), como uma questão social que não se vincula a reprodução da ordem.

Como ressalta Kliksberg (2001), a participação social renova a administração do Estado em suas ações pela constante e direta relação entre governo e sociedade. Assim, a participação é associada à mudança, mobilizando e dinamizando recursos e situações numa inserção decisória na qual a sociedade intervém proximamente ao Estado, na deliberação do bem comum. A centralidade da máquina governamental é colocada em xeque e a política se insere na vida cotidiana por meio da multiplicidade de atores em definir as ações públicas, evidenciando que não é possível “separar o mundo do governo e da administração pública dos processos políticos” (Souza, 2003, p. 17).

Nesse exercício democrático aprende-se “a eleger, a deselegar, a estabelecer rodízio de poder, a exigir prestação de contas, a desburocratizar, a forçar os mandantes a servir à comunidade, e assim por diante” (Demo, 1996, p. 71); mas também, são enfrentadas barreiras diante dos vícios de uma postura clientelista da administração e da própria sociedade, ainda uma aprendiz desse exercício participativo. Como destaca Bava (2001, p.11) “uma cultura política privatista e clientelista, e um arcabouço institucional cristalizado levam muitas vezes os governantes e a população a confundir democracia com o simples atendimento às necessidades dos mais pobres, e participação com eficiência das políticas mantenedoras do *status quo*.”

Na opinião de Carvalho (1998) existe uma generalização de discursos sobre a participação, sendo eles dispostos em diversas significações atribuídas pelos atores e na criação de diferentes mecanismos que aproximam a administração da sociedade. Grau (1991) identifica quatro mecanismos que têm se destacado no processo de integração participativa das sociedades latino-americanas na gestão pública, incluindo o Brasil (Quadro 1).

Quadro 1 – Mecanismos de participação social

Mecanismo	Definição
Consultivo	Não há uma interferência direta da população no processo decisório, ele é sustentado fundamentalmente pelos governos que chamam a sociedade para uma co-responsabilidade exclusivamente de <i>referendum</i> .
Fiscalizador	Propõe o controle sobre as ações desenvolvidas pelos governos.
Resolutivo	Cria a oportunidade de deliberação e igualdade política, com o social adentrando no processo decisório.
Executivo	Intervenção direta nas ações públicas, em seu planejamento, execução e avaliação, consolidando-se uma participação deliberativa.

O **mecanismo consultivo** pode trazer em si a manipulação, isto é, a negação da participação efetiva com o objetivo de que os governantes, condutores do processo, possam ‘educar’ as pessoas e mantê-las sob controle, lhes informando sobre os seus direitos e lhes reservando um papel meramente ratificador de decisões já tomadas pelos atores governamentais. O **mecanismo fiscalizador** pressupõe o controle cidadão, mas nada garante que os representantes da sociedade tenham seu poder de decisão levado em conta através da operacionalização de suas decisões. Um exemplo é o caso das prestações de contas que acabam se constituindo em atos meramente formais distantes de um controle mais efetivo por parte da sociedade. O **mecanismo resolutivo** exige

uma relação entre iguais, isto é, governo e sociedade trabalhando por uma meta comum, de forma que os grupos organizados, representantes da sociedade, têm força para participar do processo decisório e contribuir para uma real distribuição do poder na tomada de decisões. O **mecanismo executivo** caracteriza-se pela co-gestão, na medida em que a sociedade assume uma intervenção direta no processo de gestão pública, abrindo espaço para uma integração político-administrativa na formação das políticas públicas a partir da socialização do poder.

Esses mecanismos indicam diferentes caminhos em que o Estado pode ganhar uma nova força por meio da legitimidade social. Alguns deles parecem revelar que a participação social se dá dentro de um direcionamento voltado à consolidação de uma cidadania ativa, em que os direitos se legitimam por meio de práticas concretas da sociedade. Outros, no entanto, apresentam ainda uma forma normativa que não transforma as práticas, mas apenas fortalece a reprodução da ação burocrática do aparato estatal e mantém um distanciamento dos governos da dinâmica política produzida pela sociedade.

Cabe questionar, então, até que ponto esses diferentes mecanismos capacitam para uma efetiva participação da sociedade na gestão pública e geram mudanças nas formas de coordenar as políticas públicas, ou são apenas reprodutores da ação da burocracia estatal que utiliza da noção de participação social num sentido estreito para cumprir determinações legais. Tal questionamento se justifica, principalmente, quando se percebe uma tendência de preservação de uma posição mais burocrática, que insiste em separar a administração do processo político explicitado pela participação social.

Isso é ressaltado por Misoczky (2001), ao analisar o caso do Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Ela indica que, apesar de se evidenciar os avanços nas relações entre governo e sociedade, permanecem também limites, pois acaba havendo um reforço das estruturas e dos padrões rígidos e centralizadores próprios das organizações burocráticas. Por isso, a autora destaca a necessidade de se prestar atenção à integração dos mecanismos de participação na gestão pública, para que eles não acabem se tornando num simples apêndice da estrutura burocrática, ficando assim com sua ação limitada e determinada pela administração que quer manter a centralidade nas decisões e na execução das ações.

Um outro exemplo são os conselhos setoriais de políticas, que muitas vezes passam a ser agregados nos organogramas de secretarias e se distanciam do seu papel fundamental de capilarizar e transformar a administração estatal por

meio da participação cidadã. Nesse sentido, é preciso analisar como esses mecanismos participativos podem se constituir em verdadeiros produtores de princípios democráticos, ou serem simples reprodutores de padrões burocráticos; de como eles facilitam ou não a conquista de direitos sociais através da deliberação coletiva; de como eles produzem ou não um compromisso mútuo entre governo e sociedade a partir de uma co-responsabilidade pela gestão pública. Enfim, de como eles contribuem para uma socialização do poder no âmbito local; o *locus* no qual as políticas públicas são concretizadas de maneira a traduzir “os dramas cotidianos (individuais e coletivos) na linguagem pública dos direitos” (Telles, 1994, p. 45).

Os conselhos como mecanismo de controle social na gestão da saúde: para inglês ver ou uma socialização do poder?

Desde as décadas de 70 e 80 do século passado, o campo da saúde no Brasil tem sido marcado pela participação expressa num movimento social de reforma reivindicando a ampliação de equipamentos e profissionais para os bairros periféricos das grandes cidades brasileiras. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde constituiu o momento culminante de formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira, destacando o estímulo à participação popular institucionalizada em núcleos decisórios a fim de assegurar o controle social sobre as ações do Estado.

Em 1988, a força do movimento da reforma sanitária é refletida no novo texto constitucional brasileiro, e o direito à saúde se torna universal, sendo essa política organizada de forma descentralizada e com base na participação social. Assim, após uma intensa movimentação e luta por parte dos setores organizados da saúde, os princípios participativos ganham forma e são operacionalizados por meio de uma legislação específica que cria os conselhos de saúde.

A lei nº 8.142/90 regulamentou a criação dos conselhos e conferências e definiu suas funções. Os conselhos de saúde devem existir nos três níveis de governo (...), são órgãos deliberativos, de caráter permanente e composição paritária, ou seja, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço. O conselho deve ser composto com ampla representatividade de toda a sociedade. No caso dos municípios os conselhos devem ser criados por lei municipal, em que são definidas a sua composição e outras normas de funcionamento. (Brasil, 2001, p.272)

Em termos legais, os conselhos de saúde são concebidos como espaços deliberativos com ampla representatividade social, devendo expressar uma ação legítima na gestão da saúde. Eles se caracterizam com um novo arranjo organizacional onde deve se processar a pactuação política de diferentes grupos de interesse, com o objetivo fortalecer o SUS por meio de uma intervenção da sociedade na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde, inclusive em aspectos econômicos e financeiros.

Na opinião de Ribeiro (1997, p. 84) o “SUS institucionaliza, através dos Conselhos de Saúde, a ação dos grupos de interesse e confere ao pacto local e nacional funções de difusão de informações, vocalização política de demandas sociais, estabelecimento de parâmetros para a gestão do sistema e seu equilíbrio.” Para Correia (2000) essa interferência dos conselhos na gestão possibilita colocar as ações do Estado em direção dos interesses da coletividade e se constitui num exercício permanente do controle social.

Há, então, em tese uma redistribuição de poder e os conselhos passariam a atuar nessa articulação entre grupos de interesse com a burocracia estatal, a fim de estabelecer pactos no direcionamento da política de saúde. Essa é a sinalização indicada pela legislação que cria os conselhos e lhes credita a capacidade de se tornar um mecanismo de controle social na garantia dos direitos de defesa da vida e da saúde, e na deliberação de um modelo assistencial gerido para assegurar o acesso universal e equitativo aos serviços e aos equipamentos de saúde em todos os municípios brasileiros.

Como lembra Misoczky (2001), o controle social é uma importante estratégia de apoio para a descentralização, tendo os conselhos um papel a desempenhar na municipalização da rede básica e na consolidação do SUS. Nesse sentido, o controle social a ser exercido pelos conselhos municipais não se restringe apenas à ação consultiva ou fiscalizadora, conforme classifica Grau (1991), mas envolve uma ação resolutiva e executiva na sua relação com a gestão estatal. Nesse papel resolutivo e executivo se pressupõe que haja uma integração política e técnica capaz de incorporar os representantes da sociedade na definição da municipalização da saúde, e não simplesmente utilizá-los para a aprovação de planos, orçamentos e outros instrumentos de gestão dentro de um caráter normativo.

Segundo Labra e Figueiredo (2002) essa ação resolutiva e executiva do controle social politiza a saúde, uma vez que coloca a implementação do SUS em constante questionamento e vigilância. Porém, para isso também é preciso

transformar a cultura política do país que não fomenta a participação, levando a todos acreditarem que os benefícios de direito são uma concessão. Nessa mesma perspectiva Aucélio (2001, p.2) salienta que

a conduta participativa, ou seja, o exercício da cidadania, é elemento fundamental para o controle das ações e serviços desenvolvidos pelo Estado, impedindo a implementação de políticas tutelares e assistencialistas e fortalecendo a construção de uma cidadania emancipada (...) o controle social é uma conquista da sociedade civil, devendo ser entendido como instrumento de democracia.

Por ser legalmente definido, o conselho municipal traz em si um indicativo de que os interesses coletivos da cidadania podem se integrar na gestão da política da saúde em cada município brasileiro, e de que o Estado pode ser capilarizado pelo poder social. No entanto, é preciso também compreender que “a eficácia de novas institucionalidades, independente de seu poder de mobilização, depende das oportunidades de participação e deliberação abertas pelo Estado e, da transparência e do compromisso deste com princípios democráticos e participativos” (Carneiro, 2002, p. 282).

Como utopia possível, os conselhos contribuem para aproximar o governo dos cidadãos e para o enfraquecimento das redes de clientelismo, trazendo alianças e conflitos de interesse para esferas públicas de decisão; permitem maior grau de acerto no processo de tomada de decisão; ajudam na identificação mais rápida de problemas e na construção de alternativas de ação; aumentam a transparência administrativa e pressionam as diversas áreas do governo em direção a ações mais integradas (...), [mas] entre as potencialidades dos conselhos e a sua efetividade na formulação e controle dessas políticas, há uma longa distancia a ser percorrida. (Carneiro, 2002, p.290)

Na ótica de possíveis, os conselhos podem se constituir em um mecanismo inovador para a socialização do poder na gestão pública, mas isso somente se concretiza em termos práticos e não no desenho normativo. Não se pode esquecer que no Brasil, assim como em outros países latino-americanos, prevalece uma cultura formalista, na qual a norma se distancia da prática; uma coisa é o que diz a lei, outra é como as leis são colocadas em prática

(Riggs, 1964). Logo, cabe questionar como se dá uma efetiva participação dos conselhos na conquista coletiva de melhorias para a saúde nos municípios, e como governo e sociedade estão se articulando para estabelecer uma socialização de poder na gestão. Isso implica analisar como se processa o contágio da estrutura estatal pelo social de maneira a libertar a todos de amarras culturais que podem limitar a atuação dos conselhos a uma mera formalidade, sem permitir a imersão do Estado num verdadeiro *ethos* democrático.

Para Da Matta (2000) esse é o dilema cultural brasileiro, isto é, a coexistência de duas ideologias e práticas, uma integrada na moderna cidadania baseada nos princípios da igualdade e do civismo; outra arraigada nos vícios do clientelismo e da desigualdade. Entretanto, é nesse contraditório que os representantes do governo e da sociedade precisam construir conjuntamente uma política de saúde descentralizada, universal e equitativa e, quem sabe, demonstrar como a cultura clientelista e formalista pode ser transformada pela força da participação social.

A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo teve como proposta analisar a dinâmica de relação entre conselhos e administração na concretização da participação social na realidade dos pequenos municípios. O recorte nos pequenos municípios se deu por dois fatores, primeiro porque de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) eles representam a maioria dos municípios brasileiros e gaúchos e, segundo, porque neles há uma tendência maior de atrelamento da comunidade com os governos, reforçando relações clientelistas distanciadas do ideal da proposta de socialização do poder previsto, no controle social.

O universo do estudo incluiu pequenos municípios localizados na região do Vale do Taquari, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O objetivo do estudo foi analisar se os gestores municipais compreendiam os conselhos como parte integrante da gestão municipal de saúde, lhes questionando sobre quais os fatores que facilitam ou dificultam a participação de maneira a identificar se eles reproduziam uma postura burocrática e centralizadora nessas relações, ou se incorporavam práticas de socialização do poder implícitas na participação social.

O estudo teve um caráter interpretativo que, conforme propõe Minayo (1994, p. 21), “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo

das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” Dentro dessa perspectiva interpretativa, as pesquisadoras buscaram o significado das relações e da ação humana a partir da compreensão da realidade vivida pelos sujeitos em um determinado contexto social.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, sendo ouvidos oito secretários municipais de saúde. O roteiro das entrevistas foi constituído de dez perguntas abertas que propiciaram uma ampla variedade de respostas, uma vez que os entrevistados puderam se expressar livremente, pois houve uma inferência mínima do entrevistador, unicamente restrita a retomar tópicos que não foram devidamente esclarecidos pelos entrevistados.

Na análise dos dados foi utilizado o método hermenêutico-dialético, a fim de situar as falas dos sujeitos em seu contexto para serem melhor compreendidas. Como ressalta Minayo (1997, p. 77) “essa compreensão tem como ponto de partida o interior da fala e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala.” Assim, a análise privilegiou a compreensão da ação e do posicionamento dos sujeitos implicados na construção de uma práxis, considerando que a visão dos gestores sobre os conselhos municipais e o controle social é fruto de uma historicidade ligada a aspectos culturais e, conseqüentemente, se revela nas significações atribuídas por eles à saúde, à participação social, à comunidade, etc.

A participação e o controle social na saúde: a visão dos gestores de pequenos municípios

Em primeiro lugar é preciso conhecer mais os sujeitos foco da análise deste estudo. Eles são secretários municipais de saúde, na sua maioria mulheres, e têm uma escolaridade diversificada não relacionada diretamente com a área na qual exercem o papel de gestores. No entanto, todos buscaram uma qualificação no campo da saúde por meio de encontros e seminários ao longo do exercício de suas funções como secretários, sendo que quase metade deles já está em seu segundo mandato no cargo. Todos eles já foram conselheiros, inclusive assumindo o cargo de presidente do conselho municipal de saúde.

Um dado que logo chamou atenção na fala dos entrevistados é que, na duplicidade de exercício de cargos, isto é, em atuar ao mesmo tempo na função de secretário municipal e na função de presidente do conselho, os gestores indicaram viver uma contradição. Para eles existe um desconforto

com o papel de presidente. Todos revelaram preferir apenas participar do conselho municipal na condição de representantes do governo, pois isso lhes deixa “mais à vontade” e se “sentindo bem melhor”.

(...) ser presidente no começo foi difícil, mas eles não queriam, deveria ser eu, mas na próxima eleição que teve trocou, agora é um usuário. Eu sair da presidência me senti melhor, bem mais à vontade. (Entrevista 8)

No começo tive um pouco de dificuldade porque eu era presidente do conselho e não conseguia me organizar, pois tinha que fiscalizar o meu trabalho e estava sendo difícil. Só que lá dizia no regimento interno que o secretário era o presidente do conselho, então começamos a amadurecer a idéia e foi trocado. A partir do momento que houve a troca eu me senti bem melhor. (Entrevista 3)

Ao que parece esse desconforto está relacionado com a idéia de “fiscalizar o próprio trabalho”, logo o mal estar desses gestores está em exercer um controle sobre as suas próprias ações, indicando que eles compreendem de forma normativa o papel do controle social na gestão da saúde. No entanto, eles também têm muita dificuldade em definir claramente qual é o papel a ser exercido pelo conselho na gestão municipal da saúde. Muitos indicam o ideal de uma relação cooperativa e compreendem que o conselho deve se “somar” ao trabalho desenvolvido pela secretaria, de maneira a se tornar um “parceiro” e exercer um papel de “elo de ligação” entre a administração e a comunidade; uma ótica recorrente nas falas.

Eu entendo que um conselho são pessoas que vem para somar muito. (Entrevista 1)

O papel do CMS é de que ele seja um elo de ligação entre a comunidade e a secretaria, se a gente tem bons conselheiros o trabalho facilita. (Entrevista 3)

A compreensão de que os conselhos vêm para aproximar a administração da comunidade e somar esforços indica uma tendência em lhes dar uma condição de apêndice da estrutura estatal, conforme salientado por Misoczky (2001). Isso reforça o entendimento de que esses gestores atribuem aos conselhos apenas um papel normativo e tomam as ações de controle social

como exclusivamente voltadas para a fiscalização de gastos e aprovação de planos dentro dos padrões rígidos da burocracia. E, talvez, por isso que “fiscalizar o próprio trabalho” ou ser fiscalizado muitas vezes incomoda, pois não se visualiza a parceira dos conselhos como uma construção política para negociar mutuamente a gestão da saúde nessas comunidades.

Basicamente acho que o papel é de fiscalizador das ações, do emprego do dinheiro, da elaboração dos planos. No nosso caso não se faz nenhum plano sem a aprovação do conselho, ele homologa tudo. (Entrevista 7)

Tem alguns que se interessam em olhar os documentos, como se gasta, os valores (...). (Entrevista 4)

Na ótica dos gestores o controle social ocorre sob os limites de uma ação fiscalizadora formal, mais próxima do mecanismo consultivo e, assim, pode representar uma “soma” dada pela comunidade na gestão saúde. Essa noção de soma se reflete e é reforçada em falas na quais os gestores salientam que as relações entre administração e conselho devem sempre se dar num sentido amigável e cordial, e, notadamente, eles expressam as próprias raízes culturais brasileiras, afinal somos “homens cordiais”, como diz Holanda (1976), e devemos aceitar a tutela para fugir dos conflitos que podem ferir essa imagem doce de sociedade.

A relação é bastante aberta, os conselheiros vem conversar aqui na secretaria, não tem problema de relacionamento, até porque a gente se conhece faz muitos anos. (Entrevista 6)

É uma ótima relação, eu gosto muito do conselho, acho que me dá muita garra, força para o meu trabalho, pois aquelas pessoas estão apoiando e meu trabalho e me dando suporte para continuar. (Entrevista 1)

Vê-se, então, que o contraditório desses gestores se representa no próprio contraditório do “dilema cultural brasileiro” (Da Matta, 2000). Para eles, os conselhos têm como função aproximar a comunidade da secretaria municipal, fomentar as relações de cordialidade e de boa convivência, aprovar e homologar orçamentos e planos. Nessa base de relações, o controle social se processa mais proximamente ao *referendum*, distante, portanto, do exercício ativo da cidadania em deliberar e acompanhar a execução das ações de gestão.

Assim, os conselhos nos municípios de pequeno porte do Vale do Taquiri acabam por se caracterizar, na ótica dos gestores, apenas como um mecanismo consultivo, sendo esvaziados de atribuições mais resolutivas e executivas que lhes seriam inerentes. Isso não indica, entretanto, uma ação consciente por parte dos gestores em querer limitar a integração da comunidade nos processos de gestão, trata-se da maneira pela qual a participação social é por eles interpretada, isto é, dentro de uma perspectiva de controle exercido pela burocracia estatal.

Para esses gestores, a participação seria a forma como eles conduzem o processo, de como eles estabelecem uma boa relação com a comunidade. Essa concepção reflete os vícios de uma cultura clientelista própria das pequenas comunidades brasileiras, conforme destacado por Cortes (2002), em tratar as relações do Estado com a sociedade sob bases tuteladas nas quais prevalece a centralidade do governo na determinação das ações. Os gestores também expressam, em suas falas, o formalismo no qual o ideal de participação social entra em contradição com a prática. Assim, a negação da adoção de uma lógica consultiva se faz presente apesar de ser por meio dela que eles processam as suas relações com os conselhos.

O que facilita o trabalho são as cartas na mesa, deixo claro para o Conselho o que se está fazendo dentro da Secretaria. Eles sabem que não estão lá simplesmente para dar uma assinatura e dizer que estão representando uma entidade, mas que dependemos da opinião deles para andar o trabalho na saúde. (Entrevista 3)

Acho que o que facilita é a simplicidade da nossa reunião, trato eles com muito respeito, não é ir lá e assinar um papel, falo para eles que tem que cobrar. (Entrevista 1)

Eles tem voz para participar, se acham que algo não está certo colocam qual é a melhor solução a ser encontrada. (Entrevista 7)

Fundamentalmente, sob essa visão, os conselhos adentram o universo burocrático das secretarias com o papel de participar dando “opiniões”, “cobrando” e até com voz para sugerir “a melhor solução”, desde que mantida a centralidade do governo no processo de gestão. Nesse sentido, a disputa política inerente a uma socialização do poder e implícita na participação social

não é algo plenamente compreendido por eles, e incorporado em sua práxis. Eles aceitam prestar contas da sua ação dentro da lógica da convivência cordial com a comunidade, da consulta, do *referendum* e, até mesmo, da fiscalização formal, mas não se evidencia uma abertura para discutir politicamente os projetos.

A comunidade precisa saber o que a administração está fazendo, as pessoas às vezes chegam com uma postura tão radical, pois não é porque nesta administração a saúde é boa que em outras eleições os outros partidos não podem ganhar. (Entrevista 1)

No começo é sempre complicado, por causa de questões políticas, os conselheiros sempre achavam que tinha algo de errado, apontavam coisas que não achavam certo. Depois eles viram que eu não queria prejudicar a comunidade e mudou totalmente. (Entrevista 8)

Essa falta de abertura para a discussão política presente nas falas parece demonstrar que os gestores compreendem o conflito de interesses unicamente como um reflexo de lutas político-partidárias, e não como um posicionamento de diferentes visões de mundo e projetos que precisam ser negociados de forma a se efetuar uma pactuação coletiva para a melhoria da gestão da saúde nessas comunidades. Assim, o exercício democrático da cidadania é algo ainda a ser apreendido por esses gestores, de maneira a possibilitar uma socialização de poder nas práticas cotidianas e viabilizar que os conselhos se tornem um efetivo mecanismo de controle social.

Em termos práticos isso significa facilitar a organização social nessas comunidades a fim de vencer práticas tuteladas, que não são simplesmente superadas pela existência de instrumentos legais. Entretanto, o exercício do controle social na gestão da saúde é ainda processado dentro do formalismo e, para os gestores, a criação dos conselhos municipais de saúde se constitui em mais uma obrigatoriedade imposta de cima para baixo, e não numa prática que contribui para o efetivo exercício da cidadania e para o amadurecimento político da comunidade por meio de uma socialização do poder na gestão da saúde.

A comunidade é pequena e tu não tem muitas entidades para recorrer para formar os conselhos, porque a lei vem de cima para baixo e tu tem que se adaptar a ela. (Entrevista 1)

Para esses gestores, os conselhos são mais uma determinação legal que o governo federal lhes impõe, portanto, parece ser natural que eles reproduzam a lógica burocrática centralizadora nas suas relações com os conselhos. Aqui é preciso reconhecer que na relação com o governo federal o respeito à autonomia municipal tem sido uma falácia na prática. Esse é mais um contraditório a impregnar o cotidiano desses gestores municipais, pois eles são tutelados pelo governo federal que condiciona o repasse de recursos na adoção de programas e projetos definidos em nível central. Dessa forma, a descentralização e a participação social existem mais na lei do que na prática, sendo que o formalismo acaba por reforçar a tutela e a centralização nos processos de gestão da política da saúde no nível municipal.

Ao que parece o Estado como um todo não assumiu, de fato, o compromisso com os princípios democráticos que, no entendimento de Carneiro (2002), são necessários para a consolidação da participação social como uma prática concreta e não apenas possível na gestão de políticas públicas. Se esses gestores são reprodutores de uma representação normativa sobre a participação, é importante considerar que eles refletem um condicionamento cultural do qual o Estado como um todo e a sociedade não estão distanciados.

Logo, o controle social exercido pelos conselhos municipais é ainda uma conquista que precisa ser expressa como algo cotidiano e normal, como salienta Demo (1996), e representar uma efetiva autodeterminação dessas pequenas comunidades em gerir coletivamente a saúde local. Tal consciência parece ser demonstrada em parte por esses gestores ao indicar que a comunidade também acaba por reforçar o papel centralizador do governo.

Eles tem pouco interesse em participar, sempre dizem que é para deixar para lá, que isto é coisa do secretário. (Entrevista 4)

Eles não estão preparados e até não se interessam muitas vezes em ser conselheiros. Porque eles não conhecem não sabem determinar qual é a importância. Sempre falam assim, se vocês estão dizendo que é importante a gente vota. (Entrevista 2)

As referências culturais tradicionais se fazem sentir nessa aparente aceitação de tutela e de reprodução das práticas centralizadoras da burocracia estatal; mas também pode se observar uma fragilidade de organização dessas comunidades para adotar uma postura cidadã mais ativa, capaz de tornar o controle social um

mecanismo representativo e democrático na gestão da saúde. O problema é que se os gestores parecem desconhecer e não estar preparados para a participação como uma socialização efetiva do poder, isso também ocorre com a comunidade.

Ultimamente eles estão conseguindo saber o que é um conselho, estão tomando conhecimento, eles não tinham a informação, a gente mesmo não tinha, e não conseguia repassar para eles. (Entrevista 5)

Penso que falta esclarecimento, no nosso município a maioria são pessoas menos esclarecidas, se percebe que alguns estão acomodados. Em qualquer lugar, quando a pessoa não é esclarecida sobre o assunto, ela tem dificuldade de opinar. (Entrevista 3)

É uma dificuldade muito grande, tem pessoas no conselho que são colonos, donas de casa, que não tiveram escolaridade. Sabe, eles não acordaram ainda. Já chamamos alguém que veio falar sobre o papel do conselho, mas não teve retorno, não tem interesse. (Entrevista 6)

E quem entra sem nenhuma qualificação entende pouco, isto é desmotivador da participação. (Entrevista 7)

A falta de organização dessas comunidades acaba por reforçar um posicionamento de tutela e de controle da administração sobre o conselho. Vê-se, portanto, que a criação meramente legal dos conselhos não é por si só suficiente para efetivar o controle social. Também é preciso superar uma cultura na qual as pessoas aceitam a centralidade da ação governamental sem questionamentos. Assim, nos pequenos municípios, o surgimento de sujeitos coletivos com o papel de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política da saúde pode ser considerada ainda uma utopia possível. Possível porque, como ressalta Demo (1996), a participação compreendida processualmente é construída pela educação e pela capacidade de identidade comunitária que planta a fé do grupo em seu futuro, de maneira a estabelecer um senso permanente de negociação mútua.

Nesse sentido, os gestores parecem estar abertos à participação quando ressaltam a importância da educação para a qualificação desse processo. Ela é um caminho fundamental para a criação de um *ethos* comunitário e para a

solidificação da organização dos movimentos sociais locais a fim de facilitar a adesão dos gestores aos projetos da comunidade (não à norma) e permitindo que a socialização do poder consolide os conselhos municipais como espaços participativos, e contribua para uma efetiva mudança cultural que supere a lógica do clientelismo e do formalismo.

Esse é o desafio a ser enfrentado pelos gestores e pelas comunidades, visto que eles podem continuar a caracterizar o controle social simplesmente como um mecanismo reprodutor de práticas burocráticas e mantenedor do *status quo* para garantir a centralidade do Estado na condução do processo de gestão, ou se tornarem efetivos agentes de mudança, construindo uma co-gestão da política de saúde local. Trata-se, portanto, de uma escolha a ser feita por esses municípios, respeitada a sua autonomia na consolidação do SUS, e não a mera imposição de uma norma que não transforma o formalismo, nem tão pouco o clientelismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi introduzir uma discussão sobre os “possíveis” na concretização dos conselhos municipais de saúde como mecanismos efetivos de controle social no SUS, compreendendo que mais de uma década de construção da democracia no Brasil, assim como em muitos países latino-americanos, já permite avaliar os caminhos da institucionalização de práticas participativas na gestão pública. A idéia de conquista da cidadania e de direitos sociais que mobilizou essas sociedades pela democratização do Estado fez com que a participação social tomasse o imaginário coletivo como uma força capaz de transformá-lo para consolidar bases mais igualitárias de convivência social antes não praticadas. Em termos ideais, a participação acena para uma capilarização de todo aparelho estatal pelo poder da sociedade, mas em termos práticos ainda é preciso se construir mecanismos participativos que integrem de fato o político à administração para a co-gestão das políticas públicas.

Apesar da proposição de criação dos conselhos municipais de saúde ter trazido, em si, o ideal de uma politização da gestão da saúde (Labra e Ribeiro, 2002) e de uma institucionalização da ação dos grupos de interesses pela pactuação política (Ribeiro, 1997), de modo que o exercício do controle social fosse um instrumento de democracia (Aucélio, 2001), essa socialização do poder que renova o Estado pela participação não se tornou uma realidade cotidiana em muitos municípios brasileiros, como nos casos analisados no Vale

do Taquari. Como se evidenciou no estudo, nos pequenos municípios permanece uma cultura centralizada na ação do Estado, com base em relações tuteladas que não dão abertura para uma integração político-administrativa na gestão da saúde, à medida que há principalmente o cumprimento de uma determinação legal. A comunidade e os gestores parecem não ter ainda incorporado, em suas práticas, o exercício democrático contido na idéia original do controle social.

A realidade desses pequenos municípios traz a necessidade de se refletir por alternativas que não estejam apenas focadas em modelos pré-definidos, mas que se direcionem para a consolidação de práticas. Isso somente ocorre através da construção de uma viabilidade política na qual seja possível estabelecer uma visão diferenciada do Estado, do cidadão e da relação entre administração e sociedade, concretizando uma mudança cultural onde os contraditórios do “dilema brasileiro” se tornem coisa do passado. Os conselhos podem e devem se tornar esse espaço de construção, no entanto, o desafio permanece, transformar a “utopia possível” numa realidade cotidiana, reconhecendo que a renovação do Estado se dá, fundamentalmente, por meio dessas práticas locais e não pela ênfase dominante em mudanças no arcabouço legal e em procedimentos normativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUCÉLIO, Patrícia Queiroz. *Afinal, o que é o controle social e como é exercido no campo da saúde?* Brasília. 2001. Texto produzido para o curso de atualização em gestão municipal na área de saúde, Universidade de Brasília, 2001.
- BAVA, Silvio Caccia. *Participação, representação e novas formas de diálogo público*. São Paulo: FGV, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.
- CAMPOS, Edval Bernardino; MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. *Serviço Social e Sociedade*, ano XVIII, n. 55, p. 143-155, 1997.
- CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 2, p. 277-292, 2002.
- CARVALHO, Maria do Carmo A. Participação social no Brasil hoje. São Paulo: Polis, 1998. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/publicacoes/papers/19982.html>> Acesso em: 31 ago 2002.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, ano 4, n. 7, p. 18-49, 2002.
- DA MATTA, Roberto. Entrevista. In: COUTO, José Geraldo. *Quatro autores em busca do Brasil: entrevistas a José Geraldo Couto*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

- DEMO, Pedro. *Participação é conquista*. 3ª. ed. São Paulo, Cortez, 1996.
- GRAU, Núbia Cunill. *Participación ciudadana*. Caracas: CLAD, 1991.
- HOLANDA, Sérgio Buarque. *Raízes do Brasil*. 9ª. edição. Rio de Janeiro: José Olympio, 1976.
- IBGE. *Estimativas e Projeções da População*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 22 abr 2004.
- KLIKSBERG, Bernardo. Como reformar o estado para enfrentar os desafios sociais do terceiro milênio. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n.2, p. 119-151, 2001.
- KLIKSBERG, Bernardo. *Como transformar al Estado? Más allá de mitos y dogmas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St.Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
- MISOCZKY, Maria Ceci. La relación entre ciudadanía activa y administración municipal en la configuración de una formación político-organizacional: los casos del Proyecto de Salud Mental de Belo Horizonte y del Presupuesto Participativo de Porto Alegre. *Reforma y Democracia*, n.21, p.227-254, 2001.
- RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.
- RIGGS, F. A ecologia da administração pública. Rio de Janeiro: USAID, 1964.
- SANTOS, Boaventura Sousa. Para uma reinvenção solidária e participativa do estado. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.) *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: UNESP/ENAP. 2001, p. 243-271.
- SOUZA, Celina. O estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.
- TELLES, Vera. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. *Revista Polis*, n.14, p. 43-53, 1994.

PAPEL DAS TRANSFERÊNCIAS SUBNACIONAIS DE RECURSOS PARA ORÇAMENTOS LOCAIS DE SAÚDE

Roger dos Santos Rosa
Regina Sulzbach

INTRODUÇÃO

Os processos de Reforma do Estado e de reforma do setor saúde das duas últimas décadas do século XX difundiram a idéia de que seria necessário buscar melhorias na forma de financiamento dos setores sociais. Propostas como a introdução de fatores moderadores da demanda, pagamento de taxas por usuários, “vouchers”, e o estabelecimento de diferentes formas de seguro-saúde, se disseminaram por influência de agências internacionais, sendo apresentadas como solução para os problemas do setor saúde. Polêmicas, tais propostas contrastavam com a aparente unanimidade em torno da descentralização como estratégia para incrementos de equidade, eficiência, qualidade e resultado dos serviços de saúde, e do próprio processo democrático de participação das comunidades envolvidas.

A partir dos anos 80, diversos países adotaram estratégias distintas para reformas de cunho descentralizador. As mais conhecidas foram a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização. Desconcentração pode ser entendida como a transferência da responsabilidade de execução dos serviços para unidades fisicamente descentralizadas, no interior das agências do governo central; delegação como a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não-vinculadas ao governo central, mantido por este o controle dos recursos; transferência de atribuições refere-se à transferência de recursos e funções de gestão para agências não-vinculadas institucionalmente ao governo central;

e, finalmente, privatização (também denominada desregulação) ou transferência da prestação dos serviços sociais para organizações privadas (Mills, 1990).

A relação entre descentralização e mudanças no financiamento nos processos de reformas do setor saúde na América Latina é complexa. Analisar as tentativas recentes de descentralização exige a compreensão de forças contraditórias que atuam nos sistemas políticos e, particularmente, nas estruturas burocráticas. A forma e o grau de descentralização do setor saúde em países latino-americanos são intensamente influenciados pela dinâmica dos aspectos de financiamento, incluindo fontes de recursos, papel dos provedores e pagadores, destinatários finais, e mecanismos de alocação de fundos nos níveis local, regional e nacional (Arredondo e Parada, 2000).

A descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil se insere no contexto de modificação das relações intergovernamentais estabelecidas pós-Constituição Federal de 1988. A redução das transferências federais negociadas para estados e municípios e o fortalecimento destes em sua capacidade de geração própria de receitas resultou na descentralização “forçada” de gastos na área social (Oliveira, 1998, p. 27). O processo proporcionou às esferas subnacionais maior autonomia decisória sobre a alocação de recursos para atendimento das necessidades e demandas de suas populações. Paralelamente, a “descentralização forçada” exigiu maior qualificação dos gestores locais para aplicar os recursos, bem como a compreensão da lógica dos instrumentos de gestão estabelecidos pela nova Constituição Federal e legislação complementar. No âmbito mais geral da administração orçamentário-financeira, os governos locais passaram a conviver com planos plurianuais, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual, criados e entrelaçados como instrumentos de mediação entre planejamento e orçamento. No nível específico da saúde, o plano e o fundo municipais de saúde e aspectos do relatório de gestão completaram a relação.

Apesar do processo descentralizador, o sistema de saúde brasileiro continuou largamente dependente do financiamento da União, seja através de aplicações diretas ou de transferências a estados e municípios. Os fluxos de recursos se mantiveram verticalizados e descendentes. A burocratização dos mecanismos de transferências fundo-a-fundo e a “recentralização seletiva” (Carvalho, 2001) de alguns programas acentuaram esta dependência.

Recentes alterações constitucionais (Emenda Constitucional nº 29/2000) objetivaram garantir o financiamento setorial, fixando patamares mínimos de

financiamento em saúde com recursos arrecadados nos níveis subnacionais. Devido ao pouco tempo de implementação e às características incrementais dos orçamentos brasileiros, as transferências intergovernamentais neste setor continuam representando papel importante para muitos municípios. A natureza ainda pouco automática e referendatória deste processo, os mecanismos de prestação de contas, por vezes complexos para pequenas municipalidades, e as políticas de contingenciamento do orçamento federal têm provocado instabilidades no fluxo dos repasses.

O papel das transferências subnacionais na saúde no Brasil é substancialmente representativo a ponto de se questionar a efetivação da diretriz constitucional de “descentralização” para o Sistema Único de Saúde (SUS). O equívoco conceitual mais comum vê a municipalização da saúde como limite extremo para a descentralização, vista no caso brasileiro como “tutelada” (Vianna, 1992). A situação se agravou com recentes medidas na área assistencial, consideradas como verdadeira “recentralização seletiva” (Carvalho, 2001). A Tabela 1 resulta de estudo elaborado pelo Ministério da Saúde com base na consolidação dos dispêndios públicos e evidencia que a União é responsável pela maior parcela do gasto público setorial (58,8%), embora a maior parte dos recursos (54,5%) esteja sendo colocada sob gestão de estados e municípios.

Tabela 1 – Distribuição do gasto público com saúde, segundo os critérios origem e responsabilidade pelos gastos, Brasil, 1995 (em R\$ milhões correntes)

Esfera \ critério	origem	%	Responsabilidade	%
União	13.397	58,8	10.345	45,5
Estados	4.775	21,0	5.637	24,8
Municípios	4.595	20,2	6.783	29,7
Total	22.767	100,0	22.767	100,0

Fonte: Biasoto et al (1998) apud Piola e Biasoto Jr (2001, p. 225)

Neste sentido, pode-se dizer que ocorreu muito mais uma descentralização “delegada”, quando muito “transferência de atribuições”, do que propriamente uma “devolução” de responsabilidades aos governos locais. O termo “devolução” tem sido reservado para a descentralização aos níveis subnacionais que ocorre com substancial independência do governo central para um dado conjunto de funções, o que não corresponde ao caso brasileiro. Para Arretche (1997, p. 144) “as feições do sistema [de saúde brasileiro] tornaram-se crescentemente heterogêneas no território nacional, dadas as diferentes possibilidades

financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos: em algumas regiões onde os recursos são mais escassos e as demandas são mais agudas, o sistema dá sinais evidentes de falência; em outras regiões, com maiores recursos, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde”.

A Tabela 2 foi elaborada com base em outro estudo de consolidação dos dispêndios públicos em saúde no Brasil, realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Assim como a Tabela 1, demonstra que a União mantinha-se preponderante como origem dos recursos ao se medir em participação percentual do Produto Interno Bruto (PIB). No mesmo ano, 15% do gasto público total com saúde dos governos municipais brasileiros resultava de transferências da União (Fernandes et al., 1998, p. 35).

Tabela 2 – Distribuição do gasto público com saúde, segundo os critérios origem e responsabilidade pelos gastos, Brasil, 1995 (comparação percentual com o PIB)

Esfera \ critério	% por origem	% por responsabilidade
União	2,12	1,95
Estados	0,70	0,73
Municípios	0,55	0,69
Total	3,36	3,36

Fonte: Fernandes et al. (1998, p. 22)

Sob este ponto de vista, caracteriza-se uma “descentralização dependente” (Médici, 1994, p. 65), na qual os recursos que a esfera regional ou local dispõe não provêm da própria arrecadação local, mas sim de repasses dos níveis centrais ou outras esferas de governo – quando não por aplicação direta. O nível de governo que recebe o aporte financeiro termina por se sujeitar a detalhes formais de organização e alocação de recursos, cujos parâmetros e regras são fixadas pelo nível central e, caso não atendidas, sujeitam ao cancelamento ou postergação da transferência.

Em um Estado racional-legal, estimar receitas e fixar despesas corretamente no nível local dependeria da identificação de congruências entre o futuro e o passado, exigindo uma relação estável entre ambos. Políticas governamentais não poderiam apresentar grandes modificações, particularmente no meio do ano financeiro, e os participantes do processo orçamentário deveriam desempenhar seus papéis de forma consistente. O orçamento perfeito basear-se-ia na manutenção de relações estáveis, fundadas em conhecimento e confiança.

Contudo, vive-se no mundo das incertezas. A descentralização *per sí* gera redundâncias e diminui possíveis economias de escala. Em termos orçamentários, estas redundâncias têm o seu papel. Para setores, ou mesmo países, dominados pela incerteza, particularmente naqueles com inovações contínuas, elementos redundantes são incorporados para suprir a falta de conhecimento, enfrentar a complexidade, o desconhecimento dos custos e a imprevisibilidade de muitos eventos, permitindo experimentações (Wildavski, 1975, p. 137-9) – ou seja, erros e acertos. Redundâncias orçamentárias podem significar reservas, alternativas, margens de segurança, ou duplicações de dados, para situações em que seja necessário. Usualmente, são vistas como indicativo de ineficiência, com a conotação pejorativa de desperdício. Entretanto, permitem enfrentar a incerteza do funcionamento das estruturas organizacionais através da garantia de recursos extras para caso de mal-funcionamento dos mecanismos principais (Caiden e Wildavski, 1974, p. 49-57).

É reconhecível que os processos de descentralização buscam atingir diferentes objetivos (políticos, econômicos e gerenciais), nem sempre compatíveis (Cassels, 1995, p. 15). A ampliação da autonomia local tem como consequência a possibilidade de decisões equivocadas, ou não, tendo em vista a natureza potencialmente conflituosa dos objetivos descentralizadores e o ambiente de incertezas. Assim, sub ou superestimativas nas fontes de financiamento ou na aplicação dos recursos têm efeitos que podem afetar as quatro grandes funções orçamentárias: alocação, distribuição, estabilização e desenvolvimento.

Efeitos na alocação dizem respeito à intervenção planejada ou ocasional do Estado que altera, de fato, a direção dos recursos produtivos da sociedade a seus diferentes usos possíveis (Santos, 1992, p. 93). Em relação à distribuição orçamentária, particularmente no setor saúde, sub ou superestimativas interferem na operacionalização de dois princípios que constituem as alternativas básicas da função: a equidade e a eficiência, esta por sua vez subdividida em técnica e distributiva (Giraldes, 1995, p. 167). Finalmente, os efeitos na estabilização e no desenvolvimento são usualmente reservados aos orçamentos nacionais e negligenciados pelo nível local, embora em países com sistema federativo, como o Brasil, orçamentos estaduais possam influenciar níveis de renda e emprego (Burkhead, 1971). Não custa lembrar que, ao menos no setor saúde brasileiro, orçamentos locais têm modificado o mercado de trabalho, haja vista o desenvolvimento de relações trabalhistas tipicamente precárias (Poz, 2002).

No Rio Grande do Sul, estado federado da República brasileira limítrofe aos países do Mercosul, a inconstância das transferências entre as esferas de governo tem sido relatada, pelos gestores de estruturas regionais (Coordenadorias de Saúde) da Secretaria Estadual de Saúde, como elemento obstaculizador da completa execução da programação local em saúde. O fluxo intermitente poderia explicar alguns descompassos do ciclo orçamentário em municípios do Rio Grande do Sul e discrepâncias encontradas na análise documental realizada pelas Coordenadorias de Saúde. As maiores diferenças referem-se às divergências entre a previsão das despesas de saúde com recursos próprios em relação ao que os governos locais terminam efetivamente aplicando no decorrer do exercício financeiro.

A seguir se apresenta um estudo de múltiplos casos, incluindo nove municípios da Macrorregião dos Vales, no estado do Rio Grande do Sul, buscando identificar o papel das transferências subnacionais nos orçamentos locais de saúde. São analisados fatores relacionados à subestimativa no percentual alocado de recursos próprios para a saúde em relação aos valores efetivamente realizados. Inicialmente, se descreve o contexto e os procedimentos metodológicos do estudo. A seguir, são apresentados e discutidos os resultados e, no último tópico, são apresentadas algumas considerações dos autores.

CONTEXTO DO ESTUDO

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta 19 estruturas regionais (Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS), que constituem instâncias de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação regional da atenção da saúde, bem como de pactuação do gestor estadual com os gestores municipais. A 16ª CRS, local do estudo, tem sede no município de Lajeado e pertence à Macrorregião dos Vales. É composta por 41 municípios, cuja distribuição por faixas populacionais encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Municípios da 16a. Coordenadoria Regional de Saúde segundo faixas populacionais, Secretaria Estadual da Saúde, Rio Grande do Sul, 2003

Faixa populacional \ Municípios	Quantidade
Menos de 5.000 habitantes	24
De 5.001 a 10.000	6
De 10.001 a 20.000	7
De 20.001 a 30.000	3
Mais de 60.000 habitantes	1
Total	41

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

A 16ª CRS freqüentemente recebe manifestações de gestores municipais de saúde acerca da insuficiência de recursos para cobrir os gastos com a atenção à saúde de suas comunidades. O fato se acentua quando o poder público necessita aumentar física e/ou financeiramente em curto prazo a compra de serviços privados especializados de saúde, para atender a expectativa de cobertura universal proposta pela Constituição Federal de 1988 para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em conseqüência, exige-se maior disponibilidade de recursos e muitos governos locais terminam por apresentar gastos com saúde superiores aos originalmente previstos em seus orçamentos anuais.

No contexto federativo do país, os municípios dispõem de completa autonomia na elaboração de seus orçamentos. Quando o andamento da execução das despesas com saúde indica tendência a superar os valores fixados na lei orçamentária, o poder executivo local deve providenciar, junto ao respectivo legislativo, a autorização para suplementar as dotações originais, comumente através do remanejamento de créditos de outras áreas. Alguns legislativos locais autorizam previamente, na própria lei orçamentária, o poder executivo a realizar remanejamentos de pequena monta.

A solicitação de suplementação ao legislativo, contudo, costuma provocar intensas negociações políticas e desgaste dos governos locais, eventualmente vistos como incompetentes para elaborar “uma simples previsão orçamentária”. Obriga também a disputa com outros atores sociais, eventualmente atingidos por cortes e remanejamentos para a administração local de saúde.

Um dos instrumentos para acompanhamento orçamentário-financeiro dos municípios, utilizado pela 16ª CRS é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, disponível no sítio do Ministério da Saúde brasileiro (www.saude.gov.br). Os relatórios do SIOPS podem ser acessados por qualquer pessoa a partir de conexão pela Internet. Seu banco de dados é alimentado por municípios e estados via rede com informações contábeis sobre receitas e despesas com saúde. Antes da transmissão dos dados, o sistema efetua diversas consistências. Ao final do processamento emite um recibo com diversos indicadores gerados a partir das informações declaradas, como aspectos das finanças do poder público e do setor saúde. O recibo deve ser assinado pelo governador ou prefeito, pelo contador e pelo presidente do conselho de saúde, da respectiva esfera de governo, para assegurar que as informações declaradas estão em conformidade com o balanço geral publicado pelo estado ou município.

Breve análise dos dados do SIOPS evidenciou que, dos 41 municípios da 16ª CRS, 13 (32%) superaram as despesas inicialmente orçadas em 2003, embasando muitas das manifestações dos gestores locais. A observação da recorrência periódica da situação gerou dúvidas na 16ª CRS em relação aos fatores envolvidos nas discrepâncias entre os valores orçados e os executados e motivou esse estudo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, foram solicitados aos treze municípios que apresentaram despesas com saúde maiores que as previstas originalmente, a lei orçamentária anual e os decretos que suplementaram as dotações orçamentárias. Obteve-se retorno de todos os casos.

Em um segundo momento, se comparou a lei orçamentária com os dados do SIOPS. Dos treze municípios, quatro apresentaram percentual excedente da despesa executada, em relação à originalmente fixada, menor que 1%, quatro entre 1% e 2 %, três entre 2% e 3%, um atingiu 4,02% e outro gastou 6,31% a mais. Com o propósito de obter resultados mais expressivos, foram analisados os 9 municípios com mais de 1% de discrepância, quais sejam: Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Colinas, Cruzeiro do Sul, Doutor Ricardo, Estrela, Nova Bréscia, Paverama e Progresso.

Realizaram-se entrevistas dirigidas com os gestores municipais da saúde com questões abertas e fechadas, conforme roteiro previamente elaborado e pré-testado. Os mais distantes da sede da 16ª CRS responderam por telefone, e os demais pessoalmente. Considerando que 2004 é ano de eleições municipais no Brasil e a possibilidade de alguns gestores de saúde se afastarem do cargo para concorrer, foram selecionados entrevista aqueles que atuaram nos últimos três anos, independentemente de estarem ou não exercendo o cargo no momento da entrevista. Preservou-se a identidade dos entrevistados, indicando as mesmas apenas através de referências numéricas.

RESULTADOS

Os resultados se basearam nos documentos analisados e nas entrevistas realizadas abrangendo (A) a comparação entre o orçamento e o SIOPS, (B) a análise dos dados informados no SIOPS, (C) os instrumentos de gestão orçamentária, e (D) os percalços da execução orçamentária.

LEI ORÇAMENTÁRIA E SIOPS

Na comparação das leis orçamentárias anuais dos municípios estudados com o SIOPS, constatou-se que (a) há identidade entre os dados do SIOPS e as leis orçamentárias anuais, denotando confiabilidade do sistema neste quesito; (b) em alguns dos municípios analisados, as atividades de assistência social estavam incluídas na Secretaria de Saúde.

Cinco (55,6%) entre os nove municípios incluíram no orçamento e informaram no SIOPS despesas com assistência social. Ainda que pouco expressivos, os valores alteram o percentual dos recursos próprios aplicados na saúde. Em dois municípios não foi possível avaliar, pois não obtivemos informações detalhadas das despesas orçadas. Os outros dois municípios não incluíram no SIOPS as despesas da assistência social.

ANÁLISE DOS DADOS INFORMADOS NO SIOPS

A Tabela 4 apresenta a consolidação de diversos dados obtidos no SIOPS. Primeiramente observa-se que a oscilação percentual entre a receita total executada e a estimada nos municípios estudados não é significativa, situando-se abaixo de 10%.

A seguir, destacam-se as transferências de recursos da União para a gestão municipal de saúde em que seis localidades previram valores a maior do que o recebido - quatro dos quais com diferenças superiores a 20%. Os municípios "C" e "D" previram valores a maior em praticamente todos os programas cujos valores são transferidos da União.

O município "E" orçou o Piso de Atenção Básica - PAB fixo - que prevê a remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas de atenção básica - em valores cinco vezes maiores do que lhe poderia ser atribuído. Deduz-se que o responsável pela previsão orçamentária não estava adequadamente informado acerca do valor *per capita* que a União transfere ao município.

Tabela 4 – Diferenças percentuais entre os valores executados e os originalmente orçados, municípios selecionados, 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2003

Item \ Município	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Receita total do município	6,3	-0,8	-1,6	-2,0	-1,6	1,6	0,6	0,5	0,6
Transferências da União*	4,1	24,9	-33,2	-20,5	-49,2	-67,4	-6,8	4,0	-1,1
Transferências do Estado*	-65,5	41,1	-59,6	-56,1	-63,0	-78,1	-97,3	-64,6	-74,9
Recursos próprios para saúde	15,0	61,6	14,9	8,5	29,7	15,7	20,5	19,3	94,3

* para a gestão municipal de saúde.

Fonte dos dados brutos: SIOPS

O município “F” orçou R\$ 285 mil a receber da União com o Programa Saúde da Família (PSF) em 2003, implantado no município somente em maio de 2004, e R\$ 304 mil para o Programa de Agentes Comunitários (PACS), cuja implantação local não se tem conhecimento. Ambos programas são considerados estratégicos para mudanças no modelo assistencial. O não recebimento desses valores tornou bastante expressiva a diferença entre a execução e a previsão orçamentária.

No mesmo item, de modo contrário, destaca-se o município “B”, que recebeu 25% a mais do que o previsto. Analisando os dados detalhados no SIOPS, identifica-se que a diferença a maior foi recebida no item “Transferências Regulares e Automáticas do SUS – Ministério da Saúde”. Cabe observar que esse município foi emancipado em 2000 e os programas da saúde estão sendo implementados gradativamente.

Os valores que o Governo do Estado deixou de repassar aos municípios foi significativo representando, em média 57,5%. No demonstrativo do SIOPS não há como analisar mais detalhadamente, pois as diferenças estão consolidadas como “Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde”. No caso dos municípios em análise, há evidências que o Governo do Estado foi responsável pelo maior impacto ao não repassar os recursos financeiros previstos.

A falta de apoio financeiro por parte do Governo do Estado, e a insuficiência dos recursos repassados pela União, já havia sido mencionado em outro estudo, que analisou 44 fundos municipais de saúde do Rio Grande do Sul em 1997 (Rosa et al., 1999). A quebra de expectativas em relação às transferências aqui também evidenciadas deve ter interferido na decisão das administrações locais de utilizar recursos próprios para atender as atividades que estavam programadas com aqueles valores. Caso o gestor de saúde deseje manter a programação de ações original sem o repasse dos valores das demais esferas de governo, se faz necessário o desembolso de recursos próprios do município, através da suplementação com eventuais incrementos da receita total e/ou com o remanejamento de dotações orçamentárias de outras áreas. Outra opção seria o endividamento com todas as restrições e conseqüências da Lei de Responsabilidade Fiscal.

O aumento dos recursos próprios para o setor saúde, via remanejamento, parece ter sido a solução encontrada, como pode ser observado na última linha da tabela 4. O crescimento da aplicação dos recursos próprios foi muito maior do que o aumento da receita total do município, sugerindo que ocorreram remanejamentos às custas de outras áreas nos orçamentos locais.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO ORÇAMENTÁRIA

Com base nos dados da Tabela 4 se procurou obter algumas informações complementares com gestores de saúde de nove municípios, conforme descrito na seção de aspectos metodológicos.

Para identificar se havia conhecimento e utilização de instrumentos de gestão orçamentária, se perguntou o que era a lei orçamentária anual. Nenhuma resposta dos gestores de saúde contemplou aspectos de receita, apesar de oito afirmarem, em outro momento que participavam da elaboração do orçamento, juntamente com o prefeito e os secretários municipais da fazenda e/ou planejamento. Ao questionar se o orçamento foi elaborado de acordo com as metas e diretrizes do gestor, e considerado o plano plurianual e as prioridades que a secretaria de saúde desejava atingir, se obteve oito respostas positivas e somente uma negativa.

Em relação ao controle e à avaliação da compatibilidade das despesas com o orçamento anual e o plano plurianual, cinco entrevistados informaram que o controle é feito pelo balancete mensal da contabilidade e pelo relatório de gestão exigido pela legislação nacional. Três utilizam o balancete mensal da contabilidade, dos quais um mantém diálogo constante com o secretário da fazenda. Outro gestor, além do balancete mensal e do relatório de gestão, utiliza outra planilha própria de controle.

O Ministério da Saúde brasileiro editou portaria que fornece parâmetros técnicos ideais para a programação em saúde (Portaria GM nº. 1.101/2002). Os gestores foram perguntados se conheciam esse dispositivo legal. Sete entrevistados responderam que sim e apenas dois não. Entretanto, seis afirmaram que não a utilizaram para a elaboração do orçamento de 2003. Um respondeu que sim, mas que a portaria estava fora da realidade do município, e outro utilizou um comparativo com o ano anterior. Um dos gestores desconhecia se havia sido ou não utilizada.

Para identificar instrumentos e critérios utilizados pelos gestores para estimar a receita e fixar a despesa para o próximo exercício financeiro, cinco entrevistados informaram que, quanto aos valores da despesa, o mesmo fornecido pelo contador e/ou secretário da fazenda. Dois responderam que são considerados os gastos na saúde do ano anterior mais o que se quer implementar. Outros dois gestores não sabiam.

Estes resultados sugerem que os gestores de saúde, em sua maioria, teriam conhecimento e utilizariam os instrumentos de gestão orçamentária, sobretudo para aspectos relacionados à aplicação dos recursos.

PERCALÇOS DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para averiguar quais fatores alteraram a previsão orçamentária, perguntou-se literalmente aos gestores “Conforme informado no SIOPS, o município teve uma despesa com recursos próprios em saúde de (informou-se o percentual do município) a mais do que a despesa fixada na previsão orçamentária, por quê?”.

Das respostas obtidas, três relataram queda nas receitas do município (conseqüentemente, alterando o percentual); dois afirmaram que deviam cumprir os patamares mínimos da Emenda Constitucional nº 29/2000; dois mencionaram atendimentos às necessidades e implementações na saúde, previstas para 2003. Finalmente, dois alegaram desconhecer os motivos.

Com base na resposta de sete dos nove gestores entrevistados, pareceriam claros os fatores que provocaram a extrapolação das despesas fixadas com recursos próprios na saúde em 2003. Contudo, cabe observar que a maior queda nas receitas do município situou-se em 2% de acordo com a Tabela 4, que os patamares mínimos de aplicação de recursos próprios em saúde, estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000, devem ser atendidos previamente, na elaboração da lei orçamentária, e que necessidades e implementações previstas para 2003 já deveriam constar no projeto de lei orçamentária. As explicações apresentadas pelos gestores evidenciaram que o conhecimento e a utilização dos instrumentos de gestão orçamentária, questionados no bloco anterior, não foram suficientes para reconhecer o papel das transferências intergovernamentais.

À semelhança da falta de menção ao papel da receita na lei orçamentária, nenhum gestor mencionou as discrepâncias devidas às transferências intergovernamentais. Este grupo de gestores não vinculou o aumento dos recursos próprios para o setor saúde realizado pelo governo local à queda nas transferências previstas da União e do Estado, seja por erros na previsão ou interrupção no fluxo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização, em suas diversas estratégias para reforma do sistema de saúde, envolve sempre alteração no fluxo de recursos entre as esferas de governo. Seus desdobramentos afetam a capacidade de intervenção dos diferentes agentes políticos, com repercussões para as comunidades que representam.

O estudo da execução orçamentária de nove municípios brasileiros no estado do Rio Grande do Sul demonstrou que recursos próprios locais, ou

seja, aqueles derivados do exercício das competências tributárias dos governos municipais, vem sendo utilizados mais do que o previsto originalmente para cobertura das ações e serviços de saúde universalizantes. Os fatores que interferem para que as despesas realizadas na saúde com os recursos financeiros próprios do município superem as orçadas são as estimativas de receitas equivocadas, e a não transferência de recursos devidos das outras esferas de governo.

Ainda que sejam conhecidas as preocupações dos governos locais quanto aos atrasos no repasse de recursos das instâncias federal e estadual, salienta-se que os municípios estudados não se ativeram à previsão das receitas para o setor saúde e, por conseqüência, não dimensionaram o papel das transferências subnacionais no orçamento local.

No sistema de saúde brasileiro, bem como em outros países com processos de descentralização semelhantes, é necessário não perder de vista o fluxo de transferências de recursos entre os níveis nacional, regional e local, dimensionar seu impacto nos orçamentos locais, e utilizar adequadamente instrumentos de gestão que integrem planejamento e orçamento para, assim, melhor desenvolver as políticas públicas de saúde. Ou quem sabe, no mínimo, embasar a rediscussão desta sistemática de financiamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARREDONDO, Armando, PARADA, Irene. Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 449-60, 2000.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMANN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck. *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

BURKHEAD, Jesse. *Orçamento público*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1971.

CAIDEN, Naomi, WILDAVSKI, Aaron. *Planning and budgeting in poor countries*. New York: Wiley-Interscience Pub., 1974.

CARVALHO, Gilson. *A prática da recentralização do SUS pelo Ministério da Saúde*. Mimeo, 2001.

CASSELS, Andrew. *Health sector reform: key issues in less developed countries*. Geneva: World Health Organization, 1995. [Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 1 – WHO/SHS/NHP/95.4]

FERNANDES, Maria Alice; ROCHA, Denise C. Correa, OLIVEIRA; Margarida Maria Sousa et al. *Gasto social nas três esferas de governo – 1995*. Brasília: IPEA, out. 1998. [Texto para Discussão, n. 598].

GIRALDES, Maria do Rosário. Distribuição de recursos num Sistema Público de Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

MEDICI, André Cezar. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1994.

MILLS, Anne et al. *Health system decentralization*. Geneva: WHO, 1990.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. *Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996*. Brasília: IPEA, jun. 1998. [Texto para Discussão nº 649].

PIOLA, Sérgio Francisco; BIASOTO JR., Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, 2001.

POZ, Mário Roberto Dal. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, v. 16, n. 1, p. 82-88, 2002.

ROSA, Roger dos Santos et al. *Fundos municipais de saúde: novos instrumentos de gestão*. Porto Alegre: Dacasa, 1999.

SANTOS, Sebastião Alves Ferreira. Regionalização do orçamento no Estado. In: FUNDAP (FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO). *A nova organização regional do Estado de São Paulo: subsídios para um modelo de gestão*. São Paulo, 1992.

VIANNA, Solon Magalhães. A descentralização tutelada. *Rev. Saúde em Debate*, n. 35, p. 35-8, jul. 1992.

WILDAVSKY, Aaron. *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston, Toronto: Little, Brown and Company (Inc.), 1975.

ORGANIZAÇÃO E ESTÉTICA EM ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: O CASO DA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA NOVA AMBIENTAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE PRONTO ATENDIMENTO

*Maria Ceci Misoczky
Kerlen Günther Carvalho*

INTRODUÇÃO

O surgimento de espaços voltados especificamente para a atenção à saúde se vincula à emergência da clínica e da medicina moderna. Desde o primeiro desses estabelecimentos – o hospital - sua concepção e organização é feita de modo subordinado às funções.

Foucault (1977) mostra como, no final do século XVIII, em decorrência da convergência entre exigências da ideologia política e da tecnologia médica, o espaço hospitalar é diferenciado. Essa diferenciação segue dois princípios: o da formação, que destina cada hospital a uma categoria de doentes ou a uma família de doenças; e o da distribuição, que define no seu interior a ordem a seguir, dispondo as espécies de doentes.

Assim, a família, lugar natural da doença, é complementada por outro espaço, que deve reproduzir, como um microcosmo, a configuração específica do mundo patológico. Aí, sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das essências. Assim concebido, o hospital permite classificar de tal maneira os doentes que cada um encontra o que convém a seu estado, sem agravar, por sua

vizinhança, o mal do outro, sem difundir o contágio no hospital ou fora dele. A doença aí encontra seu elevado lugar e como que a residência forçada de sua verdade. (Foucault, 1977, p.46)

O hospital, enquanto estrutura espacial, é um meio de intervenção sobre o doente. Portanto, a sua arquitetura deve ser fator e instrumento de cura. Isso expressa uma transformação no sistema de poder dentro do hospital, com o médico se tornando o principal responsável pela sua organização. A ele se pergunta como deve ser construído e organizado de modo eficiente para as funções de prática da clínica médica, de formação e transmissão do saber (Foucault, 1979).

Assumindo o risco de anacronismo, pode-se dizer que esta característica geral continua presente nos tempos atuais. A grande diferença talvez seja a legitimação da figura do arquiteto como responsável pelo papel antes pertencente aos médicos. No entanto, não se pode ignorar que as definições legítimas sobre como deve ser esse espaço continuam dependentes das características da prática médica que ali se realiza. Acrescente-se, ainda, que a disseminação de idéias gerenciais, especialmente das tradicionais concepções taylorista e fayolista de organizar e coordenar processos de trabalho, contribui para exacerbar a subordinação das formas e distribuições espaciais às funções.

O predomínio da ordem das funções e a exclusão da estética como categoria importante para a concepção de espaços destinados à atenção à saúde expressa um fenômeno que não se restringe a esse campo de ação. Uma das indicações sobre a exclusão da consideração de aspectos estéticos na vida das organizações, em geral, se encontra na sua quase ausência, até recentemente, no campo dos estudos organizacionais. Os estudos pioneiros sobre esse tema só aparecem na década de 80 (Becker, 1981; Becker, 1982; Benghozi, 1987; Mangham e Overington, 1987), ainda que venham se expandido de modo muito relevante desde então.

O texto que segue está organizado da seguinte forma: uma breve revisão das reflexões sobre estética e espaço no campo dos estudos organizacionais; uma revisão específica sobre a concepção e organização do espaço em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS); finalmente, o relato de uma pesquisa-ação desenvolvida para a construção coletiva da ambientação em um serviço público de pronto-atendimento localizado em uma área periférica do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. O objetivo desse texto é,

simultaneamente, levantar questões para reflexões continuadas sobre um tema praticamente ausente no processo de construção do Sistema Único de Saúde, e mostrar a viabilidade e relevância de intervenções nos espaços dos estabelecimentos públicos onde se produz a atenção à saúde.

Organização, estética e mudanças nos espaços de trabalho

A desconsideração dos aspectos estéticos nas organizações, e nos estudos organizacionais, se deve a algumas distinções tradicionais entre o relevante e o supérfluo, entre o sério e o impróprio, entre o científico e o artístico. Assim, o essencial trata do que é funcional e eficiente, enquanto o supérfluo se refere ao que gera prazer e gozo; o sério trata de resultados, impactos, produção, enquanto o impróprio se refere ao jogo na rotina diária de trabalho, aos bons ou maus relacionamentos com colegas, a conhecimentos que não podem ser formalizados de modo lógico e racional; o científico trata de relações de causa e efeito, descritas de modo sistemático e rigoroso, enquanto o artístico presta atenção ao não rotineiro, usando talentos e se baseando em julgamentos sensitivos estéticos, na particularidade da experiência analítica (Strati e Montoux, 2002).

Cairns (2002) reflete sobre a construção social da estética em contextos organizacionais. Aborda um caso de concepção do espaço de trabalho que foi realizado por ele mesmo e o retorno a esse mesmo espaço, como pesquisador, alguns anos depois. Nesse retorno constata que os significados que os atores conferem, no processo de concepção, às novas formas da estética da organização é controverso, paradoxal e contraditório. Suas constatações indicam que o contexto do arquiteto não é o principal. Em vez disso, o contexto mais relevante é aquele em que a estética organizacional é elaborada e colocada em uso pelos participantes. É esse contexto que permite interconexões entre liberdade e empoderamento, entre controle e exclusão. A desconsideração ou subestimação do contexto interpretativo dos usuários finais do ambiente em concepção obscurece que suas interpretações não são meras opiniões, mas geram a construção de uma estética através das suas práticas cotidianas de uso daquele espaço.

Cairns (2003) critica, em outro texto, a abordagem da estética nos espaços de trabalho com o propósito exclusivo do aumento da eficiência através de esforços para produzir melhorias no desempenho. Chama a atenção para a relevância de que se desenvolvam abordagens orientadas para processos,

questionando o porquê e o como, sem deixar de considerar objetivamente questões sobre “o que” e “o quanto”.

Para Gagliardi (2001) o ambiente pode dizer muitas coisas, coisas contraditórias inclusive, simultaneamente. Se considerarmos essa indicação, precisamos, então, encontrar modos de ouvir as múltiplas vozes e agir de acordo com elas. “(...) buscar informações qualitativas, subjetivas, que veiculem compreensões sensitivas das múltiplas realidades socialmente construídas no local de trabalho” (Cairns, 2003, p.103). Isso requer engajar-se em interações discursivas com os atores organizacionais, nos seus termos.

A concepção da pesquisa-ação que será relatada na última parte desse artigo incorpora essas considerações e se baseia na adoção das seguintes premissas: os atores organizacionais e os pesquisadores processam formas de conhecimento pessoal que não são nem exclusivamente lógicas, nem exclusivamente subjetivas, são sensitivas e tácitas, e influenciam o julgamento estético; uma atitude dialógica pode ser adotada de modo a permitir a manifestação de diferentes interpretações e concepções; a construção coletiva de ambientações de espaços organizacionais, incluindo a participação de trabalhadores e usuários daquela organização, pode contribuir para a qualidade das relações e do cotidiano nestes locais.

A concepção de espaços para a atenção à saúde: aliando estética e propósitos

A concepção de espaços tem tido um papel marginal na organização da atenção à saúde por muitas décadas. Pelo menos nos países desenvolvidos e, no nosso contexto, em organizações privadas, começa a se institucionalizar o entendimento de que espaços bem planejados podem ter um impacto positivo sobre os usuários e os trabalhadores. No entanto, mesmo nestas situações, idéias que se relacionam com a qualidade do espaço e da luz, o uso de materiais, formas, texturas, escalas e proporções – consideradas como inquestionáveis em outros setores de atividade – continuam, por muitos, a ser consideradas como extravagâncias supérfluas no campo das organizações de saúde (Trant, 2003).

Segundo Burton (2004), ainda que os serviços de saúde não costumem estimular a qualidade e a estética na concepção dos espaços, isto começa a mudar nos estabelecimentos vinculados ao National Health System Britânico. Segundo este autor essa mudança se deve ao crescente número

de relatos com evidências sobre efeitos benéficos, de concepções que consideram estes aspectos, sobre os trabalhadores e os pacientes. Assim, os gestores destas organizações estão se tornando cada vez mais atentos a benefícios psicológicos, mas também práticos e financeiros, resultantes de reorganizações funcionais e estéticas destes locais.

Raimondi (2001), por exemplo, relata as mudanças na concepção de um centro de atenção a portadoras de câncer de mama, localizado na Califórnia – USA. Segundo a autora muitas das pacientes não se sentiam confortáveis com quartos cobertos por papel de parede florido, cheios de tons rosa, em um estilo “frou-frou”. A partir da percepção dos trabalhadores do centro, que relatavam manifestações de desagrado das usuárias, a organização decide reformar o espaço, tendo como principal orientação o respeito às características das mulheres contemporâneas – incluindo aí seu gosto estético e suas necessidades em um contexto de sofrimento físico e psíquico. A concepção final incorporou, simultaneamente, a expressão do feminino, de um modo forte e moderno, e da perícia tecnológica presente na organização, com o propósito de tranquilizar as pacientes sobre o nível dos serviços que iriam receber. Outro aspecto relevante foi o da preservação da privacidade das usuárias, criando pequenos espaços protegidos e aconchegantes.

McCuskey e Wilson (1999), por sua vez, consideram que, como *designers* e especialmente ao conceber organizações que tratam com a doença, têm a responsabilidade de propiciar ambientes que apóiem os processos terapêuticos. As autoras abordam o caso de um estabelecimento que oferece serviços de residência e de hospital dia para portadores do HIV. Apesar da organização estudada ter sido concebida pelos arquitetos, com alguma participação dos gestores, o estudo relatado tem como objetivo buscar informações quanto à satisfação de pacientes e seus familiares, bem como dos trabalhadores, sobre as características daquele espaço, tendo em vista a construção de algumas indicações para a concepção de locais para a atenção a pessoas com Aids.

Stern et al. (2003) defendem a valorização das vozes dos pacientes e de seus familiares em diálogos sobre a concepção e organização dos espaços de estabelecimentos voltados para a atenção à saúde, se o objetivo for satisfazer as necessidades dos usuários. Relatam o projeto desenvolvido pelo Picker Institute e pelo Center for Health Design, ao longo de vários anos, para

identificar o que os usuários finais de serviços de atenção à saúde consideram relevante nestes ambientes, e o que os perturbou ou desagradou na sua experiência enquanto pacientes. As conclusões do estudo mostram a valorização de espaços que facilitam a conexão com os trabalhadores, induzem bem-estar, são convenientes e acessíveis, são acolhedores para a família, preservam a confidencialidade e a privacidade, consideram as limitações físicas dos usuários, facilitam a conexão com o mundo exterior, são seguros e protetores. A partir destes resultados foram desenvolvidos instrumentos para apoiar *designers* e gestores de serviços de atenção à saúde na coleta de informações sobre necessidades dos usuários e para avaliar sua satisfação com estes espaços.

Considera-se que, independente dos recursos financeiros disponíveis, o arquiteto deve sempre buscar soluções para uma boa ambientação (formas, cores, som, luz e jardins), inclusive nos projetos dos EAS da rede pública, de forma a melhorar as condições para a permanência dos usuários nestes locais, bem como as condições cotidianas para o trabalho em saúde. A ambiência arquitetônica pode ser criada através de vários elementos num espaço, resultando em uma percepção agradável ou desagradável do ambiente onde ele permanece.

Um estabelecimento de saúde, além de responder a todas as necessidades funcionais específicas, como a de oferecer um zoneamento cuidadoso para os fins de diferenciação e coordenação, deverá atender a todos aqueles requisitos que podem influir sobre a psicologia do paciente para uma mais rápida recuperação (...) até as cores das paredes, a visão para o exterior, a posição das luminárias e o ruído produzido pelas instalações.
(Tedeschi, 1978, p.34)

A complexidade da arquitetura dos estabelecimentos assistenciais de saúde

A arquitetura precisa compatibilizar a necessidade de equilíbrio entre a funcionalidade, estrutura e estética, ou, segundo as categorias vitruvianas: finitas, venustas e utilitas. Essas categorias apenas sintetizam diversos aspectos que necessitam ser considerados no projeto arquitetônico, sem que nenhum deles deva ser tratado com exclusividade ou, ao contrário, com menor atenção.

Arquitetura é a manifestação cultural materializada na modificação intencional do ambiente, com o propósito de adequá-lo ao uso humano, através da produção de formas manufatas, concretas, habitáveis, imóveis, caracterizadas por uma organização instrumental, uma configuração construtiva e um conteúdo estético. (Silva, 1983, p.42).

No momento de se projetar um estabelecimento assistencial de saúde a complexidade aumenta ainda mais pelo número de funções realizadas em seus recintos, pelo perfil do usuário, pela necessidade de mediação entre bem-estar, higiene, racionalismo das construções, tecnologia, acessos, fluxos e, ainda, pelas constantes mudanças que esses aspectos sofrem com o passar do tempo.

Estabelecimentos de Saúde são edifícios complexos, dinâmicos e caros. Abrigam extensas e complexas funções, as quais dependem de condições acústicas, higrotérmicas, assépticas, e conseqüentemente, de um número extenso de sistemas de instalações e equipamentos. Toda esta complexidade característica de estabelecimentos de saúde se acentua ao considerarmos a velocidade com que tendem a mudar. (Brasil, 1995, p.61)

Observe-se, como foi indicado acima, a exclusão das considerações estéticas e do prazer nessa definição.

Como se sabe, no Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Entre os princípios ordenadores do Sistema Único de Saúde se encontram a universalidade, a integralidade da assistência, e a sua igualdade sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Um olhar sobre a grande maioria dos serviços públicos de saúde evidencia um descompasso entre esses princípios e a situação existente. A maior parte das unidades públicas de saúde não inclui qualquer consideração sobre a qualidade e estética dos seus espaços. Assim, se agrava a distância entre as características dos serviços de atenção à saúde oferecidos para os diferentes grupos populacionais. Em organizações privadas, especialmente naquelas vinculadas ao sistema de saúde supletiva, se encontram espaços que, cada vez mais, se espelham nas concepções de hotéis e de locais onde o conforto e o bem estar são orientadores das concepções de organização e ambientação.

Defende-se, neste artigo, que os serviços públicos de saúde precisam e podem se constituir em espaços de acolhimento agradável e, até mesmo,

prazeroso, para os usuários. E que essa face do acolhimento compõe o princípio da integralidade do cuidado. Acredita-se, também, que é papel do arquiteto projetar os espaços para a atenção à saúde de forma a proporcionar boas e belas condições físicas e de funcionalidade, trabalhando em conjunto com os profissionais das áreas de saúde, proporcionando aos usuários e trabalhadores destes ambientes uma sensação de bem-estar e condições qualificadas de atendimento. Enfim, um bom projeto de arquitetura na área de saúde deve possuir características que assegurem funcionalidade, bem-estar e prazer estético.

Importância da ambientação nos ambientes de estabelecimentos assistenciais de saúde

A permanência em um EAS é, por si só, causa de *stress* para muitas pessoas. A doença e o processo de cura, bem como a falta de privacidade são algumas das razões que acentuam o estado psicológico fragilizado do paciente. As características do ambiente também podem provocar incômodo ao indivíduo, o denominado *stress* ambiental. Malkin (1977, p.62) destaca dentre as causas mais freqüentes de *stress* ambiental em um EAS

(...) a falta de familiaridade com o novo ambiente, tornando-o por vezes traumático; a impossibilidade de controle sobre o espaço, quando este demanda esforços significativos do indivíduo para que possa utilizá-lo, comprometendo sua auto-estima; a ausência de estímulos devido à monotonia e repetitividade dos ambientes internos; os prejuízos acarretados à privacidade e identidade do indivíduo, através da estadia imposta em ambientes coletivos e da dependência do paciente em relação aos funcionários para a realização de cuidados pessoais.

Como já se viu, neste artigo, hoje se considera que a organização e ambientação do espaço de atenção à saúde deve não apenas evitar o *stress* ambiental, como pode contribuir efetivamente para a recuperação do usuário em situação de doença. Passou-se a entender os EAS como um ambiente de suporte total ao tratamento, isto é, como um instrumento terapêutico em si. A humanização do ambientes de saúde, portanto, é uma condição indispensável para que o mesmo se constitua em espaço terapêutico. O ambiente físico também influi na atuação dos profissionais, devendo constituir-se em um

estímulo para os mesmos, bem como favorecer o desenvolvimento de suas atividades e melhoria da sua qualidade de vida no trabalho.

No entanto, várias são as dificuldades impostas ao arquiteto que trabalha com saúde para um projeto ideal. A complexidade tipológica, os requisitos funcionais, a demanda por adaptações internas e ampliações dos espaços, as restrições econômicas limitando a área construída e a qualidade dos espaços coletivos, são alguns destes fatores. Apesar de todos estes obstáculos, o arquiteto deve levar em consideração o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde – visitantes, médicos, enfermeiros, funcionários em geral e, especialmente, o paciente.

Dentre as soluções possíveis para garantir a qualidade desejada no ambiente de atenção à saúde se pode citar: proporcionar o conforto visual, sonoro e higrotérmico no interior do edifício; possibilitar ao paciente realizar escolhas e controlar as condições ambientais; promover a estimulação sensorial (equilíbrio, tato, visão, audição e paladar-olfato) dos usuários do espaço, o qual deve apresentar características como dinamismo e interesse; assegurar a integração interior-exterior, possibilitando a visualização e contato com a natureza; incorporar elementos artísticos e decorativos ao espaço; conferir a privacidade necessária ao paciente; permitir a manutenção do contato com os familiares. A iluminação e a criação de visuais interessantes, de contato com a natureza, também são importantes. Uma forma relativamente barata e com grande impacto sobre a estética e o prazer nos espaços se refere ao uso da cor. Por esse motivo, se destaca, a seguir, alguns aspectos sobre a importância e o uso potencial das cores.

Durante praticamente todas as fases da história da arquitetura a cor esteve presente. Apesar disto, o século passado contribuiu à ditadura da manutenção da natureza dos materiais e à redução de elementos decorativos, restringindo um pouco a aplicação das cores. De qualquer forma, recentemente se tem resgatado seu uso tanto em interiores, quanto em exteriores.

Dependendo de uma série de condicionantes, tais como idade, sexo, nível social e cultural, além de outras, as pessoas reagem de maneira diferente em relação às cores. No entanto, existem certos efeitos que podem ser considerados genéricos, diante dos quais o comportamento do ser humano apresenta reações que podem ser previamente determinadas. Essas reações podem se dar em maior ou menor grau, dependendo da disposição interior do indivíduo.

Muitos teóricos afirmam que há uma espécie de lei sob o ponto de vista sensorial: as cores recuam ou avançam, interferindo em diversas situações. O distanciamento é conseguido com cores claras que ampliam (cores de mesmo tom em várias superfícies de um mesmo ambiente dão sensação de amplitude e de continuidade). A aproximação se consegue com tons saturados. É a “cor subjetiva”, caracterizada como a “cor quente”, que parece mover-se em direção ao observador, criando uma ilusão de espaço. Quando a maior parte do ambiente visual é composta por cores saturadas, o uso do espaço em períodos prolongados pode produzir uma ação física não desejada no organismo humana. O equilíbrio de uma composição pode ser proporcionado pelas sensações suscitadas pela cor e pelo tamanho da superfície. Por exemplo, ambientes com pé-direito alto pintado em tons escuros parecerão mais baixos, enquanto ambientes com pé-direito baixo pintados em tons mais claros parecerão mais altos. Objetos pesados, se pintados com cores frias parecerão mais leves e menores. Já elementos pequenos com cores quentes parecerão maiores. Outro exemplo, em salas de espera com teto escuro se dissemina a sensação de compressão (Projeto Design, 1997).

Existem algumas relações entre cores e tempo de permanência nos ambientes. Por exemplo, nos hospitais da rede SARAH são utilizadas cores de forma intensa onde o tempo de espera é pequeno. Quando há conforto, o tempo passa mais rápido. Quando há desconforto, a vontade das pessoas é sair rapidamente do local. A cor também induz, visualmente, a sensações térmicas. Cores frias devem ser aplicadas em lugares onde as pessoas são expostas a altas temperaturas, pois as quentes provocam sensações de calor e vice-versa. Um ambiente com pouca ou nenhuma insolação, pintado com cores marfim, creme ou pêssego, não parecerá tão frio quanto um outro pintado com cores frias. A cor é, ainda, associada ao olfato e ao paladar. Na indústria as associações são sempre consideradas na definição da cor de um produto. Quando certos produtos possuem cores associadas negativamente, para amenizar esta sensação, elas são trocadas por uma cor contrária para reduzir a rejeição do usuário a graus mínimos. Cores verdes são escolhidas por sua sensação refrescante, enquanto que o branco é freqüentemente associado à limpeza (Lacy, 1996).

Em geral, os EAS são locais que, com algumas exceções, as pessoas só freqüentam em circunstâncias pouco agradáveis. E, durante muito tempo, a própria definição visual interna desses prédios contribuiu para tornar o ambiente mais frio e pesado. Observa-se que nos prédios públicos de saúde ainda não existe este tipo de preocupação. Neles não se considera que as cores são importantes componentes na percepção e nas sensações que os usuários têm nesses espaços.

O CASO DA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA NOVA AMBIENTAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO LOMBA DO PINHEIRO

Dentre os principais critérios de escolha para realização desta pesquisa-ação¹ no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (P. A. Lomba do Pinheiro) se encontra o fato de ter ocorrido, recentemente, mudança de gestão da unidade e, também, pela sua transformação em um serviço com funcionamento nas 24 horas do dia (antes funcionava das 7 as 22h). Esta nova equipe de coordenação tem uma proposta de gestão horizontalizada, de coresponsabilidade, participativa, diferenciando-se em relação à anterior. Desta forma surgiram novas necessidades, do tipo adequação de espaços, alteração de *lay-outs* dos ambientes existentes, tanto internos como externos, bem como uma melhoria na ambientação de todo o serviço.

Aliada a estas questões é importante salientar o interesse de todas as partes envolvidas, por se tratar de uma pesquisa organizacional, onde a proposta consiste na pesquisa e ação (Thiollent, 1997) acopladas em um único projeto, onde as pessoas envolvidas participam igualmente, de forma interativa, elucidando a realidade, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real, numa proposta participativa, aliando conhecimentos e práticas da comunidade juntamente com os trabalhadores deste serviço.

Procedimentos realizados durante a pesquisa-ação

A pesquisa foi realizada nos espaços de convivência do P. A. Lomba do Pinheiro, no período de maio/2004 a julho/2004, tendo como principal referência a metodologia da pesquisa-ação (Thiollent, 1997). A prática da pesquisa-ação é importante porque orienta o futuro, ou seja, facilita a criação de soluções voltadas para um futuro desejável. O uso da mesma implicou em que os objetivos fossem definidos pelos atores envolvidos, sem a interferência dos membros da estrutura formal. Houve uma preocupação em envolver todos os grupos sociais pertencentes a este local, inclusive associação de moradores da área de abrangência da unidade.

Segundo a metodologia da pesquisa-ação e seus procedimentos metodológicos, a pesquisa foi concebida como uma estrutura de interação usuário/pesquisador, compreendida em cinco fases:

¹ A pesquisa-ação foi realizada por Kerlen Günther Carvalho.

- ▶ diagnóstico do espaço, identificando os problema dentro da organização no que diz respeito a sua ambientação;
- ▶ planejamento das ações, considerando todas as propostas viáveis para solução do problemas;
- ▶ execução das ações; e,
- ▶ avaliação das conseqüências dessas ações.

O diagnóstico foi precedido de uma etapa anterior, o qual contou com: adesão dos gestores à proposta; permissão de acesso irrestrito ao P. A.; visita para um levantamento exploratório do local; obtenção e análise das plantas arquitetônicas.

Esta etapa viabilizou o diagnóstico, proporcionando uma visão geral do P. A. e a conseqüente focalização de possíveis locais para intervenção, pressupondo sempre uma visão democrática, não autoritária, com a participação dos membros da organização e de representantes das organizações locais de usuários.

Foram utilizadas as seguintes técnicas: levantamento das características dos espaços estudados, registro fotográfico, entrevistas e reuniões de grupo com representantes da comunidade, usuários, funcionários, gestores e pesquisadora.

- ▶ Levantamento das características dos espaços - embora as plantas estivessem atualizadas, houve a necessidade de fazer levantamento in loco do mobiliário existente, já que não constava nestas plantas o registro do layout dos ambientes.
- ▶ Registro fotográfico - foi executado em duas etapas. Na fase que precedeu o diagnóstico registrando os ambientes existentes, bem como uma visão geral dos espaços; e na fase de avaliação das ações implementadas.
- ▶ Reuniões com a equipe multidisciplinar de trabalhadores de saúde, representantes da comunidade e usuários - ocorreram várias reuniões, em etapas distintas, de acordo com a evolução da construção no processo de ambientação. Participaram dessas reuniões a pesquisadora, gestores (coordenação geral do P.A, coordenação de enfermagem e coordenação administrativa), trabalhadores representando o serviço (auxiliares de enfermagem, assistente social, assistente administrativo e enfermeiras), usuários de sala de espera e representantes da comunidade (associação de bairro).

- ▶ Entrevistas estruturadas - as entrevistas foram realizadas junto aos usuários do serviço e com os trabalhadores da unidade na fase de avaliação, cada usuário e trabalhador da unidade respondeu a quatro perguntas relacionadas às intervenções realizadas.

Aspectos físicos e históricos do P. A. Lomba do Pinheiro

O Pronto Atendimento² Lomba do Pinheiro³ está localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sendo um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente, o prédio foi construído em um terreno cedido pela Secretaria Municipal de Educação, com a finalidade de abrigar uma Unidade Sanitária. A obra teve início em 1999, sendo concluída em abril de 2001. O bairro da Lomba do Pinheiro dispunha, até então, de apenas cinco unidades nas vilas Mapa, Esmeralda, Viçosa, São Pedro e Panorama. Já naquele momento possuía demanda para atendimento 24 horas.

No mesmo prédio, em junho de 2002, foram inaugurados dois serviços independentes: o Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro e o Posto de Saúde da Família Lomba do Pinheiro, com três equipes completas. A edificação possui dois pavimentos, com uma área total de 768,90 m², incluindo nesta área o Programa de Saúde da Família.

O P. A. Lomba do Pinheiro tem por atribuição o atendimento às situações de urgência e emergência da população da região e seu entorno. Conta com uma equipe total de 90 funcionários, dentre eles: médicos, enfermeiros, assistente social e pessoal de apoio. Mensalmente, o P. A. executa em torno de 6.000 procedimentos – médicos, de enfermagem e de assistência social. O P. A. é referência para o atendimento de média e alta complexidade, possuindo recursos humanos e materiais adequados para o atendimento de urgências/emergências. Sua área física é composta pelos seguintes ambientes: sala de espera, recepção, sala de preparo do paciente, sala de injetáveis, sala de nebulização, quatro salas de atendimento

² A legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) define que a **Unidade de Pronto Atendimento** é responsável pelo atendimento à população em situações de urgência e emergência. As atividades pertinentes a esta Unidade podem ocorrer nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade) e com risco de vida (emergência). Dentre as atividades de um pronto atendimento, cita-se: fazer triagem para os atendimentos; prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante; fazer higienização do paciente; realizar procedimentos de enfermagem; realizar atendimentos e procedimentos de urgência; prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24 horas; manter em observação o paciente por período de até 24 horas; realizar atendimentos e procedimentos de emergência, e urgência de alta complexidade.

³ O bairro da Lomba do Pinheiro está situado à leste de Porto Alegre, fazendo divisa com o município de Viamão.

(pediatria, clínico geral, enfermagem, serviço social), salas de observação adulta com dois leitos e pediátrica com três leitos, posto de enfermagem, box reservado somente para atendimento de emergência, área para desembarque de ambulância e outros veículos transportando pacientes ou em serviço, sala de curativos, pátio interno, sanitários para público feminino, masculino, e para deficientes físicos, auditório, vestiários feminino e masculino, refeitório, sala de repouso e de estar dos trabalhadores, demais áreas administrativas e de apoio.

Realização da pesquisa-ação

Na primeira visita a pesquisadora foi apresentada, pelo coordenador de enfermagem do P.A. a todos os trabalhadores presentes no local e à equipe gestora do estabelecimento. Na ocasião foram abordados os aspectos metodológicos relativos a pesquisa.

Após, foi realizado levantamento fotográfico e gráfico de todos os ambientes internos e áreas externas. Naquele momento os gestores já tinham identificado vários problemas de fluxos e possíveis melhorias a serem implementadas no P.A., apesar do pouco tempo que desempenhavam suas atividades no local. O acesso a informações, assim como o levantamento gráfico e fotográfico executado na visita possibilitou a identificação dos problemas a serem levados para discussão, que são apresentados a seguir.

Em uma primeira reunião foi realizada uma rápida apresentação de todos os membros participantes. A equipe gestora mencionou a importância deste trabalho e da participação coletiva, já que os espaços, diariamente, são compartilhados por todos. Houve uma grande receptividade pelo grupo, pois todos se sentiram integrantes na construção deste processo. Foi discutida a importância de uma boa ambientação, já que esta pode afetar o humor, a sensibilidade, impressões, emoções, criando até sensação de alívio e tranquilidade.

Neste dia foi apresentado ao grupo um painel fotográfico com levantamento gráfico e escrito dos problemas elencados pela pesquisadora na vistoria realizada, com algumas propostas preliminares de intervenção na unidade. O momento da apresentação do painel foi muito interessante, pois todos queriam opinar sobre as propostas apresentadas. Houve muito entusiasmo por parte de todos. Essas duas reuniões tiveram como objetivo discutir propostas geradas no grupo, socializando experiências e consensuando as

ações a serem executadas. Neste dia o grupo definiu o que era possível realizar e as ações prioritárias, em uma ordem cronológica de ações. De posse do levantamento executado e propostas apresentadas e discutidas na reunião foi então, construído coletivamente o diagnóstico e a proposta de intervenção no P. A:

- ▶ Adequação do estacionamento, buscando a ampliação do número de vagas e reorganização do espaço destinado para guarda de veículos, através de demarcação das vagas no piso com tinta.
- ▶ Demolição de alvenaria, construção de rampa de acesso e abertura do portão principal em 180°, permitindo o acesso para o desembarque de paciente.
- ▶ Melhoria da ambientação/humanização da sala de espera principal e secundária, através do uso da cor, vegetação e expositores de madeira com trabalhos da comunidade expostos na parede.
- ▶ Remanejamento do almoxarifado, aumentando o espaço para guarda de material.
- ▶ Novo *lay-out* para a sala de coordenação, administração e auditório.
- ▶ Revitalização do pátio interno, criando canteiros para plantio de chás, ervas, temperos transformado-a em uma área de uso coletivo.
- ▶ Cobertura de área lateral, utilizada como fumódromo pelos funcionários.
- ▶ Execução de jardim e plantio de árvores frutíferas em área remanescente junto ao P.A.
- ▶ Troca do ambiente sala de conforto funcionário pela sala de reuniões.

A ação foi caracterizada pela apresentação do “Memorial Descritivo”, para que o coletivo tivesse acesso à descrição de todos os materiais e quantidades necessárias para execução das propostas, conforme roteiro definido previamente pelo grupo.

Houve muito empenho e interesse por parte da equipe gestora do P.A, participantes e pesquisadora em conseguir todo o material. As tintas foram doadas por empresas da área de materiais de construção, as folhagens por uma floricultura, a tinta de demarcação das vagas de estacionamento foi cedida por um órgão público da área de educação. A pintura foi executada pelo responsável da equipe de manutenção do P. A., personagem importante, pois possibilitou o desenvolvimento e execução das propostas com extrema boa vontade e dedicação. A partir deste momento, algumas das ações elencadas anteriormente foram executadas.

Na fase principal o grupo assimilou todos os objetivos da proposta. Houve receptividade à idéia de construir coletivamente uma melhoria na ambientação do P.A, pois todos tiveram a oportunidade de opinar sobre seu ambiente de trabalho e o usuário sentiu-se valorizado. O procedimento metodológico de pesquisa utilizado neste trabalho propiciou a discussão organizada, um maior comprometimento, cumplicidade e disponibilidade por todos os membros do grupo. As pessoas encontram-se sensibilizadas quanto à importância e impacto da implementação das demais ações não factíveis até o presente momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do caso acima relatado pode-se concluir afirmando não apenas a relevância do tema abordado nesse artigo, mas principalmente destacar a factibilidade de ações voltadas para melhorar a organização e a estética de serviços públicos de atenção à saúde, mesmo em situações de limitações de recursos financeiros.

Especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde, onde se tem como princípios orientadores uma abordagem integral dos cidadãos e a gestão participativa, o enfoque adotado se mostra adequado e pertinente. Como indica Cairns (2003), a coleta e análise de dados que nos engaje com aqueles que “habitam” o local a ser trabalhado, devem ser utilizadas para apoiar o desenvolvimento de opções que estão informadas pela perícia interna e externa, por decisões focadas no conhecimento, e pela seleção de soluções mais relevantes no contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECKER, Franklin D. *Workplace: creating environments in organizations*. New York: Praeger, 1981.
- BECKER, Howard S. *Art worlds*. Berkeley: University of California Press, 1982.
- BENGHOZI, Pierre-Jean. (ed.) *Art and organization*. Special issue, v.2, n.4, 1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Normas Técnicas. *Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Lei Federal 8.080/90. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Normas Técnicas. *Normas e padrões de construção e instalações de serviços de saúde*. 2ª. ed. Brasília, 1995.
- BURTON, Richard. Planning the healing process. *Architects' Journal*, v.219, n.7, p.18-19, 2004.

CAIRNS, George. Aesthetics, morality and power: design as espoused freedom and implicit control. *Human Relations*, v.55, n.7, p.799-820, 2002.

CAIRNS, George. Seeking a facilities management philosophy for the changing workplace. *Facilities*, v.21, n.5/6, p.95-105, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GAGLIARDI, Pasquale. Explorando o lado estético da vida organizacional. In: *Handbook de Estudos Organizacionais - reflexões e novas direções*. São Paulo: Atlas, 2001, v.2.

LACY, Maria Louise. *O poder das cores no equilíbrio dos ambientes*. São Paulo: Pensamento, 1996.

MALKIN, Jain. *Hospital interior architecture-creating healing environments for special patient population*. New York: John Wiley, 1977.

MANGHAM, I. L.; OVERINGTON, M. A. *Organizations as theater*. Chicester: Wiley, 1987.

McCUSKEY, Mardelle; WILSON, Shepley Peni. Designing for persons with AIDS: a post-occupancy study at The Bayley-Boushay House. *Journal of Architectural and Planning Research*, v.16, n.1, p.17-32, 1999.

PROJETO DESIGN. Cores atuam na recuperação de doentes. São Paulo, 1997.

RAIMONDI, Julie. A new definition of femininity helps save lifes at Memorial Care Breast Câncer at Anenheim Memorial in Califórnia. *Contract*, v.43, n.10, p.83-84, 2001.

SILVA, Elvan. *Uma introdução ao projeto arquitetônico*. Porto Alegre: UFRGS, 1983.

STERN, Amy L. et al. Understanding the consumer perspective to improve design quality. *Journal of Architectural and Planning Research*, v.20, n.1, p.16-28, 2003.

STRATI, Antonio; MONToux, Pierre Guillet de. Introduction: organizing aesthetics. *Human Relations*, v.55, n.7, p.755-766, 2002.

TEDESCHI, Enrico. *Teoria de la arquitectura*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1978.

THIOLLENT, Michel. *Pesquisa-ação nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1997.

TRANT, Kate. Just what the doctor ordered. *Architects' Journal*, v.218, n.15, p.52-53, 2003.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Ana Cecília Bastos Stenzel

Maria Ceci Misoczky

Aládia Inês de Oliveira

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde podem ser avaliados a partir de diferentes perspectivas, e a perspectiva de quem avalia determina os rumos da avaliação (Silver, 1992). Há sempre diferentes grupos sociais interessados nos resultados de qualquer intervenção social. Assim, a primeira questão que se coloca é quem define os objetivos que devem ser traduzidos em critérios objetivos para a avaliação (Weilenmann, 1980).

A execução das políticas públicas envolve diferentes atores sociais que atuam dentro das organizações a partir de diferentes racionalidades, muitas vezes conflitantes, que precisam ser levadas em conta no processo avaliativo (Cohen e Franco, 1994). Além disso, se coloca de forma cada vez mais relevante a perspectiva daqueles que estão do lado de fora - os usuários, beneficiários ou destinatários dos programas, projetos ou serviços (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

Cada ator social, ao se colocar como sujeito da avaliação, traz seus próprios valores, que se traduzem em diferentes objetivos relativos aos serviços de saúde e, conseqüentemente, em diferentes critérios de avaliação. A utilização da satisfação dos usuários como indicador de qualidade dos serviços de saúde é uma tentativa de incorporar a perspectiva do usuário nos processos de avaliação. Para Pitta (1992), o desafio de fazer dos usuários sujeitos e parceiros nesses processos, implica em devolver-lhes instrumentos apreendidos com as experiências por eles vivenciadas, transformando-os em cidadãos informados sobre os mais adequados indicadores para pleitear o que mais lhes interesse.

Toda avaliação é sempre uma avaliação da “qualidade” de alguma coisa (Stenzel, 1996), pois avaliar é emitir um juízo de valor sobre os atributos dessa coisa (Contandriopoulos et al., 1997), seja ela um objeto, uma ação, uma idéia, uma pessoa (Weiss, 1972).

Filosoficamente, a qualidade é uma categoria do pensamento, assim como a quantidade, o tempo, o espaço. Para o pensamento aristotélico, qualidade é definida como um atributo ou uma propriedade das coisas, podendo ser de natureza boa ou má. Entretanto, através de uma transição sutil da linguagem, o conceito foi adquirindo uma conotação exclusivamente positiva, como conjunto de propriedades adequados a alguém, deixando de ser então uma categoria geral referida aos atributos das coisas (bons ou maus) e passando a ser um juízo valorativo positivo. A noção de qualidade passa a ser então algo positivo e desejável, tal como idéias valorativas similares de bom, belo, útil (Nogueira, 1994).

Para Nogueira (1994) a qualidade pode ser entendida como uma síntese final de vários juízos parciais de valor sobre cada um dos atributos das coisas ou produtos. Ao emitir juízo sobre a qualidade de alguma coisa, estamos discriminando naturalmente as qualidades (ou atributos) que reputamos boas ou más. Geralmente, essa cadeia prévia de juízos parciais dos diferentes atributos fica oculta, inclusive para quem faz a avaliação, e o que acaba sendo expresso é somente a apreciação final sobre a coisa ou produto.

Segundo Nogueira (1994) ao se definir a qualidade como um juízo sintético, coloca-se a mesma no domínio da faculdade humana da opinião ou da doxa, que filosoficamente se opõe ao domínio da episteme ou conhecimento. Cada vez mais se desfaz o mito de que o conhecimento verdadeiro precisa se originar do modelo das ciências abstratas e naturais. Além disso, cada vez mais se valoriza a opinião das pessoas, na medida em que essa cada vez mais se conecta com arrazoados e evidências que se originam no campo formal das ciências.

Assim, ao destacar a noção de juízo de valor como aspecto central do conceito de qualidade, Nogueira (1994) coloca o assunto na esfera da opinião, valorizando-a. Outro aspecto fundamental do conceito de qualidade é sua vinculação com a noção de valor de uso, oriunda do campo da economia. No referencial marxista o valor de uso de uma mercadoria é dado pela medida em que a mesma responde a uma necessidade humana determinada, seja de ordem fisiológica ou social. Embora originalmente referido à mercadoria,

entendida como um objeto ou qualquer outro bem material, o conceito de valor de uso também se aplica à prestação de serviços.

Na abordagem clássica da avaliação, organizada segundo estruturas, processos e resultados, a satisfação decorrente do cuidado prestado está enquadrada dentro da avaliação de resultados, juntamente com as mudanças de conhecimento e de comportamento e, principalmente, as mudanças no estado de saúde (Donabedian apud Silva e Formigli, 1994). A satisfação dos usuários, portanto, se coloca como um dos resultados desejados do processo de atenção à saúde, lado a lado com o impacto no estado de saúde.

Esse texto explora a satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde. De modo a contextualizá-la no espaço mais amplo da qualidade em saúde, se inicia com uma revisão sobre esse tema e suas especificidades. Essa revisão se encerra com a apresentação dos já clássicos sete pilares da qualidade, desenvolvidos por Avedis Donabedian. Um desses pilares é, exatamente, a percepção dos usuários sobre a prática dos serviços de saúde. Na seqüência se aprofunda o conceito de satisfação, defendendo que – assim como com a qualidade – também ele é resultante de julgamentos sobre diversos atributos: acesso, resolução do motivo da demanda, condições do atendimento, condições ambientais do serviço. Tendo estabelecido essas referências conceituais, nos itens seguintes se tecem considerações sobre diferentes perspectivas para a abordagem da satisfação: a da participação da população, pertinente ao contexto do SUS e à lógica do controle social; e a do marketing, cada vez mais freqüente em estudos no campo da atenção à saúde, inclusive na abordagem de organizações públicas, expressando uma invasão do gerencialismo em outras esferas de atividade que não a empresa.

QUALIDADE EM SAÚDE

A tentativa de conceituar qualidade em saúde, definindo quais os seus atributos, tem se revelado muito difícil, como demonstram Silva e Formigli (1994) no seu trabalho de revisão sobre o assunto. Donabedian, o autor que reconhecidamente mais produziu sobre avaliação de qualidade em saúde no início da sua produção teórica, expressava dúvidas sobre a natureza da noção de qualidade, pois não estava claro se a qualidade em saúde era um atributo único, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um conjunto heterogêneo de fenômenos reunidos pelo uso, razões administrativas ou preferências pessoais (Silva e Formigli, 1994).

Toda a formulação teórica desse autor parte do pressuposto que a qualidade é uma propriedade do cuidado médico. Em suas primeiras formulações, no início da década de 80, desenvolveu o conceito de qualidade em saúde em torno do que considerava ser as três dimensões ou componentes do cuidado médico individual: conhecimento técnico-científico; relações interpessoais entre o médico e o paciente; e, amenidades, isto é, as condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde ocorre a prestação de cuidados (Pitta, 1992; Silva e Formigli, 1994;).

Nessa perspectiva, a qualidade do cuidado médico é definida por Donabedian et al. (1982) como um produto medido, como a expectativa de melhora no estado de saúde que pode ser atribuída ao cuidado, noção que envolve dois componentes básicos: a definição e a medida do estado de saúde inicial, bem como as mudanças ou diferenças nesse estado após o tratamento; a especificação do tipo de cuidado médico que pode estar associado às mudanças no estado de saúde, uma vez que essas mudanças são o produto desse cuidado (Donabedian et al., 1982). Essa definição de qualidade corresponde ao conceito de eficácia, e como se refere ao cuidado médico a prerrogativa de avaliação da qualidade é do médico, do provedor do cuidado.

No mesmo artigo, Donabedian et al. (1982) colocam que a escolha da melhor estratégia de cuidado deve levar em conta as três formas como se define a qualidade em saúde:

- ▶ absolutista, na qual a qualidade é definida exclusivamente em função das condições ideais de cuidado (o médico ideal, dispondo dos melhores recursos tecnológicos, podendo utilizá-los sem restrições de custo);
- ▶ individualizada, na qual a qualidade é definida em função das expectativas de melhora de cada paciente, bem como da sua disponibilidade financeira para custear o tratamento, o que obviamente varia de pessoa para pessoa;
- ▶ social, na qual a qualidade é definida levando-se em consideração, além do interesse do paciente, o interesse de outras pessoas, como o médico, a família, os amigos do paciente e a sociedade geral, perspectiva definida como valoração externa.

O principal problema do médico consistiria em fazer um balanço entre a definição individualizada e a definição social da qualidade, podendo ser incompatíveis. A definição da qualidade do cuidado ficaria centrada, portanto,

na capacidade do médico em ponderar as expectativas individuais (de curto prazo) com os interesses sociais (de longo prazo), cotejando-as com o padrão técnico-científico de qualidade, que seria a qualidade absolutista ou ideal (Donabedian et al., 1982). Esses autores consideravam que a ampliação do conceito de qualidade para o âmbito social, que incluiria a questão do acesso e da continuidade do tratamento, implicaria no risco da perda de utilidade analítica do mesmo, razão pela qual justificava aplicá-lo apenas ao cuidado médico (Silva e Formigli, 1994).

O que esses autores chamavam de âmbito social implicava em uma dimensão organizacional da prestação de serviços que extrapolava o cuidado médico individual. Ao longo do tempo, outros autores reproduziram essa distinção entre os aspectos clínicos e os aspectos não clínicos do cuidado à saúde (Clemenhagen e Champagne, 1986), ou entre os aspectos clínicos e os aspectos organizacionais (Silver, 1992). Essa dissociação conduziu à formação de dois campos de práticas na avaliação da qualidade em saúde: das práticas individuais de trabalho, através das auditorias; e dos aspectos organizacionais do trabalho, a cargo dos gerentes, que inicialmente se nortearam pelos princípios da avaliação de programas e depois passaram também a incorporar as questões trazidas pela gestão de qualidade (Clemenhagen e Champagne, 1986; Stenzel, 1996). Nas duas abordagens a perspectiva dos usuários dos serviços não está incluída, ou se está é de forma secundária, pois nas auditorias o juiz da qualidade é a própria corporação médica, e na abordagem organizacional os gerentes de serviços ou programas.

Posteriormente, Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade em saúde, incorporando níveis mais complexos de análise, como o desempenho dos serviços, organizações, programas, políticas e sistemas de saúde (Stenzel, 1996). O conceito de qualidade passa, então, a ser desdobrado em dimensões, os sete pilares da qualidade – eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A qualidade em saúde deveria, então, ser avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; e a legitimidade, determinada por valores e expectativas.

A eficácia e a efetividade são a mesma coisa, na essência, pois ambas se referem ao efeito das intervenções sobre as condições de saúde. A diferença é que a eficácia é o efeito da intervenção (ou tratamento) em condições

experimentais ideais; e a efetividade é o efeito na situação concreta dos serviços de saúde. A efetividade é a tradução da eficácia do mundo experimental (efeito potencial) para o mundo real (efeito possível) (Silver, 1992; Silva e Formigli, 1994). Portanto, quando falamos em avaliação de serviços de saúde, estamos sempre falando em efetividade.

A eficiência e a otimização se referem a custos. A eficiência é a relação mais favorável entre custos em termos de dinheiro, recursos e tempo e os efeitos obtidos (custo/benefício); já a otimização é o efeito máximo obtido ao menor custo, que requer estabelecer um ponto de corte na relação custo/benefício, acima do qual um aumento nos custos traria melhorias muito pequenas nos benefícios (Silva e Formigli, 1994). Donabedian diferenciava três tipos de eficiência: clínica, gerencial e distributiva (Junqueira e Auge, 1996).

O conceito de aceitabilidade é o que se relaciona diretamente com as expectativas e satisfação dos usuários, pois refere-se à conformidade dos serviços com as aspirações e expectativas dos pacientes e dos membros de sua família, sendo um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde (Junqueira e Auge, 1996). A legitimidade é a aceitação e aprovação de um serviço por parte da população, enquanto a equidade se refere aos esforços para reduzir as desigualdades, através do tratamento diferenciado para os que mais precisam - discriminação positiva (Barros, 1998).

Em síntese, nesses níveis de análise, os atributos que conferem qualidade às práticas de saúde podem agrupados conforme a seguinte lógica (Silva e Formigli, 1994):

- ▶ relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- ▶ relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- ▶ relacionados com os custos das ações (eficiência);
- ▶ relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- ▶ relacionados à percepção do usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

Verifica-se que a satisfação dos usuários é um dos aspectos da qualidade em saúde, sendo para alguns uma das suas principais dimensões. Segundo Borba (1991), por exemplo, o paciente é quem dá início a toda dinâmica do

ambiente de saúde, por isto mesmo, conhecer seu comportamento torna-se condição necessária à adequada condução do processo terapêutico do qual ele não pode ser simplesmente objeto, mas sujeito ativo e responsável. Ele observa que hoje o paciente de melhor nível, e que tem consciência de seus direitos já não é tão passivo, questiona os procedimentos médicos e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados e exerce determinada pressão, por si mesmo ou pelos seus amigos e familiares, sobre a política de governo e a administração das unidades de saúde.

Satisfação dos usuários com os serviços de saúde

Vaitsman et al. (2003) partem do pressuposto que as percepções desenvolvem-se não só com base na experiência imediata das pessoas, mas como parte de todo um conjunto de representações e valores pré-existentes, mais ou menos cristalizados, sobre o mundo social, incluindo as hierarquias e relações de poder na sociedade, que também se aplicam às relações que ocorrem nas organizações. Neste sentido, e no caso das organizações públicas de saúde no Brasil, as percepções não podem ser entendidas sem levar em conta o modo como, nesse contexto, instituíram-se as relações entre Estado e Sociedade, bem como as relações do sujeito com a coisa pública. Assim, as percepções dos usuários sobre os serviços de saúde se produzem como parte da articulação de pelo menos quatro dimensões: a subjetividade individual; a cultura mais ampla da sociedade, aí incluída sua dimensão política; a teia de relações instituídas ao longo da história e o clima em uma determinada conjuntura.

De modo muito mais simplificado e a partir da ótica do consumo no mercado, Kotler (1999) define satisfação como o sentimento de uma pessoa, resultante da comparação do desempenho (resultado) de um produto ou serviço em relação às suas expectativas. Assim, se o desempenho estiver longe das expectativas haverá insatisfação; se o desempenho atender às expectativas haverá satisfação; se o desempenho exceder as expectativas haverá muita satisfação, gratificação e/ou encantamento. Os métodos de avaliação da satisfação do Marketing invariavelmente estão fundamentados na medição do desempenho e/ou das expectativas.

Embora a resolutividade seja considerada um atributo fundamental para avaliar a qualidade dos serviços de saúde (Junqueira e Auge, 1996), para a satisfação dos usuários ele precisa ser relativizado. A resolutividade é a

capacidade de resolver os problemas de saúde, remetendo diretamente aos aspectos clínicos do cuidado, enquanto o que se coloca para a percepção dos usuários é a capacidade dos serviços resolver o que ocasionou a demanda. Isso implica em aspectos organizacionais como o acolhimento e, em muitos casos, na interação com outros serviços do sistema de saúde. Por exemplo, na percepção de um paciente com infarto agudo do miocárdio, atendido em um serviço ambulatorial que propicia a sua internação, este não resolveu o problema de saúde, mas resolveu a demanda do paciente.

Acredita-se, portanto, que a satisfação dos usuários pode ser avaliada por um conjunto de atributos: as condições de acesso; a capacidade de resolução do problema que ocasionou a demanda; o atendimento em si (recepção, médico, odontólogo, enfermagem); e as condições ambientais em que se dá o atendimento (limpeza e conforto das instalações, condições do prédio e equipamentos).

A avaliação desses aspectos se dá de forma independente, e a satisfação do usuário pode ser expressa em relação a cada um dos atributos relativos a esses aspectos, a cada aspecto como um todo, ou ao conjunto deles. A independência desses aspectos na determinação da satisfação fica muito clara na categorização das respostas dos usuários feita por Junqueira e Auge (1996): o serviço atendeu bem e resolveu o problema; o serviço atendeu bem mas não resolveu o problema; o serviço atendeu mal. No entanto, os autores omitem a possibilidade do usuário estar satisfeito com o atendimento recebido, mesmo que não tenha resolvido o problema, que é uma situação relativamente freqüente. O seguinte cruzamento poderia ser feito com os diferentes aspectos da satisfação: o acesso foi ruim, mas o atendimento foi bom; as condições do serviço são ruins, mas o problema foi resolvido, etc...

A participação dos cidadãos como uma das possibilidades de expressão da sua satisfação com os serviços públicos de saúde

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) requer esforços para qualificação dos serviços de saúde, buscando aproximá-los dos princípios e objetivos que nortearam as mudanças no sistema de saúde brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988. Para tanto, a avaliação dos serviços de saúde se coloca como uma atividade fundamental na gestão do sistema, e dentro dela cresce a importância da avaliação sob a ótica do usuários, inclusive como um mecanismo de participação popular, de exercício da cidadania (Oliveira, 1996; Figueiredo, 1996; Tanaka, 1996; Franco e Campos, 1998).

O papel do usuário/cidadão como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço (Ramos e Lima, 2003). Para Oliveira (1996), a avaliação da assistência recebida, feita pelo usuário, pode se constituir em um instrumento concreto de melhorias dentro de um processo participativo que enfrente o desafio de estabelecer mudanças no modelo assistencial que acompanhem o movimento social: “se de fato busca-se a democratização e a descentralização dos serviços de saúde, um dos caminhos é estar atento ao que os pacientes têm a dizer e porquê”.

Sem dúvida alguma, dentro dos princípios e da estrutura organizacional do SUS, os Conselhos – nas três esferas de governo, poderiam se constituir em espaços privilegiados para a expressão das expectativas e avaliações dos cidadãos com os serviços. Nesses espaços haveria a possibilidade de que essa expressão repercutisse sobre o processo decisório e, portanto, sobre o modelo e o tipo de atenção oferecido. No entanto, essa potencialidade tem se cumprido apenas parcialmente e não em todos os lugares. A existência de comissões ou grupos de fiscalização dos serviços se constitui, em alguns municípios, como um mecanismo para que os usuários avaliem os serviços.

No contexto recente, tem se desenvolvido algumas iniciativas por parte do poder público para constituir instrumentos de aferição da satisfação dos cidadãos, bem como criados canais para que essa se expresse de modo continuado. A seguir algumas dessas iniciativas são revisadas.

Ouvir o cidadão passou a ser uma política de governo em âmbito nacional, através da criação do Sistema Nacional de Avaliação Permanente da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos. Esse sistema tem o objetivo de dar voz à população em relação aos serviços oferecidos pelo setor público em todos os níveis, e atende à obrigatoriedade das organizações públicas federais estabelecerem padrões mínimos de atendimento, segundo critérios indicados pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, determinada por Decreto Federal de junho de 2000. O propósito dessa política é estabelecer uma nova relação do poder público com a população, na expectativa que aumente a consciência dos direitos da cidadania e se proporcione instrumentos eficazes de responsabilização daqueles que detêm o poder de decisão na esfera pública (Brasil, 2000).

Dentro dessa proposta foi realizada a “Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos”, que avaliou as áreas da educação, previdência e saúde, pelas suas características universais, e cujos

resultados foram disponibilizados em outubro de 2000. Segundo o documento do Ministério do Planejamento, além de inédita, a iniciativa foi uma das pioneiras no mundo (Brasil, 2000). A metodologia utilizada nessa pesquisa foi originalmente criada e aplicada na avaliação de serviços privados de variadas naturezas (ZEITHAML et al., 1990). Para surpresa geral, a taxa geral de satisfação dos usuários de serviços públicos foi de 71,8%, sendo que a da área da Saúde foi de 64,3%, mais baixa que a da Previdência (72,5%) e da Educação (78,5%).

Em consonância com essa política, o Ministério da Saúde criou mecanismos formais de relacionamento direto com os usuários/cidadãos. Em setembro de 2000, foi instituído o Grupo de Acompanhamento da Responsabilização – GAR, composto por representantes do Ministério Público Federal e Ministério da Saúde, decorrente das ações levadas a efeito pelo controle externo e interno da administração e dos reclamos dos usuários do SUS (Brasil, 2000), a partir do qual foi criado o Sistema de Cartas aos Usuários do SUS, que inicialmente estava voltado para a atenção hospitalar. Em outubro de 2001 foi instituído outro mecanismo, o Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do Sistema Único de Saúde – SAC/SUS, com a criação do “Disque Saúde”, através do qual os usuários podem fazer, por telefone, queixas, reclamações, denúncias, elogias e sugestões sobre o atendimento recebido na rede pública de serviços de saúde (Brasil/MS, 2001). Posteriormente, foi criado o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Brasil, 2003). A implantação dessa política no âmbito do Ministério da Saúde atendeu uma recomendação da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996.

Essa ação do Governo Federal vem sendo gradativamente ampliada nos estados e municípios, com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado no âmbito do SUS em todas as áreas de atenção à saúde – atenção básica, assistência farmacêutica, consultas especializadas, etc., na perspectiva dos usuários. Também vem crescendo as pesquisas de satisfação dos usuários da rede pública de saúde realizada em âmbito municipal (Bosi e Affonso, 1998; Kloetzel et al., 1998; Ramos e Lima, 2003; Ferreira, 2004; Mandelli, 2004; Oliveira, 2004).

Seguindo uma tendência mundial, também vem se ampliando a criação de ouvidorias em hospitais públicos, que funcionam como canais que podem democratizar as relações institucionais (Pereira, 2002). Entretanto, as organizações públicas ainda precisam avançar muito na capacidade de resposta às queixas, reclamações e denúncias apresentadas pelos usuários através desses sistemas de escuta aos cidadãos (Antpack, 2004).

Limitações e contribuições da abordagem do marketing para avaliar a satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde

A abordagem do marketing pode ser sintetizada da seguinte forma: as pesquisas de satisfação dos consumidores visam conhecer as expectativas dos mesmos em relação aos produtos/serviços, para que se possa atendê-las ou superá-las, a partir da incorporação dos atributos (especificações) desejados pelos consumidores nesses produtos/serviços, criando com isso um diferencial em relação às empresas concorrentes na disputa de mercado e fidelizando os clientes.

Essa abordagem vem sendo aplicada no campo da atenção à saúde, no setor da assistência médica complementar e nos hospitais privados, vinculados ou não ao SUS (Malik, 1996). No entanto, é fundamental destacar que a aplicação do referencial do marketing aos serviços de saúde apresenta alguns limites bem claros. Gurgel Jr. e Vieira, refletindo sobre a aplicação da qualidade total a hospitais, sintetizam características das organizações prestadoras de atenção à saúde, tanto públicas quanto privadas, que dificultam ou impedem a transposição de teorias e tecnologias de gestão sem as devidas adequações. Entre essas características se destaca que

as leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não mercantis, que se impõe independentemente dos custos de produção, valor do mercado e preços praticados; a concorrência não é um elemento forte no ambiente dessas organizações, pois este é um segmento cronicamente carente em alguns países; a variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente. (Gurgel Jr e Vieira, 2002, p 236).

Além disso, o setor público e privado são singulares e apresentam processos específicos, orientados por lógicas peculiares, logo, as bases conceituais da gestão do setor público não podem ser as mesmas daquelas do setor privado (Malik, 1996).

Uma limitação evidente se refere à utilização da categoria consumidor/cliente.

Para que alguém seja cliente de alguém ou de alguma organização é necessário que sejam preenchidos dois requisitos básicos. O primeiro diz respeito ao elemento escolha. Um cliente tem que ter o direito de escolha sobre o que lhe é oferecido. (...) O segundo

requisito refere-se ao tipo de contrato entre o indivíduo e quem vai lhe oferecer o produto ou serviço. Tal contrato deve ter fundamento comercial. Portanto, em um organização pública, ou em um hospital ou escola, só para dar alguns poucos exemplos, o conceito de cliente perde validade, uma vez que o contrato que fundamenta a relação nesses casos é do tipo contrato social, fundamentado no direito e na cidadania, em que o fato de um serviço ou produto ser pago através de impostos não significa, necessariamente que o contrato seja de natureza mercantil. Aqui novamente chama-se a atenção para o fato de que ser cliente diz respeito a um tipo específico de relação que se estabelece no âmbito do mercado, onde produtos ou serviços que constituem um negócio são trocados pela moeda corrente ou similar. No caso de um hospital, qual é o negócio? É a vida das pessoas. Parece que reduzir uma função tão nobre a uma dimensão simplista e primária envolve questões de natureza ética que vão muito além do imediatismo gerencial. (Gurgel Jr. e Vieira, 2002, p. 331)

Segundo Malik (1996), de fato, somente escolhe quem paga diretamente pelo serviço e, nesse sentido, embora o estereótipo tradicional diga que apenas o usuário do setor público não tem escolha, de fato quem tem um plano de saúde também não é cliente/consumidor do serviço de saúde, mas sim do plano. Portanto, na relação com o serviço também não tem opções de escolha ou de saída em caso de insatisfação.

Outro limitante do referencial do marketing é que, na maioria das organizações públicas, não há um mercado a ser buscado. Ao invés de conquistar um mercado, a organização pública deve prestar, de forma eficiente, o serviço prescrito pela legislação vigente, evidentemente considerado que o objetivo deve ser prestar um serviço efetivo e qualificado. Mais limitante é o caráter político das organizações públicas, que lhes confere especificidades de grande complexidade (Ribeiro, 1994).

Finalmente, enquanto o setor privado pode delimitar sua abrangência a uma determinada região ou determinado estrato populacional, tendo condições de discriminar com alguma clareza quem são aqueles a quem que pretende servir, a população alvo dos serviços públicos de saúde é potencialmente ilimitada, pois a universalidade da atenção à saúde é um dever de Estado (Malik, 1996). Além disso, a “clientela” dos serviços públicos apresenta características muito diferentes conforme o nível de atenção à saúde que se esteja tratando: enquanto o perfil dos usuários dos serviços básicos ainda é

predominantemente de baixa renda e baixa escolaridade, nos serviços de alta complexidade e/ou alto custo, tanto hospitalares como ambulatoriais, a cobertura do SUS é de aproximadamente 99% em todo o país, incluindo, portanto, pessoas com média e alta renda (Carvalho, 2002).

Considerando todas essas limitações e fazendo as devidas mediações, se pode explorar algumas contribuições da abordagem do marketing. Kotler (1998), por exemplo, identifica lacunas que causam problemas para a prestações de serviços:

- ▶ entre as expectativas dos usuários e a percepção dos membros da organização;
- ▶ entre a percepção dos membros da organização e as especificações da qualidade do serviço;
- ▶ entre as especificações da qualidade dos serviços e sua execução – os funcionários podem estar mal treinados, sobrecarregados, impossibilitados ou indispostos para atender o padrão mínimo de qualidade, podem também enfrentar padrões conflitantes, como dedicar tempo a ouvir às pessoas e, ao mesmo tempo, atendê-las com rapidez;
- ▶ entre o serviço percebido e o esperado.

A quase totalidade dos artigos sobre satisfação dos usuários dos serviços de saúde trata da lacuna entre o serviço percebido (qualidade percebida) e o esperado (qualidade esperada). Nesse sentido, a abordagem desenvolvida por Kotler (1998) oferece indicações sobre possíveis ampliações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas nesse artigo procuraram enfatizar uma dimensão da avaliação da qualidade de serviços públicos de saúde – a satisfação do usuário, considerando sua relevância para a construção do SUS. Será impossível avançar na concretização dos seus princípios, marcados pela perspectiva da democratização das relações sociais, se não se desenvolverem instrumentos e práticas que incorporem a percepção dos cidadãos sobre o mesmo. Acredita-se que muito ainda está para ser feito nesse campo. Ao mesmo tempo, é preciso estar alerta para evitar que perspectivas – como a abordagem do marketing – que trazem consigo uma lógica individualista e mercantilista colonizem o espaço das organizações públicas e nos afastem da concretização do SUS como um espaço para a ampliação de direitos de cidadania e exercício da solidariedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ANTPACK, R. M. S. *Resolutividade do Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas – SADE do Ministério da Saúde, no Rio Grande do Sul, no ano de 2003*. Monografia apresentada no Curso de Especialização Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.
- BARROS, E. *Financiamento de sistemas de saúde: crises, reformas e embates ideológicos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- BORBA, V. R. *Administração Hospitalar – princípios básicos*. 3º ed. São Paulo: Cedas, 1991.
- BRASIL. Ministério do Planejamento. *Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos*. Brasília, 2000. Disponível na Internet via URL: <http://www.ministeriodoplanejamento.org.br> Acesso em novembro de 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério Público Federal. Portaria Conjunta MS/MFP N°1.112, de 29.09.00 (Institui no Ministério da Saúde o Grupo de Acompanhamento da Responsabilização – GAR).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2.009, de 30.10.01 (Institui o Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do Sistema Único de Saúde – SAC/SUS no âmbito da SAS)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto N° 4.726, de 09.06.03 (Define as competências do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS).
- BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 355-365, 1998.
- CARVALHO, G. C. M. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.
- CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality Assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for Managers and Clinical Department Heads. *Quality Review Bulletin – Journal of Quality Assurance* (Joint Comission on Accreditation of Hospitals), 12 (11): 383-87, nov, 1986.
- COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à Prática na Análise de implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DONABEDIAN, A; WHEELER, J.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, Cost, and Health: an Integrative Model. *Medical Care*, Vol. XX (10): 975-992, 1982.
- DONABEDIAN, A The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1990.
- FERREIRA, J. *O Serviço de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Venâncio Aires, RS, como instrumento de avaliação da satisfação dos usuários*. Monografia apresentada no Curso de Especialização Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de

Saúde da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

FIGUEIREDO, A.M.A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. In: *Cadernos FUNDAP*, p.98-105, 1996.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro. Jan-mar, 1998.

GURGEL Jr., G.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.2, p.325-334, 2002.

JUNQUEIRA, L.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos FUNDAP*, p. 60-78, jan.-abril 1996.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 623- 628, jul/set, 1998.

KOTLER, P. *Administração de Marketing*: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, P. *Marketing para o Século XXI*. São Paulo: Editora Futura, 1999.

MALIK, A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos FUNDAP*, n.1, p.7-23, 1996.

MANDELLI, L. F. C. *Satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde da Unidade Básica de Saúde Central do município de Farroupilha – RS*. Monografia do Curso de Especialização Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mimeo, 2004.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.

OLIVEIRA, F. A. Por uma perspectiva dos usuários: Avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BORDIN et al (org). Porto Alegre: Dacasa Editora, 1996.

OLIVEIRA, A. I. *Satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde prestados na Unidade de Saúde Central de Vera Cruz – RS*. Monografia apresentada no Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n° 7, jan/jun, p. 82-121, 2002.

PITTA, A.M.F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 26, n. 2, p. 44-61, abr./jun. 1992.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, p.2-12, 2003.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em Avaliação de Serviços de Saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. (Orgs). *Planejamento Criativo*. Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

STENZEL, A.C.B. *A temática da avaliação no campo da Saúde Coletiva*: uma bibliografia

comentada. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1996.

VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O.; MATTOS, A. M.; CAMPOS FILHO, A. C. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1-18, 2003.

ZEITHAML, V.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. Delivering quality service: balancing customer Perceptions and expectations. 1990.

WEILENMANN, A. *Evaluation Research and social change*. Ghent (Bélgica), UNESCO, 1980.

WEISS, C. *Evaluation Research. Methods of Assessing Program Effectiveness*. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1972.

A GESTÃO DO TRABALHO MÉDICOS ATRAVÉS DE UM NÚCLEO GERENCIAL DE SAÚDE

Fernando Vivian

Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO

O modelo da burocracia profissional, na configuração das organizações de Mintzberg (1995), apresenta como característica básica haver uma padronização do conhecimento e das habilidades, sendo que o nível operacional controla seu próprio trabalho, com padrões originados fora da organização. Isso enfatiza o poder da perícia e reforça a autonomia profissional. O núcleo operacional constitui a força maior nessa estrutura, mas com assessoria de apoio muito significativa. Tem pouca necessidade de tecnoestrutura e de gerência intermediária. Isto não significa que o administrador desenvolva um papel passivo nesta estrutura. Pelo contrário, requer a gerência sobre o desempenho técnico da área operacional, protegendo a autonomia e dando suporte à organização. Sendo uma estrutura “de baixo para cima”, o administrador não deve impor sua decisão, mas ser sutil e tentar uma estratégia pessoal para cada célula operacional.

Para Rodrigues Filho (1994) o gerente de serviços de saúde, principalmente o médico, não recebe treinamento adequado para o exercício de função executiva; em geral, defendem mais o interesse profissional do que o interesse organizacional. Tal afirmação ratifica a necessidade de mudanças nas características organizacionais e na forma de gerenciamento dos médicos, que apresentam tipicamente uma rejeição ao controle de suas funções.

Implantar mudanças requer negociações entre todos os níveis da organização. No serviço de saúde, impor uma decisão aos médicos sem negociação poderia romper o processo da transição pela inabilidade de

contemplar um grupo fundamental para o sistema. A confiança no gestor é igualmente importante. Melo (2003) reitera que o nível de confiança entre os negociadores determina a estratégia a empregar, e reforça o conceito de que baixa confiança gera competição, enquanto um maior grau de confiança proporciona um sistema de cooperação também maior. Esse nível de confiança é comumente referido como diminuído nas relações de médicos com coordenações exercidas por outros profissionais de saúde. Misoczky (2002) alerta para as necessárias mudanças no centralismo decisório, o que remete ao compartilhamento de idéias gerenciais principalmente com o nível operacional dos sistemas de saúde.

Mudanças são fundamentais para a qualificação da gestão nos serviços de saúde, não somente na estrutura, mas principalmente em cada grupo operacional, mudando conceitos e transformando resultados. Como salienta Wood Jr. (2002, p. 24), “muitos administradores começaram a perceber que não tinham feito o suficiente, que ainda era necessário mudar os valores comuns, os símbolos e as crenças do grupo, para que os resultados positivos aparecessem”.

Martinez e Gonçalves (2000) acreditam que a qualidade na atenção à saúde deve estar centrada na satisfação do usuário, que resulta de três fatores básicos: da qualidade do atendimento médico relativa ao conhecimento técnico e ao relacionamento humanizado, da qualidade dos produtos empregados na prevenção e terapêutica, e da qualidade da infra-estrutura em termos administrativos, financeiros e de organização. Apontam ainda que o monitoramento da qualidade serve tanto para identificar acertos e erros, quanto para identificar novos rumos e estratégias, viabilizando as tomadas de decisão.

Relacionando a prática profissional e a ética, Mendes e Caldas Jr. (2001) observaram a influência da ideologia liberal sobre os profissionais, que propicia posicionamentos contrários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Verificaram inclusive que “os profissionais não se vêem como sujeitos de um processo de mudanças, demonstrando sentirem-se excluídos do sistema”. Vivian et al. (2003) perceberam que essa exclusão do sistema pode ser evitada através da informação da produção de cada equipe de saúde, em cada Unidade Básica. Identificaram que no processo da construção de indicadores de saúde muitos profissionais desconheciam a finalidade desses dados; porém, ao receberem informações da existência e da importância desse controle, passaram a ter um entendimento da construção dos indicadores de saúde como fruto do trabalho desenvolvido por cada profissional, colocando-os como peça-chave de um processo de democratização da saúde.

Neste sentido, várias estratégias vêm sendo empregadas para aumentar o comprometimento do profissional médico com o projeto terapêutico, de forma paralela a alterações substantivas que estão ocorrendo no Sistema Único de saúde (SUS), que procura evoluir do antigo modelo médico-centrado para uma visão mais holística e multidisciplinar, passando por processos de acolhimento, identificação de riscos, envolvimento e comprometimento das equipes básicas de saúde como um todo.

Autores como Teixeira (1993), Furtado e Tanaka (1998), Cunha (2001), Higashi (2001) e Ferla e Fagundes (2002) apresentam estudos na questão da gestão estratégica de recursos humanos, narrando experiências e apontando tendências para os sistemas de saúde. Entretanto, a escassez de material teórico na gestão de equipes médicas e estratégias gerenciais que descrevam ações específicas com relação a esta categoria profissional motivou a construção deste estudo.

O contexto do estudo

Caxias do Sul, situado na serra do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), vem aplicando desde 1997 o conceito de abordagem do indivíduo por ciclos vitais, facilitando a compreensão das diferentes fases da vida do ser humano e particularizando o enfoque assistencial, haja vista as diferenças fisiológicas e de gênero em cada ciclo. Logicamente a estratégia tenta abordar de forma mais clara e objetiva o usuário do sistema de saúde, mas sem fragmentá-lo como partes diferentes de um todo. Em verdade, cria paralelamente Núcleos de Ações específicos que planejam, monitoram, coordenam e avaliam as ações em saúde. São eles: Núcleo da Mulher, Núcleo da Criança, Núcleo do Adulto/Idoso, Núcleo de Saúde Mental e do Adolescente. Além desses núcleos estratégicos, trabalha com os Núcleos Matriciais, estes fazendo interface com os demais: Odontologia, Nutrição, Assistência Farmacêutica e o Controle Social. A maioria destes Núcleos modifica o conceito anterior de “Referências Técnicas”, onde profissionais de determinadas áreas prestavam uma assessoria do tipo consultoria especializada, respondendo ainda pelo planejamento das ações e determinando-as no nível operacional, num clássico modelo piramidal de gestão. Sem correr o risco da *miopia departamental*, houve uma proposta de horizontalização das informações entre os Núcleos, dirimindo a necessidade de ascensão às chefias para compartilhamento de informações.

O Núcleo de Saúde da Mulher (NSM) foi organizado em outubro de 2001, com sua equipe formada por um médico ginecologista e duas enfermeiras, com o intuito não de departamentalizar a saúde da mulher, mas democratizar as decisões entre os técnicos e tentar tornar as decisões mais colegiadas e

democráticas. Desde o período de sua instalação, indicadores de saúde vêm sendo monitorados, e o planejamento das ações em saúde focaliza as áreas prioritárias e de maior risco.

Dentro desse processo, e não menos importantes, encontram-se os médicos ginecologistas, uma população de servidores concursados e estáveis, com interesses os mais variados e com formações pessoais e culturais igualmente diversificadas. Numa configuração organizacional do tipo “burocracia profissional”, teorizada por Mintzberg (1995) como uma estrutura onde há uma padronização do conhecimento e da habilidade, o nível operacional tem papel fundamental na execução das tarefas e, por ser o dominador do conhecimento, tem um poder decisório muito grande. Ser o gestor de uma estrutura assim configurada torna-se extremamente desafiador quando se tenta implantar ações que perpassem pela mudança de atividades técnicas, sem comprometer a qualidade do efeito, mas mudando conceitos já instalados.

Revisando-se os gráficos de produtividade, percebeu-se que as coletas de citopatológico do colo uterino vinham aumentando, com os gerentes de território confirmando um maior empenho dos ginecologistas em melhorar esses números. Com um crescimento populacional em torno de 1,078% ao ano (IBGE, 2004), as coletas cresceram em quase 50% em dois anos. A observação de mudanças no comportamento dos médicos ginecologistas que atendem a população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul, considerando-se outros fatores, como o preenchimento do cartão de gestante e o número de consultas de pré-natal, além da percepção da mudança da opinião pública sobre os atendimentos, como observado nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde¹ e nas opiniões dos Gerentes de Territórios², constituem os elementos que desencadearam este estudo.

Assim, o processo de modificação de comportamento e o reconhecimento do papel de cada ginecologista da rede básica de saúde de Caxias do Sul, as mudanças das práticas e o processo de gestão que proporcionou estas mudanças é o cenário deste estudo. Seu objetivo é descrever a proposta gerencial do Núcleo de Saúde da Mulher e suas repercussões na gestão do

¹ Os Conselhos Locais de Saúde surgiram por uma resolução do Conselho Municipal, homologada pelo Prefeito Municipal; atualmente são 15 e agrupam comunidades de bairros vizinhos entre si.

² A figura do Gerente de Território veio substituir os antigos Chefes de Posto de Saúde, e funcionam como uma extensão da gestão central da Secretaria da Saúde. Abrangem em média três Unidades Básicas, agrupadas por proximidade geográfica.

trabalho médico. Nesse sentido, se identificam eventuais impactos na melhoria da assistência ginecológica e obstétrica na rede básica de saúde de Caxias do Sul; os fatores facilitadores e restritores à adesão dos médicos ao processo de trabalho proposto; e quais habilidades gerenciais foram significantes à estruturação e consolidação do Núcleo de Saúde da Mulher (NSM).

Procedimentos metodológicos

Empregou-se a técnica de entrevistas em grupo monitoradas (ou grupo focal - *focus group research*) para estruturação do instrumento que pudesse quantificar as opiniões dos profissionais a serem consultados. Realizou-se um debate em grupo, com oito ginecologistas que atuam na rede de saúde pública, cujas atividades são gerenciadas pelo NSM. A escolha dos profissionais foi aleatória, fazendo-se contato telefônico para agendamento da reunião a partir de uma lista em ordem alfabética, alternando-se um do início e um do final da lista sucessivamente, e passando-se ao próximo quando o contato não era concretizado por alguma razão (indisponibilidade para atender a chamada, em atendimento ou procedimento médico, ou incompatibilidade de horário).

O grupo teve uma duração de 1h 15min e foi registrado em vídeo-tape, com termo de conhecimento e consentimento assinado por todos os participantes.

As colocações, observações e constatações dos participantes geraram uma lista de 23 asserções que foram agrupadas em um instrumento tipo questionário em escala de Lickert (escala de 1 a 5), enviado aos vinte ginecologistas que atuam na rede, incluindo os participantes do grupo focal, e excluindo-se um dos autores. Neste instrumento foi preservada a presença de posições divergentes. Por exemplo, uma colocação a respeito das vantagens do servidor concursado e estável, que estaria mais comprometido com o processo de trabalho, que apresentou discordância por alguns profissionais presentes, sendo ambas situações lançadas no questionário. Desta forma, a inserção de assertivas antagônicas testava diretamente uma afirmação e uma negação.

Como complemento ao questionário, e para reforçar a compreensão de algumas respostas, três médicos foram entrevistados informalmente em ambiente extra-profissional, comentando-se alguns resultados preliminares da pesquisa. Conhecido na literatura como *processo de triangulação*, o acúmulo de informações obtido através de diferentes instrumentos é de supremo valor na pesquisa qualitativa, acrescentando novas perspectivas à compreensão do objeto de estudo. As

entrevistas informais revelaram comentários bastante relevantes que foram somadas aos resultados quantitativos.

Enquanto planejamento de análise, definiu-se como ponto de corte a média mínima de 4 (quatro), correspondendo a “*concordo parcialmente*”.

GESTÃO DE EQUIPES MÉDICAS

Agregar profissionais médicos, com suas formações e interesses pessoais na intenção de desenvolver uma ação coletiva é particularmente desafiador. Dificuldades incluem a agenda pessoal de cada profissional, as expectativas que cada um tem do seu trabalho e da contribuição pessoal que estão disponíveis a oferecer. Em saúde pública, construir e gerar sistemas de saúde para as coletividades necessita do apoio destes profissionais, que na sua grande maioria não têm dedicação exclusiva a este setor.

Liderar estas equipes transcende a necessidade técnica. Como explica Fayol (1994), a capacidade essencial dos grandes chefes é a capacidade administrativa, resultado de um conjunto de qualidades e conhecimentos. Médicos não reagem bem ao controle de suas funções. Suas habilidades técnicas dão-lhes autonomia celular dentro do sistema, mas não podem ser desconsiderados do todo.

Mesmo assim foi atribuída uma média elevada à “significância em existir um Núcleo Gerencial da área” (4,9) e de seu papel gerencial sobre os médicos ginecologistas (4,3), não acompanhada em mesmos patamares quanto a “sentir-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo” (3,8) – Quadro 1.

Quadro 1 – Percepção dos profissionais sobre a mudança na atenção

Asserções	Média
O Núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	4,3
Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	4,85
Houve uma melhoria na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a instalação do Núcleo	4,45
Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	4,2
Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a implantação do Núcleo	3,8
Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a implantação do Núcleo	2,0

Muito embora não tenha ocorrido confirmação de que o médico sente-se mais inserido em virtude da instalação do Núcleo (média inferior ao ponto de corte), a falha gerencial pode ser justamente no que tange à clareza dessa inserção, no quanto os atores envolvidos são conhecedores de que fazem parte do sistema. Em algumas falas da discussão em grupo pode-se perceber a necessidade de mostrar ao médico o seu papel e como ele está inserido em um processo.

Antes a gente era isolado na rede. Tu eras atirado na Unidade Básica para atender, e fazer como tu achavas que tinha que fazer. Tens lá um monte de gente pra atender e deu! O Núcleo não. O Núcleo mostra que se está contextualizado na Secretaria da Saúde, que fazemos parte de um sistema. Que se tem equipe de socorro.

Para alguns esse papel é visível, mas o questionário individual evidenciou o contrário. Nota-se como o modelo assistencial antigo, médico-centrado, requeria assistência do profissional como um prestador de serviço. Hoje, requerendo maior comprometimento com o indivíduo e com a assistência não só técnica, mas holística e humanizada, passa o médico a buscar guarida na entidade que o contrata, e quer ele justificativa para essas mudanças, pois entende que a qualidade técnica não necessita revisão. Entretanto, concorda que mudanças positivas estão ocorrendo e que essa diferença na forma como desenvolve suas atividades está melhorando a qualidade da assistência. O Quadro 2 (apresentado mais adiante) inclui duas asserções nesse sentido e apresenta as médias das opiniões, incluindo ainda a visão dos médicos relativa à sua inserção no processo de trabalho.

Algumas estratégias empregadas não foram suficientes para que o médico reconhecesse sua inserção no complexo mecanismo da assistência em saúde, mas conhecer o que cada um está fazendo foi significativo. O diálogo que segue, transcrito do grupo focal, evidencia que o médico quer retorno da sua produção para poder fazer mais, mas não se sente modificado na forma como atua.

O Núcleo não modificou a minha conduta de uma maneira prática; eu tive o retorno daquilo que fazia. Como os exames, fiquei sabendo que estou pedindo abaixo da minha cota, e os clínicos estão pedindo bem mais.

Quando tu passas a ter um retorno, tu queres fazer mais. Já colheu 3, 4, 5 CPs, mas espera um pouquinho, eu quero fazer mais. Isso

sim. Agora, comportamental, não. As pessoas não nos mostraram (o que eu faço), mas o gerente, se ele consegue estabelecer isso, e mostrar, ele motiva.

A estratégia para a motivação é justamente essa: mostrar o que ele vem fazendo para que ele critique a si mesmo e estabeleça seus próprios parâmetros de comparação. Tornar o médico crítico de si mesmo parece exercer maior resultado do que ser criticado por outrem, ainda que seus coordenadores sejam médicos e especialistas como ele, condição importante para que aceite receber gerenciamento.

Médico gerenciado por médico

No grupo focal foi questionada a necessidade e a validade de se ter um médico fazendo parte do Núcleo. Com base nas declarações abaixo, pode-se entender melhor que não é a questão corporativa que está em jogo, mas a necessidade de um respaldo técnico que somente um médico pode oferecer. A questão lançada à discussão foi o que vocês acham que dá respaldo ao núcleo, que características gerenciais.

A credibilidade das pessoas que estão lá. Isso é um ponto que eu falo: credibilidade da gente que tá na ponta... tu nota assim quando tu tem uma pessoa representativa... o médico no Núcleo é fundamental. Se não tivesse o médico no Núcleo não teria o mesmo respeito, o respaldo.

Para comandar, gerenciar liderar o médico, tem que ser médico. Médico é complicadíssimo.

Não é, mas quando está lá (na UBS) e entra uma pessoa, e tu fazes o melhor que tu podes e ela diz que não gostou do teu atendimento, só o médico sentiu isso na carne, porque é sua responsabilidade o diagnóstico, o tratamento, a decisão... e se esse feto morre, é sua responsabilidade. A responsabilidade incide sobre o médico, então é diferente o papel do enfermeiro e do médico. Eu acho assim ... não ter um médico no Núcleo que entenda essa angústia da gente ... é diferente eu ir falar com uma enfermeira. E assim, talvez eu esteja sendo bem corporativista, mas até hoje eu nunca convivi com uma

enfermeira que tivesse um respeito por isso. Acho que elas têm um papel importante, mas sempre há um pensamento diferente.

Estas colocações formularam as asserções que, quando colocadas à prova no questionário, obtiveram as médias mais elevadas para a significância de haver um médico especialista no Núcleo (4,95) e na coordenação do mesmo (4,9), confirmando a preferência do médico pela gerência de seus pares (Quadro 2).

O Núcleo de Saúde da Mulher como instrumento de controle

Ficou nítido que os profissionais estudados não toleram bem a idéia de controle sobre suas atividades. Se no grupo focal apareceu a idéia de que o gerenciamento sobre as atividades poderia ser um fator de controle e aumento do compromisso, esta não teve confirmação no questionário.

O diálogo que segue parece reiterar a idéia de que o NSM, mesmo com papel fiscalizador ou controlador, estimula o trabalho e mantém uma uniformidade de condutas, através de capacitações que redirecionam o raciocínio técnico. Isso pode evitar o confronto ou mesmo a barreira natural de negação que os técnicos inicialmente impõem ao tentarem introduzir uma nova tecnologia, um novo conceito.

Também existe uma coisa assim, é que tem umas pessoas que só trabalham bem quando são policiadas; eu acho que o Núcleo serviu pra isso também, pra mostrar a essas pessoas: tu não está fazendo isso, tu não está fazendo aquilo.

Não é só o policiamento, mas às vezes até orientação, porque às vezes tu faz umas coisas que não te dá conta que não era bem indicado. Pra mim ajudou nisso, não que eu tinha intenção de fazer de uma maneira e deveria ser de outra, mas às vezes era por falta de consciência daquilo.

Porém, quando questionado se “com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor”, a média diminuiu (3,55), discordando da colocação acima. Deve-se lembrar que a admissão da afirmação acima significa, também, admitir que se presta atenção diferenciada às pacientes quando em níveis diversos de controle.

Quadro 2 – Médias relativas ao comprometimento e à motivação

Asserções	Média
O conhecimento de que há um controle sobre as atividades aumenta o de assistência médica compromisso com o processo de trabalho	3,9
Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor	3,55
Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo	3,2
Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	4,4
O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	4,1

A média de 3,9 atribuída à asserção “o conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho”, lembrando a afirmação realizada no grupo focal sobre o *policiamento* das atividades, pode indicar que o controle tem efeito positivo quando não fere o ego, mas permite que o médico seja o “ombudsman” de seu próprio trabalho, criticando suas ações quando tabulados e apresentados os resultados de sua produtividade. Especialmente, quando compara suas ações com a produção de seus colegas, em iguais condições de oferecer assistência. Esse fato se alicerça e se confirma pelas médias mais elevadas nas asserções que sugerem que dar retorno da produtividade de cada profissional é um fator motivador para o trabalho (Quadro2). Fica visível nas opiniões abaixo a possibilidade de haver relação do gerenciamento do NSM com a motivação dos profissionais.

Eu acho que tem, eu acho até que funciona como um motivador. Existe uma coisa em saúde pública, que se a gente não tiver noção de objetivos, de resultados, tu acabas te desmotivando.

Porque senão tu vês aquelas 20 a 24 pacientes que estão esperando por dia, o serviço que tu tem que tocar. E todo dia se repete e não se vê resultado, então se tu vê em número esses resultados, bom... Por exemplo, lá no meu bairro, às vezes dá impressão que não se está conseguindo fazer prevenção de gravidez na adolescência, de câncer, que não se está fazendo nada. Olha, o meu trabalho tá funcionando, apesar da população continuar crescendo, apesar do meu número de pacientes continuar aumentando.

Ter retorno da tua produtividade, do que tu faz, do que eu atendo, do que eu peço ... E não estou no ideal ainda, mas eu estou fazendo mais. o dobro do ano passado. Eu posso fazer mais, nós podemos fazer mais.

Gestão de uma equipe multidisciplinar

Com interesse em avaliar a efetividade dos encontros técnicos de capacitação, no grupo focal foi lançada para discussão a questão das Reuniões de Atualização³, objetivando confirmar o aproveitamento individual dos profissionais, considerando o tempo de permanência dos médicos nesses encontros, que se sabia ser pequeno. Entretanto, o primeiro encontro técnico exclusivamente com médicos, em novembro de 2003, surpreendeu pela permanência e adesão aos trabalhos, muitos deles continuando no período da tarde inclusive⁴.

Identificou-se que 80% dos médicos acreditam na melhoria do trabalho através de reuniões técnicas periódicas, e 15% destes concorda parcialmente com a idéia, perfazendo uma aceitação de 95% destas atividades. Essa asserção atingiu uma média bastante alta (4,75), confirmando a aceitação das reuniões. Com uma média de 4,4, as reuniões técnicas também foram consideradas motivadoras para o trabalho.

Entretanto, não parecem ser bem aceitas estas reuniões quando os médicos são agrupados com outros profissionais de saúde, com uma média de 2,7 e somente um registro de concordo totalmente. Corrobora esse fato a seguinte fala:

O grande papel de atualização técnica... a gente precisa de espaço de médico pra conversar. Não adianta, eu não sei como vocês se sentiam, mas quando a gente estava lá, médico, enfermeira, auxiliar ...tu banaliza a discussão, põe num nível para que todo mundo entenda e tu não valorizas.

³ As Reuniões de Atualização não possuem cronograma específico, mas são organizadas conforme a demanda. Por exemplo, quando surgem programas do Ministério da Saúde com enfoques pontuais sobre determinadas ações. Igualmente o município avalia necessidades de acordo com os indicadores de saúde locais, ou na implantação de novas rotinas, como solicitação de exames no pré-natal, melhoria das técnicas de coleta de CP, assistência às mulheres em situação de violência, etc.

⁴ O encontro técnico citado foi organizado para revisão da técnica de coleta de CP, da numeração correta das lâminas, das rotinas de pré-natal e reforço na solicitação de VDRL e anti-HIV em dois momentos da gravidez. Também abriu espaço para discussão de novas necessidades na área da saúde da mulher. Estava dividido em dois turnos: parte da manhã com ginecologistas e na parte da tarde com enfermeiros e auxiliares.

Estrategicamente, as reuniões técnicas exercem influência nos resultados e são instrumentos comprovadamente positivos na inclusão dos profissionais. São motivadoras porque mantêm os médicos em constante atualização, e criam um espaço muito importante para a valorização do trabalho individual. Nestes encontros o Núcleo tem a oportunidade de justificar ações futuras e ouvir opiniões. O Quadro 3 apresenta as médias extraídas do questionário que estão relacionadas aos encontros técnicos.

Quadro 3 – Médias das questões relativas às reuniões técnicas

Asserções	Média
As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhoria do trabalho	4,75
As reuniões técnicas são motivadoras para o trabalho	4,4
As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas	4,15
As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico	2,7

Padronização de condutas entre os médicos

Criar rotinas para a uniformidade do trabalho facilita o gerenciamento e a avaliação da qualidade da atenção. Também auxilia as equipes no sentido de manter um padrão constante na produção de saúde. Caxias do Sul já possuía uma rotinização das ações em saúde, mas não se observava padronização de condutas. O Protocolo de Ações⁵ tinha essa intenção desde a sua concepção, mas percebiam-se condutas independentes que sugeriam o não seguimento dessas rotinas, ignorando-se a necessidade e a importância desse padrão.

Para se testar a legitimidade do Protocolo entre os ginecologistas, foi lançada ao grupo focal a questão do seu uso como um guia de rotinas, porque mesmo com sua ampla divulgação e distribuição na rede de saúde, a diversidade de condutas demonstrava que as rotinas não eram seguidas. Na tentativa de fazer dele um verdadeiro referencial técnico, algumas reuniões propunham a sua revisão e atualização, com base em literatura científica.

As asserções envolvendo o fato do estudo e revisão periódica do Protocolo de Ações aumentar a sua própria legitimidade como manual de referência, e a

⁵ "Protocolo de Ações Básicas de Saúde – Uma Proposta em Defesa da Vida". Um livro elaborado por uma equipe técnica da SMS do nível central e da rede básica, editado em 2000. Além da rotina de procedimentos técnicos, apresenta uma proposta de atenção e de gestão para o SUS de Caxias do Sul. Valoriza muito a clínica ampliada, o trabalho em equipe e define atribuições de cada profissional.

legitimação do mesmo pelo NSM apresentou médias de 4,45 e 4,2, respectivamente. O resultado positivo dessas ações aparece em alguns discursos do grupo focal e se confirma com as média de concordância no questionário (Quadro 5)

Hoje tu sentas para discutir a revisão do protocolo; isso está construído, isso já está feito, se discute conduta. Vocês conseguem ver o requinte de uma discussão dessas?

As reuniões democratizaram o processo. O Núcleo passou a trazer a opinião dos outros para a implantação do processo. Antes as pessoas que precisavam construir alguma coisa pegavam alguém lá que tinham mais afinidade e faziam as coisas. Este Núcleo democratizou o Protocolo. Acho que muito mais pessoas passaram a abrir o Protocolo e o leram ... porque antes ninguém abria o Protocolo.

Características gerenciais envolvidas no processo

Uma vez que o grupo focal sugeria haver melhorias na atenção à saúde após a instalação do NSM, buscou-se conhecer as possíveis características gerenciais que proporcionaram essas mudanças. A reunião de médicos para discussões e atualizações surge novamente como uma intervenção positiva trazida pelo Núcleo.

No momento que se puder interagir mais ... conseguir fazer essa construção médico-médico; naquelas manhãs, quantas coisas a gente se atualiza e conversa, quantas coisas clareiam.

Entre os instrumentos que levaram às mudanças emergiu o vínculo profissional, envolvendo motivação para o trabalho se servidor estável (média 4,15) ou desmotivação quando em vínculo precário, como os cargos de confiança (média 2,8).

Outras habilidades gerenciais que permiram a solidificação do NSM como instrumento gerencial envolveram características específicas esperadas do Coordenador (“não é um cara pernóstico, não tem estrelismo”, “aglutinador, sensível, atualizado, ter visibilidade dentro da rede”). Ocorreu nítida preferência quanto à inexistência de vínculo político-partidário como facilitador à gerência do trabalho (média 4,25).

Estratégias para mudanças

No gerenciamento de médicos, a inserção de novos conceitos e a mudança de condutas depende de várias estratégias. No final da entrevista em grupo, um médico colocou sua opinião sobre como tornar as mudanças possíveis.

Convencimento. No momento que tu me convences que a última dose de penicilina tem que ocorrer antes de 30 dias do parto para a criança não ter sífilis congênita, quando me mostras a importância disso. Porque se chegasses e dissesses: passa a pedir exame com 30 semanas, e não explicasse o porquê, não iria mudar. Se não convences as pessoas, não muda nada.

A proposta gerencial do NSM foi persuasiva o suficiente para implantar mudanças conceituais entre os médicos, incluindo os profissionais nas discussões, mantendo reuniões periódicas de atualização, permitindo espaços para opinarem e serem ouvidos, repassando informações que justificam seu trabalho. O fato de existir um médico na coordenação pareceu o mais claro facilitador do processo, fortalecendo e os respaldando tecnicamente. Tentar uma outra forma de gerenciamento pode ser contraproducente ao gestor, pois a oposição dos médicos poderá retardar a aceitação e introdução de novos conceitos, de modo que é possível reduzir o período de negação das novas idéias se estas vêm apresentadas e justificadas por seus pares.

Entendidas pelos médicos como motivadoras para o trabalho, as reuniões técnicas são importantes, mas estes não demonstraram ter interesse quando agregados às equipes não-médicas para estas capacitações. Esse dado é um forte sinalizador para que o gestor possa dimensionar a validade dos encontros multidisciplinares e o quanto de impacto se obtém com essas atividades, principalmente se o público que se pretende atingir são os médicos.

Possivelmente, capacitações com vistas à humanização da atenção, discussões de fluxos de encaminhamentos e outras ações operativas, possam ter mais rendimento quando agregando médicos aos demais profissionais, reforçando o conceito de equipe. Porém, na questão técnica e nas ações relativas a procedimentos, o aproveitamento e o interesse destes profissionais fica diminuído quando em grupos multidisciplinares. Isso leva a pensar sobre atividades que operacionalmente sejam planejadas em grandes grupos, otimizando recursos físicos, facilitando cronogramas e diminuindo dispensas de serviço, mas que acabarão não sendo aproveitadas pelos médicos, por resistência e desinteresse.

Das atividades desenvolvidas pelo NSM, apresentar o retorno da produção

individual e geral é um fator motivador. Essas informações, se passadas não como demonstrativo de controle, mas como um monitoramento importante da assistência, poderão orientar estratégias que o próprio profissional visualiza, sem a necessidade de intervenções externas ou críticas.

Criar rotinas de trabalho padroniza a assistência e permite um controle da qualidade da prestação do serviço em saúde, facilitando a construção de indicadores de saúde que poderão ser acompanhados em uma linha de tempo. Para que essa rotina exista, este estudo evidenciou a importância de se ter o médico unido ao nível central na construção das rotinas que ele próprio terá de seguir, legitimando o Protocolo. Sabe-se que muitas condutas não são consenso, e o médico detém o poder da escolha do que ele julga mais adequado para cada paciente. Isso favorece a quebra das rotinas e pode, inclusive, ser oneroso para um sistema público de saúde.

Para que o médico compreenda as particularidades de se prestar assistência pública sem prejuízo da qualidade desta assistência, necessita ter o conhecimento do funcionamento desta rede. O abuso na solicitação de exames ou o excesso de encaminhamentos pode ser resolvido no momento em que ele se apropria mais de seus pacientes, e compreende que procedimentos de padronização não serão limitadores do seu trabalho ou que, menos ainda, colocarão em risco a sua responsabilidade técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, tendo em vista que os médicos apresentam grande força técnica, o que lhes dá autonomia em suas atividades, aponta para a necessidade de incluí-los em decisões colegiadas, democratizando o processo de mudança organizacional. Desta forma, conflitos podem ser neutralizados por estes se sentirem parte da organização. O gestor precisa reconhecer essas características e saber usar os instrumentos que congreguem os médicos ao seu plano operativo.

Várias características pessoais influenciam na aceitação de uma coordenação de médicos. Ficou demonstrado que conhecimento técnico, embora importante, precisa ser agregado a qualidades subjetivas que humanizem o relacionamento. Um contato mais pessoal favorece o entendimento.

Considerar a presença de médicos na gestão de equipes médicas dá a estes profissionais mais segurança e respaldo, o que não significa corporativismo. Na gestão do trabalho médico é mais produtivo levar os profissionais a reconhecerem seu papel e mudar paulatinamente suas crenças na organização.

A qualificação dos gestores é um passo nesse caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. *Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida*. Caxias do Sul, 2000.
- CUNHA, Huda Farah Siqueira. *Gestão local plena com programa de saúde da família e aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso*. Campinas, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa, 2002.
- FURTADO, Lumêna A. Castro; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 587-95, dez. 1998.
- HIGASHI, Eliza Yoshie. *Gestão estratégica de recursos humanos no setor saúde*. São Paulo, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2001.
- MARTINEZ, Marta Nóbrega; GONÇALVES Orlando Ribeiro. Qualidade na atenção à saúde. *Revista Brasília Médica*, Brasília, DF, v. 37, n. 3/4, p. 109-113, 2000.
- MELO, José Carlos Martins F. de. *Negociação Baseada em Estratégia*. São Paulo: Atlas, 2003.
- MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n.3, p. 20-6, maio 2001.
- MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. Tradução de Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.
- MISOCZKY, Maria Ceci de Araújo; BECH, Jaime (Orgs.) *Estratégias da Organização da Atenção em Saúde*. Porto Alegre: DaCasa, 2002.
- RODRIGUES FILHO, José. A crise gerencial no sistema de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 65-75, out.-dez.1994.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formação de recursos humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 20-3, dez. 1993.
- VIVIAN, Fernando; VERDI, Clanir; CONTE, Teresinha. A retroalimentação de dados como forma de inclusão dos profissionais da rede básica no processo de melhorias nos indicadores de saúde. In: FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE COLETIVA, 2003, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 1 CD-ROM.
- WOOD JR, Thomaz. *Mudança Organizacional*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CONTRIBUIÇÕES DO PROTOCOLO DAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA EM DEFESA DA VIDA PARA O PROCESSO DE GESTÃO DO SUS EM CAXIAS DO SUL

*Margareth Lucia Paese Capra
Ronaldo Bordin*

INTRODUÇÃO

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde diversos grupos debatem a necessidade de reorientar os modelos assistenciais, havendo dissensos sobre as estratégias de desenvolvimento dessa reforma (Silva Jr, 1998, p. 24).

Com o desenrolar do processo de municipalização da saúde, a partir de 1990, reacenderam-se os debates. Mendes (1991), Misoczky (1991), Merhy et al. (1997), Campos (1991) e Teixeira (1992), entre outros, criticaram as formas de organização da assistência à saúde implementadas em alguns municípios, reproduzindo as velhas estruturas, e propuseram novas alternativas.

Nesse período identificam-se críticas aos modos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautando os impasses no processo de municipalização à saúde, as dificuldades decorrentes dos severos cortes orçamentários no setor social, além das dificuldades conceituais, metodológicas e operativas, bem como o pequeno impacto dos esforços mudancionistas sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços (Campos, 1992, p. 145).

As diferentes correntes existentes nesses debates terminaram por conformar vários grupos, na tentativa de teorizar e propor novos modelos de atenção à saúde. As principais propostas de modelos assistenciais foram sistematizadas por Silva Jr (1998), salientando-se as três grandes vertentes consideradas por diversos teóricos no campo da saúde coletiva como propostas

de modelos alternativos ao modelo hegemônico: a proposta dos Sistemas Locais de Saúde – Silos, das Cidades Saudáveis e da “Em Defesa da Vida”.

A experiência de Caxias do Sul, aqui descrita, empregou como referência a proposta “Em Defesa da vida”, um modelo que oferece proposições teóricas e práticas com vistas à politização da saúde, pautando os princípios da gestão democrática, da saúde como um direito de cidadania e da defesa da vida individual e coletiva (Merhy, 1992). Para dar conta desses objetivos é proposta a organização de instituições de saúde em virtude dos direitos do cidadão aos serviços e a uma vida mais qualificada. Devem ser garantidos o controle social, a gestão democrática e a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde de forma a ampliar a consciência sanitária, sem subjugar o conhecimento da população.

Uma questão central para o modelo “Em Defesa da Vida” é a reorganização dos processos de trabalho, no sentido de que os mesmos incluam os usuários da forma como eles sentem suas necessidades em saúde, produzindo cuidados que enfatizam o trabalho de equipe, os projetos terapêuticos interdisciplinares e o resgate da clínica com valorização das tecnologias das relações humanas. Deve ser de garantido um acolhimento mais humanizado aos usuários, o acesso a serviços mais resolutivos, o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários e a organização de fluxos mais eficazes entre as diferentes instâncias de atenção, com pleno exercício do controle social (Merhy e Onocko, 1997).

No que se refere à organização do sistema de saúde, defende um modelo rede-básico-centrado, em que a rede básica, a partir da apreensão das necessidades reais de seus usuários, passa a ser a instância privilegiada para definir as necessidades de organização de toda a rede de cuidados progressivos, numa concepção em que os demais serviços e instâncias venham a se constituir como serviços complementares de apoio à rede básica (Cecílio, 1997).

No campo da gestão é proposto um sistema de saúde de co-gestão aberto à participação dos interesses populares (usuários organizados), prestadores de serviços e governo, colocando a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo da formulação de políticas (Merhy, 1997). Na forma mais operacional, a descentralização político-administrativa é recomendada através da organização de territórios sanitários, com gerenciamento e elaboração de planos de saúde locais, bem como a instituição de espaços colegiados permanentes de decisão e instâncias locais de controle social (conselhos locais de saúde nos territórios).

Para análise e co-gestão de coletivos foi empregado o Método da Roda

(Campos, 2000), que propõe o fortalecimento do sujeito e a democratização das instituições para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica. Esse método de gestão entende que seja possível compartilhar o poder através de colegiados, conselhos, assembléias e outros dispositivos que coloquem a equipe de trabalho em contato direto com outros sujeitos, portadores de lógicas distintas (governantes, usuários, trabalhadores de outras organizações, etc), ou seja, colegiados imersos em um sistema de co-gestão.

Um dos grandes nós críticos que vem sendo debatidos no campo da saúde coletiva, é justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho nos diferentes tipos de estabelecimentos e que a busca da mudança do modo de se produzir saúde deve apostar que esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores e não está somente na dependência de reformas macro-estruturais e organizacionais (Merhy, 1997).

Para a elaboração da proposta do Protocolo também foram consideradas algumas reflexões dos pressupostos de Matus (1996), no que se refere aos seus ensinamentos sobre a direcionalidade do plano e do programa direcional no campo do Planejamento Estratégico Situacional (PES), e de Merhy (1997), no que se refere às ferramentas analíticas das tecnologias em saúde. Esses autores explicam que a busca de ferramentas disparadoras de processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, têm sido o grande desafio dos trabalhos experimentados em serviços, justamente porque elas podem despertar novos modos instituintes. No entanto, para que essas ferramentas sejam efetivas, na imagem de Merhy et al (1997), elas devem ter a capacidade e sensibilidade para abrir a caixa-preta sobre “o como” se trabalha (o modo qualitativo de operar), para revelar “o que” este modo de trabalhar está produzindo (produtos e resultados) e, ainda, interrogar sobre o “para quê” se está trabalhando (os interesses implicados e os princípios ético-políticos). Assim, essa perspectiva possibilita revelar o agir tecnológico ao coletivo dos agentes interessados nesses processos.

O contexto que fez emergir o Protocolo

Este estudo apresenta como cenário o processo de construção de um novo modelo de atenção e de gestão no município de Caxias do Sul. Trata-se de uma proposta político-assistencial que utiliza como base conceitual o modelo tecnoassistencial denominado “Em Defesa da Vida”, o qual considera como princípios fundamentais na organização das ações e dos serviços de

saúde: o acesso e acolhimento dos usuários, o vínculo e responsabilização entre os usuários e as equipes de saúde, a resolutividade, a gestão democrática e o controle social. É uma concepção que incorpora os determinantes sociais e coletivos, enfatizando a importância do trabalho interprofissional e a valorização da clínica na atenção das necessidades individuais.

A discussão sobre essa temática no município, vem ocorrendo desde 1997, período em que houve a adesão à gestão plena do sistema de saúde (NOB 01/96 – MS). Definida a saúde como prioridade, a Administração Municipal ampliou significativamente toda a rede estratégica de serviços nos diferentes níveis de atenção. Foi um período de grandes transformações que demandou repensar a Secretaria Municipal da Saúde na sua estrutura, modo de gestão e proposta assistencial.

O Plano Municipal de Saúde de 1997 foi formulado como proposta de qualificação do plano anterior (1992), definindo os grandes eixos da opção do modelo de atenção e de gestão, desafiado por um quadro de evidências da realidade que apontava para grandes questões-problema que precisavam ser enfrentadas:

- ▶ dificuldades de acesso dos usuários aos serviços;
- ▶ atenção assistencial centrada nas tarefas e procedimentos profissionais, privilegiando o enfoque curativo;
- ▶ baixa potência de efetividade/eficiência das ações;
- ▶ planejamento de ações e recursos centralizados, com conseqüente inexistência de planos locais de saúde (apesar das peculiaridades locais e das tentativas de territorialização);
- ▶ dificuldades de vinculação dos usuários aos serviços básicos de referência;
- ▶ avaliação dos serviços centrada na produtividade;
- ▶ relação profissional-usuário marcada pela impessoalidade;
- ▶ deficiente compreensão do processo saúde-doença por parte significativa dos profissionais;
- ▶ pouca responsabilização das equipes de saúde em relação à saúde da população de sua área de abrangência;
- ▶ inexistência de ações de vigilância à saúde na rede básica;
- ▶ concepções difusas sobre a missão da Unidade Básica de Saúde e dos demais serviços de apoio, bem como, dificuldade de interação entre eles.

Para implementar as transformações pretendidas foram desencadeados simultaneamente vários dispositivos e estratégias, dentre eles, a elaboração do Protocolo das Ações Básicas de Saúde – Uma Proposta em Defesa da Vida. Esse Protocolo é um livro que foi construído por um grupo de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sendo considerado ainda hoje como um referencial da proposta assistencial no município.

O Protocolo foi direcionado especialmente às equipes de saúde, mas também aos gestores enquanto uma ferramenta de apoio à gestão. Na pauta da gestão, é um documento bastante presente e referenciado por diversos atores que atuam na instância diretiva da Secretaria. No espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), observam-se algumas dificuldades para implementação de todas as ações propostas no Protocolo, muito embora deva ser considerado que a proposta nele contida é bastante ambiciosa ¹.

A definição da nova proposta assistencial contemplou uma concepção “Em Defesa da Vida”², que propõe um conjunto de princípios e diretrizes operacionais no sentido de transformar as práticas de saúde. A partir de 1997, a SMS buscou consultoria neste modelo, o que auxiliou a constituir uma massa crítica no debate sobre os rumos do SUS em Caxias do Sul.

As consultorias instigaram novas reflexões e desenvolveram diversas oficinas para capacitação e atualização da equipe diretiva da SMS, permitindo revisões teóricas e aprofundamentos sobre conceitos, princípios do modelo, métodos e ferramentas de gestão.

Colocar em prática essas concepções exigiu ao longo do processo, o desencadeamento de dispositivos e arranjos institucionais para implantar uma nova forma de produzir e gerir o cuidado em saúde. Foram criadas novas estruturas gerenciais e funcionais; definidos 14 territórios de saúde (para 38 Unidades Básicas) com gerenciamento local; foram reformadas, ampliadas e construídas (com novo porte de 600m²) diversas Unidades Básicas de Saúde qualificando as instalações físicas; instituídos os planos locais de saúde; implantado um complexo de serviços de apoio diagnóstico e um hemocentro

¹ O Protocolo das Ações Básicas de Saúde obteve duas premiações em concursos de experiências no Sistema Único de Saúde (SUS): pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, em 2000; através do Concurso de Experiências Inovadoras no SUS – Projeto REFORSUS, pelo Ministério da Saúde (MS), em 2002. Neste último, como parte integrante de um projeto de capacitação gerencial.

² A proposta do Modelo em Defesa da Vida tem origem na sistematização de idéias e trabalhos de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – LAPA – vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, São Paulo.

regional; implementado o serviço de pronto-atendimento e o centro especializado de saúde; ampliado o número de leitos hospitalares e serviços de diagnose e terapia de maior complexidade; aumentado significativamente os recursos humanos (de 435 para 1037 trabalhadores de saúde).

No âmbito da gestão e democratização do SUS foram criadas novas instâncias de gestão colegiada: colegiado gestor (constituído pela secretária municipal de saúde, assessorias, coordenadorias e gerentes dos serviços); grupo de direção estratégica (secretária municipal de saúde, assessorias e coordenadorias), colegiados gestores internos dos serviços (gerentes e trabalhadores indicados em cada unidade de produção) e conselhos locais de saúde (gerentes, trabalhadores e usuários).

Objetivando, imprimir mudanças nos processos de trabalho das equipes, de forma a concretizar efetivamente os princípios do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da resolutividade das ações, dentre outras estratégias, foi organizado o Grupo de Apoio à Gestão (GAG), constituído por profissionais das diferentes áreas da SMS que se dispunham a auxiliar os gerentes da rede básica no processo de implantação do modelo junto às equipes das UBS's.

Nessa mesma época, também estava estruturado um grupo de profissionais que tinha o papel central de assessorar tecnicamente a SMS e os gerentes locais sobre as ações de saúde. Esses profissionais eram denominados “referências técnicas” e compreendiam uma equipe constituída por um enfermeiro, um assistente social, um médico gineco-obstetra, um médico pediatra, um nutricionista e um odontólogo.

Esses grupos, as coordenadorias das grandes áreas da SMS e os gerentes dos serviços reuniam-se sistematicamente para avaliar o andamento do processo, alicerçando, dessa forma, as primeiras bases do colegiado gestor da SMS.

Havia uma questão central naquele momento histórico que inquietava o grupo de gestores. Frente ao novo desafio de descentralizar o planejamento, como organizar a atenção em saúde da rede? Como alavancar o planejamento de forma ascendente? Outra questão que se apresentava era de que o novo processo de trabalho exigia uma ação mais interdisciplinar e resolutiva. Para implantação do vínculo e do acolhimento, era muito importante redimensionar o trabalho dos profissionais da saúde e a experiência existente em outros municípios prendiam-se a protocolos assistenciais, usualmente de

enfermagem. Então, por que não um protocolo para todos os profissionais? Por que não um protocolo que explicitasse um projeto de cuidados para cada ciclo vital?

Foi assim que surgiu o projeto do Protocolo de Ações Básicas de Saúde – Uma Proposta em Defesa da Vida de Caxias do Sul.

A proposta do Protocolo

O Protocolo é um livro de 490 páginas que foi construído por um grupo de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, que encontra-se em processo de implementação no município.

É um documento que explicita toda a proposta técnico-assistencial municipal, se constituindo num subsídio técnico que visa especialmente a orientação sobre o que é necessário ser feito em atenção básica. É, também, um dispositivo importante no agenciamento das transformações pretendidas no SUS em Caxias do Sul, por pautar uma nova lógica da dimensão do cuidado - a de conceber a saúde enquanto um direito de cidadania - e, de conceber novas formas de organizar e operar as práticas de saúde. Nesse sentido, o Protocolo pretende, essencialmente, além de seus objetivos específicos (ordenar as ações básicas de saúde; unificar condutas; qualificar tecnicamente as equipes de saúde; identificar as necessidades de capacitação dos trabalhadores de saúde; institucionalizar a consulta de enfermagem; criar um sistema de avaliação de indicadores e de desempenho da rede básica de saúde), subsidiar e qualificar a implementação das ações básicas de saúde, com enfoque centrado na necessidade do usuário e no trabalho interdisciplinar.

Para a elaboração do Protocolo foi constituído um grupo de profissionais da coordenação de planejamento da Secretaria Municipal da Saúde - as referências técnicas (da gineco-obstetrícia, da pediatria, da enfermagem, da odontologia, da nutrição, do serviço social e da saúde mental) e mais um representante de cada categoria profissional, indicados pela rede básica, incluindo a área de medicina geral comunitária e auxiliar de enfermagem, totalizando quinze representantes. Este grupo reuniu-se semanalmente, num turno de trabalho, no período de fevereiro a outubro de 1999. A metodologia utilizada contemplou momentos de dispersão, onde foram desenvolvidos assuntos temáticos por determinadas categorias profissionais (sub-grupos) indicadas pelo grande grupo e momentos de concentração (encontros semanais) onde os sub-temas foram examinados e consensados por todos

os participantes. O grupo participou da construção de todas as partes constitutivas da estrutura e do conteúdo do documento. Essa construção utilizou como base conceitual os princípios do modelo tecnoassistencial “Em Defesa da Vida”.

Além dessa base conceitual e operacional, o estabelecimento da organização do Protocolo exigiu a definição do eixo norteador do trabalho. Para tanto, optou-se por uma lógica estruturante centrada no ciclo vital, que parece diferir de maioria dos documentos similares existentes, centrados numa lógica de definição e ordenamento de procedimentos realizados por serviços ou por categorias profissionais. Conforme ilustra a Figura 1, essa opção procurou focalizar os cuidados básicos de saúde de acordo com as necessidades mais peculiares em cada estágio do processo do ciclo vital, iniciando pela concepção e seguindo pelo desenvolvimento da criança, adolescente, adulto e idoso.

Esses estágios são vistos na perspectiva das necessidades de saúde, no que se refere à dimensão individual e coletiva; das intervenções possíveis e necessárias em relação às necessidades de saúde (o que fazer); e das tecnologias disponíveis e necessárias à realização das intervenções (como fazer). Esses processos operam articuladamente para darem conta da produção do cuidado.

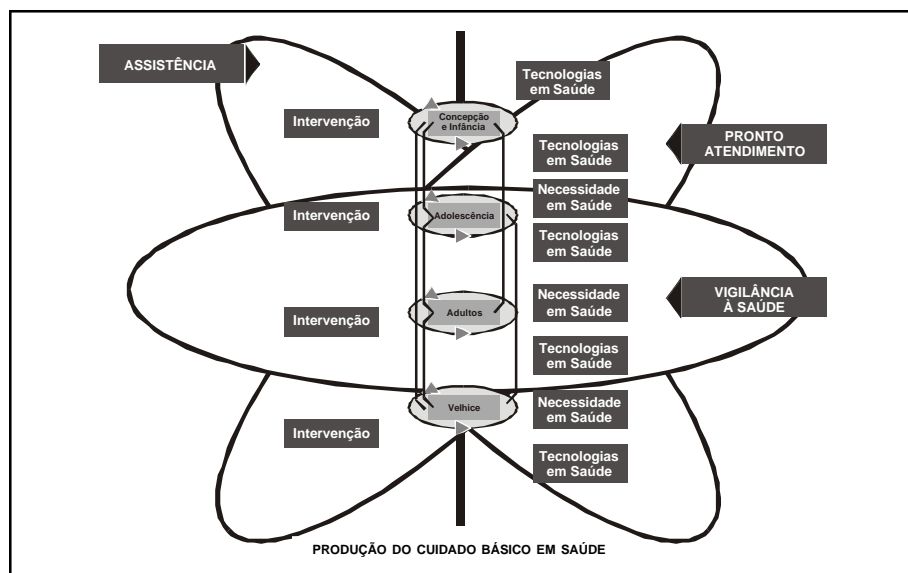


Figura 1 – Concepção do Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida

O mapeamento do ciclo vital foi considerado essencial para um entendimento integral do indivíduo e para a previsão das dificuldades que surgem durante o desenvolvimento humano. Esse desenvolvimento não ocorre em um ritmo linear, mas em estágios sucessivos, em que as condições de passagem de um estágio para outro interferem nos seguintes, exigindo adaptações em cada “crise/transição”, para que não ocorram desajustes físicos, cognitivos, sociais ou emocionais. Nesse sentido, o monitoramento das condições de saúde no ciclo vital, no protocolo elaborado, procurou estabelecer um diálogo entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, entendendo que não existe uma única maneira adequada de viver, mas tipos diferentes de integração viáveis, o que exige dos profissionais de saúde a necessidade de compreensão em relação às pessoas e suas maneiras de viver e reagir frente à evolução e às condições de vida em que estão inseridas.

Outras concepções que compõem o eixo norteador se referem ao entendimento de “necessidades de saúde” como necessidades que não podem ser simples e previamente catalogadas e programadas, mas precisam ser abstraídas no cotidiano dos serviços, nas relações e produções de subjetividades, de modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades (Merhy, 1997). Referem-se também à concepção de integralidade nas ações ou seja, na articulação dos saberes e práticas dos diferentes profissionais, sendo que, na sua interseção, possam garantir uma assistência mais integral, dimensionando assim uma nova divisão e organização de trabalho, com valorização do trabalho em equipe, em que o saber da clínica, nas suas diferentes especificidades, em conjunto com o saber epidemiológico, possam interagir numa dimensão de complementariedade, sem dicotomizar a ação preventiva da curativa.

A partir desses referenciais o grupo de trabalho considerou fundamental a construção de um protocolo estruturado em dois grandes módulos; “*o módulo de monitoramento das condições de saúde*” e o “*módulo de intervenção nas intercorrências em saúde no ciclo vital*”.

O *módulo de monitoramento das condições de saúde* apresenta em seu conteúdo um projeto de assistência ao usuário em cada ciclo vital que focaliza as condições de saúde na dimensão do viver com qualidade e autonomia, diferentemente da tradicional atuação profissional que reduz o campo de intervenção da saúde à assistência essencialmente biologicista e curativa, após a doença manifestada. É uma proposição para intervir antes da manifestação de um estado de saúde indesejável.

Inicialmente o documento do Protocolo procura contextualizar e significar brevemente cada etapa do ciclo vital, entendendo que a concepção que se tem do indivíduo, no seu processo de vida, é que norteia toda a ação profissional. Em seguida são sistematizados aspectos gerais de definição, captação e cadastramento da clientela e os procedimentos técnicos que compõem o processo de trabalho em saúde (consulta clínica, assistência odontológica, atendimento individualizado, atividades em grupo, visita domiciliar e as atividades comunitárias).

O módulo de intervenção nas intercorrências em saúde no ciclo vital está voltado para o controle de riscos e agravos e propõe, nesse sentido, um ampliado acervo de subsídios técnicos. No caso da seleção de intercorrências/patologias, esta procedeu recortes de acordo com os critérios epidemiológicos. A normatização de condutas na intervenção sobre os agravos, seguiu os padrões clássicos estabelecidos cientificamente e recomendados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde/RS e por outras referências adotadas.

É importante salientar que esse projeto, envolvendo a elaboração e implementação de um protocolo numa dimensão em defesa da vida transcende os protocolos tradicionais centrados nos procedimentos profissionais. Assim, é mais um recurso subsidiário às equipes de saúde que estão se colocando à disposição do desafio de recriar os seus processos de trabalho no sentido da efetivação das ações básicas de saúde; uma nova tecnologia no campo da atenção e da gestão, criada de forma participativa e fundada a partir de um projeto político-assistencial que ambiciona a reorganização social da produção dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao modo da produção do cuidado.

É importante destacar que após a elaboração do Protocolo, foi encaminhada uma cópia do documento preliminar para os Conselhos de cada categoria profissional, na instância regional, estadual e federal com um ofício da Secretaria Municipal de Saúde, com objetivo de obter parecer sobre os aspectos ético-profissionais e, assim dar maior legitimidade à proposição.

A implantação do Protocolo

Uma descrição mais extensa das estratégias empregadas para a estruturação do Protocolo, e sua contextualização ao momento político de duas gestões na Prefeitura de Caxias do Sul, incluindo os conflitos gerados quando de sua implantação junto ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) encontra-se em Capra (2004). Aqui, serão salientados apenas os momentos essenciais à compreensão do processo.

Após concluída a elaboração do Protocolo, foi realizado um grande fórum no município com o objetivo de sensibilizar as equipes de saúde sobre a produção do cuidado nos ciclos vitais, em consonância com a proposta do Protocolo. O evento foi organizado no período de março a junho de 2000, numa seqüência de 7 encontros repetidos por duas vezes, para que todos os trabalhadores pudessem participar, sem que fosse interrompido o trabalho na rede. A questão central dos debates desenvolvidos foi: o que é importante compreender para melhor cuidar?

No último encontro do fórum houve uma solenidade de lançamento do Protocolo. Nos dias que se seguiram ao mesmo foram realizadas reuniões junto às equipes das UBS's com a presença da secretária municipal de saúde e representantes dos autores do Protocolo, para sensibilização dos profissionais e entrega de um exemplar do livro para cada trabalhador.

No ano de 2001, ao iniciar um novo período de gestão, a SMS reavaliou a sua caminhada. Foram utilizadas as ferramentas do planejamento estratégico situacional para se formular a árvore de problemas, na tentativa de mapear os principais nós críticos e desafios a serem enfrentados em relação ao seu processo de implementação do novo modelo de atenção e de gestão. Foram apontados os macro-resultados esperados, bem como as operações, ações, compromissos, prazos e responsáveis implicados em cada grande estratégia.

Essa etapa de vivência de um processo de co-gestão para o planejamento institucional, possibilitou o estreitamento das relações entre as diferentes instâncias da SMS, culminando em nova organização estrutural e organograma: uma linha horizontal agregando dois grandes blocos de gestão – as unidades de produção e as unidades de apoio. Foi nessa época, inclusive, que criou-se uma nova área de apoio aos gestores das unidades de produção: a Coordenadoria de Ações em Saúde, composta por Núcleos de Ações em Saúde, em consonância com a proposta do Protocolo (Núcleos da Gestante e Mulher, da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, e Núcleos Matriciais da Saúde Bucal, da Vigilância Nutricional, da Saúde Mental e da Assistência Farmacêutica).

A árvore de problemas formulada naquela época sinalizou dentre os principais nós críticos, o aumento da demanda por pronto-atendimento na rede. Doenças prioritárias não estavam sendo suficientemente prevenidas e controladas, pois havia dificuldades para implementar as ações de vigilância à saúde e de controle de riscos. Além disso, as ações programáticas e de educação em saúde encontravam-se incipientes, gerando, de um lado, o aumento das intercorrências (morbidade aumentada) e, de outro, uma baixa autonomia dos usuários, com

conseqüente busca de atenção imediata (aumento da demanda por pronto-atendimento). Ou seja, o contexto da realidade estava sinalizando que os serviços, nas diferentes instâncias, estavam com dificuldades para se consolidar conforme a situação idealizada.

No ano de 2002 foram realizadas diversas oficinas para apresentação dos contextos locais e estratégias de ações. Cada gerente da rede básica apresentou o seu território (população usuária do SUS, condições sócio-econômicas, áreas de risco, recursos comunitários, bairros de abrangência e recursos físicos e humanos instalados). Frente a cada realidade foram propostas e definidas estratégias locais, delimitados os recursos necessários para a sua viabilidade (administrativos, políticos e humanos) e pactuados indicadores epidemiológicos e operacionais para serem controlados em cada território. Em se tratando do Protocolo, novamente ele entra em cena.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Objetivando e identificar e contextualizar as contribuições do Protocolo no processo de gestão da SMS, como uma ferramenta instituinte de um novo modelo tecnoassistencial, optou-se pelo método qualitativo, utilizando-se três estratégias para a coleta de dados:

- ▶ revisão de documentos da Secretaria Municipal de Saúde;
- ▶ aplicação de questionário semi-estruturado aos gestores do nível central e da rede básica - foram convidados a participar 25 gestores da SMS, utilizando-se dois critérios de seleção: áreas de gestão mais vinculadas ao objeto em estudo e o tempo de exercício na gestão (mais de um ano). Desse grupo de gestores, 14 são gerentes da rede básica e 11 são gestores do nível central da SMS, totalizando 20 questionários respondidos (não responderam 2 gerentes da rede básica e 3 gestores do nível central);
- ▶ grupos focais com os gerentes da rede básica – todos 14 gerentes da rede básica foram convidados, sendo que 3 não compareceram à atividade.

O questionário foi estruturado através de quatro instrumentos, formulando perguntas abertas, solicitando as três principais contribuições do Protocolo ao processo de gestão do SUS em Caxias do Sul, à atividade dos gestores e situações em que os gestores têm utilizado o Protocolo em sua atividade de gestão – e justificativas -, além de solicitar os três principais aspectos facilitadores e dificultadores para a utilização do Protocolo, bem como sugestões para futuras edições e comentários gerais.

Dado o caráter qualitativo da pesquisa, foram considerados todos os depoimentos, agrupados em unidades de análise. Os depoimentos dos gerentes da rede básica e dos gestores do nível central da SMS foram separados somente no estudo das contribuições do Protocolo para o processo de gestão e para a atividade mais específica dos gestores. Esse recorte buscou identificar as peculiaridades das contribuições nesses dois grupos.

OS DIFERENTES SENTIDOS DAS CONTRIBUIÇÕES DO PROTOCOLO NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES

Para o Processo de Gestão do SUS

- ▶ Disseminação do conhecimento e orientação sobre a proposta da política municipal de saúde e do modelo de atenção e de gestão junto às equipes de saúde e gestores da SMS

As declarações dos dois grupos de gestores (gerentes da rede básica e gestores do nível central) enfocaram a contribuição do Protocolo como um instrumento-síntese, que dá concretude à proposta do município. Diferentes atributos aparecem nessa direção, como por exemplo: “propicia o conhecimento, ressalta, norteia e dá concretude à política, dá visibilidade à missão e aos princípios, explicita a proposta e fundamenta a prática”.

Nos grupos focais também aparecem expressões com o mesmo enfoque:

Foi importante para explicar o modelo “Em Defesa da Vida”

O Protocolo dá uma visão clara do modelo tecnoassistencial e suas diretrizes, é explicativo.

O Protocolo definiu e deu clareza para a missão e para os princípios. Antes se trabalhava na rede sem isso, como podia, do jeito que queria, independente de uma posição institucional [...] ajudou a dar uma certa concretude para os princípios do vínculo, da vigilância, etc..., definindo o que se pretendia com isso.

A coisa legal, bonita, foi o jeito que foi feito. Foi a primeira vez que eu vi o nível central trabalhando junto com a equipe da rede básica [...] Submeter à apreciação dos órgãos de classe foi muito legítimo, ético

Quanto aos fatos do Protocolo ser percebido como o desenho concreto do projeto de saúde municipal, pode ser lembrado o conceito de imagem-objetivo e programa direcional que tem sido desenvolvido por Matus (1996) no campo do planejamento estratégico.

- ▶ Orientação para o planejamento e organização das ações, fluxos e processos de trabalho (direcionalidade teórico-prática para o agir das equipes)

As afirmações são muito similares, apontando que o Protocolo norteia as ações de saúde e a organização dos serviços, contribuindo para a elaboração dos planos locais com vistas a um novo modelo, uma nova concepção de saúde e novos processos de trabalho.

Foi destacado por alguns gestores o enfoque da clínica ampliada, proposto pelo Protocolo, que valoriza o trabalho de equipe e, ao mesmo tempo, dá maior visibilidade às atribuições de cada profissional. “Alavancou a discussão dos papéis de cada membro da equipe [...] como ferramenta ajudou na reorganização do processo de trabalho”(gestor 14).

Como o Protocolo desenha uma certa situação-objetivo, foi apontada sua atuação como auxiliar em identificar necessidades de capacitação.

Em relação aos fluxos do atendimento das UBS's, foi relatada uma experiência em que o Protocolo promoveu mudanças: a implantação do agendamento aos atendimentos programados. Um gestor do nível central chegou a referir que o Protocolo e adesão à gestão plena do sistema municipal de saúde, “concretizaram a virada do modo de produzir saúde, saindo das ações programáticas estruturadas e partindo para a produção de saúde baseada nas necessidades do usuário” (gestor 18). Esse gestor provavelmente estava se referindo ao projeto e à situação-objetivo.

Para melhor explicitar o entendimento dos gerentes, seguem algumas citações das verbalizações que ocorreram nos grupos focais:

A questão central do Protocolo se refere à mudança dos fluxos de trabalho e isso ainda não se conseguiu. O que se conseguiu foi ampliar o atendimento em termos de uma atenção mais integral. O que mudou foi a questão da promoção e da prevenção [...] As UBS's que não tinham grupo começaram a fazer grupos e também outras atividades fora das UBS's, como por exemplo, os grupos de convivência.

Ajudou na reformulação de algumas idéias e para reavaliar o que já estava implantado, como o número de agendamentos, busca ativa, arquivamento. O Protocolo ajudava a guiar o trabalho [...]. Quando

cheguei na UBS não havia plano de ação por escrito. Através do Protocolo consegui ir organizando as ações [...].

O Protocolo ajuda a estruturar as equipes por ciclo vital [...]. Ajudou a organizar o trabalho por ciclo vital. Cada equipe se apropriou mais do referencial relativo a sua área mais específica.

O plano local foi baseado no Protocolo. O trabalho era muito pronto-atendimento. O Protocolo dá um apoio muito grande para a gente aplicar as ações.

O Protocolo é instigador de questões como intersectorialidade e projeto terapêutico.

Como gestora usei desde o começo. Auxiliou muito nas discussões, valorizou os profissionais, definiu o que eles iriam fazer. Eu consegui enxergar o que cada um poderia fazer, os recursos necessários, a necessidade de ampliar a atividade interdisciplinar, estender o trabalho para fora da UBS, montar o plano, discutir as ações com os profissionais envolvidos [...]. Ajudou a visibilizar as práticas esperadas, ou seja, o que se queria e onde se queria chegar.

Muitas declarações dos gestores, quando se referiam às mudanças na organização das ações e nos processos de trabalho, estavam possivelmente pensando nas contribuições, ao mesmo tempo em que olhavam para os resultados finalísticos, tentando dimensionar a potência do Protocolo enquanto dispositivo para transformar as práticas de saúde. Aqui, cabe reportar-se a teoria de Matus (1996) sobre o triângulo de governo em que projeto, a capacidade de governo e a governabilidade são variáveis interdependentes. Neste sentido, não basta existir o Protocolo para acontecerem as mudanças e na velocidade que se espera.

▶ Suporte, sensibilização e qualificação técnica

O protocolo orienta a assistência por ciclo vital, favorecendo a percepção das ações de promoção e prevenção (integralidade da atenção) e a valorização do trabalho de equipe, além de orientar a operacionalização das ações (como fazer), melhorando a atuação de alguns profissionais (ex.: favoreceu a consulta de enfermagem).

Um dos gestores do nível central da SMS (gestor 13) chama a atenção sobre o fato de que o Protocolo foi fundamental para a reorganização das ações de

monitoramento das condições de saúde individual e coletiva no ciclo vital, principalmente a partir da capacitação gerencial (projeto REFORSUS). E, de que nessa etapa, o Protocolo foi utilizado como instrumento de análise, favorecendo a negociação e pactuação com os gerentes sobre ações, metas e resultados.

Nos grupos focais as afirmações foram semelhantes ao do questionário:

Usava o Protocolo como recurso para nortear as reuniões com as equipes.

O Protocolo ajuda os profissionais a organizarem a sua prática. É um referencial teórico e prático [...] Hoje com o 'PraVida'³, em que as reuniões estão mais garantidas, o Protocolo vem a ampliar e clarear a prática dos profissionais. Estamos discutindo por ciclo vital, ouvindo a contribuição de cada profissional.

Na dúvida, se busca o Protocolo. Para o gerente, é um recurso para resolver dúvidas sobre o que é esperado do trabalho.

Ajudou a reforçar o trabalho de equipe, mesmo com muita dificuldade, porque nem todos participam das discussões. Foi possível avaliar como estava o processo e, a partir do Protocolo, estudar como poderia crescer; até onde cada um poderia ir e a competência de cada um.

O ganho técnico não é tão grande no que se refere ao tratamento de doenças (a terapêutica). A grande contribuição foi orientar como monitorar as condições de saúde. Os protocolos que se conhece abordam mais os tratamentos específicos. O nosso é diferente, propõe o monitoramento da saúde.

No momento da elaboração do Protocolo, um dos seus objetivos principais era justamente esse, conforme citação do Protocolo: “auxiliar as equipes da rede básica a cumprirem com a importante tarefa que é a transformação das condições de saúde da população” (Caxias do Sul, 2000, p.17).

O grupo de autores entendia a proposta como um instrumental técnico.

Este grupo, entendendo que mesmo diante do desafio inesgotável de descobrir e redescobrir o que seja o processo saúde e doença, suas manifestações no cotidiano e as formas de intervenção em relação a elas, considera fundamental

³ PraVida Caxias é o nome designado ao projeto de inserção de equipes de saúde da família na rede básica.

a construção de instrumentais técnicos que possam fortalecer o trabalho clínico das equipes de saúde, incrementar o trabalho coletivo e dar uma certa racionalidade às equipes de saúde (Caxias do Sul, 2000, p.18).

Este trabalho tem como orientação criar um “pano de fundo” comum que possibilite a ação coordenada dos vários atores envolvidos num processo de reorientação da prática dos serviços de saúde, considerando que o modo de operar o cuidado é o mais importante do que o cuidado em si. Pretende ressaltar a política norteadora do trabalho em saúde, à qual os diferentes projetos profissionais podem se aliar como mediações e ferramentas importantes para concretizá-la. Através de uma representação da realidade almejada no simbólico, busca-se contribuir para o compromisso sanitário das equipes de saúde, estabelecendo-se com elas uma relação crítico-pedagógica, desafiando para um papel participativo-propositivo e não só executivo das ações em saúde (CAXIAS DO SUL, 2000, p.39).

▶ Unificação e ordenamento de ações e condutas

Nesse campo de contribuições aparecem dois eixos de respostas: de um lado a idéia da uniformização de ações e condutas no sentido da racionalização de recursos e, de outro, o sentido de ordenação das ações mínimas esperadas para garantir eficiência técnica na produção do cuidado. Nos grupos focais esse tema fez interface com a questão do suporte técnico para as condutas e rotinas.

▶ Publicização externa do projeto da SMS e reconhecimento no cenário estadual e nacional

Nessa categoria é ressaltada a importância do Protocolo como um documento que obteve destaque dentro e fora do município. Foram lembradas as premiações obtidas (CONASEMS e MS) como algo de grande valor para o município.

Ampliou a visibilidade do sistema municipal de Caxias do Sul no cenário nacional, aumentando as possibilidades de trocas de experiências (fóruns e eventos em nível nacional) e de acesso a recursos [...].

Num grupo focal a repercussão externa do Protocolo foi também destacada. “Em encontros que tenho participado, percebo que o Protocolo é muito valorizado por outros municípios”.

Para a Atividade dos Gestores

- ▶ Disseminação do conhecimento e orientação sobre a proposta da política municipal de saúde e do modelo de atenção e de gestão junto às equipes de saúde e gestores da SMS

Segundo os gestores, o Protocolo tem auxiliado a referendar o discurso e a apresentar a proposta da SMS em seus espaços de gestão, além de ampliar a sua percepção no sentido de novas abordagens de trabalho.

Auxilia a trabalhar com a equipe que gerencio com a mesma lógica e princípios no atendimento ao público e nas interfaces com outros setores da SMS e fora desta: princípios do acolhimento com escuta qualificada... responsabilidade e resolutividade.

- ▶ Orientação para o planejamento e organização das ações, fluxos e processos de trabalho

Aqui o Protocolo é novamente caracterizado como um subsídio para a elaboração do plano local: “mais consistente e por ciclo vital [...] com metas e indicadores” (gestor 5).

Um gestor atribuiu ao Protocolo a reorganização do processo de trabalho, desconcentrando, em parte, a atividade médica (gestor 8). Outro, a mudança do fluxo de atendimento e a estruturação de grupos (gestor 1).

Além das contribuições já mencionadas, aparece com destaque uma situação de uso do Protocolo enquanto ferramenta de gestão: para organizar oficinas de trabalho com suas equipes por ciclo vital, com vistas à qualificação do planejamento local e estabelecimento de pactos e metas (“indicou o caminho para a gerência” – gestor 2).

De outro lado, os gestores do nível central indicaram situações de utilização do Protocolo em etapas importantes do planejamento da SMS.

Constituiu-se em referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2002 a 2005, para a pactuação de metas com a rede básica e para elaboração do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF) de Caxias do Sul:

o Protocolo materializa a proposta tecnoassistencial de forma clara [...] Constituiu-se em referência para o assessoramento aos gestores na formulação de planos operativos: as Coordenações de Planejamento e Operacional desenvolveram em 2002, atividade de assessoramento aos gerentes para formulação de planos operativos locais. O Protocolo foi utilizado como referência para elaboração de uma matriz com finalidade de auxiliar na análise do processo de trabalho e sua reorganização em cada uma das etapas.

- ▶ Suporte, sensibilização e qualificação técnica

O uso do Protocolo está referido para qualificação (provoca a busca do

conhecimento) e capacitação técnica para equipes, gerentes e, inclusive, para apoiadores: “Tem sido instrumento importante para o apoiador, subsidiando os debates e análises junto às equipes, balizando as propostas de ação (gestor 13).

Ainda, o documento ajuda a identificar as necessidades de capacitação, especialmente por estar estruturado em ciclos vitais. Em 2001 (ano seguinte à implantação do Protocolo), a utilização do documento direcionou-se mais para a sensibilização das equipes (início da discussão do Protocolo), para referendar o discurso dos gerentes e para pesquisa e apoio no caso de esclarecimento de dúvidas ou de estruturação de ações.

No ano de 2002, percebe-se o incremento de sua utilização. Serviu para leitura, estudo e organização de oficinas, de acordo com a declaração de vários gestores. Um gestor do nível central explica que foi utilizado para assessoramento aos gerentes, com vistas à formulação dos planos locais.

Em 2003 e 2004 retorna a ser suporte e fonte de pesquisa em situações de dúvidas, além de subsidiar ações educativas e capacitações. No nível central da SMS tem sido utilizado nesses anos para elaboração do PraVida Caxias (PROESF) e capacitação das equipes de saúde da família.

▶ Unificação e ordenamento de ações e condutas

O protocolo continua sendo colocado como um parâmetro para as condutas e rotinas das equipes. Destacou-se o aspecto de contribuir para a orientação das equipes novas do PraVida Caxias.

▶ Organização e implementação da gestão colegiada

O protocolo foi utilizado como referência para organização do conselho gestor de uma área da SMS.

▶ Respaldo institucional e maior legitimidade aos gestores

Esse item obteve um destaque no conjunto de dados sobre a utilização do protocolo. As palavras-chave que podem ser abstraídas dos textos (no questionário e no grupo focal) é respaldo institucional e legitimidade da gestão, como pode ser verificada na afirmação de um gestor no questionário: “dá maior legitimidade ao gestor local, ter algo ‘escrito’, dizendo e mostrando a diretriz da Secretaria”.

Outras colocações também estão nessa direção; subsidia as abordagens com os profissionais; instrumento utilizado para definir o rumo do trabalho das equipes; apoio e respaldo às ações realizadas perante o Conselho Local de Saúde; suporte para argumentação; embasamento e respaldo nas reuniões de equipe e nos enfrentamentos em debates.

Ferramenta importante no fortalecimento da gestão, utilizada a todo momento para o fortalecimento das equipes e do trabalho interprofissional”.

Foi importante para me dar um alinha e me dar um poder de gestão. Andava sempre com o livrinho. Usei como ferramenta nas oficinas. O protocolo foi importante pra mim.

A grande contribuição é que deu respaldo institucional. Algo escrito, dizendo a diretriz da Secretaria. Deu maior legitimidade para a gestão.

▶ Outros atributos referidos

Nesse item foram agrupados depoimentos que não estavam diretamente relacionados aos itens acima: a utilização do Protocolo para análise da sua aplicabilidade e para aplicação no serviço. Um depoimento citou a utilização do documento como referência para criação do serviço de vigilância ambiental (enfoque de risco). Ainda, um dos gestores apontou que o Protocolo foi utilizado no sentido de garantir atendimento ao usuário com qualidade e criatividade num contexto de demanda aumentada e carência de recursos humanos.

ASPECTOS FACILITADORES AO USO DO PROTOCOLO

Considerando que muitos depoimentos repetem-se aos acima, abaixo encontra-se uma listagem sintetizada dos aspectos facilitadores, seguidas de algumas verbalizações dos estudos focais:

- ▶ enfoque tecnoassistencial utilizado auxilia na definição da política municipal da saúde;
- ▶ valoriza a concepção da integralidade;
- ▶ abordagem por ciclo vital;
- ▶ suporte técnico-científico elaborado por equipe interdisciplinar;
- ▶ reconhecimento e valorização do campo interdisciplinar e dos núcleos de responsabilização;
- ▶ instrumental que auxilia e dá respaldo à organização dos planos, fluxos, ações e processos de trabalho;
- ▶ orienta a unificação de ações e condutas;
- ▶ auxilia a identificar necessidades de capacitação;
- ▶ auxilia a gestão colegiada;

- ▶ recurso para divulgação do trabalho de saúde pública do município;
- ▶ qualidade e forma de sistematização e apresentação da obra;
- ▶ proposta que satisfaz os usuários.

As verbalizações dos grupos focais:

Na UBS que gerei, um médico participou como um dos autores do Protocolo. Houve um envolvimento muito grande da equipe desde o início. Quando veio o projeto REFORSUS (de capacitação) revisou-se novamente o trabalho da UBS a partir do protocolo. Ele foi muito utilizado em 2002.

O protocolo facilita mostrando caminhos, é um referencial teórico e prático.

Entrei na SMS sem noção de saúde pública. Uma falha da Secretaria é que não capacita no ingresso. Hoje, ao menos, tem o livro do Protocolo. A partir do Protocolo vai se entrando em contato com as coisas.

ASPECTOS DIFICULTADORES AO USO DO PROTOCOLO

- ▶ Dificuldade em realizar reuniões com as equipes

Essa dificuldade é justificada principalmente a partir do argumento que há uma grande demanda e trabalho excessivo na rede, conforme é possível observar nas verbalizações nos grupos focais:

O período de implantação do Protocolo foi um período em que não se conseguia fechar a UBS para fazer reuniões. Havia muita demanda e era período eleitoral. Poucos leram todo o Protocolo e não aconteceu a discussão do todo. Os profissionais leram a parte que mais lhes interessava, alguma questão ou rotina mais relacionada a sua área. A falha foi que não se conseguiu discutir.

A dificuldade é de falar sobre ele (o Protocolo), porque há dificuldade de parar para reunir.

Levei quatro meses para concluir uma oficina.

► Resistências por parte de profissionais

Foram apontados alguns fatores de resistência para utilização do Protocolo: resistência à mudança e à participação no processo de planejamento; falta de apoio (médicos) para alteração do fluxo de trabalho; críticas negativas de alguns trabalhadores às condutas e funções; diferenças de condutas entre os profissionais.

As verbalizações auxiliam a compreender as resistências.

As pessoas não deram a devida importância. Alguns falavam que era mais um livro; mais uma invenção da Secretaria, 'uma coisa política'. Não quiseram nem ler, porque era sobre o modelo. A partir da enfermagem é que se começou a discutir o protocolo.

Não percebi desinteresse, mas falta de tempo. Os que não valorizam, são aqueles que não valorizam projeto nenhum.

O Protocolo mexeu. Assustou porque mexeu com a autonomia do profissional. O seu trabalho estava exposto para toda a equipe. Não era mais uma informação privativa.

Haviam aqueles que atendiam com certa qualidade e, no entanto, achavam que era mais uma invenção da Secretaria. O nome foi questionado, por exemplo, chamado protocolo de rotinas. Eram resistências a palavras novas.

O Protocolo mostrou que queria um trabalho com qualidade. Os que não estavam em sintonia com essa qualidade, não se interessavam.

Havia uma certa resistência, pois o Protocolo demarcava o que e aonde a gente queria chegar. O Protocolo assustava um pouco, porque buscava mudanças. Alguns nem liam por causa disso. Ainda quando ele estava sendo elaborado, vi que daria muito pano para manga.[...] Já no começo da elaboração do Protocolo, cada um queria colocar o que mais lhe interessava. Não se motivou suficientemente todos a ler.[...] Haviam críticas, mas sem dar o contraponto. Isso comprovava as resistências. Tinham profissionais que mostravam resistências, mas tiveram aqueles que se envolveram e participaram. Há vários interesses, conforme cada momento político.

Sobre as resistências apontadas recordamos dos apontamentos de Merhy (1997, p. 97 e 77):

[...] qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos [...] os processos instituídos, como as ideologias hegemônicas comportam-se também como instituintes nos espaços micropolíticos, disputando com outras forças instituidoras, de naturezas semelhantes e distintas, processo de produção de “grupos sujeitos” no interior das organizações produtivas [...] o trabalhador de saúde opera em um espaço de “autogoverno” que lhe dá inclusive a possibilidade de “privatizar” o uso desse espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando.

- ▶ Restrições ao trabalho do enfermeiro decorrentes da ação do Cremers
A ação do Cremers e a ordem de serviço que cancelou algumas possibilidades de intervenção para o enfermeiro e para o nutricionista foi abordada com uma dificuldade e retrocesso, gerando descontentamentos.

Nos grupos focais:

A ordem de serviço prejudicou muito [...] gerou descontinuidade. O Protocolo mexia muito com o trabalho da enfermagem em si, e nesse sentido, teve um recuo.

O Protocolo apoiou e abriu possibilidades para outros profissionais. a ordem de serviço puxou para trás. Estava indo rápido e então os profissionais se desmotivaram.

Uma dificuldade foi a proibição de algumas ações pelo enfermeiro, em função da ordem de serviço. Em 2002, muitas mulheres ficavam aguardando e a enfermeira não podia coletar o CP. Como enfermeira e como gerentes, penso que a ordem de serviço precisa ser reavaliada, não tem que haver essa briga entre os profissionais.

- ▶ Falta de recursos humanos
É assinalada como uma dificuldade que impede a aplicação das ações propostas pelo Protocolo: “falta de recursos humanos para realizar todas as

abordagens necessárias para intervenção preconizada na assistência (promoção, prevenção, vigilância à saúde e pronto-atendimento)”.

▶ Rotatividade de profissionais

Essa dificuldade tem gerado descontinuidade nos processos de trabalho: “O que dificulta bastante em alguns locais, é o rodízio de pessoal. Quando está todo mundo orientado e organizado, mudam os profissionais e se tem que recomeçar tudo de novo”.

▶ Falta de atualização

Foi apontada a necessidade de revisão e complementação, referindo-se, inclusive a apontamentos dos trabalhadores nesse sentido nos grupos focais: “Há queixas sobre temas que estão desatualizados na área do pré-natal”.

▶ Forma de apresentação e falta de livros

Como dificuldade foi indicado o número excessivo de páginas, a localização dos itens para consulta e a falta de exemplares para distribuição às equipes novas.

▶ Capacitação insuficiente

Foi entendido que a implantação do Protocolo na rede poderia ter sido de forma mais aprofundada, além das capacitações terem sido insuficientes frente à complexidade das mudanças pretendidas. As falas do grupo focal:

O Protocolo foi implantado no momento em que o município assumiu a municipalização, convivendo com os resquícios do funcionamento do Estado.

O trabalho tem que ser puxado, através de tarefas, atividades, monitoramento. A auto-gestão é difícil, tem que ter alguém fazendo cobrança, senão a tendência das pessoas é ir se acomodando. Vai se deixando de lado.

Essa última fala pode apoiar-se nos pressupostos de Campos sobre o método de co-gestão:

Toda relação dialógica, democrática ou comunicativa, depende da capacidade de análise e de intervenção dos Sujeitos produtores, mas depende também da capacidade [...] de organização de fluxos de poder. Por isso sugere-se a Co-gestão e não autogestão como alternativa de governo.

- ▶ Dificuldade em conciliar as ações do Protocolo com os programas do Ministério da Saúde

As verbalizações num dos grupos focais, assinalou a difícil convivência das propostas, considerando as contradições e também o volume excessivo de trabalho: “é difícil conciliar os programas do MS com o que o Protocolo propõe. Há contradições. É uma dificuldade”. É bem verdade, nesse aspecto, que o Ministério da Saúde ainda tem adotado posturas centralizadoras em relação à formulação de programas e estratégias, dificultando a consolidação do princípio da autonomia de gestão dos municípios.

- ▶ Falta de medidas administrativas

Essa colocação está referida a denúncias de usuários relacionados a atendimentos inadequados que não seguem as orientações do Protocolo.

- ▶ Não condizente com a realidade

Esse apontamento no questionário não está explicado. Possivelmente refere-se a outras questões já assinaladas.

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

Muitos dos indicadores apresentados nesse item também foram abordados em itens anteriores. Destaca-se a importância de atualizar o protocolo permanentemente e de forma participativa, aprofundando os temas recomendados pelos trabalhadores e gerentes, especialmente no momento atual, atendendo às necessidades colocadas pela nova estratégia do PraVida Caxias. Outro aspecto enfatizado refere-se à necessidade de revisão do processo da ação do Cremers e da ordem de serviço municipal que coloca alguns impedimentos para o trabalho dos enfermeiros e nutricionistas.

Ao atualizar, ampliar ainda mais a participação dos profissionais para dar maior legitimidade. No processo de revisão envolver mais todos os trabalhadores para aumentar a adesão. No nível teórico, precisaria aprofundar melhor alguns aspectos, como, por exemplo, a questão do projeto terapêutico, a interdisciplinariedade e da integralidade. Com o projeto PraVida Caxias, o protocolo será uma ferramenta bem importante. Será utilizado para avaliar o plano local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Protocolo das Ações Básicas de Saúde tem se configurado como um instrumento importante para o fortalecimento da atenção básica e para a construção de sujeitos coletivos, na medida em que (a) tem desafiado o município de Caxias do Sul a repensar as suas ações e serviços a partir do espaço das

Unidades Básicas de Saúde e (b) provocado o estabelecimento de um novo modo de gestão instituinte de novos contratos e compromissos entre as diferentes instâncias e atores do sistema de saúde.

Levando em conta os resultados, um dos primeiros aspectos a destacar é que as contribuições do Protocolo e a sua utilização pelos gestores não têm acontecido de forma linear. Diferentes situações no processo de gestão têm demarcado diferentes sentidos de contribuições, e a sua utilização tem ocorrido para cumprir finalidades também diferenciadas, especialmente dependendo da instância em que está situado o gestor e dos interesses por ele disputados. Essa relação situacional é percebida, por exemplo, através de expressões manifestadas pelos gestores em que eles utilizam diferentes tempos verbais para se referirem ao Protocolo. Os verbos são conjugados no passado, no presente e no futuro (“o Protocolo ajudou”, “auxilia” e “irá auxiliar”), revelando que há um processo em construção tentando libertar-se do modelo hegemônico instituído, em que o Protocolo inscreve-se como um dos dispositivos agenciadores desse movimento instituinte.

As informações obtidas através do questionário e dos grupos focais revelaram que o Protocolo tem sido uma importante ferramenta para os gestores do nível central e da rede básica e suas equipes. Por suas propriedades de definição da política de saúde, de publicização do projeto governamental, de orientação do planejamento e dos processos de trabalho (utilização em oficinas, capacitações e reuniões de equipes), de apoio técnico, e de uniformização das condutas assistenciais.

Como ferramenta de gestão para os gestores em suas diferentes atividades, tem contribuído em três sentidos.

- ▶ no campo político, enquanto um dispositivo definidor e difusor da direcionalidade do projeto institucional que busca a transformação das práticas sanitárias para superar um gradiente de problemas e nós críticos presentes nas práticas vigentes (a proposta de um novo modelo technoassistencial);
- ▶ no campo operacional, enquanto um dispositivo interrogador dos processos de trabalho, na medida em que tem indagado “o como” se trabalha, “o que” está se produzindo e “para quê” se está trabalhando. Esse sentido tem possibilitado desvelar o modo como os sujeitos institucionais governam o seu cotidiano, bem como os seus jogos intencionais, além de alavancar debates interrogando questões como

missão do serviço, responsabilidades dos profissionais frente a essa missão, e necessidades de reorganização dos processos de trabalho, ficando perceptível o Protocolo como uma ferramenta mediadora das práticas e da organização dos planos e projetos assistenciais.

- ▶ no campo técnico, como a maioria dos protocolos tradicionais, enquanto um dispositivo regulador das práticas de saúde, considerando que apresenta um acervo de racionalidades técnico-assistenciais.

No entanto, mesmo que seja importante agregar tecnologia à “caixa de ferramentas” dos gestores e das equipes com vistas a mudanças de processos de trabalho, é preciso ter claro que pensar a transformações institucionais é um desafio complexo. É preciso distinguir que mudanças de processos de trabalho envolvem situações de alta complexidade em termos qualitativos.

Por fim, os gerentes, muitas vezes, têm se frustrado por não conseguirem processar suficientemente a proposta do Protocolo com suas equipes. De um lado, existem dificuldades para realizar reuniões com as equipes em razão do seu aprisionamento às atividades assistenciais e, de outro, há dificuldades para promover a adesão dos trabalhadores ao projeto tecnoassistencial, já que nem todos estão aderidos ou se dispõem a participar das rodas de conversas. É preciso destacar que esse protocolo não é um simples manual de rotinas. Antes disso, ele é o desenho de um projeto institucional e, nessa dimensão, ele aciona os demais projetos em disputa no interior dos serviços de saúde.

É nesse sentido que devemos continuar nos desafiando no campo da saúde pública, acreditando nas construções coletivas, criando ferramentas e métodos de gestão capazes de auxiliar os gestores e trabalhadores a impulsionar novos jeitos de operar e produzir saúde, consolidando uma ação governamental cada vez mais comprometida com a defesa da vida individual e coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/1993.
- CAMPOS, Gastão W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.229-266.

CAMPOS, Gastão W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, Margareth Lucia Paese. *Contribuições do Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida para o processo de gestão do SUS em Caxias do Sul*. Monografia apresentada no Curso de Especialização Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida. CAPRA; Margareth L. P. (Org). Caxias do Sul: Solar Editoração & Design, 2000.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica, 2000.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Operativo, 2001

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002/2005, 2002.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto de Expansão das Equipes de Saúde da Família, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997, v.13, n.3, p.469-478.

MATUS, Carlos. *Política, Planejamento e Governo*. Tomo I e Tomo II. Brasília: IPEA, 1996.

MERHY et al. Em busca de ferramentas analisadoras de tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.113-150.

MERHY, Emerson E. *A Saúde Pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E. ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.71-150.

MISOCZKY, Maria Ceci. *O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa editora/PDG Saúde, 2002.

SILVA JÚNIOR, Aluísio. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E CIRURGIÕES DENTISTAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Betina Schwingel
Neusa Rolita Cavedon*

INTRODUÇÃO

Saúde, doença, cura, remédios, prevenção, todas essas palavras possuem significados para as chamadas ciências da saúde, significados esses que remetem a saberes inscritos em um universo onde a prescrição configura-se como sendo a tônica. Quando essas terminologias vêm-se atreladas a uma outra área do conhecimento, qual seja, a educação, forjando o que se denomina de educação em saúde, novos saberes são agregados e é preciso que se identifiquem as significações decorrentes dessa aglutinação.

Assim, essa pesquisa tem por objetivo geral identificar as representações sociais sobre educação em saúde de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família (ESF). E, por objetivos específicos: identificar o que significa saúde para os médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de ESF; identificar como esses profissionais entendem o que deva ser educação em saúde; verificar suas representações sobre aqueles sujeitos para os quais está direcionada a atividade de educação em saúde; comparar o senso comum presente nas falas dos entrevistados com as concepções teóricas sobre educação em saúde.

A relevância em se realizar esse estudo encontra justificativa no fato de que os médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família (PSF) freqüentemente revelarem, em suas falas, que grande parte da população negligencia as orientações dadas pelos profissionais de saúde e, portanto, não estariam apreendendo os conhecimentos que lhes são transmitidos.

O recorte para a inserção em campo privilegiou equipes de saúde da família de quatro municípios vinculados à Coordenadoria Regional de Saúde sediada em Lajeado (cidade distante 119 km da capital), no estado do Rio Grande do Sul.

O trabalho encontra-se estruturado de modo a familiarizar o leitor com os aspectos teóricos relacionados à temática das representações sociais e aos estudos desenvolvidos sobre educação em saúde. A seguir apresentar-se-á o método utilizado para a obtenção dos dados. Na seqüência serão reveladas as representações constantes nas falas, bem como far-se-á as análises pertinentes, encerrando-se com algumas considerações finais.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL

As representações sociais são entendidas como um saber presente no senso comum e refletindo-se no cotidiano de um determinado grupo social. Trata-se de um conhecimento que circula da ciência para o senso comum e vice-versa, numa negociação constante entre o individual e o coletivo, e que orienta as ações e projetos do grupo social em questão (Queiroz, 2003; Jovchelovitch, 2003; Moscovici, 2003).

Ao se falar de Representações Sociais se está tratando de vidas individuais inseridas em um mundo social, vidas que são formadas e construídas em uma relação com a realidade social. Tanto o mundo social, como a atividade do sujeito, são determinantes para a Representação Social, sendo que nela se expressa a força do coletivo, decorrente da dinâmica social e, ao mesmo tempo, se expressam os esforços de sujeitos sociais que desafiam o coletivo e, até mesmo, o transformam. “O indivíduo tanto é um agente de mudança da sociedade como é um produto dessa sociedade.” (Farr, 2003, p. 51)

Para Moscovici (2003) o conflito entre o individual e o coletivo é essencial quando se fala de Representações Sociais, já que faz parte tanto das experiências de cada indivíduo, assim como é realidade fundamental da vida social. Existe a coexistência entre ambos, pois em toda cultura há normas e instituições que levam tanto à individualização como à socialização e, portanto, as representações decorrentes trazem embutido esse conflito.

A Representação Social é um fenômeno psicossocial, sendo que ela se estabelece no espaço público, onde sujeitos sociais procuram dar sentido ao mundo, criando símbolos individuais e coletivos e desenvolvendo uma identidade social. Quando se dá a construção coletiva de símbolos, isto é,

produção de Representação Social, se está falando de fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social. O social envolve uma dinâmica onde se dá o confronto e ocorrem relações entre o sujeito e outros sujeitos. O social não é, portanto, um mero agregado de indivíduos, assim como Representação Social não é um agregado de representações individuais (Jovchelovitch, 2003).

O social e a Representação Social se distinguem da agregação de indivíduos e de representações individuais devido ao processo de formação e transformação que se dá no social. No âmbito social ocorrem comunicações, trabalhos, relações, mitos, símbolos, discursos, rituais, ou seja, mediações sociais que não existiriam num mundo de indivíduos isolados. As RS surgem através de mediações sociais e são, elas próprias, mediações sociais. Elas são desenvolvidas por atores sociais, em um lugar em que cada um vai além da própria individualidade para entrar no domínio da vida em comum, com a internalização do outro, procurando interpretar, entender e construir o mundo.

As Representações Sociais, conforme Minayo (2003), se expressam por palavras e comportamentos, sendo que a autora considera a linguagem “a mediação privilegiada para a compreensão das Representações Sociais” (Minayo, 2003, p. 110), já que a palavra é determinada pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política de uma sociedade. As palavras, portanto, não são a “realidade”, mas representam a mistura de idéias das classes dominantes, do povo, do governo, e expressam os conflitos nas relações sociais, com aspectos tanto de dominação como de resistência, tanto de contradições como de conformismo.

Ao buscar-se conhecer as Representações Sociais de um grupo, deve-se, conforme Spink (2003), levar em consideração as falas de indivíduos como sendo manifestações de tendências do grupo ao qual o indivíduo pertence. O indivíduo deverá, portanto, ser considerado um “sujeito genérico – como o grupo no indivíduo” (Spink, 2003, p. 123), já que é na teia de relações sociais, no espaço de interações, que se dão as construções de significados sociais e transformações da realidade social.

De acordo com Rey (2003) a Representação Social é constituída por vários elementos de sentido e de significação que circulam na sociedade e são procedentes de diferentes experiências do sujeito, dando ao conhecimento social não apenas uma dimensão subjetiva, mas também simbólica. A Representação Social aparece nas falas dos atores que partilham um determinado universo

cultural revelando aquilo que é senso comum. Para Victora, Knauth e Hassen (2000) a representação social “para aqueles que a compartilham, ela é a própria realidade”. As Representações Sociais representam uma construção socialmente produzida onde, conforme Rey (2003), o senso comum acaba se apropriando de produções desenvolvidas por outras esferas sociais, como a ciência e a política.

Spink (2003) também levanta um aspecto relevante para a análise das Representações Sociais, quando aponta que os seus conteúdos são essencialmente heterogêneos. No entanto, refere que “embora paradoxal, aceitar a diversidade implícita do senso comum não significa necessariamente abrir mão do consenso, pois algo comum sempre sustenta uma determinada ordem social” (Spink, 2003, p. 123). Como se refere ao campo social, sempre há a possibilidade de movimento, mudança, abertura à novidade e à contradição.

Os indivíduos de um mesmo grupo social podem ser bastante diferentes quando analisados em suas personalidades e aspectos psicológicos, mas quando observada a estrutura básica das experiências sociais, pensamentos, ações, padrões de linguagem, racionalizações e hábitos, percebe-se que há expressiva similaridade entre eles. As Representações Sociais são, para Wagner (2003, p. 173), “disposições mentais” que, apesar de diferentes em certos aspectos, representam “variações de um padrão comum subjacente, possível dentro de dadas condições sócio-culturais de vida”. Para o autor, na avaliação social, é necessário definir a condição social que originou uma Representação Social e, também, analisar e justificar a relação estrutural que existe entre condição social e Representação Social. No caso de profissionais que atuam em áreas científicas, o autor afirma que as crenças e convicções sobre ciência e as técnicas de trabalho científico que os profissionais expressam, não se originam apenas das orientações técnicas e teóricas anteriores, como da Universidade, mas se relacionam, em grande parte, com as condições organizacionais de seus atuais locais de atuação profissional.

No entender de Sá (1995), estes saberes do senso comum ou “consensuais”, que são as Representações Sociais, ocorrem, em grande parte, a partir de saberes científicos e de pensamentos eruditos, que são saberes e pensamentos dos universos “reificados”. Estes conhecimentos dos universos “reificados”, com seu rigor metodológico, teorização abstrata, hierarquização e compartimentalização em especialidades, são apropriadas pelo senso comum e são transformados e repassados através de diversos divulgadores,

principalmente pelos meios de comunicação de massa. A criação de RS é seguida, conforme Sawaia (1995), por uma fase ideológica, na qual estes saberes, as representações, são apropriados por órgãos institucionalizados com a marca de serem conhecimentos criados socialmente, mas com legitimação científica.

Na pesquisa se deve considerar a Representação Social e o comportamento coletivo como um só fato, e não como dois aspectos de um fenômeno. Não é possível separar representação social do comportamento coletivo, nem deverá o comportamento ser explicado causalmente pela representação social, já que o comportamento aparente é apenas uma das expressões possíveis da representação, assim como também a representação poderá ser expressa pela linguagem e por outros resultados de comportamentos e ações. A Representação Social, para Wagner (2003), é um complexo indivisível que só faz sentido se integrar elementos simbólicos, mentais e comportamentais. De acordo com o mesmo autor, a representação social não explica causalmente o comportamento coletivo mas, “enquanto relacionado a crenças, o comportamento manifesto é parte e conteúdo da própria representação social, é a consequência do comportamento no mundo social que se necessita explicar pelo complexo representação/ação. O comportamento e a ação estão lógicos e necessariamente conectados a crenças representacionais, mas suas consequências não estão. A ação e as consequências da ação são duas coisas diferentes” (Wagner, 2003, p. 178).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, tanto nas escolas como junto às comunidades, foi, e continua sendo, orientada pelas políticas públicas e marcada por elas a cada período histórico-político por que passou e passa o país. A orientação para a educação em saúde está sempre relacionada à concepção de saúde e de cidadania que se defende teórica e politicamente em um dado momento histórico.

Na primeira metade do século passado saúde se apresentava como ausência de doença, cidadania remetia a um conjunto de direitos definidos por lei, e a educação em saúde previa a instrução de pessoas para adquirirem bons hábitos de saúde, com um forte componente moral e disciplinar, onde o padrão de ideal era o das classes dominantes.

Na segunda metade do século, principalmente durante o período da ditadura no Brasil, estas concepções de saúde, cidadania e educação em

saúde começam a ser fortemente questionadas. Com o fim da ditadura as leis passam a se orientar por direitos fundamentais de cidadania. Um marco desse processo é a definição de saúde construída no movimento pela reforma sanitária e expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 1986, p. 382).

Essa definição se contrapõe à tradicional abordagem da Organização Mundial da Saúde, que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como o completo bem estar físico, mental e social. Trata-se de uma definição vaga, genérica e ahistórica. Em vez disso, os protagonistas do movimento sanitário buscam uma concepção de saúde que seja capaz de “explicitar as condições de igualdade social”. A saúde, entendida como condicionante e como resultante de um conjunto de fatores teria a potencialidade de ampliar o campo da luta pela saúde, tornando-a simultaneamente uma luta pela democratização das relações sociais e por direitos de cidadania (Escorel, 1989, p. 182).

Assim como saúde e cidadania estão relacionadas entre si e dependem da capacidade reivindicatória e da conquista dos indivíduos e sociedades, também a educação em saúde está imbricada nessa relação e depende da organização e luta pelos direitos. Essa articulação entre saúde, cidadania e educação em saúde se dá permanentemente, já que ocorre no interior dos processos coletivos, com a luta pela garantia dos direitos sociais.

A educação em saúde, então, só se efetiva quando há exercício de cidadania e quando permite a conquista do direito à saúde. O modelo de atenção onde as pessoas são consideradas responsáveis pela própria saúde, devendo seguir normas de comportamentos estabelecidas, e onde o profissional é considerado aquele que sabe qual é a atitude mais saudável para o usuário, é, de acordo com Gastaldo (1997), uma educação em saúde “tradicional”. De acordo com

esta visão a única opção aceitável, por parte do usuário, após participar de atividades de educação em saúde, é seguir as orientações de prevenção apresentadas pelos profissionais. Se não o fizer, sua opção é considerada como uma falha pelos profissionais. Profissionais, estes, que se consideram detentores da verdade, responsáveis por instruir aqueles que supostamente nada sabem a incorporar hábitos e atitudes considerados por eles como os mais saudáveis.

É esta, portanto, uma educação em saúde com objetivo de normalização através de mudanças comportamentais prescritas, reforçando padrões de saúde estabelecidos externamente para a população. Para Meyer (2000, p. 74) as normas se concentram nos profissionais, que as impõem ao usuário, do qual é esperada a submissão. “A educação para ser saudável supõe, pois, aprender com especialistas a reproduzir em sua vida essas regras universais e inquestionáveis que garantem a vida saudável.” Há, desta forma, a possibilidade de controle da população através de uma política de educação em saúde. Trata-se de uma saúde que depende diretamente do indivíduo, responsável pelas atitudes e hábitos que supostamente levam a uma boa saúde. Saúde que se obtém apenas seguindo as normas inquestionáveis dos “especialistas”. Saúde que exclui outros saberes e práticas, desconsiderando processos sociais, históricos e culturais, nos quais se constroem identidades e conhecimentos. Essa visão revela a ótica etnocêntrica dos profissionais da saúde, etnocentrismo que consiste na valorização do saber científico em detrimento do saber popular, o primeiro considerado superior e o segundo crendice, conhecimento inferior, numa postura que revela hostilidade para com o outro (Rocha, 2003).

Nesta concepção, onde os indivíduos têm a responsabilidade pela própria saúde, os profissionais de saúde tendem a ver os problemas de saúde como resultantes do descaso dos indivíduos com os hábitos de vida e atividades diárias. “O problema de saúde, portanto, é uma evidência desse descaso ou negligência, e a vítima deve-se sentir culpada por tê-lo provocado. Isso se aplica especialmente a condições estigmatizadas, tais como obesidade, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e, (...) em certa medida, Aids” (Helman, 2003, p. 125).

Estudos desenvolvidos por antropólogos (Loyola, 1984; Boltanski, 1989; Quintana, 1999; Adam e Herzlich, 2001) evidenciaram a importância de se compreender a doença e a saúde sob a ótica da realidade cultural dos sujeitos, respeitando-se as diferenças de interpretação decorrentes das classes sociais.

No entender de Valla (2000), os saberes são construídos a partir de vivências, da comunicação entre indivíduos de um grupo social e das informações disponíveis em seu mundo e que são, ou não, assimilados por eles. No entanto, o sujeito sempre re-significa as mensagens que lhe chegam e, muitas vezes, quando não fazem nenhum sentido, não as tornam parte de seus saberes. Nesta mesma vertente de pensamento encontra-se Oliveira (2003), ao afirmar que as histórias e experiências de vida dos indivíduos e grupos constroem as suas realidades compartilhadas e eivadas da diversidade de saberes.

Contrapondo-se a forma tradicional de educação em saúde, Gastaldo (1997, p. 152) apresenta uma educação em saúde “radical” como uma prática de promoção de poder e democratização do conhecimento, oportunizando ao indivíduo o exercício da autonomia e liberdade e que “propõe que as pessoas controlem sua própria saúde. Este enfoque está comprometido com o combate às desigualdades sociais de forma ampla e promove a participação comunitária em questões relativas à saúde. De acordo com este referencial, a educação em saúde tem se constituído numa prática que capacita indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações a partir de suas próprias prioridades”.

Os saberes produzidos pela população podem propor e modificar políticas públicas, também na área da saúde, de forma que o conhecimento popular pode levar à conquista das mudanças necessárias e à transformação da sociedade, nas relações de poder e nas condições de vida da população (Marteleteo e Valla, 2003).

Um novo paradigma, com a revalorização de saberes e práticas não hegemônicas das sociedades oprimidas pelas diferentes formas de poder é sugerido por Santos (1997, 329-330). Para o referido autor se faz necessária a relação horizontal entre saberes como ponto de partida para que, então, ocorra um processo de argumentação para a validação ou não destes saberes. Estes saberes, portanto, não são validados pela intemporalidade, mas representam “um conhecimento retórico cuja validade depende do poder de convicção dos argumentos em que é traduzido. Daí que o novo paradigma preste particular atenção à constituição das comunidades interpretativas e considere seu objetivo principal garantir e expandir a democracia interna dessas comunidades, isto é, a igualdade do acesso ao discurso argumentativo”.

Argumentação, comunicabilidade e permeabilidade dos conhecimentos permitem a concorrência e a convergência entre os diversos saberes, e a

educação em saúde se atualiza quando abre caminho para uma lógica de compartilhamento dos saberes populares e científicos. Marteleto e Valla (2003) denominam esses novos saberes de “terceiro conhecimento”, por ser um conhecimento que faz a articulação entre conhecimento especializado, técnico-científico ou expresso na mídia, com o conhecimento popular, construído a partir das experiências dos indivíduos e grupos populares, de modo que a educação em saúde deixa de ser a transmissão linear de informações, e se torna um processo em que informações circulam e são re-apropriadas de acordo com saberes e valores dos grupos sociais. São conhecimentos que adquirem novos sentidos na intercomunicação.

No caso dos profissionais de saúde são as diversas informações circulantes no mundo acadêmico e social e aquelas decorrentes das lutas que se dão no campo das ciências. É difícil, para eles, entender que os indivíduos constroem seus saberes para interpretar e explicar a realidade. De acordo com Valla (2000), em situações onde não encontram explicação lógica, os indivíduos recorrem ao raciocínio mágico ou, como no caso da doença sobre a qual não possuem controle, explicam a enfermidade como decorrente da ação de forças externas. O senso comum popular é, pois, uma teoria imediata, de saberes construídos, acumulados, sistematizados e compartilhados pelos indivíduos e grupos, dando-lhes as explicações e sentidos que necessitam para entender seu mundo e alcançar as mudanças possíveis.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo realizado através de um questionário constituído de três questões abertas, portanto, consoante com aquilo que se postula no âmbito das teorizações referentes às representações sociais, pois para Moscovici (2003, p. 88): “as palavras são importantes, pois respondem por tudo o que acontece em cada esfera possível de realidade.”

O grupo investigado é formado por dez profissionais, pertencentes a quatro municípios. A escolha dos municípios levou em conta: 1) a existência de, pelo menos, uma Equipe de PSF no município; 2) ao menos uma das equipes do município deveria ter profissionais de saúde bucal, além de médico e enfermeiro. Assim, foram entrevistados dez profissionais nos quatro municípios escolhidos, denominados aqui como municípios A, B, C e D. O grupo resultante é composto por dez profissionais, quatro médicos, quatro enfermeiros e dois

cirurgiões dentistas. Considerando-se que as equipes de saúde da família são compostas por outros profissionais além desses, se justifica a pesquisa junto a apenas estas três categorias profissionais por serem eles os indivíduos com maior implicação no objeto do estudo. São os profissionais responsáveis pela coordenação das equipes. Além disso, são os profissionais chamados para capacitações e reuniões pela Coordenação Regional, ou seja, aqueles que fazem a ligação entre a Coordenação Regional e a equipe, capacitam os demais membros da equipe de PSF, inclusive sobre educação em saúde, e que têm manifestado, em reuniões e supervisões, a frustração em relação à atividade de educação em saúde. Porém, a pesquisa apresenta uma limitação ao considerar os três grupos de forma homogênea, sem procurar as especificidades de cada categoria profissional.

A coleta de dados foi realizada mediante um questionário que contemplou as seguintes questões abertas: (a) o que, para você, significa saúde?; (b) o que você entende por educação em saúde?; (c) faça algumas considerações sobre aqueles a quem se direciona a educação em saúde.

Após a coleta de dados, realizou-se a leitura do conjunto de respostas, para a apreensão dos significados que foram aglutinados compondo as categorias previamente definidas (Gomes, 1998) que, por sua vez, apresentam temas analisados à luz do referencial teórico sobre a temática em questão.

SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CONHECIMENTOS REPASSADOS

As categorias previamente definidas apresentaram temas e se mostraram reveladoras de uma dada realidade sócio-cultural compartilhada pelos profissionais de saúde. Cada categoria, com seus temas, será apresentada e analisada.

Categoria “saúde”

Saúde é bem estar

É o bem-estar bio-físico-psíquico do ser humano.

É o bem estar físico e mental do indivíduo.

Bem estar biológico, psicológico e social.

É o bem estar físico, mental e social.

Bem-estar, estar de bem com a vida.

É o bem-estar físico, psíquico e social de um indivíduo em relação ao meio ambiente e demais indivíduos.

É o bem estar geral, total, tanto físico como emocional, além do local onde moram e seu trabalho.

Ter bem-estar social: como está a comunidade, o que falta à comunidade, como a família está inserida na comunidade?

▶ Saúde é algo integral

O ser humano deve ser visto como um todo e ser tratado com respeito sobre seu corpo, mente, crenças e costumes.

As doenças psiquiátricas se apresentam como doenças físicas, por isso é necessário considerar a saúde mental e considerar saúde no seu sentido completo.

É ver o usuário sobre todos os aspectos em que vive, sua família e comunidade em geral.

É a ausência de uma patologia associada ao indivíduo gozar de boas condições psicológicas e sociais.

Visão ampla.

É um conjunto de fatores.

Não dirigir-se somente ao bem estar físico, e sim social, mental e espiritual.

Está bem além da relação agravo/cura.

Há muitos problemas sociais que exacerbam os agravos, deve estar intimamente relacionada com o estado e qualidade de vida das pessoas.

O todo onde vivemos e convivemos.

▶ Saúde é obter o equilíbrio dos diferentes aspectos

Inúmeros fatores precisam estar em equilíbrio.

É o estado de equilíbrio de uma pessoa, quando não há desarmonia nos elementos que constituem corpo e mente.

[...] órgãos em perfeito estado de funcionamento com a faixa etária, harmonia psíquica, equilíbrio financeiro, alimentação saudável, sem agro-químicos e equilibrada, ter momentos de lazer e atividade física. Resumindo, estamos todos doentes.

▶ Saúde é ter bons hábitos e infra-estrutura que os garantam

Ter bons hábitos leva a uma vida saudável, mesmo que o ambiente interfira na vida das pessoas.

Ter horas de lazer, saneamento básico, água potável, ar com menos poluição.

Não ter doença ou dor, ter higiene, boa alimentação, atividade física, bem estar, moradia, água tratada ou filtrada e trabalho.

Ter qualidade de vida.

É ter capacidade de exercer funções e de trabalhar.

Ter capacidade de funcionar em sociedade e de se relacionar com os outros.

Os significados identificados nos discursos dos profissionais permitem apreender a representação de saúde como uma manifestação bastante consensual. A frequência de significados semelhantes é expressiva.

O entendimento de saúde que leva em conta o “bem estar” e “algo integral” reflete o quanto a Representação Social é resultante de saberes oriundos de conhecimentos legais, teóricos e do compartilhamento destes saberes com outros profissionais de saúde. Neste primeiro tópico temático, fica aparente que, há, entre esses saberes compartilhados, saberes dos universos “reificados” (Sá, 1995).

A definição que considera o indivíduo sob a lógica do físico, do social e do emocional em equilíbrio é um dos saberes circulantes sobre saúde. É interessante observar que os significados na categoria “Bem estar” são muito semelhantes entre si, inclusive na formação textual. No entanto, os significados de cada um dos componentes do “bem estar” (físico, mental e social) foram pouco explicitados pelos entrevistados. Nos outros temas desta categoria, há algumas tentativas de dar sentido a essa concepção de saúde, procurando definir o mental e o social. No caso do “mental” percebe-se a pouca familiaridade dos profissionais com esta área. Apenas uma explicitação apareceu no discurso (“as doenças psiquiátricas se apresentam como doenças físicas”).

No “social” há mais referências, no entanto, não há clareza em como o “social” se integra, na prática, às ações do campo da saúde. Há a referência de que esse fator é “condição” para o sujeito ter saúde, uma pré-condição, para depois haver saúde. No entanto, não há no discurso referência à construção de cidadania vinculada à questão da saúde. Não há, conforme Meyer (1998), saúde plena se saúde e cidadania não estiverem relacionadas, ocorrendo no interior dos processos coletivos, também não será saúde plena se saúde e cidadania não forem resultantes de lutas e conquistas dos indivíduos. A população “ser agraciada” com o “social” não lhe garante cidadania e saúde.

Percebe-se, portanto, nos significados desta primeira categoria que saúde é concebida dentro de uma visão descolada das noções de cidadania e muito próxima daquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde e, ainda,

distante dos postulados defendidos pelo movimento sanitário e que embasou a construção do SUS.

Categoria “educação em saúde”

Os profissionais de saúde, nesta categoria, reforçam aquilo que externaram quando da definição do que entendem por saúde, deixando explícita ou implícita uma visão restrita de saúde, onde a prescrição também perpassa o universo da educação em saúde.

▶ *Educação em saúde ocorre através da diversidade temática*

Abordagem não só da doença e saúde, mas outros temas da realidade da comunidade, como a estiagem.

Diversos temas trabalhados: higiene, cuidados com o corpo, cuidados com alimentação, convívio em comunidade, saúde do recém-nascido, gestante, puérpera, saúde da mulher, do homem, da terceira idade.

Assuntos são escolhidos pelas pessoas, os Agentes Comunitários passam nas casas e perguntam o assunto

São abordados temas da saúde.

Hipertensão, saúde da mulher.

Doenças endêmicas e epidêmicas.

Palestras sobre alcoolismo, tabagismo, hipertensão, diabetes.

▶ *Educação em saúde se faz repassando conhecimentos com uma linguagem para leigos através de palestras e oficinas*

Repassar conhecimentos com linguagem adequada à recepção e absorção.

Grupos e palestras para os usuários, com linguagem para leigos.

Pessoas devem assistir palestras.

Repasse das informações aos usuários com linguagem para leigos.

Dar informações básicas que podem evitar problemas individuais e coletivos.

É fornecer informações que possam vir a contribuir para o bem estar das pessoas.

De se passar o saber continuamente.

O desequilíbrio dificulta o repasse de informações para os que recebem o treinamento. Leva-se muito tempo para atingir um nivelamento, e talvez nunca o atingiremos.

A pessoa que recebe o conhecimento é educada para a saúde.

Forma orientada de se passar o saber.

É saber ouvir e orientar, justificando o motivo da orientação, as conseqüências de atitudes e hábitos incorretos.

► *Educação em saúde se dá mediante explicitação de padrões a serem seguidos*

Os bons hábitos.

Orientações para a pessoa viver de maneira saudável: praticar esportes, caminhar, cuidar da alimentação.

Deve levar as pessoas a ter uma alimentação saudável, boa saúde bucal, usar medicação prescrita por médicos e observar horários, ter uma gestação com acompanhamento do pré-natal, um bom planejamento familiar.

Dar orientações para a pessoa prevenir doenças fazendo exames periódicos.

Demonstrar aos usuários a melhor forma de se portar, de se alimentar, não impondo.

Mostrando como a pessoa deve se portar [...] podendo participar nos assuntos do momento e podendo explanar sobre suas experiências de vida ou próprios conhecimentos adquiridos.

Mostrar várias formas de prevenção e promoção da saúde.

Orientar pessoas a substituir certos tabus ou crenças por critérios científicos.

Informações sempre dirigidas a ter cuidados que resultem em verdadeira saúde.

A educação em saúde se dá mediante o repasse dos conhecimentos e informações dos que sabem para os que não sabem. Essas manifestações dos profissionais se opõem a um processo de construção de saberes, onde o sujeito é ativo, está em relação e disputa com outros sujeitos, posicionando-se e dando significados ao mundo.

Ao se analisar essa categoria temática, percebe-se que os conhecimentos e a cultura dos sujeitos não são reconhecidos como válidos pelos pesquisados, sendo estes saberes considerados um impedimento para a recepção dos conhecimentos científicos. A expressão “devem substituir certos tabus e crenças por critérios científicos” deixa evidente como o saber dominante toma para si a legitimidade e desvaloriza outras formas de conhecimento. Outros saberes, que não aqueles confirmados cientificamente, são marginalizados.

Os profissionais não conseguem perceber que as doenças são analisadas pelos pacientes em face do imaginário coletivo, portanto, como afirmam Adam e Herzlich (2001, p. 76): “ (...) a própria noção de doença serve também de suporte à expressão de crenças e valores mais amplos. A interpretação coletiva da doença efetua-se sempre em termos que envolvem a sociedade, suas regras e a visão que dela temos: a concepção que temos de doença manifesta nossa relação com a ordem social”. Ao negligenciar os saberes dos pacientes, os profissionais inviabilizam a oportunidade de acontecer comunicação, argumentação e compartilhamento de saberes, pois os saberes dos sujeitos são oprimidos, desprezados ou subordinados.

A ação preventiva dos profissionais parte do pressuposto de que as pessoas atuam de modo racional modificando seus comportamentos diante da percepção de que algo pode lhes causar danos à saúde e de que, se atuarem de determinada maneira, essa ameaça será minimizada. Ocorre que os sujeitos não são perfeitamente racionais e evitar riscos

à saúde nem sempre representa o objetivo principal de suas ações (Adam e Herzlich, 2001).

Por sua vez, Quintana (1999) evidencia que a medicina se articula por todo o contexto social, ou seja, ela perpassa o mundo do trabalho, da família, do urbanismo, do trânsito, portanto, a doença não pode ser vista só sob a ótica do orgânico e do individual, ela precisa ser analisada à luz do ambiente sócio-cultural do paciente. O referido autorressalta que, na sua vertente preventiva, a medicina tende a ser disseminada pelo universo social; porém, na prática terapêutica, o indivíduo tende a ser olhado isolado do contexto.

Desequilíbrio de conhecimentos entre as pessoas de uma mesma classe. Leva-se muito tempo para atingirmos um nivelamento, e talvez nunca o atingiremos”. Essa afirmação expressa a idéia de que os sujeitos de uma mesma classe deveriam ter todos o mesmo nível de conhecimento. Quer dizer, se ignora individualidades, diferenças, diversidade, e o processo em que se dá construção de conhecimentos. Processo que, na verdade, não pretende construir um discurso unificador, um único e válido saber, mas que leva em conta “as formas discursivas diversas e conflitantes entre si” (Marteleto e Valla, 2003, p. 14).

Na mesma classe de indivíduos é esperado nivelamento de conhecimentos, mas, entre as diferentes classes (profissionais e população),

as diferenças nos conhecimentos servem à manutenção da hegemonia, tanto de conhecimentos como de poder. A divisão de saberes perpetua um saber dominante e impede o questionamento e a valorização de sujeitos e grupos.

Os resultados esperados na educação em saúde são definidos pelos profissionais de saúde pesquisados, não havendo a possibilidade de a comunidade construir junto, de participar, de definir prioridades. Ao definir as metas os profissionais decidem pelos sujeitos quais objetivos eles devem ter para a própria saúde, como devem agir para não adoecer, e os instruem sobre como devem proceder para ter saúde.

A categoria “educação em saúde se dá mediante explicitação de padrões a serem seguidos” demonstra que, na maior parte dos significados, a educação em saúde pretende educar sujeitos a ter os hábitos, considerados como saudáveis pelos profissionais, através da recepção de informações. Os padrões de comportamento são prescritos e devem ser seguidos pelos sujeitos para garantir o êxito da educação em saúde. Percebe-se, também, que os resultados esperados são ações e atitudes que os indivíduos “devem” apresentar. A responsabilidade do êxito recai, portanto, sobre aqueles a quem está direcionada a atividade de educação em saúde.

A educação em saúde se torna, dessa forma, uma prática que normatiza as atitudes mais corretas, os hábitos considerados saudáveis e onde se dá o disciplinamento dos indivíduos. Estes indivíduos se tornam, então, responsáveis pela própria saúde (“as pessoas vão evitar problemas”; “pessoa prevenir doenças”). Caso venha a adoecer, o próprio indivíduo é responsável por não ter se submetido a todas as normas definidas pelos “especialistas” (Meyer, 2000).

Percebe-se, ainda, como a responsabilização do indivíduo pela própria saúde é freqüente no discurso dos profissionais. A educação em saúde é o meio através do qual se dá o repasse dessa responsabilidade. Há comportamentos que devem ser seguidos, é demonstrado como devem se portar os indivíduos e são apresentadas conseqüências de atitudes e hábitos incorretos, deixando claro aos sujeitos que a doença será resultante do descaso e a própria vítima deverá sentir-se culpada (Helman, 2003).

Há expressões em que ficam aparentes as contradições. “Nunca impor, mas sim, demonstrar a melhor forma”, isto é, o profissional de saúde determina “a melhor forma” de se portar, deixando claro que sabe qual é melhor forma e qual é o comportamento que o indivíduo deve apresentar. Ao mesmo tempo, se isenta de ser autoritário ao lembrar “nunca impor”.

Ao ser mencionado “grupo e oficina” pode-se pensar na possibilidade de ser oportunizado um espaço de fala e trocas, de compartilhamento de saberes, mas, na seqüência, “com linguagem para leigos” expressa que alguém vai falar para outros ouvirem. A linguagem deve ser diferente entre profissionais e população, marcando bem as diferenças entre classes. Manter linguagens diferentes, manter as diferenças entre os saberes, permite perpetuar as diferenças entre as classes sociais.

Nas falas há também algumas tentativas de colocar os sujeitos como participantes na educação em saúde, mas as contradições também aqui se fazem sentir. “Demonstrar aos usuários a melhor forma de se portar (...) podendo participar nos assuntos do momento e podendo explanar sobre suas experiências de vida ou próprios conhecimentos adquiridos.” Novamente a imposição da “melhor forma” junto à tentativa de dar voz ao sujeito.

Se se deseja compreender como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a ação, será conveniente sempre reportá-los às necessidades quotidianas da vida das pessoas de um lado e, de outro lado, às características de suas relações sociais. Os elementos da estrutura social, bem como os sistemas de valor e as referências culturais também têm uma função. Cuidar da saúde e da alimentação, por exemplo, depende em grande parte, de vários tipos de recursos e limitações, relacionados ao trabalho, à renda ou à vida familiar. Parar de beber ou de fumar pode ser uma decisão individual, baseada em alguma informação ou norma, mas é preciso, para se apreciar a dificuldade envolvida, compreender suas implicações relacionais estabelecidas pela cultura do grupo de pertença do indivíduo. (Adam e Herzlich, 2001, p. 86)

Os temas evidenciam uma educação em saúde “tradicional” (Gastaldo, 1997), em que sujeitos são receptores de informações, responsáveis pela própria saúde, sujeitos aos quais são impostas as normas de comportamento saudável.

Se há apenas um saber válido, apenas uma “verdade”, os sujeitos e seus saberes estarão excluídos deste lugar em que diferentes discursos e visões de mundo “disputam o monopólio da palavra e da verdade legítima” (Marteleto e Valla, 2003, p.19). Não há intercomunicação, há, sim, falas que devem se submeter às falas dominantes, com hierarquia de saberes e poderes.

Categoria “percepção sobre os educandos em saúde”

▶ *Educandos passivos e sem iniciativa*

Sujeitos sem iniciativa própria.

Não se interessam pelo tema e não sugerem outros.

São os que recebem o treinamento.

Têm bastante carência em informações básicas.

Geralmente trazem conceitos pré-formados, orientações da família, e reagem contra certas informações.

Muitos estão presos a hábitos culturais, o que dificulta o aprendizado.

Reações percebidas como negativas

- ▶ Avaliam como algo desnecessário, pois são impostas regras, o que foge das suas rotinas.
- ▶ Alegam falta de tempo para receber, ouvir ou desenvolver educação em saúde.
- ▶ Preconizam educação em saúde sempre como segundo plano.
- ▶ Acham que o tema abordado não é importante.

Ao se analisar os significados dados pelos profissionais de saúde aos educandos, verifica-se uma coerência em relação à noção etnocêntrica presente na definição de saúde e de educação em saúde, qual seja, a de que os educandos são indivíduos considerados “carentes” e incapazes de gerar conhecimentos, de terem uma ação e de se articularem em torno de iniciativas. São sujeitos cujos saberes são considerados insuficientes, motivo pelo qual deverão, passivamente, “receber” os saberes dos profissionais. Como refere Valla (2000), os saberes são oferecidos à população, pois os profissionais consideram o conhecimento popular inferior. Boltanski (1989) também faz menção ao descaso com que os médicos costumam lidar com os pacientes de classes populares, pois os consideram com baixo nível de instrução, fechados em sua ignorância e em seus preconceitos, incapazes de compreender a linguagem e as explicações do médico, cuja única opção consiste em ordenar o que fazer sem comentários, afinal os conselhos não seriam compreendidos. O autor cita o exemplo das noções de higiene repassadas para as mães no tocante à esterilização das mamadeiras, que nem ao menos comportam a elucidação do princípio da pasteurização subjacente a essa ação solicitada. Mesmo assim o profissional da saúde acredita atingir o seu objetivo, se não pela ordem, através da ameaça que

culpabiliza a mãe, ao mostrar que a não obediência, implicará transtornos para a criança decorrentes da negligência materna. Nas palavras de Boltanski (1989, p. 46): “o poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar e, uma vez informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância. Enfim, o poder do médico, que da mesma maneira que o poder religioso, sempre teme ver uma autoridade concorrente levantar-se contra ele, só pode ser plenamente exercido fazendo de seus sacerdotes os detentores de segredos inacessíveis aos profanos”.

As representações dos profissionais de saúde sobre os indivíduos aos quais está direcionada a educação em saúde mostram que os mesmos sujeitos definidos como passivos, são sujeitos ativos ao reagir contra a educação em saúde. No entanto, reações contrárias dos sujeitos não são bem-vindas e, por isso, não são consideradas como manifestações de ação e iniciativa. Os indivíduos, portanto, se manifestam e têm os seus meios de resolver problemas e de entender e explicar o mundo. As atitudes interpretadas como falta de iniciativa e interesse são, na verdade, expressões de inconformidade com a educação em saúde, assim como o são as reações negativas manifestadas pelos sujeitos (“alegam falta de tempo para receber, ouvir ou desenvolver educação em saúde”; “preconizam educação em saúde sempre como segundo plano”; “acham que o tema abordado não é importante”).

Há dificuldade por parte dos profissionais em entender o que está sendo dito pelos sujeitos. Os objetivos que os profissionais têm para a atividade de educação em saúde não são os mesmos objetivos daqueles a quem a atividade está direcionada. As reações negativas e a passividade são as manifestações de inconformidade dos sujeitos.

Loyola (1984) enfatiza a diferença de atitude adotada por profissionais da saúde em face das representações que possuem sobre os doentes de diferentes classes sociais. Assim, os profissionais esperam que o doente de classes mais abastadas coopere no diagnóstico da sua doença, já as pessoas pertencentes às classes populares são considerados ignorantes e as representações que possuem sobre os seus próprios corpos são desqualificadas. A legitimidade do conhecimento cabe, então, aos profissionais da saúde que através do saber científico decifram as narrativas que dão conta das mazelas que afligem as pessoas das classes populares. Os profissionais detentores do saber formal é que irão organizar o caos, a desordem presente

na fala dos doentes das classes populares. Essa hierarquização também justifica a utilização de procedimentos mais simples para com esses pacientes, afinal, não adianta investir em maior sofisticação para com os mesmos, pois eles não conseguem compreender aquilo que lhes é prescrito, sendo muitas vezes analfabetos. As universidades reforçam essa visão, na medida em que estabelecem uma hierarquia entre as doenças e seus doentes. As doenças mais “interessantes” ou “especiais” são aquelas que acometem as pessoas de classes médias e altas, já as doenças mais “simples”, “menos nobres” ocorrem em pessoas das classes populares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Representação Social da educação em saúde de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família mostra como a mesma é constituída pelos diversos elementos de sentido circulantes e que procedem das diferentes experiências e interações dos indivíduos. Senso comum, cultura, ciência, legislação, se articulam num processo de múltiplas implicações, de julgamentos valorativos, de relações sociais e comunicação para criar Representações Sociais, onde saberes se integram e objetos são re-significados.

A educação em saúde que transparece no discurso do grupo pesquisado é uma educação em que há transmissão linear de informação, e a linguagem serve apenas para realizar esse repasse de informações aos sujeitos “carentes” de conhecimentos. Não há escuta e os profissionais não compreendem como os sujeitos pensam, como dão sentidos ao mundo e que são capazes de produzir e sistematizar conhecimentos.

A Representação Social é, portanto, de uma educação em saúde “tradicional”, onde se espera dos indivíduos a recepção submissa de informações. Manifestações e posicionamentos dos indivíduos não são bem recebidos pelos profissionais, que determinam que esses sejam ativos apenas no cumprimento das normas e orientações. O disciplinamento da população tem como meta pessoas que se previnam e que tenham bons hábitos para não adoecer. A responsabilidade pela saúde é, então, do próprio indivíduo.

Oliveira (2003), ao referir-se à construção de conhecimentos, afirma que esta só acontece como conseqüência da ação de sujeitos respeitados, fortalecidos e valorizados em seus desejos, cultura, saberes, projetos e história. No convívio e na troca de conhecimentos se forma uma rede de apoio que permite ao sujeito agir e construir conhecimentos.

Conhecer a Representação Social dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas faz pensar na educação em saúde que é direcionada a estes profissionais de saúde pela Coordenação Regional e Estadual do PSF. O estudo mostrou que a educação em saúde tradicional é o saber que o grupo construiu e que é o saber circulante no mundo social destes profissionais. Uma visão etnocêntrica, onde o “outro” não é reconhecido, não lhe sendo sequer permitido dizer algo sobre si mesmo, uma vez que seu saber é considerado inferior em face do conhecimento científico dos profissionais da saúde. Esse último sim um saber considerado superior, capaz de dizer o que é bom e o que é mau para a população a quem se destinam os ensinamentos. Portanto, há que se relativizar, compreendendo o “outro” em seus próprios valores, não hierarquizando, mas ao contrário, agregando saberes de modo que as alternativas para se pensar o mundo possam ser explicitadas e integradas à educação em saúde.

Na Representação Social de educação em saúde, da mesma forma que na definição de saúde, tem-se a ausência da cidadania, apenas a ênfase em um sujeito sem voz, com saberes insuficientes e substituíveis, desrespeitado em sua história e cultura.

A educação em saúde é uma prática social. Não social no sentido dado pelos profissionais de saúde pesquisados, onde há indivíduos juntos para apenas um deles falar, somente o saber de um ser válido. Educação em saúde é uma prática social por haver um processo de construção compartilhada de saberes, num contexto de interlocução, disputas, igualdade de acesso ao discurso argumentativo, questionamento, articulação e contradição entre múltiplos saberes. É um processo onde há atores ativos e falantes, que trazem para um campo de disputa de saberes a sua visão de mundo, os significados que dão aos objetos, se posicionando e fazendo escolhas.

Sabe-se que este lugar de compartilhamento e construção de saberes será um campo de conflitos e tensões, onde se darão várias falas, contestações e disputas. Mas, “é justamente do tensionamento de interesses, originário da diversidade de conhecimentos/conhecedores, ora conflitante, ora solidário, que está o dinamismo do processo de construção de conhecimento” (Oliveira, 2003, p. 39).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.
- SCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: FLEURY, Sônia (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 157-192.
- FARR, Robert. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-59.
- GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “Saudável”? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.147-168, jan./jun.1997.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 67-80.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em representações sociais*. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 63-85.
- LOYOLA, Maria Andréa. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL, 1984.
- MARTELETO, Regina Maria; VALLA, Victor Vincent. Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectiva de Ciência da Informação**, Belo Horizonte, n. especial, p. 8-21, jul./dez. 2003.
- MEYER, Dagmar Estermann. Educação em saúde e prescrição de “Formas de ser e de habitar”: Uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; FRANCISCO, Deise Juliana (Orgs.) *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 71-85.
- MEYER, Dagmar Estermann. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento? In: MEYER, Dagmar Estermann (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 5-17.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em representações sociais*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 89-111.
- MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 7-16.
- OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspect. Ciênc. Inf. Belo Horizonte*, n. especial, p. 22-45, jul./dez.2003.
- QUEIROZ, Marcos S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. São Paulo: EDUSC, 2003.
- QUINTANA, Alberto M. *A ciência da benzedura*. São Paulo: EDUSC, 1999.
- REY, Fernando Luis González. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

- ROCHA, Everardo. *O que é etnocentrismo?* São Paulo: Brasiliense, 2003.
- SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- SOUZA FILHO, Edson Alves de. Análise de Representações Sociais. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 108-145.
- SPINK, Mary Jane Paris. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 117-145.
- SPINK, Mary Jane Paris. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.
- VALLA, Victor Vincent. Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, Victor Vincent (Org.) *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 11-32.
- VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicação e método na pesquisa das Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 149-186.

A MUDANÇA NA CONDUÇÃO DAS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS UTILIZANDO COMO ELEMENTO PRINCIPAL A INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Kátia Teresa Cesa
Marina Keiko Nakayama*

INTRODUÇÃO

As ações de vigilância em serviços odontológicos têm por objetivo proteger a saúde da população de numerosos riscos reais ou potenciais, e promover os meios necessários para garantir a segurança sanitária nesses ambientes. A exposição a fatores de risco físico-químicos e biológicos, a geração de resíduos tóxicos e infectantes determinam uma preocupação cada vez maior com a segurança da prática odontológica (Aerts, Abbeg e Cesa, 2004).

Com a municipalização da saúde em 1994, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (CGVS/SMS) da Prefeitura de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), toma para si a responsabilidade das ações de vigilância municipal em saúde, antes de competência do estado. A situação encontrada nesse período foi de um amplo desconhecimento dos profissionais com as rotinas do controle de infecção, a imagem da vigilância em saúde como um setor altamente burocrático e punitivo e, conseqüentemente, uma baixa procura pelo Alvará de Saúde, documento obrigatório que deveria atestar as adequadas condições sanitárias do serviço (Porto Alegre, 1996).

Foi constatada a necessidade urgente de uma ação coletiva para a conscientização dos profissionais quanto ao controle de infecção e biossegurança, devido à ausência desse tema nas grades curriculares até

meados da década de 1990 e, além disso, a característica de intervenção invasiva dos procedimentos odontológicos. A implementação de ações de vigilância, dirigidas ao enfrentamento desse problema identificado como prioritário, necessariamente passaria pela educação e informação sendo que, para a reorientação das práticas, seria fundamental a participação efetiva dos profissionais da área odontológica.

Frente à percepção da necessidade de mudanças na condução das ações, em 1998 foi dado um salto em qualidade e abrangência, com a normatização das rotinas de biossegurança em consultórios odontológicos, através da publicação da Resolução 01/98-SMS e do Manual de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos (Porto Alegre, 1998).

Além de fiscalizar, apoiar a transformação dos serviços. Por essa razão, foi imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia incluiu a educação em saúde para a mudança de comportamentos profissionais, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos. (Aerts, Cesa e Abbeg, 2004).

Assim, desde 2001, sistematicamente, são realizadas capacitações dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos sobre cuidados com o controle de infecção e biossegurança. Essa capacitação é realizada em grupo, com o objetivo de otimizar o trabalho da equipe de vigilância, promovendo a discussão dos pressupostos teóricos que embasam as normas e as exigências do setor responsável por essas ações.

Nesse artigo se reflete sobre como a mudança na condução das ações de vigilância foi percebida. A suposição é que essa mudança é responsável pela grande demanda de profissionais que solicitam o Alvará de Saúde e que buscam informações no setor (comparativamente a outras categorias profissionais os odontólogos são a maioria absoluta de solicitações de Alvarás nesta equipe); tem sido capaz de gerar uma conscientização profissional para práticas seguras quanto ao controle de doenças transmissíveis nestes estabelecimentos, de forma permanente; é motivadora de um novo comportamento profissional; é capaz de promover a co-responsabilidade entre a vigilância, a comunidade e os serviços.

No texto que segue se realiza uma breve revisão teórica sobre o tema da mudança organizacional e se descreve a implementação do processo de mudança nas ações da vigilância em serviços odontológicos; no item a seguir

são apresentados os resultados de uma pesquisa realizada para identificar as percepções, acerca das mudanças ocorridas, dos cirurgiões-dentistas que receberam as orientações coletivas para a obtenção do alvará, dos implementadores das mesmas e dos usuários de serviços odontológicos.

MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Nesse trabalho, mudança organizacional é entendida como qualquer alteração, planejada ou não, nos componentes organizacionais – pessoas, trabalho, estrutura formal, cultura – ou nas relações entre a organização e seu ambiente, que possam ter conseqüências relevantes, de natureza positiva ou negativa, para a eficiência, eficácia e/ ou a sustentabilidade organizacional (Lima e Bressan, 2002).

Ao se discutir o termo mudança se faz freqüentemente referência às variações tecnológicas, econômicas, políticas, sociais; inovações que influem na vida de qualquer tipo de organização. Não existe um modelo único para garantir a eficácia da mudança. Tudo depende do contexto analisado. A tendência existente, atualmente, é de que cada organização tente desenvolver um plano de ação coerente com sua condição interna e externa, o que requer um trabalho de criatividade e inovação próprias.

Para Motta (2000), a construção de teorias para entender o fenômeno das mudanças justifica-se pela capacidade de explicar a realidade e pela aplicação prática na solução de problemas administrativos. Os diferentes modelos constroem teorias de mudança ao redor de focos específicos que concebem o fenômeno organizacional. Nas dimensões privilegiadas para a análise na implementação de mudanças, destacam-se as perspectivas estratégicas, estruturais, tecnológicas, humanas, culturais e política, cada uma com seus padrões, instrumentos e métodos peculiares, facilitando a compreensão do fenômeno global de mudança.

Segundo Motta (2000), **a perspectiva estratégica** vê a organização como um sistema aberto e inserido num contexto social, econômico e político mutante, privilegiando a forma de relacionar-se com a sociedade, através de seus serviços. Dá lugar à tomada de decisões, considerando o fluxo de informações entre a organização e seu ambiente. Para mudar uma organização é necessário redefinir sua missão, objetivos e formas de identificar e selecionar alternativas de ação.

A **perspectiva estrutural** vê a organização como um sistema de autoridade e responsabilidade que define o âmbito de ação de cada pessoa,

e o consentimento e subordinação para cumprir funções estabelecidas. Pressupõe a definição prévia do papel formal dos funcionários como o fator primordial de eficiência e eficácia. Conclui-se que, para mudar uma organização, é necessário alterar a forma pela qual se distribuem formalmente a autoridade e a responsabilidade (Motta, 2000).

A **perspectiva tecnológica** enfatiza a divisão do trabalho e o tipo de tecnologia a ser empregada. Pode-se dizer que o padrão de inferência com relação à mudança é a alteração de sua tecnologia, ou seja, rever a forma pela qual se utilizam os recursos materiais e intelectuais (Motta, 2000).

Na **perspectiva humana** estão envolvidos vários conceitos a estudar, como por exemplo: liderança, motivação, comunicação, desenvolvimento de habilidades e aptidões. Para Motta (2000), essa perspectiva se concentra na ligação do indivíduo com o trabalho, ressaltando os fatores de motivação, liderança e os demais fatores psico-sociais que estão subjacentes às prescrições institucionais. Tende a ver a formalidade organizacional e a hierarquia como fontes de frustrações, hostilidades e ressentimentos entre as pessoas. Considera-se que para mudar uma organização é necessário alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação dos indivíduos, através do incentivo à colaboração, à motivação, e reconstrução do sistema de recompensas de carreira e aperfeiçoamento pessoal.

A **perspectiva cultural** vê a organização como um conjunto de valores, crenças e hábitos coletivamente compartilhados, tipificando e singularizando a organização perante outras. Estas expressões culturais são vistas na estrutura, na autoridade, nas formas de comunicação, entre outros. Este modelo prioriza o coletivamente compartilhado e as atitudes e comportamentos individuais. Na mudança se considera importante substituir a programação coletiva na busca de um novo sentido de identidade, como se fosse um empreendimento coletivo para alterar os valores das pessoas (Motta, 2002).

A **perspectiva política** considera a organização como um sistema de poder onde as pessoas ou grupos procuram maior influência no processo decisório. O poder é visto como um fim em si mesmo. Com relação à mudança este modelo considera necessário provocar uma redistribuição de poder, de forma a satisfazer novas prioridades de ação, ou seja, mudar uma organização passa a ser uma interferência nas formas como se articulam e se agregam os interesses, como se equilibra o poder entre interesses individuais coincidentes e conflitantes. Inclui a negociação interna e a solução de conflitos (Motta, 2000).

Se, por um lado, temos a urgência da inovação nas práticas de vigilância, por outro existe a complexidade própria deste setor atrasando esse processo. Mas, segundo Dougherty (apud Andrade, 2001), para analisarmos as dificuldades e responsabilidades individuais e coletivas para a obtenção de ações inovadoras dentro do setor público, é necessário perceber as quatro tensões básicas existentes neste processo. São elas: a) a tensão interna e externa relativa à ligação da tecnologia e o mercado; b) a tensão entre o novo e o velho relativa às lutas entre continuísmo e a criatividade; c) a tensão entre o determinismo de ações planejadas e a emergência de ações e d) a tensão entre liberdade e responsabilidade no desenvolvimento de um comprometimento com a inovação. A seguir, segue a síntese de cada uma delas (Andrade, 2001) e a sua relação no campo da saúde.

- ▶ **Entre o interno e o externo:** Tem sido exigidas, às organizações do setor público, mudanças em suas práticas a fim de estabelecer um compromisso mais próximo com a cidadania e a ampliação da qualidade e eficiência na prestação de serviços. Na área da saúde, entretanto essa equação está longe de ser solucionada. Tem se presenciado um aumento significativo de demandas, enquanto as soluções são transferidas, adiadas, e o controle social não tem conseguido se articular de forma a resolver os impasses criados com a pouca e má distribuição dos recursos destinados à saúde.
- ▶ **Entre a manutenção e a mudança:** Esta tensão entre o continuísmo e a criatividade expressa a necessidade de lidar com a complexidade organizacional e de transpor as rotinas estabelecidas. Na saúde, a necessidade do velho ser substituído pelo novo é urgente tanto em aspectos administrativos quanto políticos. Mais que isso, é preciso integrar criativamente aspectos políticos e técnicos, sendo essa junção inerente e fundamental para as ações nesse campo.
- ▶ **Entre o planejado e o emergente:** Em princípio, a criatividade e a inovação emergem espontaneamente dentro dos processos organizacionais (Mintzberg, 1995). No entanto, ainda encontramos como regra, nos serviços de saúde, a formalidade e a ordenação, dando seqüência a uma tradição tecno-burocrática com um forte espírito centralizador, e assim limitando a criatividade. A possibilidade de não limitarmos as inovações a melhorias dos padrões técnicos, a condutas planejadas em gabinetes, mas sim incluirmos novos atores sociais na

construção do SUS talvez possa ser uma estratégia de aumentar a efetividade das ações propostas.

- ▶ **Entre a liberdade e a responsabilidade:** Segundo Tandler (apud Andrade, 2001) seria necessário uma ampliação das bases de regulação e controle social, procurando dar à sociedade características legitimadoras, antes somente pertinentes ao Estado, mas em nenhum momento minimizando o seu papel. Complementando, Sen (1999) diz que o Estado não pode abster-se do seu papel fundamental no desenvolvimento humano. Cabe à esfera pública efetivar ações que objetivem ampliar a capacidade das pessoas através de atividades que valorizem a existência humana, sob os princípios de inclusão econômica e social e que permitam a responsabilidade cidadã.

O CONTEXTO DO ESTUDO

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre possui sete equipes específicas que são ligadas a uma Coordenação Geral. As equipes respondem por diferentes áreas de competência da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. No município optou-se pela integração das vigilâncias na tentativa de uma atuação menos fragmentada e, assim, trabalha-se com o conceito de vigilância em saúde, entendida como uma forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços em saúde, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços com distinta complexidade (Paim, 1994).

A proposta é de uma comunicação horizontal entre as diferentes equipes, promovendo um maior número de ações conjuntas. Esta tentativa de atuar sem fragmentações leva a vigilância a se deslocar de seu campo exclusivo, onde tradicionalmente cabiam as normatizações higienizadoras, para a construção de um compromisso coletivo e intersetorial em favor da saúde. Assim, tem-se como sujeito a equipe de saúde e a população, procurando como objeto de trabalho os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde. Esta nova prática transcende os espaços institucionais do sistema de saúde e se expande a outros órgãos governamentais ou não, envolvendo diversos grupos sociais. A equipe de saúde sai a “campo” para conhecer o seu território, interagindo assim com a população.

A Coordenação é colegiada, sendo cada chefia de equipe relativamente independente, mas com responsabilidades específicas dentro da estratégia geral. É uma gestão que reconhece o papel central das chefias das diferentes equipes e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos de uma autonomia em excesso. A autonomia delegada às equipes gera uma responsabilidade e qualidade na produção de serviços. A habilidade, o talento e a criatividade são extremamente valorizados nessa abordagem da vigilância. O grupo tem um propósito comum que é a diminuição de situações de risco à saúde nas mais diferentes áreas, existindo um comprometimento mútuo por parte dos profissionais com esse objetivo.

UMA APRESENTAÇÃO DO PROJETO

A Situação Inicial

Com a municipalização da saúde, em 1994, a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)/ SMS toma para si a responsabilidade das ações de vigilância em saúde em Porto Alegre, antes de competência do estado. A Equipe de Controle e Vigilância de Serviços de Saúde (ECVSS) iniciou suas atividades no final do ano de 1994. De acordo com o Código Municipal de Saúde-Lei Complementar 395/97, artigo 153, ficam sujeitos ao controle da vigilância todos os estabelecimentos que se relacionam, direta ou indiretamente com a saúde, abrangendo a prestação dos seguintes serviços.

No final de 1995 o município assumiu a responsabilidade do controle e avaliação das ações e serviços de saúde odontológicos. Inicialmente a equipe procurou aprimorar as relações interinstitucionais com entidades de classe, Universidades, Ministério Público, Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, bem como com outras organizações vinculadas à Prefeitura Municipal.

Até 1996 foram priorizadas vistorias em clínicas com grande demanda de pacientes, atendimentos de denúncias oriundas das comunidades e vistorias em estabelecimentos odontológicos que eram relatados como suspeitos nas investigações epidemiológicas de pacientes que se contaminavam por Hepatite tipo B e tipo C. A integração entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental já está presente é nessas ações.

A situação encontrada nesse período foi de um amplo desconhecimento dos profissionais com as rotinas do controle de infecção, a imagem da

vigilância em saúde como um setor altamente burocrático e punitivo e, conseqüentemente, uma baixa procura pelo Alvará de Saúde, documento obrigatório que deveria atestar as adequadas condições sanitárias do serviço (Porto Alegre, 1996).

Desconhecimento e falhas no processo de esterilização e armazenamento dos instrumentais clínicos, ausência de desinfecção no ambiente e nos equipamentos, destinação incorreta dos resíduos contaminados e tóxicos (mercúrio), são exemplos que faziam parte da realidade encontrada em uma vistoria de rotina e constituem situações de risco para a equipe odontológica, seus pacientes e para o meio ambiente. A constatação desses riscos, a necessidade de adotar medidas para o controle de doenças transmissíveis, e incentivar o desenvolvimento de ações de saúde seguras para o cidadão e para o trabalhador, levou à elaboração de um projeto visando atingir efetivamente, o amplo universo de estabelecimentos odontológicos na cidade. De acordo com Mendes (1998) a prevenção das doenças e dos acidentes se organiza como um modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar.

O projeto de intervenção

A vigilância, com seus métodos usuais de controle, tende a dificultar a aproximação entre o poder público, os prestadores de serviços de saúde e a população. Este projeto propôs uma aproximação, através de uma relação mais horizontal entre os fiscais da Vigilância, a população e os prestadores de serviços, contribuindo para o desenvolvimento e o compromisso dos mesmos com a qualidade e segurança de suas práticas. A orientação para a mudança se deu com base na democratização da informação, buscando elevar a consciência sanitária e, com isso, o entendimento da noção de responsabilidade coletiva na defesa do bem comum, ou seja, a coresponsabilidade.

Com tais propósitos, em 1997 a CGVS definiu uma linha de intervenção para ampliar o alcance e efetividade das ações de vigilância direcionadas aos profissionais e serviços de odontologia. A primeira ação coletiva a ser implementada foi a regulamentação das práticas e rotinas do controle de infecção e biossegurança específicos à odontologia, ainda inexistente nas

três esferas de governo. A legislação sanitária utilizada até então regulava todos os estabelecimentos assistenciais em saúde e, por ser complexa, desconhecida e de difícil acesso para consulta, causava dificuldades e muitos problemas aos profissionais que buscavam o Alvará de Saúde. Esse, frequentemente, se viam envolvidos em uma gama enorme de exigências sem justificativas, determinando a revolta e o afastamento do poder público.

Para a construção da proposta de regulamentação foi composto um grupo técnico interinstitucional, com o envolvimento da sociedade civil e científica, a fim de garantir a legitimidade da mesma. Assim, em janeiro de 1998, complementando o Código Municipal de Saúde, foi publicada a Resolução 01/98, que aprovou a Norma Técnica de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos na cidade de Porto Alegre.

Essa normatização, considerando o desconhecimento dos profissionais para com o assunto, não alcançaria seu objetivo se imposta pelo poder público. Em maio de 1998, foi publicado o Manual de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos (SMS, 1998), com o intuito de instrumentalizar os profissionais para o cumprimento da Norma Técnica 01/98. Com o entendimento de que somente normas não são suficientes para o objetivo proposto, foi disponibilizada a legislação e os referenciais teóricos para o entendimento da mesma, incluindo hábitos e rotinas.

A distribuição gratuita do manual, juntamente com a Norma Técnica 01/98 que versava sobre o mesmo assunto, foi o segundo passo para a implementação de um novo modo de trabalhar com a vigilância dos serviços odontológicos. Antes de representar um instrumento de coerção, imprime mudanças para a proteção dos trabalhadores de saúde e dos usuários dos serviços de odontologia públicos e privados. Com a divulgação da legislação específica e de seus fundamentos teóricos, uma parte dos profissionais retomaram a busca pelo Alvará de Saúde, mas ainda com pouca expressividade.

O próximo passo foi comunicar, através de veiculação na imprensa (Diário Oficial do Município), a obrigatoriedade do Alvará de Saúde, tendo em vista a inexistência dessa responsabilidade até 1998. Assim, via notificação oficial e coletiva ficou estipulado, para toda a categoria odontológica, um prazo inicial de 60 dias para a solicitação do Alvará de Saúde. A forma de garantir o alcance e conhecimento desta comunicação foi através do envio de cópia da mesma pelos correios a todas as clínicas

odontológicas da cidade (pessoas jurídicas) e ainda a veiculação no jornal do Conselho Regional de Odontologia e do Sindicato dos Odontologistas.

Com esta informação tornada pública e associada a um prazo fechado, houve uma grande procura e solicitações de Alvarás de Saúde, sendo necessário buscar a criatividade para garantir o atendimento a uma demanda infinitamente maior que a capacidade instalada da equipe, na época duas pessoas.

Desta forma, de acordo com a filosofia inicial que a educação coletiva é a melhor forma de se obter resultados efetivos com a abrangência necessária, foram formados grupos de profissionais para orientações coletivas prévias às vistorias, esclarecendo, informando, aproximando, flexibilizando e buscando uma postura profissional mais consciente dos compromissos com a biossegurança na prática odontológica. É preciso reiterar a importância da constituição desses grupos, pela oportunidade singular de tratar a saúde enquanto responsabilidade coletiva, aprofundar aprendizados e favorecer a aproximação através do vínculo, dimensões ainda pouco valorizadas nas práticas de vigilância.

Foram desenvolvidos manuais de orientação específicos a cada estabelecimento e/ou prática médica. Estes apresentam um mesmo escopo, estando subdivididos nos passos que o prestador deverá seguir para a obtenção do Alvará de Saúde. Encontram-se, também, neste documento a indicação de toda a legislação pertinente, bem como, um relato específico do procedimento de vistoria.

Com relação à rede pública de saúde, que representa um universo complexo, sucateado e com interesses conflitantes, optou-se por uma intervenção direta, também através de uma práticas educativas, com muita articulação e negociação.

PERCEÇÃO DOS SUJEITOS SOBRE AS MUDANÇAS EFETIVADAS

Procedimento metodológico

Foram selecionados para participar do estudo, os implementadores das mudanças na equipe, cirurgiões-dentistas que receberam as orientações prévias à vistoria e usuários de serviços odontológicos públicos e privados no município de Porto Alegre.

Para a seleção das variáveis, base para a construção dos instrumentos de coleta e análise de dados e para atingir os objetivos desta pesquisa, se adotou o modelo de Motta (2000). As variáveis foram classificadas por tipo de perspectiva, formadas por características específicas, e operacionalizadas através de indicadores (Quadro 1).

Quadro 1 – Perspectivas para a análise da mudança (elaborado a partir de Motta, 2000)

Perspectiva	Indicadores
Estratégica	Interfaces da organização com o ambiente Redefinição de metas e objetivos Formas de ação com respeito às relações sociais que a organização mantém
Humana	Motivação Atitudes Liderança Habilidades Comunicação Relacionamento dos recursos humanos
Estrutural	Distribuição de responsabilidades e autoridade Hierarquização Normas e regras impostas Virtualização da organização
Cultural	Características do grupo Identidade Hábitos e valores compartilhados
Tecnológica	Recursos materiais e intelectuais Tecnologia empregada
Política	Tomada de decisão Distribuição de poder

Os participantes foram separados em três grupos:

1. implementadores das mudanças na equipe – universo de três técnicos;
2. profissionais que receberam a orientação coletiva previamente à realização da vistoria pela vigilância – vinte profissionais sorteados a partir de uma lista de presença dos participantes nas orientações coletivas;
3. usuários que percebem ou não as melhorias na qualidade dos serviços odontológicos na cidade – entrevistados no Mercado Público, nas bancas de camelôs, cobradores de ônibus, entre outros.

O questionário consistiu de afirmativas fechadas que investigaram o grau de discordância/ concordância. Havia espaço para complementar com declarações sobre o tema.

Resultados considerando a perspectiva estratégica

A maioria absoluta dos odontólogos questionados concorda ou concorda totalmente com as seguintes afirmações:

- ▶ “a orientação coletiva aumenta o comprometimento dos profissionais com a biossegurança nos seus estabelecimentos”;

- ▶ “a orientação coletiva ajuda a construir uma postura positiva na adequação dos estabelecimentos odontológicos”;
- ▶ “as ações da vigilância tem promovido mudanças nas rotinas de trabalho na odontologia” ;
- ▶ “o processo de obtenção do alvará de saúde gerou mudanças nos hábitos e costumes do dia-a-dia”;
- ▶ “a capacitação coletiva gera uma tendência de aprendizado permanente das rotinas de biossegurança”;
- ▶ “as ações de vigilância atendem a uma necessidade urgente de maiores cuidados com a biossegurança”.

Existe discordância quanto à afirmativa “a vigilância tem se comprometido com o autodesenvolvimento dos odontólogos através da publicação de materiais informativos e bibliografia específica da área”, onde 7 profissionais “não concordam nem discordam”, 3 “discordam”, 7 “concordam” e 3 “concordam totalmente”. Se presume que esse resultado está associado ao provável desconhecimento as publicações direcionadas a serviços de saúde odontológicos ou a época de trânsito destas nos serviços (especificamente em 1998 a 2000 e em 2003 a 2004). Isso se confirma na declaração de um respondente: “nunca vi divulgação de materiais informativos ou bibliografia da vigilância”. Ou, na de outro: “não que a vigilância promovesse os cursos de atualização nessa área, mas a necessidade de todos se adequarem às novas normas fez com que as instituições de classe começassem a oferecer esse tipo de informação”.

Os implementadores das mudanças concordam que houve um “aumento na abrangência das ações”, e que houve uma “melhoria na comunicação entre os prestadores e a vigilância”. Quanto à abrangência das ações vale destacar a percepção que “as explicações individuais, em cada vistoria, com justificativas técnicas para cada particularidade não compreendida pelos dentistas, geravam um consumo de tempo muito grande, diminuindo o número total de vistorias/dia. Além disto, considerando o fato da equipe ser pequena e os estabelecimentos da cidade serem muitos, a co-responsabilidade gerada na orientação coletiva nos faz ganhar aliados para a efetividade da ação.”

Quanto ao fato da orientação coletiva melhorar a comunicação entre a vigilância e os profissionais, é referido que “se abriu um canal de comunicação antes inexistente”, e que é “visível a melhoria da relação dos usuários com a equipe” Também é referida a percepção que: “a aproximação era fundamental

para o alcance do nosso objetivo principal, que era o de uma maior responsabilidade profissional com relação aos cuidados com a segurança sanitária no seu ambiente de trabalho. Isso não se muda com imposição de regras rígidas, mas sim com a comunicação efetiva e parceria”.

Aparece, também, a percepção de uma maior motivação na adoção das rotinas propostas após a orientação coletiva. O bloco de afirmativas desta perspectiva apresenta unanimidade, e se caracteriza por percepções que sustentam a importância desta inovação, através das afirmativas: “aumento de comprometimento profissional e de construção de uma postura positiva pelos mesmos”, “a confirmação que esta estratégia tem promovido mudanças nas rotinas de trabalho” e a “tendência do aprendizado permanente”.

De acordo com o que sugere Motta (2000), a orientação coletiva cumpre o seu papel como um apoio, ou ainda como uma alternativa de ação, para a solução de problemas, valorizando o fluxo de informações entre a organização e seu ambiente na tomada de decisões. A seleção desta alternativa de trabalho adotada pela Equipe de Serviços de Saúde levou a uma redefinição de sua missão, oportunizando uma nova forma de pensar a organização. Devido à abertura no sistema de comunicações interna e externas, houve um aperfeiçoamento na forma de se relacionar com as organizações da sociedade.

A ampla concordância pelos respondentes que “as ações de vigilância atendem a uma necessidade urgente de maiores cuidados com a biossegurança” indica, de acordo com Motta (2000), que o êxito de qualquer organização depende da sua capacidade de perceber alterações em valores ambientais e incorporá-los aos objetivos organizacionais, a fim de atingir o seu objetivo.

Resultados considerando a perspectiva estrutural

Para os profissionais que receberam as orientações coletivas prévias às vistorias, a afirmativa que “o processo administrativo de obtenção de Alvarás de Saúde é muito burocrático” obteve uma representação dividida entre “discordo”, com 9 dos 20 respondentes, e “concordo e concordo totalmente” com 10 dos 20.

A maioria (13/20) não concorda nem discorda da afirmativa “a estrutura de informática da vigilância favorece a pesquisa na Internet e a informação virtual”.

Os implementadores das mudanças analisaram a perspectiva estrutural por meio da análise dos papéis dos atores no processo, das responsabilidades, e do instrumento utilizado na aproximação do poder público e do setor regulado.

Quando questionados se “a orientação coletiva ajuda a otimizar o tempo utilizado pela vigilância em cada estabelecimento” as respostas foram unânimes. Citamos algumas para ilustrar.

Sim, pois as orientações e esclarecimentos de dúvidas anteriormente eram realizados individualmente, no local.

Uma vez que é notória a dificuldade que o Poder Executivo enfrenta para dar resposta a sociedade em comparação as demandas (que apresentam, na minha opinião, comportamento exponencial), as orientações coletivas são de longe a estratégia definitiva para dar cabo de parte dessa demanda. Uma vez que a Vigilância orienta, informa e forma, está ao mesmo tempo melhorando a interlocução com o regulado, multiplicando o “olhar” sanitário e criando parceiros para enfrentar essa realidade.

As ações habituais da vigilância (sem orientação coletiva) geram um fluxo de no mínimo duas visitas (notificam com um prazo de geralmente um mês e depois retornam para verificar a adequação.) Se tudo não foi adequado, o que geralmente acontece, ele deverá retornar ainda mais uma vez no local. Então, quando coletivamente se esclarece o que é imprescindível para a adequação, além de ser oferecido um prazo inicial maior, se necessário, a primeira (e quase sempre única) vistoria é muito rápida. Outra coisa é que o tempo de cada vistoria é bem menor que inicialmente, pois raras vezes faz-se necessário a notificação escrita quando o profissional vai a orientação coletiva.

Outra questão se referia à estrutura e agilidade administrativa. Para os implementadores essas ainda estão muito defasadas com relação ao processo de mudança que em curso, como pode ser percebido por algumas respostas.

Não pode ser considerado ágil, pois existem detalhes e entraves burocráticos que devem ser repensados.

Está mudando um pouco, mas não é nada ágil, ainda não é informatizado, os profissionais tem que ir buscar orientações escritas (passo a passo) no prédio da vigilância quando poderia ser disponibilizado em paginas eletrônicas. Uma grande

desconfiança ainda impera na análise de processos, onde, por exemplo, a falta de um carimbo de autenticação na carteira profissional pode trancar tudo. Documentos faltantes também trancam o processo, muitas vezes sem a ciência do requerente.

Nesse processo de mudança nós atalhamos vários passos que tradicionalmente eram cumpridos. Nós informamos o profissional, no dia em que é vistoriado, da ausência de determinados documentos e o mesmo nos mostra no local ou envia posteriormente, para a liberação do Alvará de Saúde. Também não trancamos mais processos por ausência de carimbos. Já foi sugerida a atualização do setor através da disponibilização de documentos via Internet.

Com relação a esta perspectiva, Motta (2000) indica que a proposta principal para a ação inovadora seja redefinir e flexibilizar os limites formais para o comportamento administrativo.

Na pergunta sobre a possibilidade de acesso virtual às informações fica claro o desconhecimento deste acesso, pelo grande número de “não concordo e nem discordo” (13/20). Um profissional declara: “não conheço a estrutura de informações via Internet porque nunca ouvi falar, poderia haver mais divulgação, pois se soubesse certamente já teria consultado”.

O resultado confirma o pequeno investimento nesta tecnologia, pois a organização possui este canal de comunicação virtual, mas não o atualiza há muito tempo. Muitos requerimentos e informações poderiam ser disponibilizados por meio eletrônico como, por exemplo, o requerimento padrão, o passo a passo, os cadastros de Rx, entre outros. Também falta divulgação para aumentar o acesso a esse meio.

Segundo Motta (2000) os agentes de mudança, na perspectiva estrutural, são pessoas que, conhecendo os papéis institucionais legais da organização, propõem formas alternativas de estruturação da mesma. Pode-se propor inovações a partir de novos instrumentos de controle e de comunicação, como também de uma maior divisão de poder e autoridade entre a chefia e os técnicos. Na organização em estudo as inovações só foram possíveis devido à confiança e poder delegados aos técnicos na condução das mudanças. A partir da delegação de poder a organização se abriu, ficou mais flexível, menos rígida. Segundo Motta (2000) estruturas rígidas provaram ser insuficientes para eliminar incertezas; ao contrário, eram um fator de maior risco.

Resultados considerando a perspectiva política

A maioria dos profissionais que receberam orientações coletivas prévias às vistorias, concordam que “a interação entre a Vigilância e os odontólogos que buscam o Alvará de Saúde tem enfatizado a co-responsabilidade nesse processo”. Porém, houve mais discordância (8/20) do que concordância (7/20), e um número significativo “não concordam nem discordam” (5/20), com a afirmação “ouvir ou trocar impressões sobre a atuação da Vigilância Sanitária em Porto Alegre é uma prática comum”. Quanto à afirmativa que “as impressões sobre as práticas da vigilância em serviços odontológicos são expressas de forma positiva”, embora 9 dos 20 participantes “concordem” e 3 “concordem totalmente”, é manifestada discordância por 5 profissionais, enquanto 3 “não concordam nem discordam”.

Os implementadores das mudanças analisam a perspectiva política por meio das questões “visibilidade das ações da vigilância no meio profissional” e “se a mesma tem efetivamente utilizado o seu poder para prevenir problemas de saúde”. Enquanto para os implementadores é certa a visibilidade das ações de vigilância na cidade, os profissionais do setor regulado não confirmam essa percepção.

Motta (2000) sugere que para mudar uma organização é necessário provocar uma redistribuição do poder, de forma a satisfazer novas prioridades de ação. As mudanças incluem ampliar o acesso às informações, melhorar as comunicações internas, criar formas participativas de gestão e delegar responsabilidades à sociedade como um todo. Um dos implementadores refere esse fato: “a implementação de orientações coletivas, a criação de material instrucional, a mudança de abordagem junto aos usuários e o aumento das áreas de atuação da Vigilância ampliam em muito o campo de ação e conseqüentemente reduzem os agravos à população decorrentes de inadequações”. Para outro entrevistado, “as políticas públicas que temos conduzido têm provocado um grande impacto nos estabelecimentos e nas praticas profissionais, quanto a um maior comprometimento com o controle de infecção nesse locais”. Para os implementadores é consenso a associação entre a qualidade hoje encontrada nos serviços e as ações da Vigilância na cidade desde 1998.

Segundo Motta (2000) a proposição principal para a ação inovadora, na perspectiva política, é estabelecer um novo sistema de acesso aos recursos disponíveis. Desta forma foi conduzida a normatização dos serviços odontológicos,

com a abertura e a participação da sociedade organizada. Participação significa acesso a áreas de poder e influência, antes reservada às pessoas inseridas na hierarquia formal. Houve uma preocupação, por parte dos implementadores, em distribuir recursos de poder compatíveis com os graus de responsabilidade. Assim, foi ampliada a autonomia do prestador de serviços na resolução de seus problemas e o acesso a informação, visando a co-responsabilidade. De acordo com Motta (2000) as intervenções inovadoras passam a considerar alternativas no uso dos recursos de poder, inclusive nas estruturas. A nova visão sobre poder combina aspectos estruturais com o pluralismo no acesso.

Os resultados considerando a perspectiva humana

A maioria dos profissionais concorda que “se formou um vínculo positivo entre os fiscais com o profissional que solicita o Alvará”. Todos concordam que “as informações técnicas oferecidas na orientação coletiva são aceitas com confiança”.

Tradicionalmente, a postura de fiscais é associada à intransigência. Havia o compromisso, por parte dos implementadores, de mudar essa percepção para se aproximar dos odontólogos como autoridade legítima, não imposta. A percepção dos profissionais que receberam as orientações coletivas confirmam essa mudança.

Cabe referir que no início do processo de municipalização das ações de vigilância, havia uma resistência muito grande por parte dos odontólogos às mudanças necessárias para a adequação dos estabelecimentos. Quando se iniciou a prática das orientações coletivas ainda havia o ataque público de alguns dentistas indignados com as exigências da legislação.

Para os implementadores das mudanças a análise da perspectiva humana se deu por meio de questões relativas “à adoção de um olhar mais educativo na equipe” e à “mudança de comportamento e atitudes dos fiscais”.

A mudança de enfoque nas ações desta equipe iniciou com os serviços odontológicos, mas a partir dos resultados que foram sendo obtidos, rapidamente foi mudando a percepção de vigilância pelos outros núcleos, como pode ser percebido nas entrevistas. A mudança de enfoque no olhar da vigilância passa obrigatoriamente pela postura de seus trabalhadores.

As mudanças nos padrões de comportamento de toda a equipe são visíveis tanto que hoje a prioridade das ações tem enfoque educativo-participativo e as ações punitivas se dão em situações limites onde o risco a saúde se impõe.

Na minha opinião a implementação de educação alterou de forma significativa os padrões dos colegas, de tal forma que a grande maioria dos programas desenvolvidos na equipe estão de alguma forma projetando ações de educação, em moldes semelhantes ao já desenvolvido pela área de odontologia.

Com relação à necessidade de alteração de atitudes e formas de participação dos fiscais para a mudança se efetivar foi afirmada a necessidade de “conscientização da equipe como um todo, na discussão do seu papel enquanto agente de promoção de saúde e qualidade de vida”, já que, “muitas vezes, o poder delegado a um agente fiscal conduz a uma prepotência que deve ser constantemente questionada e trabalhada em equipe, para a transformação de posturas autoritárias em posturas comprometidas com a educação necessária à mudança.

De forma geral, a percepção dos sujeitos foi concordante com o que afirma Motta (2000) quanto à ligação do indivíduo com o trabalho, ressaltando a motivação, a liderança e os demais fatores psicossociais envolvidos neste processo. Os entrevistados tendem a ver a formalidade organizacional e a hierarquia como fontes de frustrações, hostilidades e ressentimentos entre as pessoas. Percebem a mudança associada à necessidade de alterar de atitudes, comportamentos e a forma de participação, para trazer harmonia ao ambiente de trabalho, e disso resultar tanto fatores de realização e progresso pessoais como fatores causadores de eficiência.

Resultados considerando a perspectiva cultural

A maioria (15/20) dos profissionais concordam que “é percebido o compromisso de simplificar a burocracia associada a obtenção do Alvará”, mas 5 “não concordam nem discordam”. Pode-se deduzir como explicação para o grande número de profissionais que ignoram essa afirmação, o fato de outros profissionais (contadores) realizarem essa tarefa para os dentistas.

Todos concordam que “os fiscais têm adotado uma postura mais educativa no ato da inspeção sanitária”. Os relatos que seguem demonstram o movimento de aproximação constantemente promovido junto ao setor regulado e a tentativa de fortalecer o fator educativo.

Gostei do atendimento quando trouxe a planta do consultório. Muitos colegas não sabem que podem trazer o projeto para ser avaliado antes da execução. Divulgar mais o serviço que é muito bom. Parabéns pelo atendimento durante a vistoria.

No início haviam muitos boatos sobre como agia a vigilância sanitária, e causou uma certa apreensão em muitos colegas. Me parece que foi a novidade, pois aqui em Porto Alegre, a minha experiência e a de outros colegas com a Vigilância foi positiva.

Os implementadores analisaram a perspectiva cultural por meio da questão “tradicionalmente, as ações de vigilância são identificadas como cartoriais e autoritárias. Observas uma nova forma de atuação na equipe?”.

O grande desafio da Vigilância é a mudança de uma cultura que a vê apenas como um local onde impera a burocracia e a arbitrariedade. Na verdade, a implementação de ações educativas é um marco na alteração desta realidade. Atualmente, muitos regulados têm na Vigilância um parceiro, um local onde tirar dúvidas e, até mesmo, para onde encaminhar as angústias e contrariedades frente a legislações absurdas, sem respaldo técnico, que em geral refletem posições burocráticas de legisladores que não saem dos gabinetes e não conhecem a realidade dos serviços existentes. Logo, a solução para a demanda passa pelo estabelecimento de um pacto entre a sociedade regulada e o poder público que, entendendo a sua limitação, deve tornar esses personagens agentes da disseminação de um olhar sanitário saudável, responsável e integrado.

Da nossa parte estamos fazendo o possível para simplificar o acesso do profissional ao Alvará de Saúde, pois ainda é associado a uma tarefa difícil e extremamente burocrática. Existe uma cultura arraigada na vigilância de serviços de saúde com a complexidade documental e exigências rígidas e intransigentes. Muitos documentos a serem buscados em diferentes partes da cidade, detalhes difíceis de serem solucionados, e sem muita explicação técnica que justifiquem tantas exigências, fazem os profissionais se afastarem da busca desse documento, que pelo seu caráter obrigatório, deveria ser mais procurado.

Em princípio, a cultura revela a identidade de uma organização, sua história e suas formas habituais de agir, sendo que a mudança passa pela substituição da programação coletiva na busca de um novo sentido de identidade. Mudar

a cultura é agir nos fatores de identidade para reconstruir singularidades e novos símbolos (Motta, 2000). A proposição principal para a ação inovadora, segundo essa perspectiva, é preservar a singularidade organizacional, ao mesmo tempo em que se desenvolve um processo transparente e incremental de introduzir novos valores.

Não há dúvidas que a organização em estudo é facilmente associada a um conjunto de valores coletivamente compartilhados, sendo tipificada como “polícia sanitária”, como “prática cartorial” e vinculada a outras condutas inflexíveis. Os símbolos ressaltam um tipo de significado da história da organização que por determinada razão tornou-se singular e coletivo. Mesclando-se de verdades e inverdades instituem-se referências de longo alcance no tempo (Motta, 2000). A mudança passa, então, pela adoção da educação e não da punição, tornando necessário incorporar valores e tecnologias oriundos de outras áreas.

Resultados considerando a perspectiva tecnológica

Os profissionais concordam com todas as afirmativas que referem a importância das novas práticas. Todos concordam que “a orientação coletiva prévia a vistoria facilita o entendimento das exigências sanitárias”; que “a orientação coletiva aumenta o comprometimento dos profissionais com a biossegurança nas suas rotinas”; que “a orientação coletiva é didática e compreensível”; que “a participação de profissional na capacitação é importante para o entendimento das rotinas exigidas pela vigilância”. Pode-se reforçar essas informações por meio de alguns depoimentos.

Apesar de eu achar inicialmente uma perda de tempo a orientação dada aos profissionais, mudei minha opinião e considero que valeu, pois sempre é importante esta troca de idéias entre profissionais da saúde.

Pelas colocações e perguntas formuladas na orientação coletiva percebe-se a necessidade de dar seqüência a este tipo de trabalho; ainda existe desinformação, principalmente por parte de profissionais mais antigos.

Os implementadores analisaram a perspectiva tecnológica por meio da avaliação da efetividade do instrumento. A concordância com a afirmação que “a implementação das orientações coletivas atende a uma necessidade urgente

da equipe no que se refere a efetividade das ações desenvolvidas (equipe pequena x universo amplo)” é ilustrada por algumas respostas.

Sim, é uma forma inteligente e possível de ampliar a ação da equipe. Somente com a divulgação e informação socializada conseguiremos andar mais rápido frente a uma demanda acumulada e um grande desconhecimento das rotinas por uma parcela significativa de profissionais.

As mudanças foram fundamentais para um maior atendimento da demanda e, conseqüentemente, um maior numero de alvarás liberados na primeira vistoria, pois praticamente todas as dúvidas dos profissionais são esclarecidas por ocasião da orientação coletiva prévia.

O universo de estabelecimentos que atualmente são objeto de ação da VISA aumentaram consideravelmente. A participação na orientação coletiva gera uma maior probabilidade de serem liberados na primeira vistoria. O incremento no número de estabelecimentos vistoriados também está relacionado a veiculação constante de editais e notas desta equipe na imprensa direcionada a categoria odontológica (CRO, ABO e Sindicato dos Odontologistas).

Outra questão da entrevista com os implementadores foi se “a orientação coletiva ajudou a superar barreiras relacionadas a hostilidade encontrada inicialmente nas vistorias” e as respostas confirmam que a adoção dessa tecnologia ajudou a facilitar a ação posterior, diminuindo as distâncias entre fiscal/ fiscalizado.

Por ocasião das primeiras vistorias nos estabelecimentos odontológicos, provavelmente por desinformação dos profissionais e também por experiências anteriores desagradáveis, o ambiente hostil era perceptível em praticamente todos os estabelecimentos. Com a divulgação da importância dos procedimentos de biossegurança pelas organizações ligadas a área, imprensa, etc., e posteriormente, com a orientação prévia, houve uma radical mudança na postura dos “vistoriados. Hoje se pode dizer que, salvo raríssimas exceções, esta hostilidade inexistente.

Encontrávamos muita dificuldade com a resistência dos profissionais às normas de biossegurança e pouca colaboração dos mesmos em modificar rotinas. Modificavam área física, mas não modificavam hábitos e costumes arraigados em décadas de práticas iatrogênicas. O desconhecimento da categoria odontológica com relação a práticas seguras no controle de infecções, a necessidade de adequações que geravam gastos econômicos, e a intromissão do setor público na privacidade dos serviços foram fatores que propiciaram uma reação hostil e de inconformidade.

A PERCEÇÃO DO USUÁRIO

O questionário aplicado aos usuários de serviços odontológicos teve por objetivo verificar se havia a percepção de melhoras na rede de serviços públicos e privados no município de Porto Alegre, nos últimos três anos. Para isso, foram entrevistados 18 usuários, 6 utilizam serviços públicos e 12 são usuários de serviços privados e convênios. A análise das respostas dos usuários demonstraram que a grande maioria, 17 dos 18 entrevistados notaram uma melhora das condições físicas nos consultórios da cidade.

Na questão “o profissional que lhe atende utiliza e troca as luvas entre pacientes?” 16 foram respostas afirmativas e 2 negativas. A questão “você notou se os instrumentais utilizados pelo dentista estavam empacotados (papel ou plástico)?”, obteve 9 respostas afirmativas, 3 negativas e 6 que responderam que não ter reparado nesse detalhe.

Um dos participantes foi um membro do Conselho Municipal de Saúde. Segundo ele, “especificamente sobre a qualidade do atendimento odontológico do município de Porto Alegre, não tenho constatado reclamações”. É necessário destacar a representatividade deste depoimento, já que aos Conselhos de Saúde compete o papel de Ouvidoria, estabelecendo-se um canal entre estes e a população, a respeito da qualidade da prestação de serviços públicos de saúde do SUS.

O único usuário que respondeu todas as questões negativamente foi atendido em um consultório através de um plano de saúde, afirmando que não houve melhoras no serviço, que o profissional não troca as luvas e que os instrumentais não estavam embalados. Refere que “fiz o tratamento para melhorar e tive precariedade e mau atendimento”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se concluir que a reorganização das práticas de vigilância em saúde, associadas à instrumentalização dos profissionais para o conhecimento e compreensão das legislações que embasam as ações de vigilância, por sua característica educativa, possibilitou uma mudança positiva na qualidade da atenção à saúde prestada nos serviços odontológicos do município. Foi fundamental para o serviço entender a dimensão coletiva dos problemas para adotar uma forma prioritária de ação. A autonomia concedida à equipe foi a responsável pelos desenvolvimentos de métodos próprios de trabalho.

A orientação coletiva como abordagem principal de intervenção demonstrou ser uma importante estratégia para a obtenção de metas propostas pela equipe como, por exemplo, uma maior aproximação do poder público com a sociedade, a flexibilização de um agir tradicionalmente rígido, e o aumento do comprometimento dos profissionais do setor regulado com suas práticas e rotinas.

Ainda que esse relato trate de uma experiência limitada, os resultados alcançados indicam ser possível a utilização desta tecnologia como estratégia de ação e aproximação com toda a rede pública e privada de serviços de saúde. Nessa experiência foi nítida a quebra do poder centralizador da vigilância, predominando uma relação mais afetiva e de confiança, sempre existindo a possibilidade de definir prioridades nos ajustes necessários, e autonomia para a solução dos problemas encontrados. Esta mudança gerou uma reflexão na forma de pensar e agir da equipe, envolvendo-a num processo mais consciente sobre o propósito da organização.

Segundo Costa (2001) a tarefa da mudança na cultura organizacional é o mais premente desafio, pois a atuação tradicional da VISA no país não tem sido favorável à apropriação social de sua importância. A sugestão da autora é que a documentação exigida seja associada a novos critérios, mais flexíveis e associados à complexidade dos estabelecimentos, não dificultando a obtenção de documentos.

Faz-se necessária uma maior utilização de meios de comunicação para propiciar ao cidadão e aos Conselhos de Saúde informações necessárias para auxiliar a promover a qualidade dos serviços. A Vigilância em Saúde só poderá ser efetiva nas suas ações com o estabelecimento de uma parceria com a sociedade onde a comunicação social, aliada ao fortalecimento dos mecanismos de participação popular, ocupe espaços hoje restritos à intervenção direta do poder público. Democratizar

informações é promover a saúde. Socializando o saber técnico que orienta as ações de vigilância teremos muitas pessoas a selar pela saúde coletiva.

Os resultados demonstram que a mudança de postura dos técnicos da vigilância é prioritária para consolidar a nova prática, mais flexível, educativa e com resultados mais permanentes. A totalidade dos participantes referem a formação de um vínculo positivo, e que as informações oferecidas na orientação coletiva são aceitas com confiança. Percebe-se que, além do conhecimento técnico, é fundamental a incorporação de atitudes que aproximem e favoreçam uma relação mais horizontal entre os fiscais e os profissionais do setor regulado.

Esse aspecto nos leva a concluir, concordando com Assis (2001), que as relações interpessoais nos serviços de saúde devem ser cuidadas para que não reproduzam dominação, mas sim formas mais solidárias e democráticas de viver e lutar coletivamente por melhor saúde e qualidade de vida.

Fica evidenciada a força do elemento humano na condução destas mudanças através da valorização da postura educativa adotada no momento das vistorias, contrapondo a atuação constrangedora da “fiscalização”. Pode-se apostar na criação do vínculo, que segundo Campos (2003) se estabelece quando os técnicos têm algo a ofertar, a sociedade possui necessidades a serem resolvidas, e nesse meio circula o afeto. Por meio do vínculo pode ser estimulada a participação do grupo na resolução dos seus próprios problemas. Motivar é tão importante quanto fiscalizar.

Essa mudança não é suficiente para uma transformação estrutural mais profunda da organização, entretanto novos elementos foram incorporados ao cenário contribuindo para uma prática mais coerente com as características do modelo da vigilância em saúde. Pode-se concluir que quando a cultura organizacional e o poder formal, duas fortes características da vigilância em saúde, se renovam a mudança acontece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AERTS, Denise; ABEGG, C.; CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 1, p.131-138, 2004.
- ANDRADE, Jaqueline A. O processo de inovação nas organizações públicas: integrando conceitos às práticas. Campinas: Anais do XXV ENANPAD, 2001.
- ASSIS, Mônica. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- CAMPOS, Gastão W.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COSTA, E. A. Políticas de vigilância sanitária: balanços e perspectivas. *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: caderno de textos*, 2001.

- LIMA, S.M.V.; BRESSAN, C.L. Mudança Organizacional: uma introdução. In LIMA, S.M.V. (Org.) *Mudança organizacional: teoria e teste*. [s.d.], 2002.
- MENDES, Eugênio V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.
- MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2000.
- PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol; ALMEIDA FILHO, Naomar (Orgs.) *Epidemiologia e saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 1999. p.473-488
- SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO SUS: QUANDO SE EFETIVARÁ?

Paulo Mayorga

Flávia Fraga

Carolina Karam Brum

Édison Fernando de Castro

INTRODUÇÃO

Este texto realiza uma revisão da política de saúde no campo da assistência farmacêutica, considerando o marco da criação da Central de Medicamentos, em 1971. Chega-se até o momento atual da Política Nacional de Medicamentos, que preconiza a atenção com os diversos componentes do ciclo da assistência farmacêutica. No entanto, o que ainda se observa, inclusive por ações do próprio Ministério da Saúde, é a centralidade da preocupação com a disponibilização do produto medicamento. Ou seja, estamos longe de concretizar serviços farmacêuticos articulados com os demais serviços e ações do sistema de saúde.

Após a revisão da trajetória da política, são apresentadas algumas evidências sobre a assistência farmacêutica em estados e municípios. Aí se encontram algumas indicações sobre aspectos que precisam ser considerados para superar insuficiências marcantes. O texto se encerra com algumas indicações sobre caminhos e ações necessárias para superar tais insuficiências, na direção da efetivação da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

UMA REVISÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Durante muitos anos a concepção da assistência farmacêutica no Brasil confundiu-se com a implementação de ações governamentais relacionadas

Central de Medicamentos (CEME), a qual foi criada pelo Governo Federal enquanto órgão da Presidência da República e instituída pelo Decreto nQ 68.806 de 25 de junho de 1971 (Bermudez, 1992):

A condução da CEM E foi norteada, principalmente, pelo Plano Diretor de Medicamentos, instituído pelo Decreto nQ 72.552 de 30 de julho de 1973. De acordo com Bermudez (1995, p.84) o Plano Diretor estabelecia que “a problemática da produção e utilização de medicamentos não poderia ser corretamente analisada fora do âmbito das preocupações sociais ligadas ao setor saúde”, demonstrando que existia uma preocupação, pelo menos no nível do discurso, em priorizar o sistema oficial de produção de medicamentos (Bermudez, 1992). O documento também realizava uma análise do sistema industrial farmacêutico e avaliações dos indicadores de saúde da população. Foi considerado fundamental conhecer o receituário nacional e suas características de adequação aos problemas de saúde a que se referem. O Plano implantou seis programas: administração, produção, distribuição, pesquisa, divulgação e modernização.

De acordo com Braga e Paula (1981) o programa de distribuição encontrou apoio das indústrias farmacêuticas como um todo, pois significava uma ampliação do mercado consumidor. Por outro lado, o programa da produção contrariava os interesse dos laboratórios privados de capital estrangeiro, uma vez que encorajava a empresa nacional e a diversificação da oferta oficial de medicamentos. Os laboratórios farmacêuticos transnacionais mobilizaram uma campanha contra o apoio à empresa nacional, onde a CEME foi acusada de ter um caráter estatizante.

Analisando os dados da evolução dos recursos financeiros disp'ensados pela CEM E em diversos programas, no período compreendido entre 1972 a 1976, percebe-se que o único programa que cresceu ininterruptamente foi o de distribuição, e que de 1973 a 1976 os maiores fornecedores de medicamentos foram os laboratórios estatais, com uma participação de 76% em 1976 (Braga e Paula, 1981), diminuindo para 60% entre 1977 e 1985, e uma participação de 50% deste ano em diante, ocorrendo grandes variações no percentual de participação entre 1990 a 1995 (Negri, 2002).

O Decreto nQ 74.000/1974 vincula a CEME ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e o Decreto n° 75.561/ 1975 transfere para o Ministério da Indústria e do Comércio, através da Secretaria de Tecnologia Industrial, o orçamento e as atividades de promoção e coordenação do desenvolvimento

tecnológico do setor químico-farmacêutico. O orçamento da GEME até 1975 era essencialmente oriundo da União, mas após sua incorporação pelo Ministério da Previdência e Assistência Social passou a contar com uma maior participação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Braga e Paula, 1981).

Outro pilar norteador das ações da GEME foi a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), criada pela Portaria MPAS 223 de 1975, baseada nos princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (Bermudez, 1995).

Gabe lembrar que em 1985 a GEME deixou de ser vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e passou para o âmbito do Ministério da Saúde, com o financiamento sendo mantido pelo IAPAS.

Gomo podemos constatar, historicamente, a assistência farmacêutica vinha sendo desenvolvida de forma centralizada pela GEME, e se resumia ao binômio aquisição e distribuição de medicamentos, básicos e de programas estratégicos, para os estados. Estes, então, se responsabilizavam pela distribuição dos medicamentos para os municípios, quase sempre utilizando as estruturas regionais para a efetivação desse processo.

Por ser um país com dimensão geográfica extensa, e considerando a descentralização das ações de saúde, o nível central (GEME) mantinha seu foco de ação apenas no nível estadual, deixando a cargo dos estados o estabelecimento de estratégias para a distribuição municipal de medicamentos, bem como outras questões relacionadas com a assistência farmacêutica municipal, como a prescrição e dispensação. Sendo assim, um dos grandes problemas detectados nesse sistema centralizado foi a elaboração de programações de medicamentos em desacordo com as reais necessidades dos municípios, acarretando percentuais significativos de perda e, também, de insatisfação do usuário por falta de acesso aos mesmos.

A discussão se refletiu claramente no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado de 30 de agosto a 1 Q de setembro de 1988, em Brasília.

O I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos mostrou que ainda estão longe do objetivo proposto. Isto porque, a principal bandeira apresentada foi a defesa da manutenção e fortalecimento da Central de Medicamentos (GEME), em atuação conjunta com as empresas

de medicamentos de capital nacional (estatais e privadas), no sentido de ampliar a cobertura neste setor... Seriam estas medidas suficientes para se falar em uma política nacional de medicamentos que garanta não somente a universalização do atendimento, mas também a sua qualidade? {...} A GEME vem indubitavelmente cumprindo um papel na garantia da produção de medicamentos essenciais e mesmo no desenvolvimento tecnológico de matérias-primas. Porém, estas atribuições não são suficientes para se fazer deste órgão o coordenador de uma política nacional de medicamentos. Isto porque há que se refletir sobre esta questão em sua totalidade. (Soares, 1989, p.42)

Em suma, a autora aponta o destaque dado ao debate relacionado à produção e ao desenvolvimento tecnológico, com presença maciça nas mesas redondas de representantes das empresas nacionais, em detrimento da situação caótica enfrentada pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED) e da assistência farmacêutica.

Apesar do seu papel em relação à promoção do acesso aos medicamentos essenciais, a Central de Medicamentos enfrentou diversos problemas para cumprir a função de executora da Política de Medicamentos, sendo que o próprio Ministério da Saúde reconheceu isto em um documento do ano de 1993.

[...] denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidades no abastecimento. (Bermudez, 1995 p.90)

A desarticulação da assistência farmacêutica e a irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial culminaram com o processo de desativação da CEM E em 1997. Neste momento, o discurso em defesa da consolidação de uma Política Nacional de Medicamentos incorpora novos argumentos, apontando o envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida, o processo irracional de uso de medicamentos, a dificuldade de acesso aos medicamentos essenciais, alterações epidemiológicas, visto o surgimento de novas patologias e do recrudescimento de outras, como é o caso da tuberculose, bem como a necessidade de promover o uso racional dos medicamentos essenciais.

Assim, no ano seguinte e com o resultado de amplo processo de debate, foi publicada a Portaria nº 3916 (Brasil, 1998), a chamada Política Nacional de Medicamentos (PNM), que revelou as intenções do governo com relação ao setor farmacêutico, constituindo-se num guia norteador das ações no campo da assistência farmacêutica. A PNM dispõe sobre as diretrizes, prioridades e responsabilidades das esferas de governo no âmbito do Sistema Único de Saúde, propondo o acompanhamento e avaliação da implantação da política. Estabeleceu, portanto, uma estrutura básica à coordenação de atividades em assistência farmacêutica, envolvendo setor público, setor privado e demais atores do campo farmacêutico.

Anteriormente à publicação da Portaria n.º 3916, a ausência de um documento oficial não permitia uma visão geral do cenário, causando tensões entre o governo, a comunidade e instâncias colegiadas do SUS. Os objetivos e responsabilidades não eram claros, causando dificuldades na condução das questões, especialmente aos gestores municipais que, mais próximos da população, terminavam por arcar com o ônus dessas indefinições.

Mesmo o conceito de assistência farmacêutica não era suficientemente claro. Como ilustração, podemos citar duas definições para o mesmo termo: uma oriunda do Estado do Ceará - “conjunto de atividades inter-relacionadas, técnicas e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades a ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada em cuidados farmacêuticos ao paciente e a coletividade” (Marin, 1999, p.127). Outra, encontrada na Resolução n.º 308 de 1997, quando o Conselho Federal de Farmácia definiu a assistência farmacêutica como sendo “um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, recuperação da saúde em estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades de projetos, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos” (Marin, 1999, p.127).

A primeira definição, por ter sido proposta por uma Secretaria Estadual de Saúde, tentou incluir alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela lei 8080/90 (Brasil, 1990a). Contudo, está centrada numa lógica administrativa/financeira ao citar apenas os critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, não abordando, por exemplo, os

princípios da universalidade, igualdade, descentralização e controle social. O princípio da universalidade garante que todos terão direito à assistência farmacêutica, e o da igualdade que não haverá nenhum tipo de discriminação relacionada, por exemplo, com a condição econômica do paciente. Reflete, nesse sentido, uma preocupação com a necessidade de integrar as atividades da assistência farmacêutica com as ações de saúde.

A definição apresentada pelo Conselho Federal de Farmácia buscou especificar as atividades de assistência farmacêutica no âmbito público e privado. Apesar de abrangente, caracteriza uma definição de certa forma isolada da Política de Saúde Brasileira ao não referir os princípios do SUS. Neste sentido, permite uma interpretação na qual as ações poderiam se desenvolver de forma fragmentada, não fazendo parte de um todo para se promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde do ser humano. Nunca esquecendo que o conceito de saúde adotado aqui vai muito além da simples ausência de doença.

Salienta-se, ainda quanto às incertezas, que na Lei n.2 8080/90 (Brasil, 1990a) o Artigo 62 inclui como campo de atuação do Sistema Único de Saúde a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Nos artigos 16, 17 e 18 são definidas as competências de cada esfera de governo fazendo menção, no entanto, apenas aos insumos da saúde e aos parâmetros de controle de qualidade dos produtos, não havendo referência explícita na lei sobre a organização dos serviços farmacêuticos (Dupim, 1999).

Da mesma forma, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) no 01/96 de 06 de novembro de 1996 redefiniu os papéis de cada esfera de governo e, no que tange a assistência farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação da assistência farmacêutica (Brasil, 1996). Porém, ainda persiste a indefinição do termo assistência farmacêutica e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma.

Somente com a publicação da Portaria n.Q 3916 é que se tornou mais claro o que o governo federal entendia por uma Política de Medicamentos. O texto legal declarou que a Política Nacional de Medicamentos é parte essencial da Política Nacional de Saúde, que contribuirá para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento social do país. Este reconhecimento foi extremamente importante, uma vez que a credibilidade e a resolutividade dos serviços de saúde são afetados diretamente quando o suprimento e a qualidade dos medicamentos não são adequados. Além disso, o documento definiu a assistência farmacêutica no Sistema

Único de Saúde (SUS) como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

Portanto, a cultura existente, focada apenas na aquisição e distribuição de medicamentos começou a ser declarada, oficialmente, como insuficiente para sustentar uma política de medicamentos.

Outro ponto a ser comentado é que a Política Nacional de Medicamentos manifesta, já nas suas primeiras linhas, que o texto passou por uma ampla discussão junto a diversos segmentos ligados direta e indiretamente ao assunto. O texto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Denota, portanto, uma preocupação do legislador, em expressar que teria ocorrido uma negociação e um consenso entre as três esferas de governo.

Também o fato da discussão ter sido realizada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) garantiu a ocorrência de um debate com a comunidade, conforme determinação da Lei 8142/90 (Brasil, 1990b). O Conselho Nacional de Saúde exerceu seu papel de formulador de estratégias e controlador da execução da política de saúde.

A Política Nacional de Medicamentos tem como seu propósito primeiro garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Tal propósito advém certamente de uma série de eventos que marcaram a evolução da política de medicamentos. Entre eles, podem ser apontados o lançamento, em 1977, pela Organização Mundial da Saúde, do primeiro modelo de lista de medicamentos essenciais, composto de 208 medicamentos que os países poderiam utilizar para resolver a maioria dos problemas de saúde da população; um ano depois, a Conferência de Alma-Ata incluiu como um dos oito elementos de atenção primária o acesso a medicamentos essenciais; em 1979, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o Programa de Ação de Medicamentos Essenciais; em 1985, a Conferência de Especialistas em Uso Racional de Medicamentos, em Nairobi,

recomendou a promoção do uso racional de medicamentos, tendo sido adotada como resolução pela Assembléia Mundial de Saúde em 1986; também em 1986, o Comitê de Especialistas em Políticas Nacionais de Medicamentos da Organização Mundial de Saúde propôs um guia para o desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos (WHO, 2001).

São oito as diretrizes explicitadas na política brasileira de medicamentos: adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A diretriz de reorientação da assistência farmacêutica, também escolhida como prioritária, promoveu o início de mudanças em todo o país, em particular no que se refere à forma de entender e gerenciar a assistência farmacêutica. A idéia anterior, apenas centrada na aquisição e distribuição dos medicamentos pelos governos federal e estadual começa, gradativamente, a se desfazer, pelo menos do ponto de vista formal.

Além disso, o governo federal passou a enviar recursos financeiros para a compra dos medicamentos, obrigando aos gestores estaduais e municipais a rever suas formas de gerência. Incentivos foram criados para financiar a assistência farmacêutica, entre eles podemos citar o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que define valores a serem financiados pelas três esferas de governo, regulamentando, pela Portaria GM n.Q 176 de 1999 (Brasil, 1999a); e o incentivo destinado ao Programa da aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, implantado pela Portaria GM nQ1077 de agosto de 1999 (Brasil, 1999b). A partir daí passou a ser decisão dos gestores municipais e estaduais adquirir medicamentos. No entanto, o montante repassado está longe dos valores que vem sendo empregados. Ao mesmo tempo que a União descentraliza recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, em alguns programas torna a centralizar a aquisição, como é o caso do Kit do Programa da Saúde da Família, do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e da Farmácia da Mulher.

No que tange à promoção do uso racional de medicamentos, percebe-se um esforço no sentido de capacitar recursos humanos dentro da proposta desta diretri_. A capacitação dos agentes comunitários de saúde e dos prescritores são bons exemplos. Todavia, recursos de mídia poderiam ser utilizados para promoção do uso racional de medicamentos, exigindo o

enfrentamento da indústria farmacêutica, que obviamente não veria com bons olhos a disseminação de proposta que poderia reduzir os seus lucros.

Um elemento fundamental que “a política de medicamentos brasileira explicita é a necessidade de articulação intersetorial e a definição de competências das três esferas de governo. De maneira especial, a definição de competências trouxe ganhos ao processo, visto que, anteriormente, as indefinições mantinham os gestores municipais reféns das dúvidas e incertezas, do que de fato seriam suas competências. No entanto, vale salientar que a definição de papéis ainda não é completa, gerando espaço para questionamentos.

É preciso reconhecer que ocorreram avanços importantes na Política de Medicamentos Brasileira nos últimos anos, observando-se um grau de importância crescente na valorização das atividades relacionadas com a Assistência Farmacêutica, como atesta a realização da 1^ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003. Entretanto, considerando a trajetória histórica da Política Medicamentos no Brasil, seus avanços, princípios, diretrizes e os novos conceitos, cabe a reflexão sobre o verdadeiro impacto deste instrumento legal sobre a saúde da população e a melhoria da qualidade de vida.

Observa-se, historicamente, uma preocupação centrada na disponibilização do produto, a qual perdura até o momento, haja vista, principalmente: a criação de todos os incentivos financeiros para a aquisição de medicamentos; o suprimento através de kits; a Política de Medicamentos Genéricos, que tem o intuito de aumentar a competitividade, reduzindo os preços; o Registro Nacional de Preços que visa em última análise facilitar o processo de compras de medicamentos dos estados e municípios; a atualização da legislação sanitária; a revisão da RENAME; as farmácias populares, estratégia que visa ao fornecimento de medicamentos a preços reduzidos.

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ALGUNS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Diagnósticos da assistência farmacêutica realizados em alguns municípios e estados apontam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infra-estrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Os motivos que explicam a falta de medicamentos na rede pública podem ser muitos e complexos. Os problemas existentes não são apenas o resultado de limitações financeiras e orçamentárias, e da falta de infra-estrutura e recursos humanos, mas também reflexo da atitude e a conduta de governos, prescritores, dispensadores, consumidores, e da própria indústria farmacêutica (Nascimento Jr., 2000).

Um estudo realizado em 413 municípios, que objetivava avaliar o estágio de organização da assistência farmacêutica após a adoção do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, concluiu que, “embora persistam problemas importantes a serem enfrentados no processo de organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros, existe um movimento institucional na direção de uma maior racionalidade político-administrativa, da melhoria das condições estruturais e de um incremento progressivo da qualificação da gestão e dos serviços de assistência farmacêutica” (Brasil, UFMG, 2002, p.70).

Outra análise sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica realizada no norte de Minas Gerais e no Vale do Jequitinhonha, englobando dezenove municípios (Júnior, 2002), demonstrou a baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais (52,0%), unidades públicas de saúde (46,9%), unidades filantrópicas e privadas (41,0% e 38,1%, respectivamente). Nas farmácias privadas a disponibilidade dos medicamentos essenciais foi de 81,2%. Quanto ao perfil das prescrições, a maioria dos medicamentos (69,7%) não estava disponível nas unidades públicas de saúde e 23,4% não pertenciam à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. O estudo concluiu que o setor público não adotou o conceito de essencialidade, havendo baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta, além de prescrição de medicamentos de marca no Sistema Único de Saúde. A disponibilidade dos medicamentos essenciais foi maior nas farmácias privadas, mas foi verificado que os medicamentos de marca apresentavam valor superior ao tabelado, comprometendo a acessibilidade econômica. Os resultados deste trabalho sinalizaram para a necessidade de adotar estratégias para divulgar e implementar o conceito de essencialidade nos setores público e privado.

Um diagnóstico da assistência farmacêutica, realizado em 43 municípios do estado da Bahia Secretaria de Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva, demonstrou que apenas dois municípios contavam com farmacêuticos, correspondendo a 4,6% dos municípios. Em 47,7% dos

municípios não havia uma relação de medicamentos, 52,3% contavam com uma lista de medicamentos que estavam disponíveis no estoque do serviço de saúde não se referindo, portanto, a um elenco padronizado (Bahia, 2003).

Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (Rieck,2002) os resultados dos indicadores de prescrição encontrados foram: número médio de medicamentos por receita na atenção básica de saúde - 1 ,9; percentual de medicamentos prescritos da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais Básicos do Rio Grande do Sul (REMEB/RS) nas Unidades Básicas de Saúde do Estado - 60%; percentual de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira nas Unidades Básicas de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - 68 %.

Mais recentemente, em estudo realizado no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, nota-se que os gastos com medicamentos de 1998 a 2000 estiveram em crescimento, chegando a R\$ 4,50 por habitante/ano. Acredita-se que o aumento de 1999 para 2000, e a grande queda de 2000 para 2001, se devam a alguma aquisição em grande escala que manteve os estoques em alta por um período, ficando temporariamente sem necessitar de aquisição. Após 2001 os gastos voltaram a crescer, chegando a R\$ 5,83 em 2003. Na verdade deve-se considerar que o investimento por habitante é um pouco maior devido à cobertura do SUS em relação à população, que hoje está em torno de 70%. Se considerarmos apenas 70% da população o gasto por habitante/ano é R\$ 8,33. Este parâmetro pode ser uma estimativa de custos com medicamentos em sistemas com organização relativamente estável e bem estruturada (Brum, 2004). O estudo demonstra que o investimento em saúde é crescente, porém os gastos com medicamentos oscilam bastante. Vale lembrar que o montante de valores não necessariamente é proporcional à qualidade da assistência farmacêutica prestada, apenas significa que medicamentos estão sendo adquiridos e disponibilizados.

Quanto à dispensação nas 14 unidades básicas de saúde (UBS) observou-se, ainda, que 50% das UBS's dispensa medicamentos em balcão para atendimento geral (marcação de consultas, exames e dispensação); 42,8% dispensa medicamentos em guichês, também para atendimento geral; e 7,2% em mesa do tipo escolar. Apenas 14,8% das UBS's possuem local exclusivo para a dispensação. Em relação ao padrão de prescrição, a via de administração do medicamento está explícita em 64,2% das prescrições avaliadas, em 21,4% de forma parcial (para um dos medicamentos da receita), e em 14,2% não há nenhuma referência neste sentido (Brum, 2004).

Da mesma forma, em diagnóstico da assistência farmacêutica no município de Santo Antonio da Patrulha, também no Rio Grande do Sul, observou-se a existência de diversos problemas relacionados à” estruturação do sistema, deficiência na capacitação de recursos humanos, falta ou inadequada estrutura física para o atendimento do paciente, e insuficiência de pessoal capacitado para a tarefa de dispensação (Castro, 2004).

O conjunto destes estudos demonstra que a política de assistência farmacêutica que vem sendo implementada no País ainda é incipiente, não garantindo o acesso e o uso racional dos medicamentos. Neste contexto, salientamos que a atual estrutura organizacional contempla farmácias (ou pontos de dispensação) distribuídas de forma heterogênea dentro das várias unidades de saúde das redes municipais, sem considerar critérios técnicos na maioria dos casos. Estas farmácias são conhecidas mais pela falta do medicamento, levando ao descrédito do serviço público. A pulverização de pequenas farmácias na maioria das unidades de saúde traz problemas, tais como desorganização do serviço, faltas de medicamentos, falta de controle dos medicamentos e acompanhamento dos usuários e inexistência de profissionais farmacêuticos responsáveis por cada um desses pontos de “entrega” de medicamento. Esta situação leva a perda de medicamentos, uso inadequado, baixa cobertura populacional e baixa resolutividade dos serviços de saúde, entre outras. No quadro ao lado se encontram sistematizados os principais problemas relacionados ao funcionamento das farmácias ou pontos de dispensação em funcionamento.

Algumas condições que precisam ser satisfeitas para efetivar-se a assistência farmacêutica no SUS

Para nos aproximarmos mais do propósito da Política Nacional de Medicamentos, expresso na Portaria nQ 3916/98, precisaríamos reconhecer a importância do usuário nos serviços de saúde, a necessidade de prover um serviço farmacêutico estruturado adequadamente, numa área física que permita o atendimento humanizado por profissionais capacitados e motivados ao encaminhamento das questões do usuário.

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) enfatiza que o acesso e o uso racional de medicamentos deve apoiar-se “em legislações e regulamentações que tenham impacto sobre áreas críticas do campo farmacêutico: seleção e registro de medicamentos; regulamentação da promoção comercial de produtos farmacêuticos; regulamentação de preços;

adaptação dos novos acordos internacionais de comércio às necessidades dos países e seus problemas de saúde pública; melhoria da formação de profissionais de saúde; educação de consumidores; disponibilidade de informação independente e completa" (SOBRAVIME, AIS-LAC, 2001,p.14).

ITEM	OBSERVAÇÃO
Recursos Humanos	O atendimento é raramente realizado por profissional farmacêutico, envolvendo, na maioria dos casos, pessoal de baixa qualificação.
Infra-Estrutura	Geralmente a infra-estrutura é precária, em espaço físico limitado, sem adequação para o correto armazenamento dos medicamentos, os quais acabam sendo espalhados na unidade de saúde (ex: em baixo de bancos).
Custo logístico	Este aspecto representa problema crítico, especialmente para os municípios maiores, os quais tem um elevado custo logístico em função do alto número de postos de dispensação.
Eficiência (gerencial e resolatividade)	Em geral a eficiência é muito baixa, dada a inexistência de instrumentos gerenciais adequados e a falta de capacitação de pessoal. Além da ineficiência gerencial, verifica-se a incapacidade de avaliar a resolatividade das ações realizadas.
Perfil do atendimento	O atendimento é crítico, considerando as instalações físicas, as freqüentes rupturas no abastecimento e o não fornecimento de informação qualificada ao usuário sobre sua medicação.
Perdas	O nível de perdas é elevado, considerando falhas de programação que resultam em perdas por vencimento do prazo de validade dos produtos, mas condições de armazenamento, desvios, etc.
Zona rural	O atendimento da zona rural é normalmente realizado por meio de deslocamento da equipe de saúde.
Baixa disponibilidade de informação	Verifica-se, na rede, uma grande dificuldade em estabelecer o fluxo de informações necessário ao gerenciamento eficiente e ao acompanhamento de usuários. O problema decorre da desorganização das atividades e do baixo índice de informatização.
Lógica de funcionamento	Caracterizada pelo produto medicamento e não como serviço de saúde. Observa-se a necessidade de resgatar os aspectos sociais referentes ao próprio papel dos produtos farmacêuticos na prestação dos serviços de saúde, como o apoio técnico à equipe de saúde provendo informação sobre medicamentos, ações educativas, qualificação do atendimento ao usuário e viabilizando a implementação futura de outros serviços como, por exemplo, aqueles relacionados à farmacovigilância.

Assim, destaca-se o entendimento de que melhorar o gerenciamento do setor farmacêutico significa implementar a regulamentação, aprimorar a troca de informações sobre o uso de medicamentos, dispor de informações independentes, de modo a embasar a seleção e a prescrição racional dos mesmos. Percebe-se, portanto, que a melhoria da assistência farmacêutica prestada a população, depende da articulação de vários fatores em diferentes instâncias entre muitos atores.

Conforme a SOBRAVIME (2001, p.14), os envolvidos na tarefa de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos são

os governos que, devem mostrar vontade política para estabelecer políticas farmacêuticas apropriadas e as conseqüentes legislações; os produtores e distribuidores de medicamentos, que devem assumir não somente o compromisso de oferecer medicamentos com qualidade, os quais respondam as necessidades de saúde pública, mas oferecer informação completa com qualidade e melhorar suas práticas de mercadização; as universidades e outras instituições, que devem melhorar a formação de profissionais para assegurar sua independência em relação aos interesses comerciais; os profissionais de saúde (dispensadores e prescritores), devem manifestar seu próprio papel individual e o de sua categoria profissional para atuar a favor do uso racional de medicamentos na sociedade; os organismos internacionais, que devem decididamente apoiar os governos para formular suas políticas farmacêuticas, as legislações apropriadas e sua aplicação; as organizações não governamentais, que devem apoiar todas as iniciativas que estejam orientadas a ter repercussão positiva sobre qualquer elemento do campo farmacêutico; os consumidores, que devem participar ativamente na formulação de políticas e no processo educativo que os leve a um uso responsável dos medicamentos.

Verifica-se, então, que a Política de Medicamentos envolve vários atores e seus fundamentos estão baseados em garantir o acesso, o uso racional e a qualidade. O acesso é entendido como a capacidade de prover medicamentos essenciais à população no momento e no local em que são necessários, comprados a um preço compatível que permita o devido financiamento. O uso

racional é caracterizado pela adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos. A qualidade é compreendida tanto como do produto fornecido como do serviço prestado. Centralizar a atenção em um ou outro aspecto da Política de Medicamentos não contribui para a solução da questão.

Apesar da garantia do acesso aos medicamentos essenciais ainda ser um problema muito sério, inclusive internacionalmente, visto que aproximadamente um terço da população mundial e mais de 50% no caso da população da África e Ásia não tem acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2000 e 2003), é necessário preocupar-se também com a organização e a estruturação do serviço de assistência farmacêutica, pois os medicamentos são apenas instrumentos para a prestação deste serviço.

Assim, precisamos refletir sobre o conceito de assistência farmacêutica definido

como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente de profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Brasil, 1998 p.34).

A análise da assistência farmacêutica deve considerar quatro componentes: técnico-científico; operacional; informação; qualidade. O componente Técnico-científico é composto pelos elementos protocolos terapêuticos, seleção de medicamentos, formulário terapêutico, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilância, capacitação de profissionais, educação dos usuários dos serviços e atenção farmacêutica. O componente operacional tem em sua composição os elementos programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação. O terceiro componente é constituído pelos elementos informação técnico-científica e informação operacional. Os elementos do componente qualidade são a qualidade do produto e do serviço. Cada componente possui um objetivo,

necessitando para alcançá-lo ter seus elementos definidos e organizados de forma a cumprir as suas tarefas dentro de uma estrutura organizacional com a requerida infra-estrutura. Os resultados obtidos em cada componente da assistência farmacêutica influenciarão nos demais componentes e, por conseguinte em todo o ciclo (Santich, 1995).

Considerando esse referencial, se espera que o serviço de assistência farmacêutica municipal busque garantir: o acesso aos medicamentos essenciais, seguros, eficazes e de qualidade; o uso racional dos medicamentos desde o diagnóstico, prescrição, dispensação e utilização pelo paciente; a disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para apoiar as decisões e a prática profissional; a qualidade nos processos trabalho e do produto oferecido; um custo compatível com o resultado obtido; um atendimento humanizado dos usuários; o aprimoramento da formação dos profissionais; o fornecimento de orientações aos usuários do serviço para a obtenção dos resultados previstos da terapêutica indicada.

O serviço de assistência farmacêutica municipal pode ser estruturado, de acordo com a capacidade instalada dos serviços de saúde, dos serviços de apoio gerencial, dos recursos humanos disponíveis e suas capacitações, recursos materiais e recursos financeiros.

Todavia, a sensibilização e o apoio do gestor, reconhecendo a importância do serviço de Assistência Farmacêutica é fundamental para a sua organização e estruturação, uma vez que colabora para a mudança de uma cultura nacionalmente estabelecida de que este serviço corresponde meramente o fornecimento de medicamentos.

Espera-se que tal estrutura contemple os quatro componentes da assistência farmacêutica de forma concatenada, tendo a racionalidade do uso dos medicamentos garantida, principalmente, através da formulação e implantação de protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, relação municipal de medicamentos essenciais; orientação de pacientes e das atividades operacionais planejadas e executadas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Toda a estrutura deveria funcionar captando e processando dados de forma integrada, sendo que os resultados gerados em um determinado nível são passíveis de influenciar os outros. É como se fosse a engrenagem de uma máquina, a qual poderia ser traduzida como o conjunto dos diversos componentes da assistência farmacêutica trabalhando de forma articulada, onde

se necessitam recursos humanos qualificados e em número suficiente, uma área física e equipamentos adequados, além de informações técnico-científicas e operacionais respaldadas por um sistema informatizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante lembrar que o crescimento da estratégia do Programa de Saúde da Família, ampliando o acesso à atenção básica e atuando de forma preventiva, redimensiona igualmente a demanda em relação a outras ações ou serviços, e tende a induzir a própria reorganização do sistema de saúde, inclusive no que se refere aos serviços relacionados à assistência farmacêutica.

Finalmente, cabe reiterar a necessidade de conversão do modelo vigente em relação à distribuição de medicamentos no SUS, em busca da consolidação de um serviço farmacêutico com funções claras e interfaces definidas, principalmente em relação ao conjunto de serviços, profissionais e usuários, para o que torna necessário o investimento na qualificação de estabelecimentos de saúde que de fato possam ser denominados de farmácia, prezando pela qualidade e humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F.A. (Org.) *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPED, 2003.
- BAHIA, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO (SESAB). *Subsídios para a I Conferência Estadual e Macrorregional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Salvador: SESAB e Conselho da Saúde Estadual, 2003.
- BERMUDEZ, J. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BERMUDEZ, J. *Indústria farmacêutica, Estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BRAGA, J.C.S.; PAUIA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981.
- BRASIL. lei nQ 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 1990 a.
- BRASIL. lei nQ 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 1990 b.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) de 06 de novembro de 1996. Redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Diário Oficial da União, Brasília: 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria NQ 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília: 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nQ 176 de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília: 1999 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nQ 1077 de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que as transferências dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília: 1999 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 113p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS*. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da saúde, 2002 160p.

BRUM, C.K. *Análise situacional da assistência farmacêutica no município de Caxias do Sul- RS*. Monografia do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Administração / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

CASTRO, E.F. *Estudo da assistência farmacêutica no município de Santo Antônio da Patrulha - RS*. Monografia do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Administração / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

DUPIM, JA *Assistência farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.

IVAMA, A. M. et al. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília: OPAS, 2002.

JÚNIOR, A.A.G. *Medicamentos essenciais, estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do estado de Minas Gerais: o norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha*. Belo Horizonte: Dissertação de mestrado, 2002.

MARIN, N. Los Servicios Farmacêuticos em la atención de salud. In: BERMUDEZ, J.A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Orgs.) *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec. 1999. p-125-129

MARIN, N. (Org.) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

NASCIMENTO JR., J.M. *Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFSC. Florianópolis, 2000.

NEGRI, B. *Política federal de assistência farmacêutica 1990 a 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OMS. ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. *Estratégia sobre medicamentos de la OMS: 2000-2003: perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. Ginebra: OMS, 2000. OMS. ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA \$ALUD. *Como desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra: OMS, 2003.

RIECK, E. B. *Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul*: indicadores de avaliação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Porto Alegre: 2002.

SANTICH, LR. *La asistencia farmacéutica en el Sistema Único de Salud de Ceará: elementos para su transformación*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 1995. SOARES, J.C.R.S. Política de medicamentos no Brasil e miséria filosófica. *Saúde em Debate*. p.42-46, junho/1989.

SOBRAVIME. *O que é o uso racional dos medicamentos*. São Paulo: SOBRAVIME. AIS-LAC.2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How to develop and implement a national drug policy*. Second edition. Updates and replaces guidelines for developing national drug policies, 1988. Geneva: 2001.

GESTÃO LOCAL DA SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

Carlos Alberto Protti

Joice Marques

Liane Beatriz Righi

INTRODUÇÃO

Este texto tem sua origem no processo de orientação de monografias do Curso de Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvido através de convênio com o Ministério da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGA/UFRGS. Em Ijuí, a cerca de 500 km de Porto Alegre, a edição do curso deu-se em parceria com o Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ.

O texto agrega e socializa os referenciais e problemas que, por afetarem os autores, provocaram proximidades de temas e definiram o perfil da orientação. Refere-se ao estudo de situações problematizadas por alunos implicados com a gestão local da saúde.

A descentralização, com a Municipalização da Saúde, pode e deve ser aproveitada para avançar na construção do Sistema único de Saúde. Por outro lado, não é possível tratar a descentralização e a gestão local da saúde como processos encerrados em si mesmos.

Processos de descentralização não alteram apenas as funções tradicionais do nível local, mas de todas as esferas de governo e estão inseridas no contexto da globalização. A descentralização é, portanto, um tema que exige alguma discussão a respeito da relação entre os processos locais e a globalização e a respeito das diferentes propostas de Reforma do Estado.

Descentralização e globalização: processos de descentralização e o fortalecimento de instituições locais

Concordando com Ugá (1997), admite-se que a doutrina neoliberal é o paradigma hegemônico de desenvolvimento econômico, e suas propostas de ajustes levadas ao cabo pelos governos dos países dependentes tiram a capacidade da promoção de políticas públicas.

Apesar deste contexto, os processos de descentralização indicam um papel crescente dos municípios na política social. Contudo, sinaliza Kliksberg (2003), mesmo com o reconhecimento das vantagens derivadas de uma provisão local de serviços, os processos de descentralização apresentam dificuldades para lidar com as marcantes 'assimetrias' entre diferentes realidades locais, o que pode levar ao agravamento da situação relativa prévia.

Lidar com a idéia de que o município é local de produção e não apenas de implementação de programas leva à necessária consideração de que o espaço do município é complexo. Para Morin (2000, p.14), "o desafio da globalidade é também o desafio da complexidade".

Kliksberg também discute a gestão social em um contexto mundial marcado pela incerteza. Ele diz: " Penetramos em um mundo que parece estar cercado pela incerteza, a qual, por sua vez, está associada à complexidade" (Kliksberg, 1997, p. 76). Em função disso, há uma crise no paradigma gerencial tradicional, determinada pela sua insuficiência para 'lidar' com situações de instabilidade.¹

Boaventura Sousa Santos trata a relação dialética entre local e global na mesma perspectiva. Defende que a experiência que temos da globalização é sempre local e que "um dos problemas mais complexos na compreensão do mundo contemporâneo é o da articulação entre o global e o local". Para ele, além de reconhecer que vivemos em um período de globalização, é preciso também reconhecer que "vivemos igualmente em um período de localização e que a expansão da globalização vai de par com a expansão da localização" [grifos meus] (Santos, 1997, p. 175).

Oszlak (1990) caracteriza a descentralização como um meio e a define como um processo que supõe o deslocamento do fluxo de poder político, administrativo e tecnológico. Desta forma, descentralização implica desenvolvimento institucional,

⁴ A crítica que este autor faz ao 'Paradigma Gerencial Tradicional' está muito próxima da que Carlos Matus e Mário Testa fazem do Planejamento normativo. Na mesma perspectiva, Kliksberg refere-se a planejar em mundo de intrometidos.

pois na medida em que o espaço local passa a exercer o poder de normatização, ele precisa criar órgãos com personalidade jurídica e definir formas de financiamento.

Na perspectiva da organização da atenção à saúde, processos de descentralização são vistos como movimentos que potencializam a valorização da atenção primária e da universalização. O sistema descentralizado de saúde, para Oszlak (1990) supõe uma trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsáveis pela formulação e implementação de políticas de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 assume, em seu artigo 197, como diretrizes, a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. A descentralização é entendida, portanto, como um processo que muda a institucionalidade.

Um exemplo desta discussão é apresentado por Luz (2001). Em um texto sobre o processo de descentralização e as novas práticas de saúde, a autora identifica importantes características da descentralização sob a hegemonia do modelo neoliberal. Ela apresenta as contradições entre descentralização e concentração de recursos na União e defende que, mesmo parecendo paradoxo, o estado liberal tende a favorecer a descentralização.

A descentralização, proposta nos marcos do estado neoliberal se dá em um contexto de centralização dos recursos na esfera e sob a lógica econômica, sendo o município um local para onde são 'repassados' recursos destinados a execução das novas funções. No entanto, o ritmo destes repasses não é o mesmo da delegação das funções, o que pode agravar a situação de pobreza e de ineficiência das políticas públicas em municípios pobres (Luz, 2001).

As transferências de funções, nestes casos, não são acompanhadas de transferência de poder, e os repasses geram e alimentam um 'círculo perverso': formalmente delegam-se funções, mas há uma desconfiança sobre a capacidade de gestão dos governos locais. As situações de indefinição das atribuições e a falta de financiamento complicam a prestação de serviços e reforçam, por sua vez, a desconfiança original (Kliksberg, 1998).

Dowbor (1999) chama atenção para o fato de que o exercício da cidadania se dá hoje, em diversos níveis de espaços articulados e que há um resgate da dimensão comunitária.

Arretche (1997, p.131) identifica, na descentralização, a “condição para o rompimento com as estruturas políticas tradicionais que, por serem centralizadas, impediriam o desenvolvimento das virtudes cívicas ...”. A partir de Borja, encontra nas relações entre a descentralização e a democracia o fortalecimento institucional e político dos municípios, ou seja, a expansão da democracia depende do desenvolvimento de instituições políticas locais.

Se o desenvolvimento e o fortalecimento institucional local são necessidades de um processo de descentralização democrática, a valorização dos espaços locais exige a superação das gestões locais sustentadas em meras racionalizações ou reformas administrativas ou a mera transposição de programas ou serviços ao nível local (Paz, 2004).

O mesmo autor propõe pensar a descentralização partindo da seguinte perspectiva:

La descentralización sin democratización ni desarrollo institucional significa la mera transferencia de los problemas a escala Local; la democratización sin descentralización ni desarrollo institucional significa: frustración en la representatividad y la participación y el desarrollo institucional sin democratización ni descentralización significa el fortalecimiento del autoritarismo y clientelismo local (Paz, 2004, p.41).

Esta construção resulta na defesa de um “pluralismo organizacional”, ou seja, se é necessário propor novos desenhos organizacionais, quais os desenhos potencializados pelo processo de descentralização em curso?

É forte a leitura de que há uma crise do Estado, e que esta crise abriu oportunidade para outro tipo de respostas. Este outro tipo de resposta é o deslocamento de setores de prestação de serviços ou produtivos da propriedade pública estatal para o que denominam de pública não-estatal. Os autores supõem a “existência de quatro esferas ou formas de propriedade relevantes no capitalismo contemporâneo: a propriedade pública estatal, a pública não estatal, a corporativa e a privada” (Pereira & Grau, 1999 p. 17).

Estes autores entendem que “a reforma do Estado que está ocorrendo nos anos 90 deverá conduzir a um Estado fortalecido, com suas finanças recuperadas e sua administração obedecendo a critérios gerenciais de

eficiência” (Pereira & Grau, 1999 p. 17). Quanto às atividades sociais, devem ser “realizadas, competitivamente pelo setor público não-estatal” (Pereira & Grau, 1999 p. 17).

O movimento de descentralização/ municipalização no campo da saúde não está “descolado” de uma visão do Papel do Estado.

Encontramos em Mendes, a leitura da relação entre a implementação das propostas da Vigilância da Saúde com uma determinada visão do Papel do Estado. Esta “leitura” é facilitada porque, a partir da Segunda década de 90, este autor passa a fazer referência ao Postulado de Coerência de Mário Testa e justifica suas propostas a partir de uma relação entre Papel do Estado e o que denomina de “novo desenho institucional”. Esta construção desemboca na tese de que, no processo de descentralização, o sistema Único de Saúde estruturou-se como monopólio estatal. Conseqüentemente, o autor defende a retirada do Estado da prestação de serviços (Mendes, 1996, 1998).

Para ilustrar, vejamos: “A privatização[...] fundamenta-se na necessidade de liberar o Estado para as suas funções substantivas, para o que ele deve abandonar espaços mais vocacionados para a iniciativa privada” (Mendes, 1998, p. 31).

A estruturação da rede básica a partir do programa de Saúde da Família tem promovido o desenvolvimento de uma rede sustentada na terceirização. Embora este aspecto não tenha sido objeto de nenhum dos estudos aqui apresentados, nas duas situações a opção pela forma de contratação exigiu movimentos e decisões locais. E nas duas situações estudadas, o município experimenta processos de terceirização e, a seguir, opta pela organização de serviços próprios.

Saantos (1997, p.89) fala de um Estado caracterizado, ao mesmo tempo, pela fraqueza externa e pelo autoritarismo. Neste movimento, o Estado tende a “devolver a sociedade civil competências e funções que assumiu(...) e que agora parece estrutural e irremediavelmente incapaz de exercer e desempenhar”. Esta condição dá o tom das propostas de reforma de estado em curso.

O estado mínimo não é necessariamente, portanto, um estado fraco, mas um estado que é, ao mesmo tempo, objeto e agente das reformas propostas. Este autor identifica dois “motores” de transformação: a) a revolução, como movimento externo (agente) que visa à transformação

do Estado (objeto) e; b) a reforma, como movimento promovido de dentro do Estado (agente) onde a sociedade é o objeto desta reforma.

Assim, para este autor, o que está em crise, neste momento, é especificamente o reformismo, à medida que há um diagnóstico de que o Estado se tornou problemático e que, portanto, deve ser objeto de reformas.

No entanto, é este mesmo Estado que gera e implementa as reformas propostas. Ou seja: o Estado é, ao mesmo tempo, agente e objeto.

Esse pressuposto sustenta a direção de muitos processos de descentralização e sua relação com processos de privatização. Para Boaventura Santos, a crise do Estado não é o enfraquecimento do Estado, mas o enfraquecimento de suas estratégias de hegemonia e confiança, o que nos parece uma referencia importante para analisar os processos de descentralização. As mudanças propostas pelo neoliberalismo exigem do Estado um papel muito ativo e crucial: a criação das condições institucionais e jurídicas para a expansão do mercado (Santos, 1997).

Estudo de Tandler(1998), publicado com o nome “Bom Governo nos Trópicos”, indica importantes questões tanto em relação à descentralização, como mito, como quanto ao repasse de atividades para o terceiro setor. É interessante como trata a esfera de governo estadual, pois reconhece, nesta esfera, a possibilidade de desencadear processos de inovação na gestão pública e na condução de políticas sociais.

Em relação à melhor qualidade de serviços prestados pelo terceiro setor, a autora contrapõe o fato de que serviços públicos descentralizados podem ser mais eficazes. Cita os serviços de saúde, onde verificou, no setor estatal, maior capacidade de atendimento.

O trabalho de Tandler trata questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores públicos e rompe com a idéia de que o funcionário público é sempre desinteressado e ruim enquanto todo o serviço não-estatal tende a ser eficiente e seus trabalhadores motivados. Pelo contrário, identifica, em sua pesquisa empírica, servidores públicos motivados o que não confirma o euforismo em torno da transferência de serviços para o setor não-estatal.

Conclui que o “volume de problemas governamentais que podem efetivamente ser resolvidos dentro do próprio setor público é maior do que pensamos. Por sua vez, passar para ONGs a prestação de serviços pode não ser uma cura tão fácil para as doenças hoje consideradas inerentes ao fornecimento público” (Tandler, 1998, p 221).

Estamos, portanto, dialogando com autores que reconhecem a hegemonia do neoliberalismo na definição do papel do Estado, mas que também reconhecem, (de novo, a dialética, o contraditório) que há uma heterogeneidade nestes propósitos: esta heterogeneidade aponta para a possibilidade de que muitos governos não estejam dispostos a compartilhar do paradigma hegemônico. A heterogeneidade destes atores é fator importante para a constituição de espaços que criem condições para a transformação.

O processo de descentralização altera as relações de poder e inscreve o município na disputa pela capacidade de formulação de diferentes propostas de gestão e de atenção (os modelos tecnoassistenciais) no campo da Saúde Coletiva e pelo controle social sobre o setor (Protti, 2004).

Podemos identificar, no caso da saúde, a constituição de novos sujeitos sociais. São, principalmente, os governos municipais com sua heterogeneidade de propósitos (tanto entre governos de diferentes municípios quanto em composições de um mesmo governo); os trabalhadores apropriados de teorias e acúmulo de experiências, dispostos a propor e disputar a implementação de determinadas formas de “produzir saúde”; e os usuários, com várias possibilidades de disposição e capacidade para realizar o controle social sobre as novas organizações e suas propostas para a gestão e a atenção.

No centro dos movimentos de municipalização da saúde no Brasil, está a questão da autonomia local. Silva (2001) refere-se à co-existência de partidários de uma maior autonomia local (esta posição incluí a crítica as normas que operacionalizam a descentralização) e de partidários de uma revisão da excessiva autonomia local.

De qualquer forma, a descentralização (apreendemos com as duas décadas de movimento em torno das propostas da Reforma Sanitária) não é condição suficiente para a mudança das tecnologias de cuidado e da produção das novas organizações que impulsionariam as políticas sociais. É possível que o ponto mais frágil do processo de descentralização da saúde no Brasil, seja o ritmo lento em que se observam as alterações no que denominamos modelos de atenção e gestão. Esta situação pode ser compreendida na tensão entre propostas de descentralização que apostam no município como lugar de mudança e nas propostas que entendem a descentralização como uma estratégia para diminuir o custo das políticas sociais e acelerar processos de privatização. É nesta disputa que se inscreve a análise das situações estudadas.

Caso 1: Evolução das dotações orçamentárias em contexto de descentralização: relações entre financiamento e fortalecimento institucional

Apresentaremos aqui, o estudo de dados relacionados às Dotações Orçamentárias do Orçamento do Município de Ijuí (RS), levantados dos Balanços Anuais do Município do período de 1990 a 2002. Os valores nominais foram transformados em percentuais para que fosse possível uma análise destes valores, que seria dificultada em função de troca de moedas e da inflação neste período.

Foram realizados dois levantamentos nos Balanços Anuais da Prefeitura Municipal de Ijuí. Num primeiro levantamento se buscou os dados relativos aos orçamentos, de acordo com a unidade orçamentária, ou seja, a destinação orçamentária relativa a cada setor ou secretaria. A seguir, os dados relativos à Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente foram divididos em áreas de destinação de recursos, quais sejam: Investimentos, Pessoal Civil, Material de Consumo, Outros Serviços e Encargos e Subvenções Sociais.

Evolução do orçamento da atual Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente

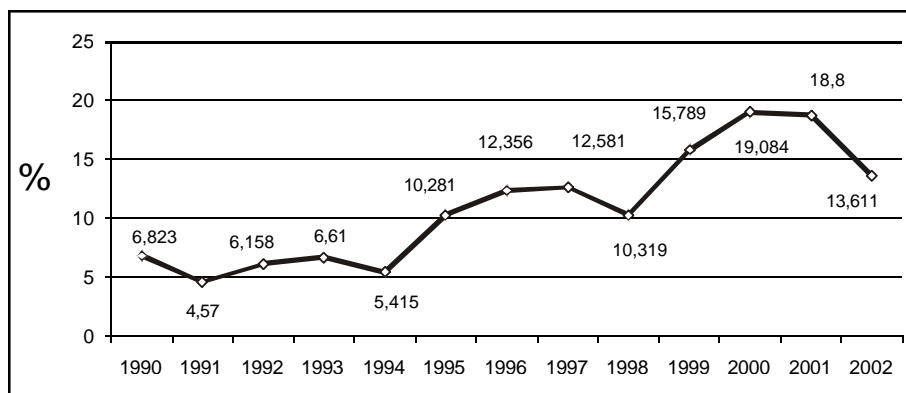
Até 1990, a atual Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente denominava-se Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Ação Social. O desmembramento em duas Secretarias - Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente e Secretaria Municipal de Ação Comunitária - ocorreu pela Lei Municipal nº 2.503, de 18/05/90, o que se refletiu na Dotação Orçamentária de 1991 ocasionando uma queda no percentual orçamentário da primeira.

No ano de 1991, a Secretaria Municipal de Ação Comunitária participou com 4,81% do total do orçamento municipal. Inicialmente, além das ações de Assistência Social, foram vinculadas a esta nova pasta as creches municipais e núcleos da Febem, que a partir do ano de 1997 foram repassados para a responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação e Cultura. O gráfico 1 mostra a evolução dos percentuais de dotação orçamentária para a saúde.

A evolução da dotação orçamentária na área da saúde promove nova distribuição dos recursos municipais e repercute em outras áreas de atuação do executivo municipal. O exemplo mais importante é o da Secretaria Municipal de Obras, cuja dotação orçamentária apresenta, no mesmo período, comportamento

inverso ao da saúde. Em 1990, 21,26% dos recursos eram destinados a Secretaria de Obras; em 2002, apenas 7,64%.

Gráfico1 – Evolução do orçamento da atual Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente



Fonte: Balanço Anual da Prefeitura Municipal de Ijuí dos anos de 1990 a 2002.

A evolução da dotação orçamentária da saúde permite algumas considerações:

Houve, no período estudado, uma expansão considerável no número de locais de atendimento, sendo que devido ao histórico baixo percentual de investimento em obras e instalações, estes se apresentam com a sua estrutura física precária. Esta situação é agravada pela queda da dotação orçamentária da Secretaria de Obras. A área de saneamento, as estradas e a pavimentação do perímetro urbano, bem como a manutenção dos prédios públicos refletem uma década de baixo investimento nestes setores.

Chama atenção a importância da dotação orçamentária para pessoal. Nestes 13 anos analisados é registrada uma média de 59,61% do orçamento destinada à área da saúde. O quadro de servidores da SMSMA acompanhou a evolução e expansão dos serviços, à exceção do ano 2000, pela não reposição salarial nos anos de 1999 e 2000.

Na Rubrica Material de Consumo estão alojados os materiais de consumo ambulatoriais, administrativos, combustível e medicamentos, sendo que a média nestes 13 anos analisados é de 15,53%. Ocorreu um pico de percentual de investimentos nos triênio 1992-94, quando os índices alcançaram percentuais próximos de 25% do orçamento. Após 1996, estes índices se mantêm estabilizados em torno de 10% do orçamento.

A oscilação da dotação para Gastos com outros serviços e encargos de Pessoa Física e Jurídica deve-se as estratégias de contratação dos Agentes

Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e a política de adesão ao Consórcio Intermunicipal de Saúde- CISA.

A partir de abril de 1998 começou a funcionar o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISA, que passou a ser a forma de encaminhamento da compra de consultas e exames especializados não disponíveis na rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, bem como exames laboratoriais que excedem a capacidade instalada da rede.

Outro fator que levou a este expressivo aumento de dotação orçamentária nesta rubrica foi a adesão do município ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (AGC), contratados através de uma Cooperativa de Prestação de Serviços, a Coopensaúde, de outubro de 1996 até o final do ano de 2002

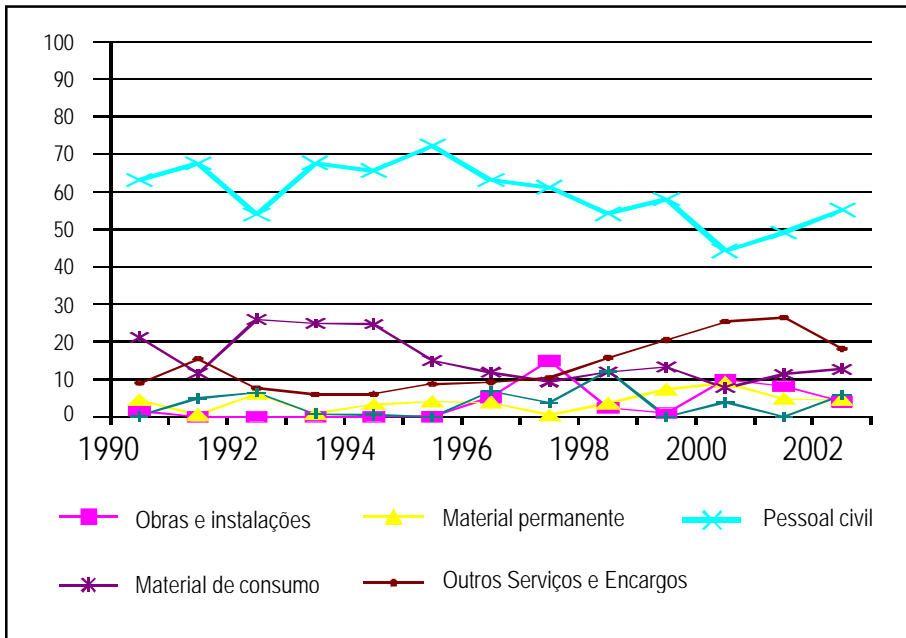
O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 1998. Entre 1998 e 2002, as equipes do PSF também tiveram sua contratação realizada por compra de serviços de Cooperativas de Trabalho, sendo as duas primeiras equipes (Bairros Luiz Fogliato e Tancredo Neves) contratadas pela Coopensaúde, e a terceira equipe (Bairro Glória), através da Coomtau.

Nesta rubrica orçamentária também aparecem os serviços de manutenção de veículos, equipamentos e de estrutura física de Ambulatórios da Secretaria.

A média das Dotações Orçamentárias destinadas a Subvenções Sociais é de 3,46% neste período. A instituição que foi beneficiada em todo este período com a maioria dos recursos alocados nesta rubrica foi a Associação Hospital de Caridade de Ijuí. Aparecem, mas índices bem menores, o Hospital Bom Pastor de Ijuí e, mais recentemente, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ijuí – APAE. Por exigências da legislação, após 2001 houve a necessidade das instituições beneficiadas apresentarem contrapartida através da prestação de serviços, com os repasses sujeitos à apresentação de relatórios, que devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os serviços previstos pelos convênios vigentes são: APAE - Atendimentos na Clínica de Reabilitação de Pacientes Excepcionais; Hospital Bom Pastor – Pequenas Cirurgias Ambulatoriais Eletivas, realização de Exames de Radiologia; e Hospital de Caridade de Ijuí – Pronto-Atendimento 24 horas e atendimento nos horários em que a Rede Básica do Município está fechada, no que se refere aos procedimentos ambulatoriais básicos elencados como responsabilidade municipal.

Gráfico 2 – Dotações Orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí



Fonte: Balanço Anual da Prefeitura Municipal de Ijuí dos anos de 1990 a 2002.

O SUS, no município de Ijuí, alcançou expressiva expansão nos percentuais de alocação de recursos orçamentários, bem como do número de locais de atendimento da população e uma ampliação de serviços e procedimentos oferecidos. Uma necessidade levantada é a ampliação e adequação das estruturas físicas dos locais que prestam atendimento, com redirecionamento de uma fatia maior do orçamento destinado a obras e instalações.

Também se constata a manutenção de uma lógica de compra de serviços do setor privado em detrimento da ampliação da capacidade instalada do setor público. Esta lógica reforça a atuação do CISA, cuja política está alicerçada na compra de serviços.

A terceirização também foi a saída encontrada no início das contratações de pessoal para trabalhar nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Como estratégia para a contratação de trabalhadores, a terceirização foi temporária e, atualmente, as equipes são constituídas por profissionais concursados.

As dotações caracterizadas como Subvenções Sociais, atualmente desempenham importante papel no apoio à gestão local do SUS, mas a oscilação desta dotação pode estar indicando a exigência de soluções mais

estáveis, quer pela constituição de serviços próprios em algumas áreas e pela constituição de parcerias.

Atualmente, o município está habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, conforme a NOAS 2002/Ministério da Saúde, sendo que já desempenha algumas ações e atividades além das exigidas por esta forma de habilitação e como desenvolvimento da trajetória da descentralização a possibilidade futura de assumir a habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal, o que levaria a um aumento das responsabilidades e um maior poder na formulação das políticas municipais de saúde.

O desenvolvimento de ações intersetoriais - embora este trabalho não tenha tomado esta dimensão como problema – fica prejudicado pela falta de recursos em infra-estrutura (tanto no orçamento da saúde, quanto o encolhimento da dotação da secretaria de obras). A cidade perdeu sua capacidade de investimento em estradas e saneamento e a fragilidade deste setor contribui para que as ações de saúde limitem as ações de assistência.

Fica evidente que o espaço local assume de forma acelerada ações que em outro momento não faziam parte de suas atribuições. É importante salientar também que, por representar uma intenção, a dotação orçamentária expressa um projeto de desenvolvimento institucional. Em Ijuí, é importante relacionar dificuldades de legitimidade dos serviços com a falta de recursos para investimento em estrutura física.

Caso 2 - Reforma administrativa na saúde de um município de pequeno porte: estabilidade é problema ou solução?

Em 2002, a Prefeitura Municipal de Ibirubá realizou uma reforma administrativa e, visando o equilíbrio financeiro e a melhoria das condições de desenvolvimento dos planos de ações setoriais, promoveu a reestruturação das Secretarias Municipais, incluindo a da Saúde.

Para apresentar a reforma administrativa e suas expressões na gestão local do SUS em Ibirubá/RS, foram realizadas entrevistas com gestores, funcionários e conselheiros. Também realizei uma pesquisa documental: Leis Municipais da Reforma Administrativa, Regulamentos, Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Plano Municipal de Saúde.

As exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal – entre elas, o limite de 60% de comprometimento da receita em gastos com o funcionalismo - sacudiram os prefeitos. A alternativa foi investir em novas formas de

administração. A reforma administrativa não pode ser apenas a embalagem requintada para o mero corte de despesas. Em Ibirubá no Alto Jacuí, o prefeito assumiu o mandato em 2001 com uma dívida de R\$ 7,9 milhões. A primeira aposta foi na redução da estrutura: com a reforma administrativa, a maioria dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Ibirubá são concursados e formou-se uma equipe multidisciplinar, com propostas discutidas e aprovadas durante a realização da 1ª. Conferência Municipal de Saúde, no ano de 2000.

Ibirubá, localiza-se na região do Alto Jacuí, pertencente a 9ª CRS – Cruz Alta, sendo o 2º maior município da regional, e à macrorregião missioneira. Tem uma população de 18.633 habitantes (IBGE/2000) e dista 298 km da capital e 50 km da sede da Coordenadoria.

Possui um sistema de saúde composto por 7 postos de Saúde, sendo 2 em zona rural, e um hospital privado credenciado pelo SUS com total de 92 leitos.

A implantação do SUS municipal, ocorrida no ano de 1998, foi respaldada pela infraestrutura existente na Secretaria Municipal da Saúde. As rotinas daí decorrentes foram sendo adaptadas com o objetivo de agilizar e qualificar a gestão municipal, criando-se uma estrutura organizacional abrangendo a Prefeitura Municipal, com as ações da saúde sob responsabilidade da Secretaria da Saúde e com a criação do Fundo Municipal da Saúde em 08 de maio de 1991 pela Lei nº 1004/91, mediante unidade orçamentária própria no orçamento público municipal, coadjuvada pelo Conselho Municipal da Saúde criado em 08 de maio de 1991 pela Lei nº 1005/91, cuja organização se fundamenta pela Assembléia de seus membros. Cabe a este Conselho a responsabilidade de fiscalização e avaliação das ações de saúde (Plano Municipal de Saúde/2003).

Em 1998, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com agentes em serviço na área urbana e na área rural. Atualmente conta com 23 ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Criado em 08 de maio de 1991, sob Lei nº 1.004/91 existe o Fundo Municipal de Saúde, mas cada programa exige uma conta e rubrica própria gerenciada pela contabilidade geral da prefeitura em conjunto com a secretaria.

O município se habilitou na NOB/96 na gestão plena da atenção básica em 25/03/98. E em 08/08/2002 se habilitou na NOAS/02, na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Possui Fundo Municipal de Saúde e as contas com rubricas próprias tem sua conta especial e são administrados pela Secretaria

da Fazenda juntamente com a Secretaria da Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela lei municipal nº 1005 de 08.05.1991 alterado pela Lei nº 1430 de 17.01.1997 e pela lei nº 1802 de 16.10.2001.

Atua em consonância com o Conselho Municipal da Saúde, principalmente através da Secretaria Técnica, referente a assuntos e questões que merecem uma orientação ou parecer de seus componentes, bem como submetendo para apreciação e aprovação dos gastos em saúde em obediência às normas vigentes. Também participa do Conselho Municipal da Assistência Social, do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, COMUSAN (Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional) e Conselho Municipal de Transito.

Portanto, é neste cenário que o governo municipal cria a reforma administrativa. O principal motivo foi a necessidade da criação de uma equipe multidisciplinar na área da saúde. A secretaria da saúde era formada por cargos sem vinculação e sem funções preestabelecidas, os cargos eram de confiança, escolhidos por afinidades políticas, o que prejudicava a continuidade dos trabalhos.

As modificações apresentam-se ainda em processo de mudanças e avanços, pois o processo ainda é recente e, segundo o grupo que participou da coordenação, os frutos desse processo de reforma administrativa na saúde ainda serão colhidos, pois os melhores resultados virão com a integração da equipe e com o comprometimento da continuidade das ações, já que os funcionários passaram a ser do quadro, com plano de cargos carreira e salários, e não cargos em comissão, como era antes de 2002. Todos os entrevistados vêem a reforma como importante para o avanço do sistema, mas devendo avançar mais, principalmente na integração e qualificação dos recursos humanos, com um importante ator, “o gestor municipal de saúde”.

Pessoa que participou da coordenação do processo, diz que:

... a partir de 2002 houve uma mudança importante na estrutura da secretaria ...com a demissão dos cargos em comissão e admissão dos concursados para os cargos técnicos ... os profissionais aprovados em concurso tem estabilidade e vai haver continuidade no trabalho e nos projetos desenvolvidos, possibilitando que o município invista em treinamento.

A Reforma Administrativa é vista também como necessária para se adequar a legislação vigente:

... na área pública temos a exigência das leis com a de responsabilidade fiscal, emendas parlamentares ... tivemos que fazer uma avaliação da situação que tínhamos ... para trabalharmos de acordo com a legislação e com as necessidades ...

...temos que nos adequar as novas exigências das leis ..., fazer algo para que a “casa” fique em ordem ...

Ou seja:

... um ponto importante foi a organização funcional da saúde com equipe multidisciplinar, qualificada para atender melhor a população, através do oferecimento de mais ações e orientações principalmente preventiva ...

...admissão de concursados para cargos técnicos dará continuidade aos programas ... e vai haver continuidade no trabalho dos projetos desenvolvidos, possibilitando que o município invista mais no treinamento e capacitação ... independente do prefeito ou grupo político que assuma ...

A fragilidade da estrutura física das unidades do município é apontada como um fator importante:

... a estrutura física ... é restrita e insuficiente ... há dispersão das ações desenvolvidas .

... a estrutura física do PAM é inadequada e não pode ser mexida pois não é de propriedade do município ..., com agravante do Posto Central fica separado, que é um posto importante com várias ações e também não pode ser mexido pois não é de propriedade do município...

Outro ponto que alguns entrevistados salientaram foi o avanço no item de recursos materiais. Eles referem-se a ampliação de ações e serviços dos profissionais, a partir dos investimentos em veículos e equipamentos de informática:

... o transporte, isto a frota de veículos que era de dois, hoje conta com cinco, para atender a demanda da população e dos funcionários, pois temos viagens e trabalhos com grupos nas comunidades, visitas domiciliares entre outros...

...foram adquiridos veículos, computadores, para solucionar a falta desses itens para o desenvolvimento da atividades na saúde...

Há, entre os entrevistados, preocupação com aqueles funcionários concursados que não correspondem com o desempenho das atividades. Especialmente sujeitos vinculados com a coordenação da secretaria referem que:

... alguns funcionários concursados precisam se conscientizar que são funcionários públicos(...), com alguns precisamos conversar, para que assumam esse papel importante de funcionário público(...), que isso será por muito tempo, vamos trabalhar por muitos anos ...

... um ponto negativo é a dificuldade de demissão de funcionários concursados que não estão desempenhando bem sua função ...

Entre os que entraram depois do processo da reforma também é marcado o entendimento de que precisamos avançar agora com o trabalho da equipe e na equipe:

...melhorou bastante, tem muito o que melhorar, o pessoal que entrou novo precisa se enturmar ...

... como a reforma é meio recente, fica um pouco de insegurança, às vezes por falta de informação de saber todo o processo...

... tem que definir com a chefia a função de cada um, pois para alguns falta qualificação e trabalho em grupo...

... falta um pouco de comunicação ainda da toda equipe, às vezes quando vê as coisa acontecem...

Um dos entrevistados, que acompanhou o processo, mas não fez parte da coordenação, diz que houve melhora na assistência a saúde, “mas ainda podemos melhorar”. Também identifica uma significativa melhora na questão dos recursos humanos.

... melhorou bastante pelo que tenho conversado com a população, ampliou os grupos de saúde, tem também os grupos de reeducação alimentar entre outros...

... quadro funcional melhorou temos psicólogo, nutricionista, veterinário, mais enfermeira, entre outros ...

... as capacitações são para todos dentro da sua área de abrangência ..., para todos trabalharmos igual, sempre algum funcionário participará dos treinamentos...

Destaca –se, principalmente os novos, a necessidade de que ainda há muito o que melhorar. A partir das informações que eles tem sobre a situação anterior, eles defendem a Reforma Administrativa. Os depoimentos dos entrevistados a seguir, estão postos nesta direcionalidade:

... não conhecia antes ...é um trabalho a mais que será desenvolvido com a equipe multidisciplinar ...

... não conhecia antes ... entrei depois com o concurso, e noto que era pouco pessoal que tinha...

... entrei depois ... ouvia que antes não era assim, tinha muito funcionário com cargo político o que dificultava o desenvolvimento dos projetos..."

... não tinham controle ... tive a impressão que cada um fazia como queria ... agora estamos nos qualificando pessoalmente e em recursos materiais ..."

... os concursados são qualificados ..., mas falta capacitação para alguns, para trabalhar com a saúde pública...

Oferecer o serviço de saúde necessário não é mais a única reivindicação. Em se tratando da percepção dos sujeitos envolvidos na organização, os mesmos referem que é uma proposta que contribuiu para o avanço do processo de construção do sistema local de saúde.

Das entrevistas realizadas, emerge a importância na consolidação de equipes de saúde para a sustentabilidade dos processos locais. Observamos a questão dos recursos humanos como um ponto positivo da reforma na fala da maioria dos sujeitos.

É possível identificar, como questões importantes que deram a direção para a reforma administrativa em Ibirubá, a Conferência Municipal de Saúde, com capacidade para propor uma nova institucionalidade e a compreensão da necessidade de seguimento desta institucionalidade com as mudanças de governo.

O processo da Reforma Administrativa em curso em Ibirubá indica uma clara opção pela criação de serviços próprios. Contudo, mostra a limitação de investimentos do município, que se expressa na dificuldade para a criação da infra-estrutura para os serviços.

Ibirubá também mostra a limitação que tem, o município, para se constituir em espaço de produção de novas tecnologias de cuidado e de gestão: não há referência a estas questões nas falas dos entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos uma certa tendência a reprodução tanto de modelos concebidos como uma novidade uniforme (apesar da descentralização) como a tendência a reprodução do que já estava consolidado como modelo de gestão e atenção nos lugares (também apesar da descentralização).

Reconhecemos na comunidade organizada e no relatório de uma Conferência Municipal de Saúde a potência política para disputar o rumo de uma reforma administrativa. Identificamos, no local, o lugar da reprodução e da resistência.

Reconhecemos a força dos processos de privatização que produzem novas organizações de saúde que atuam na denominada atenção primária. Nas situações analisadas, o município opta por políticas de pessoal e pela sedimentação de serviços próprios nos espaços da rede básica. Esta decisão, contudo, não é suficiente para o fortalecimento destes espaços: a falta de recursos se expressa na fragilidade de estruturas físicas e, de outro lado, a forma de repasse e pagamento para o setor privado(que não foi objeto destes estudos), mesmo insuficiente tem permitido, nas cidades maiores, um distanciamento entre o valor e a legitimidade dos serviços próprios da rede e os serviços privados.

Campos (2000, p. 147) propõe resgatar o papel do Estado como instância redistributiva, legisladora e regulamentadora. Entende que “a democracia e a justiça social dependem de se articular alternativas a sanha privatizante das políticas neoliberais.” Os municípios parecem, ao mesmo tempo, indicar a existência de alternativas e as limitações relacionadas a um processo de descentralização com transferência de ações e de modelos e com pouco repasse de recursos. Além disso, identificam-se dificuldades para a instituição de novas formas de gestão que superem as racionalizações.

Emerge o lugar, não como espaço idealizado ou de reprodução, mas na sua complexidade, com conflitos e contradições, emerge também como lugar

de resistência, de experimentação. E como lugar onde se vive e se disputa a produção de instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, Silvia; WERNECK VIANNA, Maria Lucia (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997 (127-152)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

DOWBOR, Ladislau. *A reprodução social*. Propostas para uma gestão descentralizada. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1999

KLIKSBERG, Bernard. *O desafio da exclusão*. Para uma gestão social eficiente. São Paulo: FUNDAP, 1997

KLIKSBERG, Bernardo. *Falácias e mitos do desenvolvimento social*. 2 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2003

KLIKSBERG, Bernardo. *Repensando o Estado para o desenvolvimento social*. São Paulo: Cortez, 1998 (Coleção Questões da Nossa Época; v. 64)

LUZ, Madel. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001

MENDES, Eugênio Vilaça. A Descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: _____ (Org.) *A Organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

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

MORIN, Edgar. *A Cabeça Bem-Feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000

OSLAK, Oscar e col. Descentralización de de los Sistemas de Salud. In: In: PAGANINI, José Maria, CAPOTE MIR, Roberto (editores). *Los sistemas Locales de Salud: conceptos – métodos – experiencias*. Publicación científica no. 519. Organización Panamericana de Saúde, 1990 (p. 59-81)

PAZ, Carlos. La Gestión Local en Salud: un aporte para la discusión. In: BÜTTENBENDER, Pedro; RIGHI, Liane. *Políticas Públicas e Saúde*. Coleção Cadernos UNIJUÍ. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2004

PEREIRA; Luis Carlos Bresser; GRAU, Nuria Cunill. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: _____(orgs) *O Público não-estatal na Reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. (p. 15-52)

PROTTI, Carlos Alberto. Comportamento das Dotações Orçamentárias no Contexto da Descentralização do Setor Saúde entre os anos de 1990-2002 no Município de Ijuí-Rs.(monografia) Universidade Federal do Estado do Rio Grande do Sul/Ministério da Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A reinvenção solidária e participativa do Estado. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos. Coimbra: Mare, 1997a.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A reinvenção solidária e participativa do Estado. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos. Coimbra: Mare, 1997

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice*. O social e o político na pós-modernidade. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1997

SANTOS, Boaventura de Sousa. Quando o local é global e vice-versa. In: GENRO, Tarso (coord.) *Porto da Cidadania*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997

SILVA, Silvio Fernandes da Silva. *Municipalização da saúde e poder local*. Sujeitos, atores e políticas. São Paulo: hucitec, 2001

TENDLER, Judith. *Bom Governo nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

TESTA, Mário. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes

UGÁ, Maria Alicia Domingues. Ajuste Estrutural, Governabilidade e Democracia. In: GERSCHMAN, Silvia; WERNECK VIANNA, Maria Lucia (orgs.). *A Miragem da Pós-Modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997 (p 81-100)

AUTORES

ALÁDIA INÊS DE OLIVEIRA: Historiadora, atua há dez anos na Secretaria Municipal de Saúde de Vera Cruz.

ANA CECÍLIA STENZEL: Médica sanitarista, mestre em saúde coletiva, auditora do Ministério da Saúde; temas de interesse: avaliação e auditoria em saúde, satisfação dos usuários - anastenzel@yahoo.com.br

ARIANE JACQUES ARENHART: Assistente social, especialista em saúde comunitária, Coordenadora Regional de Saúde Mental na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. - ariane@bewnetcom.br

BETINA SCHWINGEL: Psicóloga, experiência em clínica infantil, tema de interesse: educação em saúde. - schwingel@ioinetcom.br

CARLOS ALBERTO PROTTI: Cirurgião dentista, especialista em saúde pública, temas de interesse: descentralização e municipalização da saúde, conformação de redes locais de saúde. - coroUj@terra.com.br

CAROLINA KARAM BRUM: farmacêutica bioquímica, especialista em homeopatia, Coordenadora da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. - carolinabrum@webrs.com.br

CLÁUDIA MARIA SCHEFFEL CORRÊA DA SILVA: enfermeira sanitarista, atua no Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. - claudia-correa@saude.rs.gov.br

ÉDISON FERNANDO DE CASTRO: advogado, Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio da Patrulha, Vice Presidente da Associação de Secretários e Dirigentes de Saúde do Rio Grande do Sul. - edisonfecastro@yahoo.com.br

FERNANDO VIVIAN: médico ginecologista, Coordenador do Núcleo de Saúde da Mulher de Caxias do Sul. - urooynec@terra.com.br

FLÁVIA FRAGA: farmacêutica bioquímica, especialista em gestão em saúde, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS, atua na Equipe de Produtos da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. - flaviafraga@yahoo.com.br

JACKELINE AMANTINO-DE-ANDRADE: socióloga, mestre e doutora em administração, professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Administração e do Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal de Pernambuco; temas de interesse: formação de políticas públicas, redes, relações interorganizacionais e poder nas organizações. iackeline.andrade@terra.com.br

JOICE MARQUES: enfermeira obstétrica, Coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Ibirubá. - ioicemarques10@hotmail.com

KÁTIA TEREZINHA CESA: cirurgiã dentista, especialista em odontologia preventiva e social, atua na Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. - ktc@pop.com.br

KERLEN GÜNTHER CARVALHO: arquiteta e urbanista, atua na Seção de Arquitetura e Engenharia da Secretaria Estadual de Saúde. - kerlen@via-rs.net

LIANE BEATRIZ RIGHI: enfermeira sanitária, doutora em saúde coletiva, docente e pesquisadora da UNIJuí; temas de interesse: gestão e modelos de atenção à saúde. - liane.righi@uniui.tche.br

MARGARETH LUCIA PAESE CAPRA: assistente social, especialista em educação especial - estimulação precoce, Coordenadora das Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. - mcapra@caxias.rs.gov.br

MARIA CECI MISOCZKV: médica sanitária, mestre em planejamento urbano e regional, doutora em administração, docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; temas de interesse: formação de políticas públicas, tecnologias de gestão em saúde, práticas não gerenciais de organizar. - mcarauio@ea.ufrgs.br

MARINA KEIKO NAKAVAMA: psicóloga, mestre e doutora em administração, docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; temas de interesse: mudanças organizacionais, estratégias, RH eletrônico (processos virtuais - EAD, Internet, ambiente de aprendizagem). - marina@ea.ufrgs.br

NEUSA ROLITA CAVEDON: administradora, economista, mestre em antropologia social, mestre e doutora em administração, docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; temas de interesse: interlocução entre administração, antropologia e saúde no que se refere às temáticas da cultura organizacional, representações sociais, mitos, ritos símbolos. - ncavdon@ea.ufrgs.br

PAULO MAVORGA: farmacêutico, mestre e doutor em ciências farmacêuticas, docente e pesquisador da Faculdade de Farmácia, Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; tema de interesse: planejamento estratégico de serviços farmacêuticos. - mavorga@farmacia.ufrgs.br

REGINA SULZBACH: administradora, especialista em administração financeira, atua no Setor de Planejamento e Regulação da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, Coordenadora do Sistema de Informações Ambulatoriais. - re_gina@uol.com.br

ROGER DOS SANTOS ROSA: médico, mestre em administração, doutorando em epidemiologia no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFRGS, docente e pesquisador do Departamento de Medicina Social- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, analista do Banco Central do Brasil, membro titular do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, suplente no Conselho Estadual de Saúde, Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (DMS/UFRGS); temas de interesse: administração financeira da seguridade social, epidemiologia, economia da saúde. - roger@logic.com.br

RONALDO BORDIN: médico, mestre em educação, doutor em administração, docente e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e do Departamento de Medicina Social - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Chefe do Departamento de Medicina Social, Membro do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS); temas de interesse: tecnologias de gestão em saúde, sistema de informação em saúde, epidemiologia de serviços. - bordin@famed.ufrgs.br

THAÍS DELGADO BRANDOLT ARAMBURU: enfermeira, especialista em educação em saúde e em saúde pública, atua na Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana no setor de DST/AIDS. - thaisar@bnetcom.br

TRAUDIE CORNELSEN: formada em educação física, Vereadora e Secretária Municipal de Saúde de Aceguá; temas de interesse: promoção da saúde e epidemiologia. - traudie@alternetcom.br