

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
MESTRADO

ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL -

A REALIDADE DE BLUMENAU, SANTA CATARINA.

Ethna Thaise Unbehaun

Florianópolis, abril de 2003.
Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
MESTRADO

***ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL -
A REALIDADE DE BLUMENAU, SANTA CATARINA.***

Ethna Thaise Unbehaun

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Sociologia Política, sob orientação da Profa. Dra. Luzinete Simões Minella.

Florianópolis, abril de 2003.
Santa Catarina.



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppgsp@cfh.ufsc.br

“ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL – A REALIDADE DE BLUMENAU, SANTA CATARINA”.

ETHNA THAISE UNBEHAUN

Esta Dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientadora e Membros da Banca Examinadora, composta pelos Professores:

Prof. Dra. Luzinete Simões Minella
Orientadora

Prof. Dra. Lígia Helena Hahn Luchmann
Membro

Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
Membro

Prof. Dr. Erni José Seibel
Coordenador

FLORIANÓPOLIS, SC, MAIO DE 2003.

AGRADECIMENTOS

A todos os informantes da pesquisa que, com paciência e resignação, dedicaram seu tempo precioso à minha "xeretice". A estes agradeço, acima de tudo, pela atenção e pelo aprendizado que me proporcionaram.

*"Ao beber na nascente, agradeça à fonte". **

À Luzinete, pela disponibilidade, pela compreensão, pela paciência, pelo conhecimento. Mas ainda mais pela sua amizade e presença.

"Que seja sempre primavera para você".

À minha família, embora distante, sempre próxima e presente.

Ao Stavros, Nosso amor não tem tempo, existe no tempo: passado, presente, futuro. O que importa é existir, sentir e, muito especialmente, vivê-lo.
"Um casal que passa junto um dia feliz é abençoado com cem dias de afeto".

Às pessoas que me são caras e que por motivos diversos e alheios a minha vontade, quiçá venham tomar contato ou mesmo, nem saber da existência deste trabalho, mas que de certa maneira, foram motivadoras dele. Em especial aqueles profissionais que compuseram a equipe do ex-Ambulatório de Referência Criança Saúde nos anos de 1997 a 1999.

Às amigas Maria Teresinha e Simone, por simplesmente 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002... e tudo o mais que a história fizer acontecer.

"Uma única árvore não faz uma floresta".

*A Marinês, Sirlândia, Kathleen, Cristina e Ângela,
por “pintarem” no momento certo.*

“Nenhum tecido é feito de um só fio”.

*Aos professores,
por sua atenção e por compartilharem seus conhecimentos.*

*A Fátima e Albertina,
pelo profissionalismo, dedicação e atenção com que recebem e atendem a todos.*

*A Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, Santa Catarina,
em especial a pessoa do Secretário Municipal Edson Adriano,
pela credibilidade nos resultados futuros que o aprimoramento profissional pode trazer.*

* As frases que acompanham alguns agradecimentos são provérbios orientais.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Lista de Siglas | vii |
| Resumo | vii |
| Abstract | ix |
| Introdução | 1 |
| I. Apresentando o Cenário: Blumenau | 19 |
| 1. <i>Os caminhos da Saúde Pública Municipal em Blumenau</i> | 28 |
| 2. <i>As Unidades de Saúde e os Ambulatórios Gerais</i> | 34 |
| II. Um Modelo de Saúde para o Mundo | 39 |
| III. As Políticas Públicas de Saúde no Brasil | 55 |
| 1. <i>O Sistema Único de Saúde. Uma realidade em desconstrução ou um caminho em construção?</i> | 60 |
| 2. <i>As Políticas Públicas de Saúde ao Sul do Brasil</i> | 75 |
| IV. A aventura de traduzir a realidade em palavras - Apresentação e análise dos dados pesquisados | 86 |
| 1. <i>Organização do cotidiano no Ambulatório Geral</i> | 95 |
| 2. <i>Participação do usuário no cotidiano do Ambulatório Geral</i> | 109 |
| 3./10. <i>Relações na equipe e entre os profissionais de saúde</i> | 112 |
| 4. <i>Os profissionais de saúde em relação aos usuários</i> | 116 |
| 5. <i>Relações do Ambulatório Geral com o usuário</i> | 120 |
| 6. <i>Relações do Ambulatório Geral com a comunidade</i> | 124 |
| 7. <i>Profissionais de saúde e as ações de Atenção Básica</i> | 126 |
| 8. <i>Os usuários em relação à Atenção Básica</i> | 128 |
| 9. <i>Recepção aos usuários no Ambulatório Geral</i> | 131 |
| 11. <i>Necessidades dos usuários em relação ao Ambulatório Geral</i> | 133 |
| Considerações Finais | 136 |
| Referências Bibliográficas | 154 |
| Anexo 01 | 161 |
| Anexo 02 | 163 |
| Anexo 03 | 164 |
| Anexo 04 | 165 |

| | |
|-------------------------|-----|
| <i>Anexo 05</i> | 166 |
| <i>Anexo 05.1</i> | 166 |
| <i>Anexo 05.2</i> | 167 |
| <i>Anexo 06</i> | 168 |
| <i>Anexo 06.1</i> | 168 |
| <i>Anexo 06.2</i> | 169 |
| <i>Anexo 07</i> | 170 |
| <i>Anexo 08</i> | 171 |
| <i>Anexo 09</i> | 175 |
| <i>Anexo 10</i> | 176 |
| <i>Anexo 11</i> | 177 |
| <i>Anexo 12</i> | 178 |
| <i>Anexo 13</i> | 179 |
| <i>Anexo 14</i> | 182 |
| <i>Glossário</i> | 185 |

LISTA DE SIGLAS

AG – Ambulatório Geral.

AIDS – ou SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AMMVI – Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

BM – Banco Mundial.

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

IPPUB – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde.

PIB – Produto Interno Bruto.

PSF - Programa Saúde da Família.

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde.

SENAI – Serviço Nacional da Indústria.

SESC – Serviço Social do Comércio.

SESI – Serviço Social da Indústria.

SUS – Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a organização da atenção básica no processo cotidiano dos ambulatórios de uma rede municipal de saúde. Em decorrência, também se focalizou as relações e inter-relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários que convivem naquele ambiente, bem como a relação entre as ações realizadas nos ambulatórios e as concepções e políticas públicas de Atenção Básica no Brasil. O *locus* da pesquisa foi a rede de ambulatórios gerais da Secretaria Municipal de Blumenau, Santa Catarina. Utilizou-se a metodologia qualitativa com aporte do método fenomenológico, o que permitiu a compreensão dos fenômenos a partir da perspectiva e significado dos sujeitos pesquisados, no caso, coordenadores e profissionais de saúde que trabalham nos ambulatórios e os usuários que usufruem os mesmos. Esta discussão se baseia nas concepções de Saúde e Atenção Básica apresentadas pela Organização Mundial de Saúde e na Constituição Federal do Brasil e, também, em algumas categorias conceituais que se constituíram como norteadores das reflexões que seguem no decorrer desta pesquisa, entre os quais: os de políticas sociais e políticas públicas, o de relações sociais, o de vida cotidiana, o de complexidade e de sistema, o de pesquisa qualitativa. Este estudo destaca a heterogeneidade de experiências culturais, sociais, políticas e técnicas dos atores envolvidos e também explicita o espaço ocupado pela Atenção Básica no contexto pesquisado. As inter-relações existentes entre elementos diversos sugerem a composição de um sistema de dimensão complexa responsável pela produção das condições de uma vida saudável. Neste sentido, as respostas revelaram que a Atenção Básica em Saúde é uma questão repercutindo outras que, necessariamente, não foram geradas ali, mas que se encontram refletidas na especificidade dos ambulatórios gerais. Daí a relevância de se compreender esta transposição entre movimentos macros e micros que ressoam na dinâmica interna dos mecanismos constituintes da Atenção Básica em Saúde Municipal.

ABSTRACT

This research had as objective to understand the organization of the basic attention in the daily process of the general ambulatories of a municipal net of health. In result, also one focused the relations and inter-relations established between the professionals of health and the users who coexist in that environment, as well as the relation between the actions the carried of the general ambulatories and the conceptions and public politics of Basic Attention in the Brazil. *Locus* of the research was the net of general ambulatories of the City Department of Blumenau, Santa Catarina. It was used qualitative methodology with arrives in port of the phenomenological method, what it allowed to the understanding of the phenomena from the perspective and meaning of the searched citizens, in the case, coordinators and professionals of health who work in the ambulatories and the users who usufruct the same ones. This discussion have base in the conceptions of Health and Basic Attention presented by the World-wide Organization of Health and in the Federal Constitution of Brazil and, also, in some concepts categories that they had consisted as supporting of the reflections that follow in elapsing of this research, between which: of social politics and the public politics, of social relations, of daily life, of complexity and system, of qualitative research. This study stand out the difference of cultural, social, politics and techniques experiences of the involved actors and also it expresses of the busy space for the Basic Attention in the searched context. The existing inter-relations between diverse elements suggest the composition of a system of responsible complex dimension for the production of the conditions of a healthful life. In this direction, the answers had disclosed the Basic Attention in Health is a question reflects others that, necessarily, had not been generated there, but that they had been meet for the specific reality of the general ambulatories. From there the relevance of if understanding this transposition between movements macros and microns that resound in the internal dynamics of the constituent mechanisms of the Basic Attention in Municipal Health.

*“O maior mistério é
ver mistérios.*

Ai de mim senhora

Natureza Humana,

*Olhar as coisas como
são, quem dera*

*E apreciar o simples
que de tudo emana.*

*Nem tanto pelo
encanto da palavra,*

*Mas pela beleza de se
ter a fala” . [O Maior*

Mistério – Letra e Música:

Renato Teixeira].

INTRODUÇÃO

Este estudo teve suas origens nas experiências de uma profissional de saúde pública. Nos últimos anos trabalhei como psicóloga da Prefeitura Municipal de Blumenau, no estado de Santa Catarina. Ocupando este cargo vivi momentos muito diferentes, nos quais uma das maiores riquezas foi observar e aprender *com e junto* às experiências e aos trabalhos de outros tantos profissionais e usuários do sistema municipal de saúde. Não fui apenas uma observadora e aprendiz. Vi, vivi e senti, interna e externamente, toda qualidade e dificuldade gerada pela diversidade de pensamentos, de ações, de atitudes, de significados e de intencionalidades que configuram o universo do serviço público municipal. Dialoguei com vários profissionais, políticos, pessoas comuns da sociedade, usuários ou não do Sistema Único de Saúde, comunidades, escolas, instituições outras, governamentais e não-governamentais, privadas.

Portanto, este estudo resulta do aprendizado e das reflexões que devolvo como resultado de um *diálogo* ocorrido durante estes anos, às vezes, meio às avessas por questões que não cabem ser discutidas no momento. Assim, assumo, não há neutralidade e, por isso, talvez se diferencie e crie controvérsias para muitos que dele tomarem conhecimento. Mas quanto a isso acredito “... *que uma ação se define, não tanto em relação às suas intenções, mas, sobretudo em relação à sua derivação*” (Morin, 1982:199).

Longe de me responsabilizar por uma *transformação*, minha pretensão se limita em registrar *um fragmento* do *nosso* cotidiano profissional. Mais que certezas, respostas e novidades este estudo terá atingido seu objetivo se com ele forem provocadas discussões maduras e críticas sobre a Atenção Básica em Saúde Municipal.

Alguns fatos da história sugerem que sociedades que atendem às necessidades básicas de sua população, especialmente em condições de saúde, saneamento básico, educação, alimentação, moradia e trabalho também melhoram suas possibilidades de progresso social e econômico (UNICEF, 1998). Esta pesquisa se propõe a estudar uma das questões derivadas desta idéia: a Atenção Básica em Saúde Municipal.

A Atenção Básica em Saúde tem sido um assunto muito debatido em todo o mundo porque está associado intimamente a dois grandes temas que preocupam no

contexto mundial: as condições de vida e de saúde da população do mundo. E, no Brasil, mais especificamente, pelas transformações que vem provocando como modelo de gestão a ser adotado por estados e municípios que iniciaram a descentralização de seus serviços de saúde em função da implantação do Sistema Único de Saúde.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (1994) mudanças na estrutura da idade das populações, maior urbanização, maior movimento do mercado de trabalho, maior exigência do grau de escolaridade, situação ecológica ameaçada com o uso indiscriminado dos recursos naturais, desigualdades sociais e crescimento das populações em condições de pobreza e miséria, são alguns fatores que podem ser observados diretamente na realidade e que estão levando a transformações na organização das políticas governamentais de muitos países, entre os quais o Brasil.

Nos países da América Latina como Cuba, Chile, Costa Rica e o próprio Brasil estudos desencadeados desde as décadas de 60 e 70 apontam que a maioria dos problemas relacionados a condições de vida envolve a forma de condução e gestão das políticas públicas como a sua inexistência ou a inadequação da sua formulação, dificuldades na implementação das políticas considerando o distanciamento entre elaboração teórica e aplicação prática e problemas de controle e avaliação, principalmente em relação aos instrumentos utilizados para os registros de dados (Cova, 1988; Buss e Labra, 1995).

Transferindo esta discussão para um contexto mais próximo de nossa realidade vamos encontrar no sul do Brasil alguns índices que, de acordo com o Censo de 2000, situam esta região como a que apresenta melhora mais favorável nas relações entre saúde e condições de vida no Brasil. O índice de desemprego é inferior à média nacional e o de analfabetismo é um dos mais baixos, sendo que o ensino fundamental aparece com um atendimento de 95,1%¹, estando acima da média brasileira. A taxa de mortalidade infantil nacional está em 35,5%, enquanto na região sul é de 23,40%. Em termos de saneamento as médias de distribuição de esgoto e água encontram-se entre 70,8% e 87,8%, entre um total aproximado de 12,8%² da população brasileira que se localiza na região sul. Coincidência ou não, na concentração de renda a região sul possui apenas 15% dos mais pobres do país, enquanto concentra 12,8% dos mais ricos (IBGE, 2000).

¹ As percentagens apresentam-se aqui a cada 1000 hab.

² Cerca de 19 milhões de pessoas (IBGE (2000a)-www.eixos.gov.br/content/eixos/sul.htm, acesso em 14.03.2002)

As questões consideradas e problematizadas por estes estudos enfatizam, ainda mais, as diversas interfaces da discussão que incluem condições de vida e de saúde, demonstrando a importância do enfoque sistêmico ao se tratar de políticas públicas, como é uma das propostas deste estudo.

Neste sentido, se propôs esta análise compreensiva da organização da Atenção Básica em ambulatórios gerais de uma rede municipal de saúde, enfocando, também, as relações e inter-relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários no cotidiano destes ambulatórios. Além disso, objetiva-se contextualizar a Atenção Básica em Saúde em termos do quadro geral das políticas públicas de saúde no sul do Brasil.

A definição do local de pesquisa se justifica por alguns fatores, entre os quais a trajetória da cidade de Blumenau no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, mais especificamente em relação ao da descentralização municipal da saúde. Primeiramente o município implementou a gestão semiplena de saúde, e posteriormente, em 1997, veio a ser um dos três municípios catarinenses habilitados à gestão plena de Atenção Básica³. Em outras palavras, a administração municipal, representada pela Secretaria Municipal de Saúde assumiu os seguintes compromissos com a descentralização: a ampliação da capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde; a instituição do Conselho Municipal de Saúde; a criação do Fundo Municipal de Saúde⁴; o desenvolvimento de um Plano Municipal de Saúde⁵; a elaboração de relatórios de gestão para efeito de auditoria e a informação dos recursos locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares (Ortiga, 1994). Já em 1997, alcançou o enquadramento na gestão plena de Atenção Básica⁶, o que significou que a Secretaria Municipal de Saúde tornou-se responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, através de suas próprias unidades e/ou contratando serviços do setor privado, na efetivação de atividades que incluem ações de alcance coletivo (como execução de ações

³ Os outros dois foram Joinville e Criciúma.

⁴ O Conselho Municipal de Saúde tem por função principal formular estratégias e controlar a execução da Política Municipal de Saúde, incluindo aspectos econômicos, através da representação dos diversos segmentos: governo, comunidade (instituições não governamentais, filantrópicas, representações classistas e demais associações) e profissionais de saúde. O Fundo Municipal de Saúde, por sua vez, é responsável pela fiscalização e acompanhamento do aproveitamento dos recursos da saúde na esfera municipal.

⁵ Apresenta a sistematização e a articulação do processo de avaliação e análise das propostas, metas, prioridades e reivindicações para o setor da saúde, discutidos em fóruns representativos da sociedade.

⁶ Estas são as condições necessárias para a aprovação de um município à Gestão Plena de Atenção Básica: criação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, do Fundo Municipal de Saúde, a elaboração do Plano Municipal de Saúde (NOB/96).

básicas de vigilância sanitária) e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades: clínica médica geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria e cirurgias ambulatoriais de pequeno porte (SEMUS, 1997).

Por implicação destas ações, inúmeros projetos de nível básico e primário tiveram seu desenvolvimento na rede municipal de saúde (Programas Saúde da Família, Projeto Sorriso, Acompanhamento Nutricional, Vacinação, entre outros), bem como alguns entraves, que se apresentaram em decorrência do desenvolvimento destas propostas e/ou por características peculiares ao contexto do município como, por exemplo, o crescimento populacional pela migração, a defasagem no saneamento básico de regiões periféricas aos bairros centrais, a descentralização de programas e de profissionais, a deficiência de cobertura da rede básica, a deficiência na articulação entre os serviços de nível primário, secundário e terciário, entre outros (SEMUS, 1997). Aspectos que também contribuíram com a escolha de Blumenau como local de pesquisa. Esta opção se justifica, ainda, pela acessibilidade na obtenção dos dados, possibilidade de diálogo e troca de experiências entre instituição e pesquisadora e, por fim, pela experiência da própria pesquisadora enquanto profissional, que vivencia “de dentro” o processo de municipalização da saúde, conforme visto no início deste texto.

A proposta em questão demonstra relevância ao se reconhecer que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por inúmeras modificações ao longo de sua implementação, exigindo conhecimentos e reflexões cada vez mais profundos acerca do contexto no qual suas ações são desenvolvidas. Reforça a abordagem, o fato do SUS ser considerado uma política pública avançada por oferecer maiores possibilidades de autonomia técnica e financeira no que compete à gestão, a participação e a intervenção em saúde dos setores envolvidos e interessados, a saber: governo, instituições da sociedade civil e indivíduo.

Além disso, o estudo sobre a organização da Atenção Básica municipal é importante para compreender primeiro, como as condições de saúde estão sendo pensadas, praticadas e distribuídas no município; segundo, as possibilidades de desenvolvimento das propostas no contexto municipal; terceiro, os instrumentos disponíveis a este processo e apreender como usá-los de acordo com o nível de envolvimento do cidadão e por último, para compreender o longo tempo e o montante de entraves que a implantação do sistema

nacional de saúde brasileiro tem enfrentado e, também, gerado. Necessariamente a ordem acima não indica grau de importância, mesmo porque estes aspectos se entrelaçam em muitos momentos e porque se considera aqueles aspectos como relevantes ao estudo deste tema.

A metodologia proposta para desenvolver esta pesquisa está baseada numa abordagem qualitativa fundamentada na perspectiva fenomenológica, tomando como instrumento o estudo de um caso. Entende-se que este enfoque possibilita a apreensão multidimensional e particular que o tema de estudo requer. A opção pelo estudo de um caso, ou seja, uma unidade dentro de um sistema mais amplo, enfoca a particularidade e a singularidade do fenômeno em questão, sem comprometer a possibilidade da análise dos resultados poder ser contextualizada num âmbito maior (Lüdke e André, 1986:17).

A opção pela abordagem fenomenológica, se justifica em função de que a filosofia e a metodologia próprias desta abordagem conduzem o pesquisador a uma atitude de sondagem da realidade a partir dela mesma, respeitando o próprio evidenciar-se desta realidade (Schutz, 1979), conseqüentemente, levando-o a compreender o homem e o mundo através da descrição direta das experiências tal como se apresentam, colocando em suspenso as explicações causais que lhe são atribuídas (Merleau Ponty, 1999). Traduzindo isso a termos: *“É uma tentativa de descrição de nossa experiência tal como ela é...”* (Merleau Ponty, 1999:01).

Esta perspectiva tem início com Husserl propondo que para pensar os dados da experiência em sua natureza e em cada uma de suas nuances é preciso partir da realidade, ou seja, voltar ‘as coisas mesmas’. Para Husserl todo fenômeno tem uma essência⁷ que permite identificá-lo, esta é sempre idêntica a si própria, não importando as circunstâncias de sua realização. Ela persiste, não como uma realidade ou fato, mas como uma possibilidade que permite distinguir os fenômenos uns dos outros. As essências são produzidas ou constituídas pela consciência, enquanto uma maneira de significar a realidade, dar sentido ao mundo. Isto significa que o mundo é o que aparece à consciência e se evidencia em sua vivência; daí a consciência ser sempre consciência de algo (Dartigues, 1973).

⁷ “É a significação ou sentido de um ser, sua idéia, seu *eidós*” (Chauí, 2000: 238).

Assim, se a consciência é sempre 'consciência de um objeto', o objeto também é sempre 'objeto para uma consciência', estabelecendo uma correlação de intencionalidades. Para se chegar à intencionalidade convém falar de redução fenomenológica, que procura colocar a realidade concebida pelo senso comum em suspenso privilegiando compreender a correlação entre o 'ser que percebe' e o 'ser que é percebido'. Compreender, por sua vez, é perceber um comportamento "...do interior, do ponto de vista da intenção que o anima, logo, naquilo que o torna propriamente humano e o distingue de um movimento físico" (Dartigues, 1973: 52).

Por fim, a aproximação entre as intencionalidades, do 'ser que percebe' e do 'ser que é percebido', caracteriza o sentido e o significado que se revelam na intersecção das experiências de um indivíduo e deste indivíduo com outro indivíduo, onde a unidade se forma pela subjetividade de cada um e pela intersubjetividade que ambos formam sobre e no mundo vivido (Merleau Ponty, 1999).

Desta maneira, quando se relaciona à pesquisa qualitativa é no sentido da Fenomenologia enfatizar o mundo vivido e as experiências dos indivíduos, bem como a expressão dos significados das situações vividas pelos indivíduos e de trazer o pesquisador como co-participante sobre os dados obtidos proporcionando a compreensão e o sentido do fenômeno como uma unidade, um todo.

Este entendimento encontra respaldo também nas propostas de Schutz para um estudo de campo na medida que considera a cotidianidade, a subjetividade e a intersubjetividade dos atores envolvidos (pesquisador e pesquisados) como aspecto principal à abordagem. Os passos sugeridos por ele são os seguintes: "(a) o observador deve colocar-se no mundo de seus entrevistados, buscando entender os princípios gerais que os homens seguem na sua vida cotidiana para organizar sua experiência...; (b) manter uma perspectiva dinâmica que ao mesmo tempo leve em conta as relevâncias dos atores sociais, e tenha em mente o conjunto de relevâncias de sua abordagem teórica...; (c) abandonar, na convivência, uma postura externa de 'cientista', entrando na cena social dos entrevistados como uma pessoa comum-que partilha do cotidiano. Isto é, ... sua linguagem em campo é a mesma dos atores sociais" (Schutz apud Minayo, 2000: 140)

As entrevistas e observações deste estudo vêm contemplar os pressupostos acima pelo arranjo de suas formas. A entrevista pode ser definida como um processo de

interação social entre indivíduos (entrevistador(es) e entrevistado(s)) destinado a gerar informações pertinentes para um estudo ou tema discutido (Minayo, 2000). Neste estudo, serão correlacionados dois tipos de entrevistas: semi-estruturada e estruturada. Quanto ao primeiro tipo, considera-se a tendência a maior flexibilidade de abordagem na ordem dos assuntos; bem como a possibilidade de referir diretamente ao nível mais profundo da realidade dos entrevistados, como maneiras de agir, atitudes, maneiras de pensar, idéias, opiniões, valores, as próprias preocupações e ênfases dadas aos assuntos em pauta, possibilitando atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta (Minayo, 2000). Em relação à entrevista estruturada consideram-se os seguintes aspectos: possibilidade de relacionar uma multiplicidade de dados e proceder a várias análises de correlação; por abranger facilmente uma representatividade significativa da população, mesmo não sendo absoluta (Minayo, 2000; Lüdke e André, 1986).

As observações, mais especificamente, a participante pode ser definida como *“... um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observadores, e, em participando com eles em seu ambiente natural de vida. Logo, o observador é parte do contexto, sendo observado no qual ele ao mesmo tempo modifica e é modificado por este contexto. (...) o papel do observador participante pode ser uma parte integral da estrutura social, ou ser simplesmente periférica com relação a ela”* (Schwartz & Schwartz *apud* Haguette, 1992: 71).

Desta forma, a observação de campo se justifica porque possibilita o contato mais estreito e pessoal do pesquisador com o fenômeno pesquisado, permitindo uma proximidade nos *“... ‘sentidos’, nas ‘definições’ e nas ‘ações’ que indivíduos e grupos elaboram ao longo do processo de ‘interação simbólica’ do dia-a-dia”*. (Haguette, 1992: 67), realizando-se uma abordagem sobre a subjetividade e intersubjetividade dos envolvidos. Ou seja, do significado que os atores sociais atribuem a realidade, as ações de outros e as suas próprias ações. Além disso pode trazer novos aspectos e novos ângulos do problema, ou do tema em discussão (Lüdke e André, 1986:26).

No tratamento dos dados a análise de conteúdo corresponde, principalmente, à análise do que é dito, isto é, identificação dos temas significativos que aparecem no conjunto de mensagens, discursos e textos que são vinculados no processo de pesquisa,

com a pretensão de descobrir regularidades, correlações, semelhanças e diferenças que possam ser generalizadas (Thiollent, 1986). Na busca de definir adequadamente os temas significativos os pesquisadores desenvolveram várias formas para a análise de conteúdo como a análise de expressão, a de relações, a da enunciação e a temática (Minayo, 2000) esta última foi escolhida para a pesquisa em questão.

Conforme Minayo a análise de conteúdo temática "*comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo*" (2000: 208). Estas representações, palavras, frases ou resumo consistem nos chamados núcleos de significados que podem ser analisados de acordo com o objetivo da pesquisa, considerando sua presença ou frequência no texto. A dinâmica deste processo consiste em primeiro, tomar contato exaustivamente com o material produzido (o conteúdo das entrevistas e questionários); segundo, recortar o texto em unidades ou núcleos de significado, que correspondem a trechos-síntese representativos do material transcrito literalmente; terceiro, transcreve as unidades ou núcleos de significado transformando-os em tema ou categorias centrais; quarto, procede a análise descrevendo a relação entre os temas ou categorias centrais. No caso desta pesquisa, a definição dos temas significativos deu-se, primeiramente, pela descrição da fala dos entrevistados e, posteriormente, pela análise de sua presença no texto.

Deste modo, a análise de conteúdo temática apresenta uma variante significativa à metodologia desta pesquisa quando reúne a possibilidade de observar a presença dos temas significativos no material obtido e também por permitir traçar relações e correlações que, por ventura, venham a aparecer entre os temas significativos, contemplando-os em sua particularidade, significado e intencionalidade.

Pesquisar sobre a Atenção Básica Municipal leva a refletir em várias direções e sobre diversos assuntos que, ora exigem uma análise mais particular de suas características, ora requerem uma análise sistêmica⁸ considerando o conjunto de suas relações e inter-relações. Para tanto, alguns pressupostos constituíram-se como norteadores às reflexões que seguem no decorrer desta pesquisa, entre os quais: os de políticas sociais e políticas públicas, o de relações sociais, o de cotidiano, o de complexidade e de sistema, o de

⁸ Sistêmica, neste caso, diferencia-se de sistemática. Enquanto esta última significa reduzir e agrupar elementos a um conjunto (Dicionário Aurélio, 1999), o termo sistêmica refere-se a organização de elementos diversos através de suas relações e inter-relações, como será explicado mais adiante no texto.

pesquisa qualitativa e quantitativa. A contribuição dos mesmos poderá ser observada no decorrer de todo o texto, seja nos três primeiros capítulos que correspondem ao enquadramento teórico do tema em estudo; seja nos últimos dois capítulos, os quais apresentam, respectivamente, a organização e análise dos dados levantados na pesquisa de campo e a discussão final, porém de modo algum definitiva e absoluta, sobre os resultados alcançados.

Primeiramente é preciso dizer que esta pesquisa está radicada sobre um contexto derivado das políticas internacionais de saúde que foram se expandindo pelo mundo, e de forma mais específica no Brasil a partir da década de 90. Estas políticas fazem parte de uma nova ótica sócio-econômica mundial que avança sobre os países, a qual afirma que tudo depende do crescimento econômico, inclusive a garantia do bem-estar da população através de um padrão mínimo de satisfação das necessidades básicas. É exatamente por conta deste quadro que vem se articulando a relação entre *políticas sociais* e *políticas públicas*, na qual o elemento mediador é o fator econômico (Silva, 2002).

Colocadas tais questões, pode-se perguntar: qual a relação destas com a problemática da pesquisa? Pois bem. A relação que hoje se estabelece no Brasil entre as políticas públicas e as políticas sociais encontra correspondente entre a relação Estado e Sociedade na medida em que esta tende a ser percebida como um *nicho dos problemas sociais*, derivados da pobreza e miserabilidade da população. Em consequência, o Estado elabora uma variedade de políticas, organiza ações e programas setorializados para combater estas problemáticas sociais. Entre essas políticas estão as de saúde.

Segundo Cohn (2000) e Silva (2002), os pilares do desenvolvimento das políticas públicas de saúde são exatamente os mesmos que embasam as políticas sociais: a descentralização, a privatização e a focalização. A focalização diz respeito aos atendimentos de saúde àqueles segmentos extremamente pobres e que se encontram mais vulneráveis a doenças⁹. Entre estes atendimentos se encontram os programas especiais de alimentação e assistência médica às crianças e às mulheres, principalmente as gestantes; campanhas de imunização; programas de prevenção e reabilitação, sobretudo DST/AIDS, tuberculose e diabetes; programas de melhoramento no saneamento básico; programas de

⁹ Entre os quais estão os desempregados favelados, os marginalizados, as mães de famílias, as crianças, os idosos pelas suas condições econômicas e também pela elevada taxa de mortalidade que apresentam (BM *apud* Silva, 2002).

planejamento e assistência familiar, sendo que a maior parte destes programas tem sua execução ao nível da Atenção Básica.

A privatização das políticas públicas de saúde obedece ao princípio de racionalização dos gastos sociais, resultando no denominado processo da *mercantilização* da saúde (Costa, 1998). Este processo se caracteriza pela privatização dos serviços públicos de saúde ou redução, conduzindo a demanda para o setor privado; desmobilização e afastamento do governo quanto às responsabilidades para com o setor público da saúde; financiamento dos serviços privados pelos recursos públicos. Muitos exemplos destes podem ser encontrados nos convênios e contratos firmados pela administração pública com o setor terceirizado. Em Blumenau, por exemplo, as vagas de internação para a Saúde Mental, até meados de 2003, eram conveniadas aos hospitais da rede privada do município.

O terceiro pilar é o da descentralização, que apresenta contradições em suas interfaces e a principal acontece entre os níveis central e local. Em consonância com o sistema econômico vigente, para o nível central ela significa uma possibilidade de maior controle sobre os gastos públicos, conseqüentemente, contribuindo para a redução do *déficit* público e menor responsabilidade quanto a utilização dos recursos repassados aos estados e municípios; para o nível local representa maiores encargos na resposta às demandas e necessidades locais, mas também um apoio maior nas reivindicações da população pela proximidade com a administração pública local.

Estas condições políticas têm gerado conseqüências, quaisquer que sejam as áreas atingidas: educação, saúde, habitação, ambiental, assistência social. Na saúde as mais comuns têm sido a redução no repasse dos recursos da União para os estados e municípios; a segmentação da população entre incluídos e excluídos, organizados e não organizados; a tecnificação das políticas públicas de saúde através da elaboração de diagnósticos específicos e técnicos; o distanciamento entre o político e o social, pautado justamente na forma como o Estado vem gerenciando as políticas sociais e as políticas públicas (Cohn, 2002). Exatamente estes reflexos podem ser observados ao nível de políticas públicas de saúde local, como os estados e municípios.

Continuando a apresentação dos pressupostos norteadores a discussão deste estudo tem-se o de *relações sociais* através das contribuições de Max Weber e Alfred Schütz. O conceito de relação social de Weber estabelece que este termo será utilizado

frente a probabilidade “...em que duas ou mais pessoas estão empenhadas numa conduta onde cada qual leva em conta o comportamento da outra de uma maneira significativa, estando, portanto, orientada nestes termos” (1989: 45). O conteúdo desta relação pode variar, mas é critério fundamental que a ação se realize em função do outro, que seja dotada de um sentido, não interessando os motivos. Por exemplo, um sujeito pode dar um abraço em outro e ser correspondido; um grupo de pessoas pode se reunir sob o interesse comum de organizar um jornal comunitário. Ainda existem relações que podem acontecer por laços familiares, de amizade, de negócios, de interesses políticos ou qualquer outro tipo. Isso deixa fora os grupos que, por ventura, apenas se agregam.

Para Weber (1989) que o sentido subjetivo não é necessariamente o mesmo para as partes envolvidas, o que não impede a relação social de existir, ela somente inexistirá ao observar-se uma ação que não esteja orientada para o outro. Portanto, o significado subjetivo é mutável como por exemplo, uma relação baseada na amizade pode mudar para outra baseada no desprezo, ou então, pode se entender também como o de uma nova relação estar começando.

Embora Weber ressalte o sentido e o significado das relações sociais não explora muito a intersubjetividade que se forma por conta da relação estabelecida entre os sujeitos. Esta característica quem desenvolve é Schutz, decorrente de seus conhecimentos da teoria weberiana e da fenomenológica, esta última comentada anteriormente em seus aspectos principais.

Para Schutz a relação social se traduz por meio de uma interação social envolvendo uma ação entre duas pessoas, uma em relação à outra, pois na vida cotidiana o que acontece de fato é o envolvimento de uma pessoa com muitas pessoas, formando redes complexas de relacionamentos sociais. Nesse sentido, ele considera alguns princípios como necessários à compreensão das relações sociais, entre os quais a intersubjetividade, a compreensão e a vida cotidiana. Destes, os dois primeiros serão comentados agora, o terceiro aparecerá na discussão do pressuposto seguinte.

A intersubjetividade é vista, por Schutz, sobre dois aspectos básicos: um, a existência do *outro* ser fato consumado para qualquer sujeito, concretizando o que Schutz denomina como *experiência do Nós*; dois, a compreensão mútua entre os sujeitos. Enquanto *experiência do Nós*, a intersubjetividade permite entender que “o meu mundo da vida

cotidiana não é de forma alguma o meu mundo privado, mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma, é um mundo de todos nós" (Schutz, 1979: 159). Daí a intersubjetividade ser considerada, por Schutz, como fundamental à existência humana porque estamos sempre em relação uns com os outros.

Esta condição também implica no aspecto de compreensão mútua. Aqui também Schutz avançou um pouco mais na compreensão de Weber. Enquanto para este a compreensão está ligada a "*compreensão de uma conduta subjetivamente significativa por outra pessoa, geralmente um sociólogo*" (Schutz, 1979:10), para Schutz a compreensão do outro dentro do mundo social é extremamente complexa, pois implica em captar os significados internos e externos do que está acontecendo realmente na mente da outra pessoa.

Para proceder a compreensão da outra pessoa Schutz sugere dois caminhos. Primeiro, estudar a compreensão sem intenção alguma de comunicação; o ato pelo ato (o que corresponderia a redução fenomenológica). Segundo, examinar situações onde haja intenção de comunicação. Este último caso, em especial, requer o entendimento (sentidos e motivos) dos signos usados na comunicação. No entanto, é preciso ter claro que há *o que* é compreendido no signo em si, há *o que* a outra pessoa quis transmitir com o uso desse signo e, finalmente, há o significado de fato de que ela está usando o signo naquele determinado contexto e momento. Contudo, como o objetivo desta pesquisa não foi análise do discurso, este aspecto não será aprofundado aqui. Basta que o leitor tenha claro qual o referencial utilizado na apreensão das relações sociais.

Portanto, para Schutz (1979) a relação social é um momento no qual as pessoas expressam suas experiências, seus sentimentos, suas emoções e seus conhecimentos *em relação a* e ou *para* outra (s) pessoa (s), especialmente os relativos ao mundo social, mas que, no entanto, o que pode ser percebido do outro será sempre um valor aproximado do significado intencionado por ele. Schutz também mostrou que as relações sociais são importantes não apenas porque promovem uma certa reciprocidade de ações entre atores sociais, mas porque revelam os domínios de mundo social que existe sob elas, o da vida cotidiana.

O pressuposto seguinte tem a contribuição de Agnes Heller, que descreve a vida cotidiana como um espaço no qual várias atividades são realizadas pelos homens, possibilitando a reprodução social. Neste sentido, está diretamente relacionado ao conceito anterior na medida em que é na vida cotidiana que as relações sociais se realizam. E também ao tema em estudo, pois se acredita que o cotidiano dos ambulatórios gerais serve de exemplo da vida cotidiana, seja pela sua composição heterogênea de saberes, de habilidades, de atitudes, de percepções e de ações que os atores sociais ali presentes produzem, seja por ser o ambiente onde se realizam as práticas e as políticas de saúde que interferem significativamente na vida cotidiana dos usuários e dos profissionais de saúde.

Muitas vezes, os ambulatórios gerais tornam-se ponto de referência para aqueles que o procuram, independente do motivo que os move: satisfação para suas necessidades; refúgio para seus medos e decepções; explicações para o que não conhecem e não entendem; alívio para uma angústia, uma ansiedade, uma dor. *“Torna-se algo de comum... Não porque seja banal, mas porque é compartilhado entre sujeitos de uma relação social”* (Heller *apud* Monteiro, 1992).

Para Heller (1989) essa situação propicia a maturidade do homem para o convívio em sociedade porque traz um dos elementos essenciais na realização da relação social que é a consciência em relação aos outros, que se desenvolve e opera paralelamente à consciência do eu (das necessidades do eu); primeiro numa escala menor (família, escola), depois numa escala maior (trabalho). Portanto, pode-se dizer que o homem vive seu processo de crescimento e de desenvolvimento em relação a si mesmo e à sua condição de ser social através das relações sociais do cotidiano. Além disso, oferece uma forma de compreender mais além o que está *entre*, entre os sujeitos, entre os sujeitos e a sociedade. Ou seja, que a interação de um homem não se dá imediata e diretamente com outros, mas pela inter-relação de inúmeros elementos encontrados na vida cotidiana.

Nestes termos Heller (1989) mostra que o cerne das experiências do homem, seja qual for sua cultura, crença, conhecimentos e capacidades, está na vida cotidiana. Uma parte essencial desta experiência é, entretanto, desenvolvida a partir do próprio indivíduo, enquanto a outra acontece através das relações com outros indivíduos e com o meio.

Assim sendo, a conexão entre conceito de vida cotidiana e Atenção Básica em Saúde surge na medida em que o cotidiano dos ambulatórios gerais aproxima mais o estudo

das circunstâncias da vida cotidiana, e também como um exemplo direto da integração entre o cotidiano e o homem, que aparece como um conhecimento advindo da vida cotidiana de indivíduos que experimentam e vivem as alternativas que esta oferece.

A consideração de outras dimensões em relação à saúde que não estritamente a biológica, tornou-se um dos aspectos mais relevantes às discussões atuais sobre este tema. Com isso, a saúde está inserida inteiramente no contexto da sociedade e de suas ações cotidianas, além de confirmar-se como resultante das condições interdependentes de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. A compreensão da presença destes diversos elementos interferindo nas condições de saúde das pessoas vem modificando a concepção e atuação das políticas que respondem a estes segmentos, ampliando e tornando complexa sua margem de ação.

Em função disto recorro à obra de Edgar Morin para discutir os próximos pressupostos norteadores: o sistema e a complexidade. Ambos os conceitos são interdependentes, pois para Morin (1982) a complexidade tem início nas inter-relações do sistema, ou seja, entre elementos diversos que compõem uma unidade que se torna unidade complexa (una e complexa). O complexo se reconhece através de vários traços: a necessidade de associar o objeto ao seu ambiente (princípio do auto-eco-organização: autonomia-dependência); a necessidade de ligar o objeto ao seu observador; o reconhecimento do objeto como um sistema; a desintegração do elemento simples; e a confrontação com a contradição e a aleatoriedade.

Vinculadas a esta concepção se encontra a idéia da organização de sistema e uma proposta de reforma no pensamento. Para entender a segunda é necessário entender como Morin concebe a organização de um sistema. Segundo Morin, *"... devemos considerar o sistema não só como uma unidade global (...) também aqui estão necessariamente associados termos antagonistas. O todo é efetivamente uma macrounidade, mas as partes não são fundidas ou confundidas nele; têm uma dupla identidade, uma identidade própria que permanece e uma identidade comum, a da sua cidadania sistêmica. (...) um sistema não é só uma constituição de diversidade a partir da unidade, mas também uma constituição de diversidade (interna) a partir da unidade..."* (Morin, 1982, p. 141). Dessa forma, parece que Morin expande o conceito geral de sistema

desenvolvido a partir dos anos 40 pelo biólogo L. von Bertalanffy¹⁰, ao propor o entendimento de sistema a partir do princípio de que o todo se organiza em partes e estas, por sua vez, se organizam pela constituição do todo, porém mantém sua continuidade, ou seja, que tendem a uma regulação espontânea de ações entre si denominadas interações internas e externas. Esse processo propicia uma indissociabilidade à organização do sistema, pois conduz a uma troca com o ambiente, o qual por sua vez fornece organização e potencial de organização à diversidade do sistema.

Contudo, para compreender tal forma de organização existe uma necessidade de mudança na forma de pensar a ciência, partindo de um paradigma que não se restrinja a simplificação e a redução dos fenômenos em estudo (separação sujeito-objeto e quantificação) como proposto pela ciência clássica¹¹. Para tanto Morin (1982) propõe uma reforma no pensamento para que se pense a ciência (re)significando seu próprio conhecimento através de um conhecimento que reúna sujeito e objeto; que associe o objeto ao seu ambiente como um sistema e que reflita sobre sua organização; e, sem dúvida, considere a presença da incerteza. Enfim, que permita associar e distinguir noções antagônicas, reconhecendo nas inter-relações dos elementos diversos a composição de uma unidade que se torna unidade complexa (una e complexa).

Na base destas idéias estão primeiro, o reconhecimento da pluralidade e da diversidade das características humanas nas esferas individual, social, biológica, cultural; segundo, que a multidimensionalidade e dialética das realidades universais não podem ser reduzidas à soma de suas partes, mas ao contrário, devem conduzir à integração cada vez mais complexa dos seus elementos, imprimindo uma nova configuração ao conjunto. Assim, não só localiza-se o tema ou o acontecimento em seu contexto, mas as relações que existem e podem transformar um sistema.

Os pressupostos a seguir têm especial importância quanto à metodologia escolhida devido ao fato de que o enfoque desta pesquisa procura a compreensão de um

¹⁰ Ao procurar um modelo científico explicativo do comportamento de um organismo vivo, Bertalanffy formulou a definição de sistema como um todo organizado formado por elementos interdependentes e que está rodeado por um meio exterior.

Martínez também apresenta uma definição de sistema que muito se aproxima a de Morin: Sistema "é um conjunto de unidades inter-relacionadas de tal maneira que o comportamento de cada parte depende do estado de todas as outras, pois todas se encontram em uma estrutura que as interconecta" (1999: 82).

¹¹ De acordo com Morin (1982) a crise da ciência clássica se fazia por: não reconhecer a álea*; não conceber a problemática da organização; ver a contradição como sinal de erro (lógica aristotélica); por eliminar o observador da observação (separação sujeito-objeto).

fenômeno, no caso a Atenção Básica Municipal, através dos fatos e processos que lhe são particulares e específicos em sua estrutura dinâmica e em sua dimensão contextual. Miguel Martínez e Maria Cecília Minayo fornecem os argumentos considerados adequados à justificativa desta opção, sobretudo, por promoverem um debate que considera a complementaridade entre o qualitativo e o quantitativo.

Segundo Martínez (1999) e Minayo (1993) a natureza do fenômeno estudado, muitas vezes, acarreta a necessidade de diferentes apreciações e fontes informativas ou vários pontos de vista do mesmo fenômeno para alcançar melhores resultados, principalmente no que compete à triangulação no uso de técnicas e procedimentos de ambos os métodos. Por exemplo, poder-se-ia fazer uma pesquisa da Atenção Básica a partir do levantamento de dados estatísticos como número de atividades realizadas neste campo, o número de profissionais envolvidos nestas atividades e a frequência dos usuários nas mesmas, e que fosse complementada por algumas questões que buscassem compreender os motivos do envolvimento dos profissionais e usuários, ou então, a percepção destes acerca dos resultados destas atividades. Ou vice-versa, uma pesquisa que buscasse a representação da Atenção Básica para os profissionais e usuários acrescida da relação da participação destes, em termos de frequência, nas atividades desse campo.

Todavia, de acordo com Martínez, quando o objetivo do estudo envolve a compreensão da estrutura através das relações e inter-relações que a constituem, enfatizando as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser, isto significa que a *“...realidade não é uma justaposição de elementos, mas suas partes constituintes formam uma totalidade organizada com forte interação entre si, quer dizer, constituem um sistema, seu estudo e compreensão requerem a captação dessa estrutura dinâmica interna que caracteriza e, por tal, requer uma metodologia de estruturação sistêmica”* (Martínez 1999: 95). Ou, em outras palavras, a metodologia qualitativa apresenta as características mais adequadas ao processo investigativo, a saber: identificar a natureza “profunda”, o sistema de relações e a estrutura dinâmica de um fenômeno; formulando simultaneamente a compreensão do todo integrado que, por sua vez, constitui uma unidade com características que a distinguem de outras (Martínez, 1999).

Transferindo este entendimento para o campo da Saúde, Minayo (2000) lembra que é na especificidade das relações desse campo que a metodologia qualitativa tem

maior abrangência porque a saúde não é apenas uma questão de conhecimento ou informação técnica, ou mesmo, de formação técnica. É uma questão multidimensional que implica em hábitos, valores, saberes culturais, crenças, atitudes e opiniões que perpassam todos os segmentos (pobres, miseráveis, ricos, bilionários, e os que vão vivendo entre uma e outra condição) e setores da sociedade (político, religioso, econômico, educacional, social) e, que por conseqüência, estão abarrotados de significados e intencionalidades como ocorre em temas que envolvem a representação saúde-doença, a institucionalização, a organização, a administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde.

Justamente esses aspectos contribuem para o caráter peculiar e, ao mesmo tempo, de sistema, de complexidade e de integralidade da saúde, e igualmente da Atenção Básica em Saúde. E também torna a compreensão das relações, dos significados e das intencionalidades que existem e que formam os fenômenos, diferente da compreensão gerada por um simples agrupamento sob conceitos e ou dados genéricos obtidos em experimentações, em levantamentos ou pela descoberta de leis que ordenariam o social.

Levando em conta estes pressupostos, esta dissertação organiza-se em cinco capítulos e constitui-se fundamentalmente a partir de um estudo empírico.

O primeiro capítulo apresenta uma breve descrição sobre as características do município de Blumenau, no estado de Santa Catarina, também contextualiza as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde local, os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), as unidades de saúde, sobretudo, os ambulatórios gerais, os quais constituem o universo desta pesquisa.

O segundo capítulo oferece, sucintamente, uma noção sobre a formulação das concepções atuais da Saúde e da Atenção Básica estabelecidas pelas instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Ao mesmo tempo, pontua alguns aspectos principais que interferem e influenciam nas etapas de planejamento, definição de estratégias e de gestão dos serviços de saúde como os Planos de Ação das políticas econômicas e sociais instituídos pelo Banco Mundial, cuja pretensão é de que estes Planos sejam adotados pelos países em desenvolvimento e, principalmente os do chamado grupo do terceiro mundo, objetivando desenvolver e melhorar as condições de vida e de saúde da sua população.

Depois de apresentar o enfoque mundial do qual provém a Atenção Básica em Saúde, o terceiro capítulo começa propiciando uma síntese histórica sobre as políticas públicas de saúde no Brasil desde o século XIX até a organização do atual sistema nacional de saúde. Em seguida, apresentam-se algumas propostas e ações de Atenção Básica em Saúde desenvolvidas na região sul, na qual se localiza o município em estudo.

O quarto capítulo sistematiza os resultados da pesquisa de campo, a organização e a análise dos dados que, através da triangulação de técnicas e informações obtidas, busca descrever como se organiza a Atenção Básica em Saúde nos ambulatórios gerais, as relações existentes entre profissionais de saúde e usuários.

Concluindo, organizam-se quatro constatações formuladas a partir da correlação entre o referencial teórico usado e os resultados alcançados na pesquisa. Acredita-se, assim, contribuir à compreensão e à reflexão sobre a Atenção Básica em Saúde, tanto no que compete a organização das ações e das propostas desenvolvidas a nível municipal como do modelo de gestão em Atenção Básica proposto internamente ao Sistema Único de Saúde no Brasil.

A pesquisa completa apresenta um processo com etapas e atividades específicas a cada passo, mas também procura, especialmente através do seu referencial teórico, uma integração destes passos no todo e, respectivamente, a possibilidade de constatar o todo em cada uma de suas partes. Não é um trabalho acabado, quiçá, mais um recomeço de uma discussão que se apresenta, estimuladamente, atual, rotineira, complexa e incerta: as condições *da* saúde.

CAPITULO I

APRESENTANDO O CENÁRIO: BLUMENAU

Para compreender o contexto e as razões do direcionamento deste estudo, suas reflexões e contribuições, é importante conhecer um pouco das características e condições que marcaram inicialmente o cenário: o município de Blumenau, localizado no Estado de Santa Catarina. Assim, será apresentada a seguir, uma breve descrição sobre a colonização e as características geo-demográficas*¹², culturais, econômicas, políticas e sociais deste município. Serão descritas também algumas das principais ações efetivadas pela administração do poder público local, detalhando-se aquelas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito da qual se encontram os ambulatorios gerais, que constituem o universo de investigação.

No decorrer do século XIX incessantes altos e baixos na história da Alemanha motivaram a emigração da população alemã para outros países, principalmente os do continente americano. Algumas das causas que contribuíram para este movimento foram a sujeição dos estados alemães ao poderio napoleônico e, após sua derrota, a adoção de um regime absolutista, instituído pela Confederação Germânica. Esta foi composta de reinos, ducados, principados e cidades livres, cujos soberanos intervieram de modo direto na organização social, restabelecendo privilégios feudais e determinando seu próprio poder. Coexistiam as lutas internas contra o absolutismo, a instabilidade política-administrativa e o crescimento desproporcional da população em vistas do desenvolvimento dos meios de produção¹³.

Paralelamente a estes acontecimentos e não alheio a eles, Hermann Bruno Otto Blumenau desenvolvia estudos sobre migrações e emigrações das populações alemãs e, por conta destes estudos, foi designado para vir ao Brasil em 1846 como representante da Sociedade de Proteção aos Emigrados Alemães, com o objetivo de inspecionar as colônias teutas* que aqui se estabeleciam¹⁴.

¹² O asterisco indica palavras que constam no glossário.

¹³ Ferraz, P.M. (1950). Apontamentos para a história da colonização de Blumenau (1850-1860). Florianópolis: Imprensa Oficial de Florianópolis; Singer, P. I. (1974). Blumenau. In: _____. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife*. São Paulo: Nacional (p.81-140).

¹⁴ Ferraz, *op. cit.*

Chegando no Brasil, Dr. Blumenau (codinome pelo qual ficou conhecido) seguiu pelas várias colônias alemãs localizadas desde o Rio Grande do Sul até o Rio de Janeiro, demorando-se um pouco mais em Santa Catarina a fim de conhecer melhor o território e formar novas colonizações. Meses após, escreveu ao governo alemão buscando obter uma permissão à vinda de colonos alemães para fundar uma colônia agrícola em uma extensão de terras de duas léguas¹⁵, que havia adquirido do Governo Provincial Brasileiro. Eram as terras junto ao vale do rio Itajaí-Açu. Enquanto aguardava a resposta, Dr. Blumenau revia algumas condições de sua proposta inicial¹⁶, que não fora aceita, tanto pelo Governo Imperial Brasileiro quanto pelo da Província de Santa Catarina, ao mesmo tempo, era comunicado da dissolução da Sociedade de Proteção aos Emigrados Alemães, na Alemanha.

Em 02 de setembro de 1850 os primeiros colonos já haviam chegado e se instalado as margens ribeirinhas do rio Itajaí-Açu, dando início à colônia alemã na Província de Santa Catarina. Esta data tornou-se oficial da fundação da cidade de Blumenau. Uma vez estabelecidos, os colonos receberam várias visitas dos índios que, conforme Ferraz (1950), foram interpretadas como *ataques indígenas*. Na época os índios das tribos Kaingang, Xoklengs e Botocudos habitavam a região e a posse e colonização daquelas terras pelos brancos vieram a ocasionar confrontos que perduraram durante anos.

Inicialmente a colônia manteve-se como propriedade particular do Dr. Blumenau, mas dificuldades financeiras levaram-no a propor a continuidade do empreendimento ao Governo Imperial Brasileiro, que aceitou esta idéia conservando-o como administrador até fins de 1880. Após esta data Dr. Blumenau regressou à Alemanha com sua família, vindo a falecer em 1899, em Brunsvique.

Em seguida ao afastamento do Dr. Blumenau, o Governo Brasileiro expandiu os investimentos para atrair a imigração de alemães¹⁷ e a migração de brasileiros, ocasionando um crescimento gradativo no mercado interno e uma projeção dos produtos ao mercado nacional. Quando a emancipação ocorreu, em 04 de fevereiro de 1880, o núcleo inicial havia se expandido pela Bacia do Rio Itajaí-Açu, ocupando uma área de cerca de 20 mil km², com uma população de 15.000 habitantes dos 17 primeiros que chegaram ao local.

¹⁵ (s. fm.) Antiga unidade brasileira de medida itinerária; uma légua equivalia a 6600m. (Dicionário Aurélio)

¹⁶ Cf. Anexo 01: 161

¹⁷ Importante lembrar que Blumenau recebeu, também, imigrantes italianos e poloneses. (www.Blumenau/HistóriaCidadeBlumenau.htm. Acessado em dezembro de 2001).

Conforme Singer (1974), a partir daí o município de Blumenau iniciou a transição de uma economia de subsistência e artesanato para uma economia de mercado e indústria conseguindo, já em 1916, exportar alguns de seus produtos entre os quais: Banha, Tabaco, Manteiga, Charuto e Mate¹⁸.

De 1879 a 1958 o Vale do Itajaí ascendeu a uma fase de industrialização, favorecida pela instalação de usinas hidrelétricas e pelos investimentos dos agricultores em equipamentos e produtos industriais. Blumenau encabeçou este momento com o surgimento de várias tecelagens, entre as quais a Companhia Hering (1879) e a Karsten (1882) - esta última ainda presente em Blumenau nos dias atuais. As tecelagens obtiveram um grande crescimento na região, sobretudo pela alta qualidade de seus produtos, a ponto de, em 1958, alcançarem o primeiro lugar na produção local e no mercado nacional. De acordo com Singer, dois processos inter-relacionados, mas distintos, promoveram tais condições: *“a) a inserção crescente da economia blumenauense no mercado nacional (...); b) a divisão de trabalho entre campo e cidade, que se dá em Blumenau, ensejando a formação de um mercado local para sua indústria”* (Singer, 1974: 114).

Cabe, neste momento, chamar atenção para o aspecto político desse processo. Desde sua municipalização, Blumenau esteve marcada por representações políticas fortemente vinculadas à classe empresarial, que proporcionaram simultaneamente, a intensificação de novos empreendimentos industriais, comerciais, de prestação de serviços (estradas, estrada de ferro, usinas elétricas, escolas, bancos, etc) e conflitos políticos. *“Na medida em que a grande indústria vai se consolidando, vão sendo organizados, além de associações profissionais e culturais, os partidos políticos (...). Estes organismos passaram a existir e a influenciar a vida política, preservando interesses próprios do empresariado, mas colocados como os de toda uma comunidade étnica, enquanto grupo social...”* (Simão, 2000: 58). A mesma autora esclarece que isto aconteceu porque a classe empresarial e comerciária formaram um bloco hegemônico que se caracterizava pelo fato de a maioria ser de origem alemã, defendendo a preservação dessa cultura em termos de língua e costumes, bem como pelo aumento da confiança da população decorrente da melhora nas circunstâncias de desenvolvimento da região, alcançadas, em consequência do crescimento da produção com o incremento do maquinário vindo da Alemanha. Esta hegemonia

¹⁸ No livro *“Desenvolvimento econômico e evolução urbana...”* (1974), capítulo 3, Singer apresenta algumas tabelas demonstrando a transição, o crescimento e a diversificação da produção econômica de Blumenau.

conduziu a disputas pelo poder institucional tanto a nível local como a nível estadual e, mesmo nacional¹⁹. Os conflitos entre os interesses do empresariado ‘alemão’ e dos Governos Estadual e Federal resultaram em represálias ao município, entre as quais destaca-se a secção de seu território realizada pelo Estado, estabelecendo-se novos municípios (Gaspar, Rio do Sul, Indaial).

Após este período de represálias, o empresariado blumenauense retomou a defesa de seus interesses, agora, em nome de uma *coletividade maior*. Mantendo como sócios majoritários e diretores das instituições teuto-brasileiras, indivíduos teuto-brasileiros, estreitou relações com o Governo do Estado, o qual lhes propiciou vários incentivos fiscais e créditos de investimento. O que fez de Blumenau, até meados da década de 80, o principal pólo industrial do Estado²⁰.

Transcorridos os anos, algumas mudanças distinguem a Blumenau de hoje da de ontem. Dos 20 mil km² iniciais da colônia, 531km² correspondem hoje a Blumenau, que teve seu território desmembrado em 31 novos municípios dos quais 14 formam a AMMVI²¹. Segundo, o Censo Brasileiro de 2000, Blumenau é a terceira cidade do Estado de Santa Catarina²² em população, com 261.808 habitantes distribuídos em 241.943 na área urbana e 19.865 na área rural.

Esta população se distribui por 06 microrregiões, formadas a partir dos grandes bairros do Garcia, Velha, Fortaleza, Itoupava Central, Badenfurt e Centro. Segundo o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau – IPPUB, Departamento de Pesquisas e Informações, as informações sobre estas microrregiões datam do início e

¹⁹ A maioria dos nomes que concorreram a cargos políticos eram do empresariado como Curt Hering, ou do comércio como Alwin Schrader. Simão, V.M Da Hegemonia Passiva à Hegemonia Ativa. In: Theis, I.M, Mattedi, M.A. e Tomio, F.R.L (orgs.) (2000) *Nosso Passado (in)comum*.

²⁰ Para obter mais detalhes sobre esta relação entre poderes pode ser consultado Theis, et alii, *op cit*.

²¹ Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí: Apiúna, Acurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Dr. Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.

²² Localizada ao Sul do Brasil, em uma posição estratégica no Mercosul por fazer fronteira com a Argentina na região Oeste, Santa Catarina possui uma diversidade geográfica e humana que se manifesta no clima, na paisagem, nos sotaques e culturas arraigadas nas 08 regiões que dividem o Estado: Nordeste, Vale do Itajaí, Planalto Norte, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste, ou Extremo-Oeste. Além das características econômicas, culturais e sociais específicas de cada região, alguns aspectos lhe são comuns como a presença de paisagens naturais com bacias hidrotermais, as festas culturais e folclóricas, o desenvolvimento de indústrias pertencentes à economia local, a produção agrícola e pecuária. Todo este conjunto de fatores propicia um grande potencial para o desenvolvimento do turismo no Estado. Um exemplo é Florianópolis, a capital e centro administrativo do Estado, colonizada por açorianos. Situada em sua maior parte em uma ilha oceânica e uma das cidades privilegiadas em termos de paisagens naturais, e que ainda guarda alguma tranqüilidade e segurança frente a outros centros urbanos no Brasil. Alguns dos principais municípios do Estado são: Rio Negrinho, Corupá, Mafra, Porto União, Lages, São Joaquim, Urubici, Criciúma, Tubarão, Gravatal, Araranguá, Laguna, Urussanga, Videira, Caçador, Treze Tilias, Curitiba, Fraiburgo, Chapecó, Xanxerê, Concórdia e São Miguel do Oeste, Blumenau, Joinville, Pomerode, Itajaí, Jaraguá do Sul, Florianópolis, São José, Balneário Camboriú e São Francisco do Sul (Dados obtidos em www.sc.gov.br/história/htm. Site acessado em novembro de 2002).

meados da década de 90, estando, portanto, defasadas. Mesmo assim, optou-se por registrá-las para, ao menos, dar uma idéia do contexto em que os ambulatorios gerais se encontram inseridos nas diferentes microrregiões.

Cada uma delas possui sua peculiaridade. A microrregião do Garcia, nome advindo do ribeirão que circunda a região, fica próxima ao centro da cidade e se caracteriza pela presença do Batalhão da Infantaria e de indústrias como Artex, Souza Cruz, Blumenau Química. Ainda se localizam ali 15 instituições educacionais (01 estadual, 04 municipais, 10 particulares) e 10 unidades de saúde municipais. A microrregião da Velha, que recebe este nome porque, segundo a tradição, havia uma senhora idosa que morava nas margens do ribeirão, é uma das maiores em extensão territorial (mais de 15 Km²) e também em população (aproximadamente 45.000 pessoas). Apesar disso, depende muito da região central em termos de serviços bancários, rede supermercadista e logística. Atualmente possui 07 unidades de saúde municipais, 11 instituições de ensino, sendo 02 estaduais e 09 municipais e o Fórum Municipal. Destacam-se ainda a rede de comércio varejista e local, além de alguns recantos naturais que se localizam em bairros periféricos²³. Juntas, Velha e Garcia, são as duas maiores microrregiões em extensão territorial e populacional.

A microrregião do Centro caracteriza-se pela presença de grande número de atividades do setor terciário, ou seja, de instituições prestadoras de serviços (bancos, shoppings, academias, hotéis, imobiliárias, laboratórios, restaurantes, clínicas de saúde privadas). Também há 21 instituições de ensino (20 particulares e 01 municipal) e 06 unidades de saúde municipais. Além disso, nela se localiza o Teatro Municipal, a sede principal e a sede Antiga da Prefeitura Municipal e muitas sedes das secretarias municipais, a Biblioteca Pública Municipal, o Consulado Alemão, a Universidade da FURB, órgãos federais e sindicatos. Igualmente, alguns pontos turísticos como o Mausoléu Dr. Blumenau e o Biergarten, ou Jardim da Cerveja. É a microrregião mais atingida pelas enchentes, pois é cortada pelo próprio rio Itajaí-Açu.

A microrregião do bairro Fortaleza marca-se pelo crescimento do comércio básico como farmácias, supermercados, padarias e empresas de pequeno porte como confecções têxteis. Possui 13 instituições de ensino (05 estaduais, 06 municipais e 02 particulares) e 07 unidades de saúde municipais, além do Terminal Rodoviário Municipal.

²³ São bairros menores que compõem a região da Velha como: Água Verde, Velha Pequena, Velha Central. Todas as demais microrregiões também são formadas por bairros periféricos.

Fazendo divisa com o Fortaleza está a microrregião da Itoupava Central, ou 'das Itoupavas' como a população se refere (Itoupava Central, Rega, Itoupavazinha, Vila Itoupava). Essa é uma das microrregiões que mais retrata a colonização alemã através das características físicas das pessoas (cabelos loiros, olhos azuis e pele alva) e também por estas insistirem na manutenção/uso da língua, dos costumes e da arquitetura alemã. As *Itoupavas* apresentam ainda pequenas propriedades rurais com produção agrícola e pecuária, mas grandes empresas vêm se instalando, principalmente pelo fato da microrregião estar menos propensa a enchentes (WEG Transformadores, Mega Transformadores, Christian Gray Cosméticos e outras cerâmicas e metalúrgicas). A microrregião possui 20 instituições de ensino (01 estadual, 12 municipais e 02 particulares) e 12 unidades de saúde municipais, incluindo o HEMOSC, e ainda o Aeroporto da cidade. Através dela pode-se chegar aos municípios de Guaramirim, Jaraguá do Sul, Luis Alves e Massaranduba através da rodovia estadual SC 474.

Dividindo alguns bairros periféricos com a microrregião da Itoupava Central, está a do Badenfurt, que tem saída para Pomerode, Indaial e Rio do Sul. Compõe-se basicamente de residências, algumas poucas indústrias de médio e pequeno porte (beneficiamento de madeiras, fabricação de plásticos, facções têxteis) e comércio local. Ao todo são 04 instituições de ensino (01 estadual, 06 municipais) e 04 unidades de saúde municipais.

Como pontos comuns entre as microrregiões pode-se observar a presença de residências e do comércio básico (farmácias, pequenos mercados, padarias, mecânicas), uma vasta vegetação e sua circunscrição pela rede de ribeirões mais o rio Itajaí-Açu. Há registro de 03 grandes enchentes do Rio Itajaí-Açu, a primeira em 1880; a de 1983 com, aproximadamente, 17 m acima do seu nível e a de 1984, na qual o rio Itajaí-Açu chegou a 16 m acima do nível. Todas assolaram a estrutura física e econômica do município. Buscando arrecadar fundos para recuperar a cidade, a Prefeitura em conjunto com empresas e moradores importou da Alemanha a idéia da *Oktoberfest*, Festa do Chopp, realizada no mês outubro desde 1983. A festa traz para Blumenau turistas de todo o território nacional, movimentando principalmente o comércio hoteleiro, artesanal e gastronômico.

Atualmente, Blumenau sustenta sua economia sobre os setores secundário (38,5%) e terciário (54,2%), mantendo-se caracterizada por atividades nas indústrias têxteis

e fabris (vestuário, alimentação e metalurgia), e ainda por outras atividades que se expandem paralelamente como o comércio de alimentação e o turismo.

Entretanto, no início da década de 90 observou-se um decréscimo na produção do setor secundário ocasionado pelas crises política e econômica vividas pelo país²⁴. Muitas indústrias fecharam ou diminuíram sua propriedade e produção; houve uma proliferação de microempresas têxteis de *fundo de quintal* [gripo da pesquisadora] organizadas e administradas, muitas vezes, pelos empregados demitidos, mas não regulamentadas conforme a legislação. Mesmo assim, esta economia tem colocado a cidade em segundo lugar na participação do PIB estadual – 9,02%. O setor primário, que predominou até meados do século XX, hoje, ocupa 7,3% da mão de obra entre os trabalhadores²⁵.

Outros indicadores sociais tomados em relação ao quadro regional e nacional, projetam a cidade dentre as que apresentam condições mais favoráveis de vida como, por exemplo, a taxa média municipal de mortalidade infantil que está em 22,2% enquanto a regional e nacional estão em 23,40 % e 35,50%, respectivamente; a taxa de alfabetização em Blumenau aponta para 97,4%, correspondendo a 212.271 habitantes alfabetizados²⁶.

Blumenau tem se transformado num pólo regional de amplo desenvolvimento produtivo, comercial, cultural e de prestação de serviços em relação aos municípios vizinhos.

De forma bastante característica a década de 90 reservou algumas surpresas para os blumenauenses em termos de desenvolvimento sócio-econômico e administrativo do município, gerando contradições em relação aos anos anteriores. A expansão dos setores secundário e terciário trouxe mão-de-obra desqualificada e semiqualficada; aumento da população; produção de sub-empregos e de bolsões de sub-habitações²⁷ que interferiram na estrutura físico-espacial e sócio-econômica da cidade²⁸. Além disso, a população de Blumenau rompeu, literalmente, com a tradição, nas eleições de 1996 quando elegeu o

²⁴ Planos Collor I e Collor II, que ocasionaram o confisco dos investimentos da caderneta de poupança, a abertura descontrolada às exportações e impeachment do então presidente Fernando Collor de Mello, segundo Theis, et alii (2000).

²⁵ www.CidadevirtualdeBlumenau.com.br. Acessado em abril de 2002.

²⁶ www.ibge.org/regiãosul.htm. Acessado em julho de 2001.

²⁷ O termo técnico seria *assentamentos sub-normais* – casas, ou barracos, construídos sobre loteamentos clandestinos, sem sistemas de água, esgoto e, até mesmo, eletricidade; sem acesso a serviços de saúde e educação.

²⁸ É preciso considerar também que estas populações ao fixar residências em regiões de periferia ou mais afastadas do centro procuram afastar-se da margem ribeirinha, tentando evitar as enchentes.

representante do Partido dos Trabalhadores²⁹ para a administração municipal. Como foi dito anteriormente, até então existia uma vinculação forte entre a classe empresarial e a elite política da região, principalmente no que diz respeito aos interesses sócio-econômicos como os da produção têxtil e das possibilidades de entrada no comércio internacional geradas através daquela, além dos investimentos de capital estrangeiro (alemão) aplicados no município³⁰.

Com a nova administração o município teve o processo de implantação de várias políticas públicas acelerado. Um exemplo importante é o Orçamento Participativo, cujo programa tem por objetivo a democratização do poder público, no qual a população representada por seus delegados eleitos decidem onde devem ser aplicados os recursos do município. O Orçamento Participativo envolve três instâncias: o Poder Executivo Municipal; instituições e entidades comunitárias autônomas em relação ao poder público e instituições permanentes de participação comunitária e governamental como é o caso dos Conselhos Municipais e o do próprio Conselho Municipal do Orçamento Participativo.

Entre os projetos e programas desenvolvidos pelas secretarias municipais, outros ainda merecem destaque pela sua extensão comunitária e pela atuação direta sobre a realidade blumenauense. É o caso do Projeto Renda Familiar Mínima, implementado pela Secretaria Municipal da Assistência Social, “... destinado às famílias com filhos e dependentes em situação de risco, cuja renda mensal per capita seja inferior a 67 UFIR's, e que residam em Blumenau há, no mínimo três anos” (Artigo 1º da Lei Municipal nº 5161, de 17 de dezembro de 1998). Esse projeto, até o ano de 2000, atendeu 254 famílias, incluindo programas de alfabetização, capacitação profissional, tratamento de saúde (alcoolismo, outras drogas e desnutrição), além de estimular a organização comunitária.

Na área da Educação, desenvolveu-se o Projeto “Escolas Sem Fronteira” sobre três eixos básicos: *gestão democrática* - com participação popular através da eleição dos diretores e nos conselhos escolares; *qualidade social da educação* - construção da cidadania pela educação; *acesso, permanência e sucesso de todos os educandos*. Esse projeto envolveu uma rede básica composta atualmente por 40 escolas municipais, 50

²⁹ Reconhecidamente a cidade foi, por muitos anos, um reduto das administrações de partidos como ARENA, MDB, PMDB que traziam como filiados grandes empresários e industriais de Blumenau e região do Vale do Itajaí. Simão, *op cit.*

³⁰ *Ibidem.*

centros de educação infantil³¹, um Centro Municipal de Educação Alternativa (presta atendimento a crianças com problemas psicopedagógicos específicos³²), e ainda creches domiciliares³³ e comunitárias³⁴; e uma Escola Técnica Profissionalizante (ao nível de segundo grau).

A Secretaria Municipal da Criança e do Adolescente, que tem por incumbência principal a viabilização das políticas de atendimento e medidas de proteção estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, expandiu os programas desenvolvidos nos bairros como oficinas de dança, jogos, esportes, música; além de a infraestrutura central oferecer acompanhamentos pedagógico, psicológico e assistencial, estes dois últimos extensivos às famílias das crianças e adolescentes atendidos nos projetos e programas. No âmbito desta Secretaria encontra-se sediado o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente como espaço deliberativo e controlador das ações e formulação de políticas públicas de atenção à infância e juventude.

Por fim, têm-se várias ações desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) que merecerão, posteriormente, uma atenção especial nesse trabalho.

A população ainda conta com outros serviços da rede pública entre os quais o Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgotos (SAMAE); o Sistema de Limpeza Urbana e Destino do Lixo; o Serviço de Vigilância e Defesa Civil (responsável pela orientação e capacitação da população nos casos de enchentes e outros acontecimentos de risco à cidade); o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), que atua no combate ao uso de drogas através do controle e a da fiscalização das leis municipais e atividades constantes na comunidade como: serviços de apoio ao usuário de drogas, palestras e cursos de educação continuada para líderes comunitários, e a elaboração de políticas de prevenção às drogas.

Além disso, diversas empresas, comércios, estabelecimentos educacionais e de saúde da rede particular, organizações não-governamentais e outras instituições colaboradoras (SESI, SESC, SENAI, APAE, etc) disponibilizam serviços para a população em geral, podendo ser contratadas ou conveniadas com as instâncias públicas. Entretanto,

³¹ As escolas municipais oferecem até o 1º Grau completo e os centros de educação infantil, na sua maioria, atendem crianças de 0 a 06 anos de idade, oferecendo vagas em meio período (matutino ou vespertino) ou em período integral.

³² Problemas de aprendizagem com algum grau de comprometimento neurológico.

³³ Creches implementadas em casas particulares, que recebem assistência financeira e pedagógica da prefeitura. Podem atender no máximo 10 crianças, com idade entre 0 a 06 anos.

³⁴ Creches para crianças de 0 a 06 anos, nas quais o governo municipal e a comunidade local - bairro - dividem-se nas tarefas administrativas, pedagógicas e nas despesas financeiras.

para o objetivo deste estudo entende-se que não há necessidade de abordá-los em maiores detalhes³⁵.

1. Os caminhos da Saúde Pública Municipal em Blumenau

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) é a principal gestora das ações de saúde pública no município de Blumenau. Tem sua organização atual pautada no modelo de Atenção Integral à Saúde instituído pelo processo de Reforma Sanitária, e resultante das mudanças na Constituição Federal de 1988, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS).

Apresenta-se a seguir um breve histórico das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal a partir de 1990, quando se inicia a implantação do SUS no município.

O processo de reorganização da saúde pública municipal vincula-se diretamente a implantação do SUS através da regulamentação da Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), que dispõe sobre o papel das esferas governamentais e os princípios e diretrizes básicas do sistema de saúde, considerando essencialmente as condições à promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

Diante destes princípios a descentralização político-administrativa adquire um status de relevância no cenário nacional e passa a ser um tema amplamente estudado e discutido, pois tem como proposta a redistribuição do poder entre o governo e a sociedade civil. De maneira especial, ganha ênfase a descentralização das gestões municipais, ou seja, a municipalização propriamente dita. Isto significou também a descentralização dos serviços públicos a nível interno de cada município, implicando numa responsabilização maior das demais secretarias e setores das Prefeituras por um lado, e requerendo, por outro, uma participação mais efetiva da comunidade nos processos de pensar, priorizar, elaborar, decidir e reavaliar as políticas públicas, como será visto mais a frente ao se tratar da formação dos conselhos e conferências de saúde.

No que compete a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, a municipalização tem exigido o compromisso dos gestores locais com diversas

³⁵ www.Blumenau/siteoficialdaprefeitura.htm. Acessado em abril de 2002.

responsabilidades, além das áreas de assistência à saúde, intervenções educativas, ambientais e políticas extra, inter e intra-setoriais, tendo como prioridade o caráter promocional e preventivo da saúde.

Todo este processo teve início em 1991, primeiro, com a criação do Conselho Municipal de Saúde, e segundo, com o Fundo Municipal de Saúde em 1992. A criação de ambos visava atender aos requisitos para participar das políticas do SUS, bem como receber os recursos financeiros atrelados a essas políticas.

A reformulação da saúde pública municipal somente se concretizou a partir da realização da I Conferência Municipal de Saúde em 1994, embora esta ainda tenha se mantido muito limitada à resolução de problemas imediatos ligados a doenças e a rede hospitalar. Segundo Vanzuita a população não foi devidamente envolvida e estimulada à discussão, *“não ocorreram discussões profundas que esclarecessem o processo de saúde/doença e o funcionamento do SUS, enquanto uma política continuada de atenção à saúde”* (1996: 29). Contudo, as quatro diretrizes da Conferência (Controle Social, Recursos Humanos, Gerenciamento e Financiamento) serviram de base às políticas de saúde do município e abriram caminho para Blumenau tornar-se um dos primeiros municípios catarinenses a assumir a gestão semi-plena³⁶ em saúde.

Dando continuidade a este processo foi elaborado e validado em junho de 1995 o Código de Saúde do Município, Lei complementar n. 84, que estabelece e organiza as ações e normas da Vigilância Sanitária*, as ações de promoção e preservação da saúde e dispõe sobre estabelecimentos de serviços e programas de saúde, bem como fomenta as ações de promoção e preservação da saúde em ambientes, inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal, as infrações sanitárias e procedimentos administrativos das infrações de natureza sanitária³⁷.

Além disso, o Código prevê a prevenção, proteção, promoção, preservação e reabilitação da saúde como competência da Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, respeitando as legislações vigentes em âmbito federal e estadual (Capítulo III, artigos 5 e 6); e define como focos prioritários destas ações: crianças, adolescentes, mulheres, trabalhadores, idosos e deficientes (Título IV).

³⁶ Em linhas gerais, significa que o município de Blumenau passaria a gerenciar alguns serviços públicos de saúde que anteriormente se encontravam sobre a gerência do Estado. Para uma definição mais completa deve-se consultar a Norma Operacional Básica do SUS 01/93.

³⁷ Secretaria Municipal de Saúde (1995). Código de Saúde. Blumenau: Prefeitura Municipal de Blumenau.

Após a elaboração e regulamentação do Código de Saúde do município houve a II Conferência Municipal de Saúde, em 1996, a qual, se transformou num diferencial, dados os interesses que apareceram e foram confrontados. Desde sua organização até seu término teve seus 'louros' disputados tanto pela própria Secretaria Municipal de Saúde quanto pelos Assistentes Sociais, da mesma Secretaria, que se incumbiram da divulgação e organização das pré-conferências (nos bairros), quanto do evento em si. Ambos se interpretaram como os responsáveis pela grande mobilização e participação popular presente na Conferência daquele ano. Participação esta que levou a mudanças significativas na estrutura do Conselho Municipal de Saúde, a saber: a alteração no número de representantes de 22 para 34 conselheiros, respeitando a paridade entre os representantes governamentais e não-governamentais³⁸; criaram-se Conselhos Distritais (norte e sul) e os Locais³⁹. Por fim, estabeleceu-se que o presidente do Conselho Municipal de Saúde fosse eleito entre os conselheiros, deixando de ficar apenas a cargo do Secretário Municipal de Saúde o exercício desta função. Pode-se observar uma proposta real de descentralização do poder público nesta instância representativa, a mais importante de todas as mudanças.

No decorrer destes anos o município já contava com 06 ambulatórios gerais (Velha, Garcia, Badenfurt, Fortaleza, Centro e Itoupava Central) e com Unidades Avançadas de Saúde cuja função era a substituição dos postos de saúde que, até então, funcionavam dentro dos Centros Sociais Urbanos⁴⁰. Houve também o desenvolvimento do Projeto FAISCA (Fórum de Atenção Integrada à Saúde da Criança e do Adolescente), que previa uma integração entre as várias secretarias municipais na oferta de serviços e programas em atendimento àquela clientela; a formação e implementação de 16 equipes do Programa da Saúde da Família; a implantação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) para atendimento a pacientes com AIDS ou soropositivos*; e reestruturação da

³⁸ Os governamentais são indicados pelos Secretários e os não-governamentais são indicados pela sua representatividade na comunidade, por exemplo, atuação em ONG, prestação de serviços, entre outros.

³⁹ O Conselho Distrital abrange um espaço populacional do sistema regionalizado, coincidindo com uma definição político-administrativa, como sub-divisões municipais e corresponde a uma coordenação sanitária, de articulação interna e externa. Já o Conselho Local, constitui uma subdivisão do Distrital cuja área está definida como "de risco", com contínua análise epidemiológica de identificação e enfrentamento dos problemas de saúde. Ambos conselhos compõem-se por representantes governamentais e não-governamentais e se encontram vinculados ao Ambulatórios Gerais das respectivas microrregiões, tendo por função: representar a microrregião na Conferência Municipal, gerenciar as necessidades mais imediatas do local de acordo com as verbas definidas pelo Fundo Municipal de Saúde e fiscalizar o emprego destes recursos (Secretaria Municipal de Saúde, 1997). Algumas microrregiões ainda não dispõem dos dois conselhos, conforme foi observado durante esta pesquisa.

⁴⁰ Centros Sociais Urbanos são espaços construídos nos bairros nos quais se realizam alguns serviços públicos ou e outros disponibilizados à população local, por exemplo, clube de mães, de idosos, festas, creches e postos de saúde.

Escola de Auxiliar de Enfermagem para Escola Técnica de Saúde, propiciando formação técnica em Auxiliar de Enfermagem e Técnico de Higiene Dental, além de outras atividades⁴¹. A maior parte destas ações seguia normas e portarias lançadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e tinha por objetivo, além dos que lhe eram específicos, alcançar os critérios para implementar a Gestão Plena⁴² em Saúde no município. Feito conseguido em 1998, ano da III Conferência Municipal de Saúde.

Esta Conferência marcou-se pela reivindicação da construção de novas unidades de saúde, implantação dos Conselhos Locais e Regionais de Saúde e pela definição dos processos de territorialização municipal da saúde, gerenciamento e planejamento local por unidade de saúde. Estes processos significaram respectivamente, a divisão do município em 07 territórios⁴³ que correspondiam aos 06 grandes bairros de Blumenau (Velha, Garcia, Badenfurt, Fortaleza, Centro e Itoupava), a exceção ficou por conta do Centro que abarcou duas microrregiões, ou territórios. Em seguida a criação de gerências regionais responsáveis pela organização administrativa e funcional (planejamento local) dos territórios – cada território respondendo a uma gerência.

Uma pesquisa⁴⁴ apresentada nesta Conferência intitulada “Perfil do Usuário do SUS”, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, apontou que dos 379 usuários entrevistados, 95,3% conheciam o SUS. No entanto, a análise de outros dados do mesmo questionário levou a concluir que os usuários desconheciam aspectos condizentes ao direito de acessibilidade, de *gratuidade*, os mecanismos de representatividade popular e as ações de controle social, provocando, assim, verdadeira reflexão sobre *quais os conhecimentos* que os usuários dizem possuir sobre o SUS. Os usuários ainda assinalaram como prioridades a ampliação hospitalar e das unidades de saúde (estrutura física e maior número

⁴¹ Silva, C.R.L.D. (1997). *Aspectos históricos da saúde pública de Blumenau nos anos de 1990 - 1996: ênfase na trajetória profissional enfermeiro*. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, SC.

⁴² A grosso modo, significa que o município de Blumenau passaria a gerenciar todos os serviços públicos de saúde do município, segundo definições específicas contidas na Norma Operacional Básica do SUS 01/96.

⁴³ O município dividido em regiões menores – territórios – objetiva maior aproximação e vínculo mais estável com a população. Também propicia desenvolver uma melhor abordagem e um melhor conhecimento dos problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, do processo saúde/doença em nível territorial, sendo, posteriormente, projetado em nível municipal.

⁴⁴ Consta que a pesquisa foi realizada com aplicação de questionários fechados durante as pré-conferências realizadas nos bairros, em 1998.

de vagas) e a contratação e qualificação de profissionais, assinalando ainda um distanciamento dos objetivos de prevenção e promoção em saúde⁴⁵.

Todo este processo desencadeou algumas transformações no funcionamento e no organograma⁴⁶ da Secretaria visando adequar-se às novas responsabilidades e funções. Sua organização atual apresenta 06 superintendências centrais⁴⁷: de Desenvolvimento de Relações de Trabalho em Saúde e de Desenvolvimento Pessoal; de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde; Administrativa-Financeira; de Vigilância Sanitária*, Vigilância Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador e de Assistência Integral à Saúde. Sob a responsabilidade desta última superintendência estão os ambulatórios gerais, *locus* desta pesquisa. Dai a necessidade de apresentar algumas de suas características. A Superintendência de Assistência Integral à Saúde⁴⁸ é responsável pela coordenação geral da rede ambulatorial e pelo gerenciamento regional e local de saúde, ou seja, pela descentralização técnico, político, administrativa dos serviços de saúde. Sendo através desta que se localizam e se efetivam a maioria dos projetos e programas desenvolvidos nas unidades de saúde e no município como um todo, por exemplo, campanhas de imunização e informação à população sobre temas como Poliomielite e Dengue.

O quadro de recursos humanos da SEMUS que em 1992 era de 318 funcionários, passou a 1008 funcionários em 2001 entre efetivos e contratados, divididos pelos setores administrativos e unidades de saúde⁴⁹ e, ainda, por outros setores e instituições da Prefeitura Municipal e/ou comunidade (sindicatos, escolas, conselhos, entre outros).

Para funcionamento e distribuição dos serviços e profissionais a Secretaria Municipal de Saúde possui uma estrutura básica de 11 Unidades Avançadas de Saúde (UAS); 32 Unidades de Saúde Bucal (USB); 03 Clínicas Odontológicas; 06 Ambulatórios Gerais (AG)⁵⁰, sendo que dois destes não têm sede própria, ocupando ainda as instalações

⁴⁵ Cf. Prefeitura Municipal de Blumenau/ Secretaria Municipal de Saúde/ Conselho Municipal de Saúde (1998). Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde "Defendendo Saúde, Discutindo Responsabilidades". Blumenau: Divisão de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

⁴⁶ O organograma, até então, utilizado pode ser consultado no Anexo 02: 163.

⁴⁷ As responsabilidades de cada superintendência se encontram definidas no Plano Municipal de Saúde - 1997/2000, em revisão durante o ano de 2002.

⁴⁸ Em 2002 esta superintendência subdividiu-se em uma superintendência para a Rede Básica de Saúde (ambulatórios gerais, unidades avançadas de saúde, unidades de saúde bucal e equipes do Programa de Saúde da Família) e outra para a Rede de Referências (Centros de Atenção Psicossocial, Policlínica, entre outros)

⁴⁹ Entenda-se todos os postos, centros, ambulatórios, setores e programas de saúde.

⁵⁰ Cf. Anexo 03: 164 - Gráfico 1. Há previsão da construção de mais um ambulatório geral no bairro Asilo para 2002.

dos Centros Sociais Urbanos dos bairros que servem; 25 equipes de Programas de Saúde da Família (PSF); 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Ambulatório dos Servidores da Prefeitura Municipal de Blumenau (ASPMB); 01 Policlínica de Especialidades da Saúde; 01 Hospital Maternidade que se registra como Fundação⁵¹ e mais 03 hospitais particulares conveniados à Secretaria para prestação de serviços e atendimentos aos usuários do SUS; 01 Farmácia Básica para distribuição de medicamentos à população; 01 Centro de Lactação/Banco de Leite; 01 Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; 01 Escola Técnica de Formação em Saúde e 01 sede administrativa⁵²

A Secretaria sistematiza seus serviços à população de acordo com a territorialização realizada em 1998, totalizando 07 microrregiões. Cada microrregião possui um Ambulatório Geral (a exceção do Centro que tem suas duas microrregiões servidas por um), que centraliza os encaminhamentos das Unidades Avançadas de Saúde e dos Programas de Saúde da Família da respectiva microrregião, e, por sua vez, encaminha para os serviços especializados quando necessário. As Unidades Avançadas de Saúde formadas, geralmente, por dois auxiliares de enfermagem e um ou dois médicos (clínicos gerais), tem por objetivo principal prestar atendimento às comunidades que ainda não contam com a presença de equipes de Programas de Saúde da Família, ou que se encontram muito afastadas dos Ambulatórios Gerais. Existem, ainda, as Unidades de Saúde Bucal, que possuem equipes de odontólogos, técnicos em higiene dental⁵³ e, às vezes, atendentes de odontologia. Realizam consultas de pronto atendimento, acompanhamento e reeducação em saúde bucal⁵⁴.

Por sua vez, as equipes do Programa de Saúde da Família⁵⁵, implementado em 1996 sob inspiração do “modelo cubano”⁵⁶, são formadas por uma enfermeira, um médico

⁵¹ Nestes casos, a instituição é de caráter privado, mas utilizada pela administração pública.

⁵² Cf. Secretaria Municipal de Saúde, (2002). Superintendência de Ações Integradas de Saúde. Blumenau.

⁵³ Diferencia-se do atendente de odontologia em razão de possuir um curso técnico profissionalizante.

⁵⁴ Secretaria Municipal de Saúde, 1997, *op. cit.*

⁵⁵ Programa instituído a nível de Governo Federal e estendido a todos o território brasileiro.

⁵⁶ O “modelo cubano” de saúde pode ser resumido em três diretrizes básicas: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e danos e o aperfeiçoamento das ações de recuperação e reabilitação. Os elementos chaves para esta estratégia são o fortalecimento do nível local, a intersetorialidade, a participação comunitária e a adoção em todos os níveis de saúde de um novo estilo de direção: o de maior integralidade na gestão de saúde. Especial ênfase recebe o fortalecimento da capacidade de análise da situação de saúde a nível municipal, estratégias de intervenção, monitoria e avaliação das ações de intervenção. O destaque é o Programa de Saúde da Família, responsável por atividades de promoção, prevenção, cura, reabilitação e atenção ao meio ambiente e dificuldades sociais solucionáveis. In: Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde, 1994, *op. cit.*

(clínico geral), dois auxiliares de enfermagem e 16 agentes comunitários de saúde júnior⁵⁷ e tem como objetivo *“melhorar a qualidade de vida da população assistida, desenvolvendo atividades de atenção primária, promoção, prevenção e recuperação da saúde, servindo como porta de entrada ao sistema de saúde”* (Secretaria Municipal de Saúde, 1997: 90). As equipes ainda recebem assessoria de outros especialistas como cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos, além de capacitações permanentes.

2. As Unidades de Saúde e os Ambulatórios Gerais

Os Ambulatórios Gerais atualmente contam com 237 funcionários (aproximadamente 23,51% do total), com formação em níveis superior, médio (técnico) e básico (primeiro grau completo e incompleto), dentre os quais há contratados e concursados: Assistentes Sociais, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Fonoaudiólogos formam o que se pode definir como equipe base de saúde, mais os auxiliares administrativos e os profissionais da zeladoria e da segurança. Os Cirurgiões-Dentistas se encontram em cinco ambulatórios gerais e os Técnicos em Higiene Dental em três⁵⁸. Os horários de funcionamento se diferenciam, variando entre uma hora pelo início da manhã (entre 7:00 e 8:00 horas) e de uma até cinco horas ao final do expediente (entre 17:00 e 22:00 horas).

Todas estas unidades de saúde (ambulatório geral, unidade avançada de saúde, unidade de saúde bucal e programa da saúde da família) têm como função principal, definida a partir do Plano Municipal de Saúde de 1997, a atenção primária⁵⁹, ou atenção básica. A exceção fica por conta dos ambulatórios gerais que atuam tanto em função da

⁵⁷ São pessoas que residem na própria comunidade e que recebem capacitação para realizar visitas domiciliares e prestar orientação sobre aspectos de saúde às famílias, bem como realizar encaminhamentos as unidades de saúde, quando necessário.

⁵⁸ Cf. Anexo 04: 165 - Gráfico 2. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. (2002a). Superintendência de Controle, Regulação e Complementaridade em Saúde. Blumenau: SEMUS. Referendado também no Anexo 11- Tabela 01: 177

⁵⁹ Usualmente a atenção à saúde se define em três níveis: primário, secundário e terciário que, por sua vez, se definem conforme o grau de complexidade e custo dos procedimentos técnicos. Assim, a atenção primária implica em procedimentos de baixa complexidade e custo como: consultas clínicas com profissionais generalistas, atividades de orientação e promoção à saúde. A atenção secundária se refere a procedimentos como curativos, pequenas cirurgias e consultas clínicas com especialistas (Oftalmologista, cardiologista, Psicologia, etc), enquanto a terciária refere-se a internações hospitalares, exames de alta complexidade e custo – ressonância magnética, tomografia, etc. Atualmente vem acontecendo uma modificação de termos, ou de classificação, e a atenção primária está enquadrada no conjunto de atividades que define a Atenção Básica à saúde, enquanto os outros dois níveis se enquadram no conjunto de atividades de Referência em Especialidades. Estes aspectos serão abordados com maiores detalhes nos capítulos a seguir.

demanda direta e espontânea⁶⁰ da população quanto como referência⁶¹ para as Unidades Avançadas de Saúde e para as equipes do Programa de Saúde da Família nos atendimentos de Pediatria, Ginecologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social⁶².

Como atividades de atenção básica, ou atividades de baixa complexidade⁶³ todos os ambulatórios gerais realizam consultas individuais a comunidade por meio dos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos; e consultas com profissionais de nível médio: técnicos em higiene dental na reeducação da saúde bucal; e auxiliares de enfermagem na triagem, vacinação e curativos. São desenvolvidos alguns grupos de orientação e informação para gestantes (puericultura), hipertensos, adolescentes e diabéticos, contudo, estes grupos dependem da demanda da microrregião, variando quanto a permanência e continuidade de seus participantes. Quando se torna necessária uma investigação mais minuciosa e específica dos problemas, os usuários são encaminhados aos serviços de referência onde se encontra a maior parte das especialidades. Entre os ambulatórios destacam-se os do Garcia, Velha e Centro por apresentam certa regularidade nas atividades de grupos de adolescentes e gestantes. Os dois primeiros somam juntos a maior demanda populacional em atendimento (aproximadamente, 100.000 pessoas). O Centro destaca-se e diferencia-se também por possuir em suas dependências o Banco de Leite Humano, servindo de referência neste projeto a todo o município de Blumenau⁶⁴.

Os serviços de referência impulsionam programas que atuam no registro e acompanhamento de indicadores sociais da população e de especialidades em saúde, ou que implicam em exames e consultas que envolvem alto custo e complexidade técnica, como atendimentos especializados (cardiologista, ginecologista, psicólogo, ortodontia) e tratamento a médio e longo prazo, incluindo procedimentos técnicos complexos e freqüentes (quimioterapia, por exemplo). Como alguns programas principais neste âmbito pode-se citar: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Serviço de

⁶⁰ Demanda direta e espontânea: é a procura direta do próprio usuário que não possui qualquer tipo de encaminhamento e/ou indicação para atendimento.

⁶¹ Referência: atendimento realizado através do encaminhamento de outro serviço ou profissional da Rede Municipal de Saúde.

⁶² Secretaria Municipal de Saúde, 2002, *op. cit.*

⁶³ O nível de complexidade nas políticas de Atenção à Saúde são definidos conforme o grau da intervenção clínica, os procedimentos técnicos utilizados e o tempo e custo do tratamento. Quanto mais especializados forem a intervenção clínica e os procedimentos e quanto mais tempo e maior o custo, mais complexo será considerado o nível de atenção.

⁶⁴ *Ibidem.*

Vigilância Epidemiológica; o Serviço de Vigilância Sanitária; o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); o Banco de Leite; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS ad – alcoolismo e drogadição* - para a população adulta e CAPSi Infante Juvenil); a Policlínica, na qual estão centralizadas as diversas especialidades em saúde (oftalmologia, ginecologia, geriatria, psiquiatria, otorrinolaringologia, neurologia, nutricionista, serviço social, cardiologia); além do Núcleo Integrado de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal (NIAF), o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e o Hospital Dia⁶⁵.

A nível terciário, encontram-se os hospitais Fundação Hospitalar e Maternidade Santo Antônio, o Hospital Santa Catarina (este com alguns leitos para internação psiquiátrica), o Hospital Santa Izabel e o Hospital Misericórdia da Vila Itoupava, totalizando 524 leitos, dos quais 328 estão destinados aos usuários do SUS.

Em consulta ao Plano Municipal de Saúde, elaborado em 1997 e revisado durante o ano de 2002, é possível observar alguns dos problemas enfrentados pela Rede Municipal de Saúde. Como se trata de numerosos itens, optou-se por apresentar aqui apenas os principais e que dizem respeito aos campos subsequentes: do modelo de atenção à saúde; problemas terminais; de comunicação; de recursos humanos; da área física; da área hospitalar; dos recursos materiais; do controle social; dos problemas sistêmicos como por exemplo: falta de regionalização e hierarquização da rede; inadequação da política de recursos humanos, entre outros. Após este levantamento, as soluções foram organizadas em forma de propostas e ações delegadas a cada setor da própria Secretaria, a outros segmentos da administração municipal e a setores da sociedade em geral. Foram definidos: cronograma estratégico, indicadores de monitoramento e de avaliação de impacto dos resultados, que conduzem a uma revisão constante e a uma flexibilização estratégica em função das ações e propostas já realizadas e dos problemas já solucionados.

Dada a grande extensão de ações e propostas relacionadas a resolução de cada um dos problemas não é possível apresentá-las de forma integral⁶⁶; porém para dar uma idéia do processo, dois exemplos de indicadores de monitoramento utilizados no decorrer do desenvolvimento das ações serão descritos a seguir. Como primeiro exemplo, um

⁶⁵ O Hospital Dia é um serviço tipo clínico, onde o indivíduo vai tomar medicações, fazer exames, ou apenas permanecer sob observação de profissionais de saúde durante o dia, dirigindo-se a sua casa no término deste. Atualmente, o Hospital Dia atende indivíduos soropositivos e/ou com AIDS. Secretaria Municipal de Saúde, 1997, *op. cit.*

⁶⁶ Cf. Plano Municipal de Saúde de Blumenau (1997), p. 96-297.

problema do setor da área física: adequação da rede básica à demanda populacional. Um dos indicadores de monitoramento é o nº de ambulatórios existentes em relação ao nº de ambulatórios previstos. Ou seja, o controle da construção dos ambulatórios previstos (qual o custo, quantos, onde, em quanto tempo). O segundo exemplo vem do setor dos problemas sistêmicos, diz respeito ao número das ações de vigilância que foram efetivamente descentralizadas em relação ao nº daquelas que foram propostas: quantas, onde e como aconteceram – regiões, unidades, quais os resultados alcançados, o que precisa mudar.

No que se refere aos aspectos de avaliação dos resultados, observa-se que além dos dados estatísticos que se pode obter através da Superintendência de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde, os Conselhos Regionais e de Gestores, também como as pré-conferências microrregionais, têm desempenhado papel fundamental neste aspecto pontuando, em conformidade com a realidade local, as deficiências, as necessidades e a eficiência dos serviços prestados pelas unidades de saúde, pelos programas em funcionamento e pelos profissionais em serviço. Os critérios considerados por estes participantes são os conceitos essenciais previstos pela Norma de Operacionalização Básica, de 1996, que define as diretrizes estruturais da organização do SUS, a saber: universalização, integralidade, acessibilidade, regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde, na revisão do Plano Municipal de Saúde, tem apontado alguns dos “nós” críticos que se apresentam no funcionamento da Rede Municipal de Saúde. Tomando por base a divisão estabelecida no próprio Plano Municipal de Saúde, com vistas aos campos de problematização mencionados anteriormente, os principais entraves se encontram na hierarquização/desarticulação entre os níveis de atenção em saúde da rede (primária, secundária, terciária); na existência de fragmentação no fluxo entre os serviços e entre programas de um mesmo serviço, caso dos ambulatórios gerais, nos quais as atividades de diversos profissionais, ou áreas, não têm relação entre si; na normatização inadequada dos atendimentos em geral; na burocratização excessiva nos encaminhamentos dos usuários; nas demandas reprimidas nos ambulatórios gerais, e nos serviços de referência em especialidades como oftalmologia, neurologia, psiquiatria infanto-juvenil e, em consequência, atraso na realização de exames para estas especialidades e outras como, por exemplo, ultra-sonografias; nos recursos humanos

especializados em Saúde Coletiva; falta de medicamentos; tamanho e manutenção da frota de veículos que servem aos serviços e profissionais da saúde; inadequação do banco de registro de dados⁶⁷.

Esta breve síntese sugere que a dinâmica dos serviços prestados pela rede básica de saúde municipal de Blumenau encontra-se cada vez mais complexa, exigindo não somente uma integração em suas ações práticas e cotidianas, mas também uma constante discussão de etapas como planejamento, elaboração, implementação e avaliação dos resultados. Isso porque é possível traçar uma rede de relações entre os entraves citados. Por exemplo, a desarticulação entre os níveis de atenção em saúde tem como uma de suas conseqüências a fragmentação no fluxo entre os serviços que, por conseguinte, sofre com demandas reprimidas em vários setores. Outro exemplo pode ser a inadequação do banco de registro de informações, que não possibilita dados fidedignos às Superintendências de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, dificultando a cobertura de endemias e a organização de campanhas informativas e educativas mais eficazes e eficientes.

Soltar a imaginação e se deixar levar pelas aventuras do Dr. Blumenau numa terra inda pouco explorada; trabalhar e conviver com as constantes enxurradas do “temeroso”, mas nutridor, Rio Itajaí-Açu; a resistência dos índios Xoklengs e Kaigangs para manter suas terras e sua cultura, ainda vista atualmente no Estado de Santa Catarina. A transformação de uma economia de subsistência para uma economia de progresso e de convivência entre máquinas e homens; as disputas políticas, pró ou contra-governamentais. Este *passeio* pela história fez parte desta concisa contextualização do município de Blumenau aqui apresentada e esta última, um pouco mais definida, da Secretaria Municipal de Saúde permitindo contemplar os caminhos pelos quais a gente desta região tem trilhado. Significou uma reflexão, talvez de maneira mais madura, envolvendo outros aspectos da cidade, mas não menos nem mais importantes que a saúde, mas, simplesmente, integrados a esta.

⁶⁷ Secretaria Municipal de Saúde, 2002, *op. cit.*

CAPITULO II

UM MODELO DE SAÚDE PARA O MUNDO

O presente capítulo tem como propósito fundamental resgatar, sucintamente, a formulação da concepção de Saúde e a construção do conceito de Atenção Básica estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS, os quais embasam as diretrizes universais para o desenvolvimento de condições de vida saudável extensivas à população mundial. Ao mesmo tempo, pretende pontuar alguns aspectos principais que interferem e influenciam nas etapas de planejamento, definição de estratégias e de gestão dos serviços de saúde.

A compreensão do processo de constituição da atual concepção hegemônica de saúde revela implicações de ordem social, política, econômica, organizacional, cultural e biológica. Conseqüentemente, induz ao reconhecimento de que as políticas de saúde são afetadas por outros processos simultâneos como as decisões políticas relativas à ocupação da terra, à produção de alimentos, aos benefícios sociais e financeiros, à habitação, à cultura, à recuperação ambiental, às condições de trabalho, à educação, ao transporte, ao saneamento básico, entre tantas outras. Portanto, pode-se dizer que as políticas de saúde são parte integrante do processo político maior que gere a sociedade, justificando-se assim, sua importância.

Essa concepção estabelece que *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidades, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. (...)”* (ONU, 2002)⁶⁸. Todavia, este conceito não é original, pois idéias semelhantes a estas existiram ao final do século XVIII na Inglaterra, França e Alemanha, países nos quais as preocupações com as necessidades básicas da população apareciam como conseqüência do desenvolvimento industrial e das expansões populacionais urbanas, que provocaram constantes epidemias e endemias, devastando vilarejos, cidades e países⁶⁹.

⁶⁸ Cf. Conferência de Alma Ata – México, 1978. In: www.onuportugal.pt/sg20020407saude.pdf.

⁶⁹ Marshall, T.H. (1962). Política Social. Rio de Janeiro: Zahar.

Rosen relata alguns exemplos de estudos acerca da influência das ocupações, das habitações, da pobreza e das condições de trabalho sobre a saúde, que a partir da segunda metade do século XVIII levaram os países europeus a promover mudanças em suas estruturas urbanas e organizações administrativas. Prédios deteriorados, ou que impediam a circulação de ar, foram derrubados para implantar drenagens, pavimentação e iluminação nas ruas; sistemas de fornecimento de água e esgotos foram instalados; projetos legislativos sobre Saúde Pública previam o *“desenvolvimento, mental e físico, do cidadão; a prevenção de todos os perigos para a saúde; o controle das doenças...”* (1994: 190) e atribuíam àquela a incumbência de considerar todas as condições necessárias à saúde da sociedade: os alimentos, a habitação, a educação, o solo, a indústria, etc.

Procede, nesta perspectiva, a análise realizada por Foucault que resultou na hipótese de que o advento do capitalismo corroborou na transformação da medicina privada em medicina social na medida em que ampliou sua dimensão coletiva através da preocupação das condições de saúde dos homens, das mulheres e das crianças que compunham a força de trabalho e de produção⁷⁰.

De acordo com a análise foucaultiana, o desenvolvimento da medicina no século XVIII esteve associado a duas diretrizes. Primeiro, à organização progressiva de uma política de saúde considerando as doenças coletivas e as medidas políticas e econômicas tomadas para controlá-las. Segundo, ao fato de que a problemática da saúde convergiu a instâncias diversas: Estado e órgãos de consulta e de informações incluindo instituições de atendimento, de ensino e profissionalizantes, além de conselhos e sociedades filantrópicas. Neste sentido, a prática médica propriamente dita direcionou-se ao controle dos elementos do meio: ar, água, decompostos orgânicos e inorgânicos, solo, alimentação, temperatura ambiente, entre tantos; e ao controle dos indivíduos através de medidas coletivas, adotadas em nome da manutenção da saúde (internamentos, quarentenas, isolamentos, vacinação em massa). Esses acontecimentos retratam uma relação de poder

⁷⁰ Cf. Foucault, M. (1990). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal. Neste livro, especificamente no capítulo V, Foucault detalha alguns aspectos que influenciaram na gênese e na transformação da medicina ocidental: o regime político do Estado alemão, entre os séculos XVI e XVII; o desenvolvimento das estruturas urbanas na França, em fins do século XVIII, o desenvolvimento industrial e do proletariado na Inglaterra do século XIX. Já nos capítulos VI, IX e XIII aborda o surgimento de uma política da saúde no século XVIII.

que se expressou, gradativamente, por intermédio do controle da medicina ocidental sobre os corpos dos indivíduos⁷¹.

Assim, a medicina moderna nasceu como uma medicina de elementos que compunham a relação organismo humano e meio, mais voltada aos espaços urbanos – cidades, bairros – e mais apurada no aspecto científico - observações minuciosas, práticas controladas, registros detalhados, ensino normatizado. E para atender a estas preocupações estruturou-se com base num modelo de sistemas sobrepostos e coexistentes: um assistencial destinado aos pobres; um administrativo encarregado dos problemas urbanos; e um privado, dedicado aos ricos que podiam pagar⁷².

Estas melhorias realizadas nas condições de saneamento, saúde e educação foram definitivas para o progresso social e econômico alcançados pelos países europeus até um século após essas modificações, segundo apontado pelo Relatório “Situação Mundial da Infância 1998” da UNICEF:

O impacto destas mudanças demorou até se estender a outros países e continentes porque não existiam organizações administrativas da saúde na comunidade, e muito menos em nível de representação nacional, ou mundial. Houve várias tentativas⁷³ neste sentido até que em 1851, em Paris, que se realizou a Primeira Conferência Sanitária Internacional com o objetivo de “*remover todos os empecilhos ao comércio internacional, salvaguardando-se a saúde*” (Rosen, 1994: 214). A esta se seguiram outras conferências importantes: Paris, 1859; Constantinopla, 1866 e Viena, 1874; todas sem resultados práticos, mas mantendo viva a idéia de colaboração internacional na discussão das condições de saúde.

Do outro lado do Oceano Atlântico, ao mesmo tempo em que o continente Americano sentia o reflexo das transformações europeias, também refletia as diferenças entre o desenvolvimento de seus países diretamente sobre as condições de vida de cada um deles. A América do Norte, principalmente os Estados Unidos, vinham passando por um processo semelhante ao dos países europeus: a população crescia, havia ausência de

⁷¹ Esta questão do poder manifesto em relação à manipulação do corpo não é novidade nas obras de Michel Foucault. Além da já mencionada obra *Microfísica do Poder* (1990), em *Vigiar e Punir* (obra original de 1975) este autor apresenta um estudo documentado de meios coercitivos e punitivos adotados pelo poder público na correção de comportamentos delinquentes, bem como escreve sobre a aplicação da disciplina como um mecanismo muito eficaz às mudanças daqueles comportamentos.

⁷² Foucault, *Op cit.*, Cap. V, p. 97 e Cap. XII.

⁷³ Entre elas: 1776, por Johann Peter Frank; em 1833, com Mehemer Ali, que formou a Comissão de Saúde Consular, com representantes de vários países europeus, dissolvida em 1839; em 1843, com o governo britânico, in: Rosen, *op cit.*

saneamento e rede de água, a drenagem das ruas não era suficiente e as epidemias eram crescentes. O crescimento econômico e industrial seguia, passo a passo, com o aumento da pobreza e da degradação ambiental. No entanto, somente ao final do século XIX houve um movimento de reforma sanitária tendo como eixo “*a preocupação com problemas de bem-estar social*” (Rosen, 1994: 256).

Na América Latina, países como Cuba, Brasil e Costa Rica intensificaram a discussão sobre condições de vida e de saúde nos meados do século XX, e particularmente entre as décadas de 60 e 70, a partir de algumas significativas mudanças ocorridas na sociedade tais como o incremento da urbanização, intensificação e diversificação do mercado de trabalho, maiores exigências no que se refere ao grau de escolaridade, ameaças à segurança ecológica dado o uso indiscriminado dos recursos naturais, aprofundamento das desigualdades sociais e o crescimento das populações em condições de pobreza e miséria. Por outro lado, os estudos realizados a partir destas *novas condições de vida* [grifo da pesquisadora] apontaram que a maioria dos problemas relacionados envolvia a forma de condução e gestão das políticas públicas na América Latina, sua quase inexistência ou inadequação, as dificuldades de sua implementação, dado o distanciamento entre a elaboração teórica e a aplicação prática e, além disto, os problemas de controle e avaliação, principalmente em relação aos instrumentos utilizados para registros de dados⁷⁴.

De qualquer maneira, guardadas as diferenças, as primeiras ações em direção a promoção da saúde pública⁷⁵ pareceram atender ao menos a duas características básicas: primeiro, estiveram restritas aos poderes locais enquanto iniciativas de saneamento dos ambientes, prescrição de medicamentos e criação de casas e conselhos de saúde pública. Segundo, à existência de outros interesses compartilhados, sobretudo entre países,

⁷⁴Laurell, A C. & Noriega, M. (1989). *Proceso de Producción e Saúde. Trabajo e Desgaste Operário*. São Paulo: HUCITEC.

Buss e Labra, (1995). *Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Introdução.

Cova, David Gómez (1988). *Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su Formulación Implementación y Evaluación*. Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

⁷⁵ Henry Sigerist, historiador da medicina, foi a primeira pessoa a empregar o termo “promoção de saúde” com um significado próximo ao atual, quando em 1946 assinalou que as 04 principais tarefas da medicina eram: a promoção da saúde; a prevenção da enfermidade; o restabelecimento dos enfermos e sua reabilitação. Em um de seus estudos considerando a saúde num sentido social afirmou: “Uma persona sana es un ser humano com un buen equilibrio corporal y mental y bien adaptado a su medio físico y social. Ejerce pleno control de sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus probabilidades. Por lo tanto, la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona”. In: Organización Panamericana de la Salud- OPAS (2001). Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual Del Director – 2001. Washington, D.C.: OPS. p. xi)

vinculados à expansão das rotas comerciais, às imigrações cada vez mais constantes de um país a outro, às condições da força de trabalho, à relação custo-benefício da produção, à produção econômica propriamente dita e às diferenças quanto aos progressos tecnológicos.

O impacto desta segunda característica sobre as intervenções em saúde contribuiu nas desigualdades das condições sanitárias em todo o mundo, porém, seu alcance foi além à medida que expandiu esta discussão em campos outrora alheios e distantes, por exemplo, economia, política, cultura, educação e ambiente, inaugurando um novo perfil da história da saúde, o qual responde ao controle e extermínio de epidemias e doenças que ameaçam a população e as áreas estratégicas e economicamente ativas dos países⁷⁶. Um exemplo claro foi o crescimento e aceleração dos estudos sobre a origem biológica daquelas e o progresso da bacteriologia⁷⁷.

Frente a estas questões cresceu a responsabilidade da comunidade internacional para com as discussões e condições de saúde da população mundial. Um passo decisivo foi a criação da Organização de Saúde da Liga das Nações, após a Primeira Guerra Mundial, em 1923, cuja contribuição principal foi o empenho em difundir o conceito de promoção de saúde através da realização de estudos envolvendo uma variante de campos – higiene, habitação rural e escolar, centros de saúde e educação física. Suas ações levaram ao combate de doenças como tuberculose, malária, sífilis, hanseníase, câncer, que se espalharam pelo mundo com a guerra. O avanço definitivo em termos de compromisso e cooperação mundial quanto às condições de saúde se deu em 1948, com a criação e ratificação, por vinte e seis países, da Organização Mundial da Saúde – OMS - que assumiu as responsabilidades e funções da Organização de Saúde da Liga. Com a aprovação da Organização Mundial da Saúde também outras organizações surgiram com o objetivo de combater problemas mundiais presentes na alimentação, nas condições de trabalho, na educação, nas ciências e na infância⁷⁸.

⁷⁶Costa, R.N. (1985). *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO. Cap. 1.

⁷⁷Nomes como Pasteur (cientista francês) e Robert Koch (cientista alemão), no séc. XIX, consolidaram descobertas e respostas sobre a produção e reprodução de microorganismos que se apresentavam em várias mercadorias, e realizaram indicações de estratégias técnicas para o controle de epidemias. A emergência da bacteriologia não apenas contribuiu para o esclarecimento da causa biológica, como permitiu o surgimento de programas efetivos de combate às doenças como campanhas de vacinação e dedetização. In: Rosen, *op.cit.*, Cap. 7.

⁷⁸Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura – FAO; Organização Internacional do Trabalho – OIT; Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO; Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. In: Rosen, *op.cit.*, Cap. 8.

Além de manter os objetivos e os incentivos às ações que vinham ocorrendo, a Organização Mundial da Saúde ampliou a concepção de saúde e o universo dos fatores que interferem nas condições de uma vida saudável e passou a investir plenamente em propostas e programas cujos objetivos principais eram propagar a idéia de prevenção e promoção à saúde, especialmente os projetos que se realizavam ou visavam as populações dos países ditos subdesenvolvidos, pois, o programa da OMS para 1950 previa que *“se apropriada, a assistência técnica às áreas desprivilegiadas do mundo é uma via para ajudar os povos a elevar seus padrões de vida, de sua própria maneira”* (Rosen, 1994: 346).

O aperfeiçoamento desta proposta veio com a Conferência de Alma-Ata, no México, em 1978, na qual foram determinadas diretrizes e estratégias à saúde da população mundial para o século XXI. Alguns trechos reproduzidos a seguir exemplificam as idéias acima:

“I. A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano e fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde;

(...)

IV. É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução dos seus cuidados de saúde;

(...)

VI. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance dos indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter a cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível de lugares

onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde.

VII. Os cuidados primários de saúde refletem, e a partir dela evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades (...). Incluem pelo menos: a educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais” (ONU, 2002).

Como se pode observar a amplitude da concepção da saúde extrapolou os binômios saúde/doença, médico/paciente, governo/sociedade civil para exigir e fomentar, em alto grau, a co-responsabilidade e co-participação da comunidade, do indivíduo e do governo no planejamento, na organização e no funcionamento das políticas e ações de saúde – artigos I e IV – envolvendo, deste modo, todos os setores e aspectos correspondentes ao desenvolvimento nacional e comunitário, nomeadamente a educação, a indústria, a agricultura, a habitação, as comunicações, o setor de empregos e trabalho, entre outros. Igualmente se têm definidos e previstos, embora de forma bastante vasta, o que são os cuidados primários, a quem se estendem e quais aspectos abrangem – artigos VI e VII – apontando na direção do que deve ser feito ao nível de promoção e prevenção em saúde.

No entanto, as diretrizes que fundamentam a promoção em saúde foram retificadas internacionalmente apenas em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa-Canadá), na qual ficou considerado para efeitos de intervenção que Promoção da Saúde é o “*processo da capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para identificar um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente. (...) assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (...) as condições e os recursos fundamentais para a*

saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Brasil, 2001: 19).

Deste modo, percebe-se que a promoção da saúde também demanda ações coordenadas entre todas as partes envolvidas. Por um lado, envolve as instituições e organizações governamentais, civis não-governamentais⁷⁹ e privadas⁸⁰; do outro lado, as pessoas como indivíduos particulares, famílias, grupos organizados e/ou comunidades. Quanto a sua efetivação, atua diretamente na elaboração de políticas públicas, na criação e recuperação de ambientes saudáveis, no estímulo ao desenvolvimento das habilidades individuais, no incentivo à ação comunitária.

Ilustrando os avanços recentes nesta questão, a Conferência Mundial de Saúde de Jacarta (Indonésia, 1997) decretou como prioridade ao princípio do século XXI o comprometimento de responsabilidade social para com a saúde assumido tanto pelo setor público quanto pelo privado elaborando e promovendo políticas e práticas que confirmem e afirmem, de uma vez por todas, a saúde dos indivíduos, o resguardo do meio ambiente e dos recursos existentes. Simultaneamente, ratificou as políticas de saúde como políticas sociais, uma vez que estas apresentaram outras possibilidades de relação entre Estado, governo e sociedade civil, também como de possíveis e distintas articulações entre os vários setores dessas instâncias – economia, educação, cultura, habitação, trabalho, etc⁸¹.

Nesta mesma Conferência, foi apresentado um conjunto de estratégias sobre a denominação de Atenção Básica⁸², que inclui *“ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas à promoção de saúde, a prevenção de agravos, ao tratamento e reabilitação”* (Brasil, 2001: 33). Este conjunto deverá ser empregado respeitando as características, as necessidades, os recursos humanos, físicos e financeiros que cada comunidade local dispõe, sendo que,

⁷⁹ Diz respeito a organizações voluntárias, filantrópicas, fundações, sociedades, sindicatos e outros, que organizados sejam representativos de um grupo de pessoas, e que tenham por objetivos a assistência e defesa dos que lhe são assessorados, sem possuir qualquer vinculação com a administração governamental.

⁸⁰ Instituições como empresas, indústrias, comércios, entre outras.

⁸¹ Merlihy, E.E.(1992). *A Saúde Pública como Política. Um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: HUCITEC. Cap. 1.

⁸² A idéia de Atenção Básica vem originalmente de missões americanas que observaram, por volta de 1973-1974, algumas medidas aplicadas pelos chineses para a melhoria da saúde da população. O conjunto das atividades chinesas se desenvolvia, principalmente, no meio rural e incluía a organização da comunidade local, atenção aos anciãos, às escolas e aos serviços em geral, organização do povo para cuidar da saúde ambiental; promoção e desenvolvimento de indústrias; promoção de campanhas de saúde em todas os níveis visando: substituir e mudar costumes, mutirões de limpeza em lugares públicos e particulares (casas, ruas, quintais), manutenção da água potável, orientação em hábitos de higiene, realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo ervas medicinais. In: Brasil, 2001, *op cit.* p. 08.

posteriormente à implantação e à implementação dos serviços, outros recursos serão repassados, conforme políticas públicas existentes naquela comunidade e/ou país em que se localiza⁸³.

Entretanto, a Atenção Básica tem se caracterizado não apenas por suas ações mas, ao servir como porta de entrada para o sistema de assistência à saúde, vem se constituindo como um nível próprio de atendimento, dado ao campo de sua intervenção exceder a intervenção curativa individual, requerendo ações multidisciplinares e interdisciplinares em áreas que cobrem as designadas *necessidades básicas (ou cuidados primários – artigo VI da Conferência de Alma-Ata)*: sanitárias, nutricionais, epidemiológicas, sociais, ambientais, políticas, educacionais, biológicas e terapêuticas. Essa gama de demandas, que inclui também algumas intervenções clínicas, coletivas e/ou individuais, em relação à prevenção e ao tratamento de problemas endêmicos, ou de caráter epidemiológico exige um grau aperfeiçoado de especialização, mas não entendido como um aprofundamento em um conteúdo técnico, mas sim como um domínio de saberes e técnicas que permitam a apreensão de um objeto de considerada complexidade como as necessidades básicas, seja em relação à própria área, seja em relação a outras áreas onde se produzem processos e ações que estão interconectados com a saúde.

Essa maneira de conceber e de problematizar as práticas ou ações em saúde tem repercutido por todo o mundo, exigindo considerar, dentro das possibilidades, todos os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais determinantes de saúde e, conseqüentemente, tem chamado à responsabilidade uma diversidade de atores sociais que não se restringe à administração pública. Entre esses os que mais têm se destacado são algumas dentre as principais organizações internacionais financeiras como o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID – e o Banco Mundial.

Através da elaboração de relatórios periódicos, também divulgados em rede internacional de informação, o BID e do Banco Mundial vêm acompanhando as condições de desenvolvimento dos países e de suas respectivas populações. A partir desta base de dados têm formulado propostas de estratégias de promoção de saúde envolvendo alterações profundas em todos os componentes do sistema organizacional, público e privado dos países. Se, por um lado, este movimento parece ter promovido uma aproximação maior da

⁸³ Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (1994). Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPAS. Vol II.

política pública e do planejamento com as práticas de saúde levando ao setor os componentes considerados como os mais importantes para a performance organizacional (financiamento, estrutura, poder político e tecnológico), por outro, tem provocado uma certa *monopolização* [grifo da pesquisadora], por parte daquelas instituições, nas etapas de formulação, planejamento, definição de estratégias e de gestão dos serviços de saúde.

O “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde” do Banco Mundial trouxe um estudo do impacto do setor da saúde sobre o financiamento e a política pública. Com vistas a este impacto o Banco Mundial propôs que as administrações públicas adotassem frente a situações de saúde uma abordagem em 03 níveis: *“primeiro, os governos precisam criar uma ambiência econômica propícia a que as famílias melhorem suas condições de saúde...Segundo, os gastos governamentais com saúde deveriam ser redimensionados para programas mais eficazes em função dos custos e que atendam melhor aos pobres...Terceiro, os governos precisam propiciar mais diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços da saúde...”* (1993: iii). Nos termos da prática administrativa dos governos nacionais e locais, esses níveis podem ser traduzidos nos seguintes objetivos: gerar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; tornar, ao mesmo tempo, mais adequados e mais criteriosos os investimentos públicos em saúde; e por fim, facilitar a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Através destes objetivos é possível observar uma busca de articulação entre fatores econômicos (estabilidade e equilíbrio entre custos e benefícios); uma busca para identificar temas incomuns às circunstâncias diversas dos países, em especial os considerados em desenvolvimento; uma necessidade de ampliação das reformas propostas abarcando o conjunto heterogêneo das demandas populacionais, estejam estas consideradas em âmbito mundial, ou local.

Como intervenções eficazes à Saúde Pública, o Banco Mundial definiu 06 ações: programas de imunizações; programas sanitários escolares para tratar de verminoses, deficiências micronutricionais e repassar noções de higiene; programas de planejamento familiar e nutrição; programas de redução ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas e, programas para a prevenção da Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Sendo

que nestas intervenções 05 grupos considerados mais vulneráveis⁸⁴ deveriam ser priorizados: gestantes, planejamento familiar, controle da tuberculose e das DSTs e doenças graves comuns à infância. E ainda, compreendendo os pobres como foco central das ações, pois “*os efeitos adversos de uma saúde precária atingem sobretudo os pobres, não só porque adoecem com mais frequência, mas também porque sua renda depende do trabalho físico e eles não dispõem de meios para enfrentar situações de emergência*” (Banco Mundial, 1993: 23).

Frente a este documento alguns autores⁸⁵ têm se colocado de forma crítica, interpretando as diretrizes e analisando as suas conseqüências para as condições de saúde em âmbito mundial e local. Dentre os nomes principais destaca-se o de Asa Cristina Laurell, que elabora sua crítica sobre a agenda proposta pelo Banco Mundial, explicitando as premissas subjacentes: 1. a saúde pertenceria ao âmbito privado e a responsabilização do governo se daria somente frente a situações específicas; 2. o sistema público é ineficiente e inequitativo, devido às pressões dos diferentes grupos na defesa de seus interesses sobre o governo; 3. a continuidade de escassez de recursos à saúde. Deste modo, as responsabilidades para com as condições de saúde estariam divididas entre poder privado e poder público, com restrições claras em termos de gastos no caso do último⁸⁶.

Dando seguimento à sua reflexão, Laurell ainda lembra que não há uma comparação entre a ineficiência e inequidade dos serviços públicos e a dos serviços privados na resolução dos problemas de saúde. E mais, que a exclusão dos serviços considerados discricionários* dos ditos “*pacotes de assistência básica*”, igualando-os a mercadoria que pode ser comprada quando necessário, influi diretamente na preservação da vida e no desenvolvimento das capacidades humanas, quando o acesso a muitos desses pacotes pode significar “*a diferença entre a vida ou a morte ou entre danos físicos ou mentais graves e condições de vida aceitáveis de desenvolvimento das capacidades*” (1994: 17). Para esta autora, a proposta do Banco Mundial explicita a saúde como propriedade privada, na qual há, “*uma redistribuição dos recursos sociais, só que destinados em favor*

⁸⁴ Vulnerabilidade é um conjunto de fatores que tornam as pessoas mais sensíveis a problemas, doenças, desgastes emocionais, entre alguns destes fatores: alterações hormonais, dificuldades de estabelecer relacionamentos estáveis; encontrar-se social e economicamente em desvantagem; ser vítima de algum tipo de violência ou abuso; estar em condições psicológicas e cognitivas prejudicadas, por exemplo, por surtos psicóticos, auto-estima baixa, hospitalização freqüente e/ou prolongada; dificuldades profissionais e acadêmicas ou escolares. Definição baseada em Broxado, 2002.

⁸⁵ Cova, *op cit*, Jorge A Mera e Mário Fernandez *apud* Cova, *op cit*.

⁸⁶ Laurell, A.C. et alii (1994). *Nuevas tendencias y alternativas em el sector salud*. México: UAM.

dos provedores e de empresas de seguro privado” (1998: 199); o que estaria conduzindo à anulação da saúde como um direito social e também das formas solidárias e igualitárias de garanti-la; determinando também uma seletividade que passaria longe de propiciar a equidade de atenção à saúde. No entendimento de Laurell o que acontece é uma acentuação do declínio de cobertura já existente.

A autora finaliza contrapondo-se, terminantemente, ao argumento de que a pobreza de um país impede a satisfação ótima das necessidades de saúde, e exemplifica citando o Brasil e o México. Ela acredita que no caso destes países é a distribuição irregular da renda média, ou seja, a concentração desigual dos recursos naturais e econômicos nas mãos de grupos reduzidos que agrava as diferenças e dificulta os ajustes e as mudanças estruturais, as quais precisam acontecer ao nível governamental e ao nível da sociedade em geral.

Reforça ainda, que muito embora seja previsto a modernização do aparato administrativo e a adequação da utilização de todos os recursos nacionais visando atingir as seguintes metas: oferecer plena cobertura dos serviços, com prioridade a atenção primária e aos grupos mais vulneráveis; controlar enfermidades transmissíveis e detectar outras; cooperar para o crescimento demográfico equilibrado; contribuir para o saneamento e melhoramento ambiental, as políticas de saúde do México e do Brasil possuem vinculação cada vez menor ao Estado que, por sua vez, se responsabiliza a estender as ações de saúde a todos os cidadãos mas, especialmente, aos grupos que não gozam de nenhuma cobertura.

Em contra partida, o mesmo Estado delega à esfera do poder privado a responsabilidade de oferecer alternativas tidas como mais eficazes e mais eficientes de atendimento à saúde daqueles que podem pagar transformando a saúde numa mercadoria⁸⁷. Esta postura seria, também, uma das conseqüências de atrelar o desenvolvimento de suas políticas, entre as quais as de saúde, a estratégias e a condições definidas como adequadas pela Agenda do Banco Mundial.

Já o Brasil, após um período de mudanças políticas e históricas - eleições diretas para presidente depois de 30 anos - apresentou uma reforma administrativa do Estado na qual houve uma diminuição do seu papel na gestão da economia, privatizações de empresas estatais e redução da estrutura burocrática e administrativa. Igualmente o setor

⁸⁷ Laurell e outros autores definem tal fato como *mercantilização dos serviços da saúde*. Laurell, *op cit*, p. 96.

da saúde acompanhou estas mudanças com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – e a Lei Orgânica de Saúde - LOS. A saúde foi dividida em três subsistemas: no primeiro, alta tecnologia e complexidade para 3% da população. No nível médio, a atenção médica complementar com presença do caráter privativo, cobrindo 22% da população. E na base, o sistema público de atenção, integrado aos órgãos federais, estaduais e privados contratados pelos Estados, atendendo a aproximadamente 110 milhões de habitantes, com serviços em condições precárias. Esta reforma foi acompanhada do fenômeno de ‘exclusão universal’ por meio dos mecanismos de racionamento, envolvendo usuários, prestadores de serviços estaduais e privados, trabalhadores e empresas do setor produtivo

Apesar desses limites, os países se adequaram, e continuam se adequando, às condições do Banco Mundial e às estratégias traçadas para implementar essas condições. Uma prova disso foi a elaboração da *Agenda Compartida para a Saúde nas Américas*, assinada e aprovada em no dia 22 de junho de 2000. Esta *Agenda Compartida* teve como seus principais formuladores e organizadores três organismos mundiais, cujas ações estão interconectadas *em nome de direcionar os recursos e bem aplicá-los para o melhor e mais adequado desenvolvimento da saúde dos povos da América* [grifo da pesquisadora], sendo estes o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial e a Organização Pan-Americana da Saúde. Posteriormente, houve o convite à participação de outras organizações bilaterais de assistência bem como dos demais países das Américas.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial têm semelhanças entre si, por se tratar de entidades financeiras cujos principais interlocutores são as autoridades econômicas de cada país e cujo objetivo primordial é promover o desenvolvimento, mobilizando grande volume de recursos financeiros. Do outro lado e com características distintas está a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, um organismo especializado de cooperação técnica que funciona junto aos Ministérios da Saúde. Possui um amplo espectro de capacidade técnica nos diversos âmbitos do setor da saúde, incluindo a relação entre este setor e o desenvolvimento, em consequência, seu apoio vem complementar as ações dos bancos. Estas realidades diferentes, facilitariam a complementaridade e um enfoque interdisciplinar dos problemas de saúde. Além do mais as três organizações compartilhariam do entendimento comum da saúde como um elemento essencial ao bem-estar individual e coletivo, e também como um

fator que contribui para o crescimento econômico, ao facilitar a acumulação de capital humano e aumentar a produtividade.

O “Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993” realizado pelo Banco Mundial pontuou como causas mais importantes do baixo rendimento dos recursos destinados à saúde as seguintes: “*segmentação institucional dos sistemas de serviços, com a conseqüente duplicação de infra-estrutura e pessoal; estruturação de sistemas de serviços com incentivos inadequados; modalidade de atendimento altamente influenciada pelo modelo médico-tecnológico, próprio dos quadros epidemiológicos e dos níveis de recursos dos países desenvolvidos e debilidade dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças*” (apud Iglesias, et alii, 2000: 04). Tendo em vista esse conjunto de causas, a Agenda foi elaborada para atender aos seguintes objetivos: “*i) contribuir eficazmente para melhorar a saúde dos povos das Américas através de ações sobre o meio ambiente, prevenção e controle de doenças e fortalecimento dos serviços de saúde; ii) diminuir e, se possível, eliminar, as desigualdades existentes na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde e saneamento básico; iii) fortalecer institucionalmente e melhorar a eficiência, efetividade e eficácia dos serviços dos sistemas de saúde públicos e privados; iv) promover maior interação entre a saúde e o desenvolvimento econômico e social, utilizando, entre outros instrumentos, a avaliação do impacto sobre a saúde dos programas nas diferentes áreas do desenvolvimento*” (Iglesias et alii 2000: 02).

As estratégias para atingi-los repousam em três linhas de trabalho fundamentais: “*i) apoio aos processos de reforma do setor da saúde, incluindo não só os serviços mas também o saneamento básico; ii) fortalecimento institucional dos programas de saúde pública, tanto nos aspectos de promoção de saúde como na prevenção e controle de doenças; iii) fortalecimento da liderança das autoridades sanitárias em todos os componentes do desenvolvimento que afetam a saúde*” (Iglesias et alii, 2000: 04).

A agenda fica, então, dividida em quatro “áreas de liderança”, ou áreas sobre as quais deveriam ser reorganizadas e planejadas as ações compartilhadas de saúde: nas contas nacionais de saúde através do monitoramento dos gastos em serviços de saúde por indivíduos, governos e outros; nos produtos farmacêuticos, concordando-se em melhorar o quadro normativo, aumentar o conhecimento sobre uso desses produtos pelos consumidores e varejistas e aumentar o acesso dos pobres a medicamentos essenciais e de boa qualidade;

e na vigilância de doenças e meio ambiente, quando recentemente, foi apresentado um plano de ação visando o fortalecimento da vigilância regional quanto a doenças transmissíveis, ajudando a desenvolver a capacidade de monitoração destas e das doenças crônicas.

Para realização destas práticas o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1999/2000 reforça o que chama de 'quatro lições essenciais da experiência do desenvolvimento no último meio século':

- *“a estabilidade macroeconômica é essencial para alcançar o crescimento necessário ao desenvolvimento;*
- *os benefícios do crescimento não fluem automaticamente para os mais pobres e por causa disso as iniciativas de desenvolvimento devem levar em conta as necessidades humanas diretamente;*
- *nenhuma política isolada promoverá o desenvolvimento: é necessária uma abordagem abrangente;*
- *o desenvolvimento sustentável deve ser socialmente inclusivo e suficientemente flexível para se adaptar às mudanças de circunstâncias”* (Banco Mundial, 1999: 02).

Dessa forma o que se observa é que a passagem de séculos, a existência de melhores comunicações, transportes e menos barreiras ao comércio não apenas estão tornando o mundo menor, mas também estimulando o desejo e proporcionando os meios para que a antiga idéia de que a saúde é um modo de relação – equilíbrio e desequilíbrio – do homem com seu meio, no qual intervêm fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais seja retomada no século XXI, através das diretrizes da concepção de Saúde e da definição de Atenção Básica em Saúde, aqui apresentadas em linhas gerais.

Todavia, ao que parece acompanham estas mudanças alguns paradoxos: a existência simultânea de uma ampla concepção de saúde e de restrições às estratégias para efetivá-la, bem como de vários níveis de análise das propostas de ação em saúde com instrumentos de avaliação diferenciados e isolados entre os níveis; as possibilidades de aumentar a produtividade e melhorar os padrões de vida, com a exclusão de alguns grupos destes direitos; e também a sobrecarga dos governos locais, incapacitando-os de construir infra-estrutura ou proporcionar serviços locais à medida que gastarem demais e se

endividarem, precisando ser socorridos pelos governos nacionais; além de provocar instabilidade financeira e profissional resultante da volatilidade dos fluxos de investimentos e ameaças ao meio ambiente global. O grau de influência destes aspectos vem se refletindo na elaboração, no planejamento, na definição de estratégias e de gestão dos serviços e nas políticas de saúde bem como vem sendo sentido proporcionalmente pelas comunidades, grupos e indivíduos que se utilizam e participam da sua organização e desenvolvimento.

Nas próximas páginas será introduzida uma sucinta apresentação das políticas públicas de saúde no Brasil, incluindo uma síntese do processo histórico, do surgimento e informações de alguns dados que traduzem a situação da saúde pública no Brasil atual, também trazendo um enfoque específico às propostas e ações de atenção básica desenvolvidas na região sul. Esta apresentação tem por objetivo fundamentar a presente pesquisa sobre a organização das ações de atenção básica em ambulatórios de uma rede de saúde pública municipal, bem como indicar como o modelo de saúde da Organização Mundial de Saúde e as estratégias de ação propostas pela Organização Panamericana de Saúde vêm se projetando em nosso país.

CAPÍTULO III

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é oferecer uma visão histórica sucinta das políticas públicas de saúde no Brasil que se inicia no século XIX e abrange até as legislações e as diretrizes principais que sustentam e organizam o atual sistema nacional de saúde. Num enfoque um pouco mais específico, apresentar-se-á algumas propostas e ações de Atenção Básica desenvolvidas na região sul, na qual se localiza o município em estudo. Assim, pretende-se demonstrar como o modelo e as estratégias de ação para a saúde, traçadas a nível mundial, se projetam em âmbito nacional, regional e local em nosso país.

Segundo Costa (1985), o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, do século XIX até meados do século XX⁸⁸ não se limitou a estender as ações à proteção e à promoção da saúde do homem comum, mas a obedecer a critérios pragmáticos, definidos a partir dos interesses econômicos e políticos de grupos dominantes no cenário nacional. As práticas sanitárias visavam o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a dinâmica de produção à expansão das atividades econômicas capitalistas, caracterizando, nitidamente, a reprodução brasileira das proposições nascidas nos países europeus⁸⁹.

Com objetivos específicos e atuações restritas a certos ambientes (e também violadoras destes⁹⁰), o modelo de atenção em saúde pública estava orientado à área urbana,

⁸⁸ Este período compreende entre os anos de 1889 a 1964, respectivamente, regimes políticos da Primeira e Segunda República no Brasil. Nesse período a sociedade brasileira assistiu a passagem da economia escravagista à pré-capitalista, o que exigiu dos Governos Federal, Estadual e Municipal investimentos na produção da mão-de-obra camponesa e imigrante (*foi também o que aconteceu em Blumenau até meados de 1940, quando a economia passou a ser incrementada por maquinários e a mão-de-obra imigrante intensificou sua vinda para a cidade [grifo da pesquisadora]*). Concomitantemente, as forças produtoras rurais do país foram perdendo os subsídios do Governo Federal, tendo em vista os efeitos da crise econômica mundial de 1929. No entanto, quando Getúlio Vargas assumiu o poder (1930), utilizou-se da acumulação de capital, do período anterior, para investir no mercado interno e na produção industrial com mão-de-obra especializada, inserindo de vez o Brasil na "era do capitalismo". Nessa ocasião também foi criado o *Ministério da Educação e Saúde Pública*, através do Decreto 19.402, tendo como função e metas organizar as medidas de saúde e o ensino brasileiro de nível secundário e universitário, dado as novas condições da sociedade brasileira: aumento da população nos centros urbanos, gerando transformações nas condições gerais de seu funcionamento e a necessidade de manter a produção constante. In: Costa, N.R. & Melo, M.A.C. de. (1998). *Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no setor Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 1, Vol III. Rio de Janeiro: ABRASCO.

⁸⁹ Cf. Capítulo II, o qual se refere às preocupações e propostas dos países europeus.

⁹⁰ Muitas das grandes campanhas de imunização e de dedetização em massa (tinham como alvo toda a população mas, principalmente os pobres favelados, os estrangeiros e os trabalhadores) foram realizadas sob imposição, invadindo-se residências e estabelecimentos com o auxílio da polícia militar. Um dos principais mentores destas campanhas foi Oswaldo Cruz, que enfrentou a resistência política da oposição e a resistência popular nas ruas e na

delimitando suas ações em quatro focos principais: ao controle de doenças de escopo coletivo, principalmente aquelas que poderiam desencadear epidemias; nas medidas de imunização; nas medidas de regulação às condições de trabalho feminino e infantil e ao estabelecimento de condições previdenciárias visando o funcionalismo público. Desses quatro focos, os estudos acerca das origens e dos agentes causadores de doenças epidêmicas e endêmicas⁹¹ contribuíram expressivamente para o desenvolvimento das ações em saúde pública no que se refere à mobilização de recursos e a organização sanitária. Ao mesmo tempo as ocorrências dessas doenças em ritmo devastador e as reivindicações de trabalhadores colaboraram para a constatação da presença de questões sociais no âmbito da saúde pública⁹².

Com as campanhas de imunização e dedetização as autoridades sanitárias conseguiram a redução dos indicadores de mortalidade caindo nas graças do Estado, muito embora não influenciassem mudanças nos hábitos e atitudes da população. Esta confluência de interesses entre as práticas sanitárias e o poder estatal gerou a criação de um padrão próprio de serviço voltado aos problemas de saúde, mas que permanecia omissa na *“análise das condições sociais, dos interesses e mesmo dos marcos de referência econômico, científico e técnico que possibilitaram tal política de saúde”* (Costa, 1985: 75). Na verdade, até por volta dos anos 70, poucos estudos se preocuparam em discutir a trajetória das políticas públicas de saúde do Brasil em relação às práticas profissionais, ou às necessidades reais da população, ou ainda, em relação às condições políticas, sociais, econômicas e culturais do país, dos estados e dos municípios⁹³.

justiça. In: Costa, R.N. (1985). *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO.

O Filme “Sonhos Tropicais” de Fernando Bonassi at alii (2002), descreve algumas passagens da resistência da população às campanhas de saúde promovidas pelo governo da época.

⁹¹ Principalmente os estudos das áreas de bacteriologia e microbiologia. In: Costa, 1985, *op cit*.

⁹² Em 1918, a epidemia da Gripe Espanhola chegou ao Rio de Janeiro, revelando a fragilidade e incapacidade dos serviços sanitários, entre outros. Houve falta de alimentação e água; grande número de mortes, com proliferação de cadáveres nas casas e ruas; houve escassez de medicamentos, de assistência profissional médica e de serviços de saúde – postos e hospitais. Isto provocou a reação de alguns grupos como os trabalhadores das indústrias, metalúrgicas e da construção civil, que intensificaram o debate da questão social. Eram reivindicadas leis para proteção ao trabalho de mulheres e crianças, a fixação da carga horária e salário mínimo, a criação de pensões para os velhos e para os incapacitados por acidente de trabalho, além da higiene, assistência médica e farmacêutica nas fábricas. *Ibidem*

⁹³ Nesta época as Ciências Sociais contribuíram à emergência do pensamento social em saúde adentrando no campo de conhecimento das ciências e das práticas de saúde com o objetivo de estudar fenômenos como: os processos sociais, culturais, políticos e econômicos na produção do fenômeno saúde/doença; a intervenção e regulação do Estado na produção das políticas públicas e sociais; a análise e compreensão dos serviços preventivos, de recuperação e de cura. In: Minayo, M.C.de S. (2000a). Ciências Sociais em Saúde no Brasil: vida longa e recente relevância. *Revista Saúde em Debate*, n. 55, vol.24. Rio de Janeiro: CEBES.

Com a convergência entre órgãos sanitários e o poder estatal a respeito das ações em saúde, estas passaram a ser subsidiadas financeiramente pelo Governo Federal gerando uma condição de dependência e subordinação às diretrizes das políticas que constituíam o Governo do momento⁹⁴. Por conta disso, também, as intervenções estatais junto das iniciativas municipais tomaram-se freqüentes, ocasionando o questionamento da soberania local e gerando um grande mal-estar entre as esferas federal e municipal. Até porque, a maioria das pesquisas e do aperfeiçoamento das práticas sanitárias vinha sendo realizada por conta própria dos municípios, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro⁹⁵.

Esse momento se confundiu com a própria história da ciência brasileira, as autoridades sanitárias se organizaram para delimitar os objetos de estudo e também para assinalar a configuração de uma prática de saúde distinta das demais dimensões até agora existentes. Para tanto, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública ou Higiene⁹⁶, em 1920, com a atribuição de trazer à discussão e à ação tanto as questões sanitárias quanto as questões sociais que emergiam por conta das condições da saúde no Brasil. Sua atuação priorizou atividades de avaliação e pesquisa sobre as condições habitacionais nos meios rurais e urbanos, mas a prioridade ainda era neste último; atuou sobre o controle dos gêneros alimentícios e sobre as condições de trabalho de mulheres e crianças e funcionários públicos, e manteve as medidas profiláticas direcionadas às doenças consideradas endêmicas e epidêmicas.

O pós-guerra de 1945 expandiu a nível mundial a preocupação com as condições de vida das populações e da disponibilidade de riquezas naturais susceptíveis de serem exploradas. O Brasil espelhou estas preocupações na retomada da perspectiva da

⁹⁴ Por exemplo, o *intervencionismo desenvolvimentista* da era Vargas defendia que a intervenção do Estado na economia era condição essencial ao crescimento rápido do país e, para tanto, o Estado deveria investir no desenvolvimento de indústrias e produtos nacionais e racionalizar os investimentos públicos, restringindo os gastos com os setores básicos como transportes, educação e a própria saúde. Esta compreensão ainda recebeu o reforço dos sanitaristas que entendiam que o nível de saúde de uma população dependia, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou região. In: Teixeira, S.M.F. (Coord.) (1988). Saúde. Antecedentes da Reforma Sanitária. *Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

⁹⁵ Não à toa importantes centros de estudo surgiram nestes lugares: Instituto Adolfo Lutz – SP; Instituto Biológico, o *Butantã* - SP; Centro de Estudos Emílio Ribas – SP; Instituto Oswaldo Cruz – RJ. A maior parte se concentrava em São Paulo, fazendo deste, o mais completo centro de serviços de higiene e saúde pública do Brasil ao final do século XIX. In: Costa, 1985, *op cit*. Estas instituições ainda sobrevivem aos dias atuais tendo passado por transformações físicas, organizacionais e ideológicas.

⁹⁶ O primeiro diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública foi o médico sanitarista Carlos Chagas. *Ibidem*.

medicina social⁹⁷ agora, na dimensão de saúde coletiva vinculada inteiramente ao conceito de população demográfica, ou seja, procurando mostrar que o desenvolvimento de cada sociedade é dependente da composição de suas características anatomo-fisiológicas*, do seu perfil nosológico e da sua distribuição espacial. As ações na saúde brasileira adquiriram uma nova característica, que se pautou em indicadores, índices e coeficientes (renda per capita, urbanização, distribuição populacional, distribuição da força de trabalho, grau de escolaridade) para traçar planos de crescimento e melhorias às condições de vida. A combinação dos dados estatísticos resultou na implementação da Previdência Social, uma espécie de capitalização do setor da saúde, que assegurava as condições mínimas de trabalho e de saúde (como o salário mínimo e o atendimento médico, por exemplo)⁹⁸ e a articulação, promovida pelo Estado, entre serviços de saúde públicos e privados, visando o aumento das redes ambulatoriais⁹⁹ e hospitalares, bem como o incentivo à indústria farmacêutica e de equipamentos.

Cabe atentar para um fato destacado por Teixeira e col. (1988) quanto a expansão do atendimento ambulatorial. Segundo estes autores, caso se equipassem hospitais com uma base técnica articulada com a rede de serviços externos – ambulatoriais – caberia a estes serviços um papel estratégico de amarração de redes, isto poderia ter disponibilizado um aumento nos atendimentos da rede pública. Mas isso não aconteceu. Muito pelo contrário, houve um aprofundamento da atenção médica individual prestada através dos convênios, por sua vez, justificados pela ineficiência da própria rede pública em atender o número crescente de pacientes segurados.

Em 1953 criou-se o Ministério da Saúde em substituição ao Departamento Nacional de Saúde. Há divergências quanto aos reais interesses da criação deste Ministério, principalmente porque fora criado como um órgão para auxílio ao desenvolvimento econômico, não tendo incumbências de planejar e/ou implementar quaisquer políticas específicas a quaisquer áreas, incluindo a da saúde, que permaneceu relegada a um segundo

⁹⁷ Cf. Capítulo II.

⁹⁸ Para entender como estas medidas foram colocadas ao alcance da população pode-se consultar Teixeira, (1988), *op. cit.*

⁹⁹ Aqui se registra a influência americana mais decisiva na organização dos serviços de saúde a nível local no Brasil: o desenvolvimento dos centros de saúde como uma organização que forneceria, promoveria e coordenaria os serviços médicos e sociais relativos a uma realidade local específica. As atividades dos centros de saúde compreenderiam a serviços de enfermeiras visitadoras, inspeção escolar, laboratório, dispensário (tratamento de parasitas intestinais, malária, lepra, sífilis, etc), censo de morbidade, investigações, serviços de higiene pré-natal, infantil e escolar, tuberculose, verminosc, etc. Inicialmente, no Brasil, estes centros receberam a denominação de “postos sanitários permanentes”. In: Costa, 1985, *op. cit.*, p. 114.

plano¹⁰⁰. O papel dominante se mantinha com a Previdência Social como instituição estatal assegurando, em condições mínimas, a força de trabalho dos que lhe eram segurados, barrando deste atendimento os não contribuintes da mesma.

Mudanças significativas apenas ocorreram a partir da III Conferência Nacional de Saúde, em 1955. Pela primeira vez na organização dos serviços de assistência à saúde apareceu uma divisão das atribuições e responsabilidades¹⁰¹ entre as instâncias políticas governamentais visando à municipalização, inclusive com a proposta de criação de conselhos municipais de saúde para promover o levantamento das realidades locais (baseados numa experiência realizada no estado do Paraná). Por conta dessas propostas, alguns modelos de serviços de saúde, ditos alternativos, se desenvolveram no país. Estes modelos foram concebidos basicamente dentro dos cursos de Medicina, por seus professores e alunos, os quais buscavam uma reformulação nos currículos e na própria formação médica, tendo em vista as abordagens norte-americanas e européias. Tinham como meta uma medicina fora do ambiente hospitalar, conforme as proposições da OMS/OPAS¹⁰².

Alguns merecem destaque pela influência que mantiveram no decorrer dos modelos posteriormente desenvolvidos. Entre estes, o modelo da Medicina Preventiva com dois objetivos principais: tratar as condições de ocorrências das doenças e incorporar, na prática cotidiana, atitudes para preveni-las. A novidade estava na proposta de estabelecer novas relações sociais entre médico, paciente, família, comunidade, instituições. Por outro lado, a prática médica conservava um caráter estritamente clínico e privado, com a intenção de introduzir atitudes sociais, epidemiológicas e educativas previamente organizadas e consideradas corretas, sem consulta a realidade local.

Outro modelo que se projetou em derivações futuras foi o da Medicina Comunitária, que inovou apresentando uma nova forma de prestação de serviços: uma proposta de integração entre cuidados preventivos e curativos, individuais e coletivos, realizada em grupos sociais de populações excluídas. A participação nos grupos, embora de

¹⁰⁰ Alguns autores entendem que houveram interesses pessoais vinculados (Bichat de A. Rodrigues em Fundamentos de Administração Sanitária, 1967); outros que havia maior necessidade de autonomia em relação os problemas e trabalhos da área da saúde, que se encontravam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública (Carlos Sá em Higiene e Educação em Saúde, 1966); e para outros ainda, foi a prova registrada do descaso com que a Saúde do país estava sendo tratada (Paulo M. Buss e col. em Cadernos de Saúde Pública, 1980, p. 35). In: Teixeira, (1988), *op. cit.*

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 21-22.

¹⁰² Cf. Cap II, deste estudo.

maneira pouco contundente e pouco profunda, trouxe a participação popular. Todavia, esta idéia ainda sustentava a prática de saúde como forma de prestação de serviços.

Dessa forma, assinalaram-se dois enfoques básicos à saúde pública brasileira até por volta de 1980. Por um lado, ações de saúde compreendidas em perspectiva da promoção e proteção da saúde individual, com uma organização tecnológica caracterizada por intervenções clínicas individuais realizadas pela assistência médica, nas quais predominavam o processo curativo e as concepções biológicas entre normal e patológico. Por outro, uma concepção de saúde pública que pretendia ser apreendida como coletiva e que se realizava sobre a organização de uma ampla gama de projetos assistenciais, mas que mantinha incorporados os vários conceitos e práticas médicas existentes¹⁰³.

A compreensão dessas conjunturas indica as trajetórias e as muitas alterações por que passaram instituições, ações e políticas de saúde, sobretudo, em se tratando de sua vinculação ao Estado, bem como expõe a realidade dos serviços de saúde pública no Brasil, até então, dividida nas ações em saúde e verticalizada nas decisões políticas e econômicas.

1. O Sistema Único de Saúde. Uma realidade em desconstrução ou um caminho em construção?

Contemporaneamente o cuidado com a saúde passou a ser presença constante entre as preocupações diárias da população e na agenda de atribuições do governo brasileiro, seja por conta dos movimentos mundiais que apontam para a necessidade de políticas de saúde adequadas a demanda populacional e à oferta de oportunidades e recursos iguais para acesso aos serviços de saúde, seja pela própria realidade local devido ao reaparecimento de doenças infecto-contagiosas (*escabiose, varíola*) e epidêmicas (*dengue, malária*) derivadas de problemas sanitários, epidemiológicos e ambientais cada vez mais frequentes no cotidiano do brasileiro.

¹⁰³ Merhy, E.E.(1992). *A Saúde Pública como Política. Um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: HUCITEC. Introdução.

Instituições governamentais, não-governamentais e a sociedade em geral têm se mobilizado para transformar as políticas de saúde, no sentido de gerar ações práticas no cotidiano da sociedade brasileira¹⁰⁴.

Com a Constituição Federal de 1988 estabeleceu-se um Sistema Único de Saúde (doravante SUS) que tem em sua definição: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*” (Constituição Nacional do Brasil, 1988, artigo 196). E pela Lei 8080/90, que afirma no artigo 2º, parágrafo 3º: “*A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único – Dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social*” (Ministério da Saúde, 2002).

Neste contexto, ganhou ênfase a concepção de atenção integral à saúde requerendo em máxima ordem: a extensão deste direito a todos, sem distinção de vínculos; o reconhecimento da responsabilidade pública pela área em questão e o desenvolvimento concomitante de ações de atenção básica¹⁰⁵ e ações curativas¹⁰⁶, bem como de ações intersetoriais envolvendo meio ambiente (saneamento básico), serviço social (aumento de oferta de trabalho, previdência social), educação (cursos de aperfeiçoamento), alimentação (campanhas contra a fome), entre tantas.

¹⁰⁴ A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, foi um grande passo para a elaboração e implementação de um sistema unificado de saúde. Realizada em março de 1986, erige a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, propondo a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada esfera de governo e a participação popular. Essa doutrina influenciou, já em 1987, na implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), pelo executivo, e no processo constituinte, em andamento no legislativo, como estratégia-ponte para o SUS, envolvendo a totalidade das Secretarias Estaduais de Saúde e cerca de 2.500 municípios (período 1987-1990).

¹⁰⁵ “É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se, com isso, avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente” (www.Min-saude.pt/apresentação/atenção_básica_definida.htm. Acessado em setembro/2002).

¹⁰⁶ Ações cuja demanda é tipicamente clínica: recuperação de quadros patológicos muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações curativas, individuais e coletivas. In: Medina, M.G, Rosana & Aquino, Carvalho, A.L.B.(2000). Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. – *Divulgação em Saúde para Debate* nº. 21 – dezembro/2000 - CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – RJ.

O Sistema Único de Saúde tenta responder a estas necessidades formando um sistema de serviços públicos e de ações que se integram a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada¹⁰⁷ em suas atividades, agregando, ainda, a participação da iniciativa privada por meio de convênios ou contratos, em sua maioria, de prestação de serviços. Estas instituições privadas assim como toda rede de serviços públicos em saúde devem submeter-se ao cumprimento das diretrizes básicas que organizam o SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

As diretrizes se definem e se organizam de maneira interconexa à sustentação do sistema, tendo como seguimento demais normas subjacentes e secundárias. A diretriz de **descentralização** refere-se a uma forma de organização que dá poder aos municípios de administrar os serviços de saúde locais levando em conta a necessidade da população e os tipos de serviços oferecidos nas regiões; pretendendo, com isso, melhorar a eficiência e facilitar o acesso da população aos serviços prestados. Os níveis federal, estadual, e municipal permanecem interligados entre si através das incumbências de assessoria técnica e estabelecimento de normas administrativas. No âmbito da União a gerência fica com o Ministério da Saúde e, nos domínios estaduais e municipais, com as respectivas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes. A diretriz do **atendimento integral** refere-se a forma de assistência que privilegia a atenção integral a saúde, ou seja, o indivíduo deve ser visto em sua totalidade como ser humano que vive o cotidiano sob situações diversas e antagônicas, e não apenas como uma parte, ou ainda, como uma parte doente. Também pretende um investimento maior em ações de atenção básica como promoção e proteção à saúde, que contribuem com a melhora na qualidade de vida saudável. Enfim, a diretriz de **participação popular** reflete a forma de controle social que possibilita à população, via representantes, construir e acompanhar a viabilização e efetivação das políticas e ações de saúde. Os organismos que referendam esta participação atualmente são as Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite¹⁰⁸. Esta

¹⁰⁷ A hierarquização diz respeito às instâncias governamentais: federal, estadual e municipal, e as suas respectivas instituições e órgãos executores de serviços de saúde. Já a regionalização refere-se à divisão, de uma região ou município, por territórios até o nível em que se determine por economia e impacto epidemiológico e social uma área geográfica, permitindo organizar nesta a atenção continuada e integral dos serviços de saúde. In: *www.Min-saude (2002), op. cit.*

¹⁰⁸ Tanto as conferências quanto os conselhos são órgãos deliberativos de estratégias e de controle de execução da política de saúde. São compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários. As comissões são órgãos decisórios; a Tripartite tem como representantes: o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde; a Bipartite tem representantes das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde. In: Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora. p. 75.

diretriz institui a relação Estado e Sociedade Civil, de maneira que as decisões do Estado deverão passar a apreciação dos representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a saúde das comunidades. Neste sentido, o “Relatório Final da XIXª Conferência Nacional de Saúde” registra que *“A participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão de saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. (...) O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”* (apud Lacerda, 1997: 12).

O financiamento do SUS advém dos recursos da Seguridade Social conforme proposta orçamentária elaborada com a participação da previdência e assistência social através da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), da Contribuição sobre Lucro Líquido (CSLL), de alguns Títulos do Tesouro e Operações de Crédito, via FAT (Fundo de Assistência ao Trabalhador) e da Contribuição sobre a Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1995 para suprir as deficiências de recursos financeiros na área da saúde. A alocação destes recursos organiza-se devido as diferentes capacidades de arrecadação dos estados e municípios nas diferentes regiões brasileiras, mantendo-se um grau de diferenciação entre as alíquotas recebidas por cada estado e município. A partir das alíquotas cabe, aos estados e aos municípios, investir entre 7% e 15% de sua arrecadação em saúde, e ao governo federal, aproximadamente 64% do que arrecadar com os três impostos - Cofins, CSLL, CPMF¹⁰⁹. Segundo, Negri & Di Giovanni (2001), um dos maiores desafios do SUS é como diminuir essas desigualdades a um grau aceitável e diminuir, conseqüentemente, as desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde regionais e locais.

À proporção que o SUS foi sendo implantado, estabeleceram-se responsabilidades quanto aos direitos, aos deveres e aos requisitos para a habilitação dos estados e dos municípios à gestão do SUS. A regulamentação destes critérios se encontra na elaboração e publicação das NOBs (Normas Operacionais Básicas), nas quais se definem a forma de repasse dos recursos federais aos estados e municípios (NOB/91 e, posteriormente NOB/93), as modalidades de gestão local (processo de descentralização) e as responsabilidades dos estados e municípios na administração dos serviços de saúde

¹⁰⁹ Alguns exemplos estão detalhados em Augusto, M.H.O. & Costa, O.V. (2000). Entre o público e o privado – a saúde hoje no Brasil. *Tempo Social.Revista Sociologia da USP*. São Paulo. 11:199-217, outubro.

oferecidos à população dos mesmos (NOB/93 e NOB-1/96)¹¹⁰. Com vistas ao tema em estudo, serão detalhados alguns aspectos sobre os modelos de gestão na seqüência do texto.

Inicialmente as modalidades de gestão apresentavam-se em três modelos: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. Eram gestões de modelo cumulativo, ou seja, à medida que o estado ou município conseguia cumprir as exigências e responsabilidades estipuladas por uma, adquiria competência para requer a seguinte até assumir a completa responsabilidade sobre a prestação de serviço e o gerenciamento da rede pública, exceto as unidades de referência sob gestão estadual.

Posteriormente, com a NOB-1/96, essas gestões foram delimitadas de acordo com a instância governamental. Ao governo federal coube quatro papéis principais: gerir o SUS, em âmbito nacional; promover condições e incentivar os gestores estaduais e municipais; fomentar harmonização, integração e modernização do SUS em suas respectivas instâncias governamentais e normatizar e coordenar as funções do SUS a nível nacional. Respectivos modelos foram estabelecidos aos gestores estaduais: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual. Enquanto aos municípios, dois modelos passaram a vigorar: *gestão plena da atenção básica* e *gestão plena do sistema municipal de saúde* [grifo da pesquisadora].

O primeiro modelo de gestão municipal; *gestão plena da atenção básica*, determina que toda a rede prestadora de serviços básicos de saúde esteja vinculada ao gestor municipal, sendo este responsável pela provisão de atividades de assistência ambulatorial básica, de vigilância sanitária e epidemiológica, pela autorização de internações hospitalares e procedimentos de alto custo e complexidade, por intermédio de suas próprias unidades e/ou contratando serviços junto ao setor privado, também pela organização de consórcios¹¹¹ entre os municípios da região, além de realizar outras atividades como cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores de serviços da assistência básica. Como condições para adequar-se a este modelo faz-se necessário ao município: o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; a operacionalização do Fundo Municipal de Saúde; a existência do Plano Municipal de

¹¹⁰ Para maior detalhes sobre a competência legislativa e definições que trazem as NOBs conferir Augusto, M.H.O. & Costa, O.V. (2000), *op. cit.*; www.Min-saude.pt/apresentação/lei.html.

¹¹¹ Diz respeito a prestação de serviços a municípios próximos que não disponham das condições necessárias como exames de alto custo e complexidade – tomografia, ressonância magnética, tratamento de quimioterapia, etc. Neste caso, estes gastos são computados ao município prestador do serviço e o recurso lhe é enviado.

Saúde como comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei e comprovar sua capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

No segundo modelo, *gestão plena do sistema municipal de saúde*, além das atividades citadas na gestão anterior, o gestor municipal torna-se responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares, incluindo-se a organização e o gerenciamento de um sistema de informações de toda a rede municipal e o pagamento de todos os prestadores de serviços da própria instituição pública e dos conveniados, inclusive podendo alterar os valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a tabela nacional como referência mínima. Para demandar a condição de gestão plena do sistema municipal de saúde é preciso que o plano municipal e o relatório da gestão anterior sejam aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Nesse contexto, vale registrar o papel desempenhado pelo Movimento Municipalista que teve um crescimento e uma articulação gradual a partir da realização dos Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde em 1982, culminando no atual Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONSEMS¹¹².

Desde o seu começo o CONSEMS propunha um sistema com características de descentralização, integralidade, participação social, contratos de concessão e definição de atribuições entre as três esferas de governo, e uma das estratégias apontadas para implantá-lo foi à implementação do atendimento em Atenção Primária à Saúde. Contudo, a diversidade temática presente nos encontros, a abrangência regional e as realidades e conseqüências políticas ocasionaram uma abordagem global e esquematizada da questão, o que conduziu Goulart a concluir: *“Vejo duas maneiras de analisar o processo: se a gente tomar como marco o que o movimento pretende, em termos de transformação do modelo assistencial, então ainda estamos muito longe de alcançá-lo. Ou seja, estamos distantes tanto de uma descentralização efetiva, com autonomia, numa condição que não seja de*

¹¹² Embora fortes componentes autoritários e centralizadores na formulação e execução das políticas sociais estivessem presentes na política brasileira, o movimento pela descentralização/municipalização já havia se manifestado em 1963 e entre tantos nomes ilustres se encontrava o de Graciliano Ramos, então, prefeito de Palmeiras dos Índios, Alagoas. Houve um congresso em 1977 a que outros eventos se seguiram, mas somente em 10 de julho de 1987, com apoio do Ministério da Saúde e da OPAS, fundou-se oficialmente o CONSEMS. In: Goulart, F.A.de A. (1996). *Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS.

prestador de serviço ao Governo Federal, quanto do desenvolvimento de um outro desenho de sistema, de um outro modelo de atenção. Mas se nós tomarmos como marco a história mais recente deste país, fica muito claro que existe um novo ator neste processo..." (1996: 64).

Mesmo assim, anos mais tarde semelhante proposta emergiu com o SUS, era o processo de descentralização do setor da saúde, o qual teve impacto direto na configuração do subsistema público universalista, redefinindo o papel da União, dos estados e municípios na oferta de atenção à saúde, o que permitiu o estabelecimento da gestão única em cada nível de governo definindo como principal gerenciador da rede do SUS o Sistema Municipal de Saúde e assim, creditou um potencial significativo aos municípios como representantes da União com maior proximidade à população e maior agilidade para provocar transformações mais adequadas, particularmente na área da saúde, enquanto política pública.

Lacerda (1997), numa visão otimista, analisou que essa transferência de poder criou uma ampliação da representação popular no que compete a ganhos para o exercício político entre os mecanismos clássicos da democracia representativa, como o voto universal e as Assembléias Legislativas, Câmaras Municipais e Conselhos. Portanto, poderá propiciar maior grau de envolvimento do cidadão na discussão dos problemas e na busca das soluções, bem como na criação de novos direitos e na cobrança efetiva daqueles negados; e poderá, ainda, aumentar o grau de informações do cidadão sobre os problemas sociais, bem como sobre o funcionamento do sistema político e administrativo como um todo, resultando no incremento do grau de conscientização social e política.

Infelizmente a realidade não se mostrou tão favorável. O consenso tão esperado entre governo, sociedade civil e indivíduos tem se revelado entremeado de interpretações políticas, teorias e conflitos técnicos e ideológicos, servindo de contorno a um quadro cuja tônica são as demandas macroeconômicas (de âmbito nacional e mundial) e de valores que se tornam hegemônicos conforme a situação vivida.

Há entre autores, estudiosos e pesquisadores em geral, uma concordância de que o SUS, ainda em fase de implementação após 14 anos de sua criação, apresenta crises em sua estrutura funcional e organizacional que convidam os *atores* e *atores* desse processo a uma análise que propicie o enfrentamento e a resolução dos problemas. Para

subsidiar a demarcação de alguns destes problemas buscou-se a contribuição de Gastão Wagner de Sousa Campos e Eugênio Vilaça Mendes, que em seus estudos têm apontado as debilidades do sistema de saúde brasileiro como também as soluções possíveis para sua superação¹¹³.

Ambos os autores mencionam a necessidade de uma *reforma da reforma sanitária do Brasil* e concordam quanto aos aspectos que, necessariamente, devem passar por essa reformulação, sejam eles: a elaboração, o planejamento e a gestão das políticas, das estratégias e das ações de saúde e, também, as práticas dos profissionais de saúde.

Neste sentido, Campos (1997) em seu livro "*Reforma da Reforma. Repensando a saúde*", analisa criticamente os modelos tradicionais de organização da saúde e propõe a reconstrução dos sistemas públicos de saúde, tanto no que compete a forma de gestão como ao seu planejamento, passando pelas práticas profissionais, principalmente as médico-sanitárias.

De acordo com Campos, o afastamento entre o planejamento das políticas públicas e as práticas de saúde tem repercutido, diretamente, sobre a organização e a gerência institucional dos serviços e do atendimento à população, sobretudo na esfera da inter-relação entre Estado e Sociedade Civil, uma vez que "*A política pública, ao ser enunciada, opera a objetivação das relações entre o Estado e a Sociedade, vindo, por isso, representar o produto das interações entre ambos. Fornece, assim, um primeiro plano de concretude ao jogo político e seus conflitos de interesse. O planejamento, por sua vez, ao implementar as políticas e dispor-se, pois, como mediador das relações entre o Estado e a Sociedade, constituirá a vontade política enunciada, promessa de vida operacional, possibilidade de realização*" (1997: 52).

Por conseguinte, segue-se a dificuldade de propiciar a acessibilidade (princípio compatível ao de universalidade, pois se o usuário não tem acesso, quaisquer que sejam os motivos, não há universalidade), ou seja, colocar os serviços públicos realmente em prol do bem-estar coletivo. Segundo Campos (1997), isto vem acontecendo por dois motivos principais: primeiro, a organização dos serviços sobre uma base que vem priorizando financiamentos acordados pela produção (resultados quantitativos) e, segundo, por uma

¹¹³ Ainda outros estudiosos desenvolvem este tema, como os já mencionados Nilson Rosário Costa (1985), Maria Cecília Minayo (2000), Flávio A. de Andrade Goulart (1996), Emerson Elias Merhy (1992), entre outros.

cultura que tem entendido a saúde a partir da doença e do atendimento individual em unidades especializadas.

Resumindo, tanto o aspecto de gerenciamento dos serviços como o de atendimento, sofrem em razão da segmentação e fragmentação do próprio sistema de saúde, que se estende à prática do profissional que nele trabalha e do usuário que dele usufrui. Assim, Campos (1997) mostra que a visão de Saúde Pública ainda está reduzida às especialidades dos diversos profissionais (corpo biológico e doente) e que a forma como os serviços estão organizados, conforme estas especialidades (sobre o sintoma presente), tem dificultado o atendimento e a apreensão do indivíduo, da comunidade e de suas práticas sociais numa perspectiva mais ampla e integrada. Neste caso, a integração só parece possível após a transformação e reorganização dos serviços e do trabalho na saúde e com a inclusão da participação popular.

A esta questão segue o problema que reside em conseguir agregar a diversidade dos elementos psicossociais, culturais, étnicos e educacionais e a força política para realizar o indispensável reordenamento do sistema de saúde. Esse modo de problematizar as práticas ou ação em saúde significa reconhecer o momento social de realização à integração como momento que representa a dimensão mais concreta e específica de um saber particular, coerente e coeso que se disponha na forma de conhecimento útil.

Para que o sistema de saúde possa superar estas dificuldades, Campos (1997) considera que os enfoques devem se posicionar sobre um plano teórico-político e um plano técnico-administrativo, sendo que este último direciona-se mais ao âmbito local ou, à forma como são efetivadas as estratégias e as ações nos serviços públicos de saúde (atendimento, projetos, programas, as práticas dos profissionais). Por sua vez, o plano teórico-político se aplica a um âmbito mais amplo, implicando na reflexão crítica das políticas e dos problemas mundiais.

De forma mais sistemática, mas mantendo a mesma linha de pensamento, Mendes (2001) delimita quatro “grandes dilemas” que precisam ser enfrentados: “o primeiro refere-se à lógica do sistema, de competição ou cooperação; o segundo, que se dá em âmbito macroeconômico do sistema, o dilema da segmentação ou da universalização; os dois outros, localizados em âmbito microeconômico do sistema, são a municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa e da fragmentação ou integração”

(2001:30), não se esquecendo jamais que tais dilemas, embora citados separadamente, devem ser enfrentados numa combinação de ações conjuntas, associando intervenções a nível macro e microeconômico.

A superação destes dilemas, na visão de Mendes (2001), só poderá ser contundente na medida em que se optar por um sistema que sustente as seguintes características: primeiro, seja universal, baseado no princípio ético de que todos devem ter acesso aos direitos sociais fundamentais, em qualidade e quantidade compatíveis ao grau de desenvolvimento da sociedade. Segundo, um sistema que possa organizar os serviços de saúde de acordo com as características locais: econômicas, histórico-culturais, sanitárias e sociais – microrregiões. Terceiro, um sistema integrado de serviços de atenção à saúde, no qual a comunicação contínua entre os mesmos possibilitará coerência no movimento do usuário, dos encaminhamentos e dos procedimentos a serem aplicados, e no qual a estratégia primeira seja a intervenção na saúde da família.

Na verdade, a proposta de Mendes significa no caso do Brasil “...*instituir, no âmbito macroeconômico, um sistema público para todos os brasileiros, independente de classe social ou inserção no mercado de trabalho, ancorado na cooperação gerenciada, e implantar, no âmbito microeconômico, sistemas microrregionais e integrados de serviços de saúde*” (2001: 33).

Em outras palavras, tanto Campos (1997) como Mendes (2001/2001a) analisam e fazem suas propostas em dois planos. Um em nível mais específico: a análise da organização (o *como*, o *quem* e o *quando*) dos serviços do sistema nacional de saúde e a elaboração de propostas de reformas frente às problemáticas locais. O outro, mais amplo e, ao mesmo tempo, servindo de fundo a este primeiro: a contextualização dos grandes problemas mundiais no cotidiano brasileiro, como se projetam e quais suas conseqüências.

Existe, no entanto, um fator que permanece constante nas idéias dos autores mencionados e que tem ocupado lugar nos muitos debates acerca do sistema de saúde: o papel do Estado no gerenciamento das políticas públicas, entre as quais as da saúde. Propositalmente, não se discutirá a noção de Estado, bem desenvolvida em Skocpol (1985);

Jessop (1977); Poulantzas (1980)¹¹⁴. O objetivo limita-se a identificar as questões apontadas pelos autores citados e suas conseqüências ao setor de saúde.

Tanto Campos (1997) como Mendes (2001/2001a), concordam que a presença do Estado no encaminhamento das soluções e resoluções de problemas em geral vem sendo inegável, independente das posições político-ideológicas que regem os diversos interesses seja nos países desenvolvidos, seja nos emergentes. Quando se trata de Brasil, não se faz diferente, muito menos quando o assunto é saúde.

Na visão destes autores, ao leque dos problemas que cerceiam a realidade brasileira (a fome; as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania; a insuficiência de recursos financeiros para políticas e programas sociais; a privatização, por empresas estrangeiras ou não, dos recursos nacionais; a iniquidade das ações e serviços, principalmente nas áreas da saúde e da educação; o enfraquecimento na geração de renda e empregos, entre tantos) somam-se os problemas globalizados resultantes do imperativo da racionalidade econômica na condução das políticas públicas e da escassez de recursos financeiros disponíveis pelo Estado, por conta da adoção de um receituário de contenção dos gastos públicos e do seu direcionamento seletivo no sentido de priorizar gastos com políticas econômicas em detrimento das políticas sociais.

Nesta racionalidade, os gastos na área social são concebidos como gastos perdidos e de baixo impacto no sistema produtor do mercado, sobretudo quando comparados aos setores considerados de ponta como informática, petroquímica, telecomunicações, ou seja, aqueles competitivos na nova ordem econômica global. Assim, o SUS está na contramão da atual economia, pois para a sua implantação, conforme os preceitos constitucionais, necessitará de significativo aporte financeiro do Estado, diferencial ausente nos padrões da história do sistema público de saúde no Brasil¹¹⁵.

Neste sentido se desenvolve a crítica de Campos em relação a forma de produção neoliberal adotada para as políticas e ações em saúde que sustenta as seguintes

¹¹⁴ Skocpol, T (1985). *Estados e Revoluções Sociais*. Lisboa: Presença; Jessop, B. (1977). Teorias Recientes sobre el Estado capitalista. In: *Criticas de la economia politica. Historia y Teoria Del Estado*. México: Ediciones El Caballito; Poulantzas, N. (1980). O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro: Edições Graal.

¹¹⁵ Lamentavelmente, a situação da saúde é exemplar no que cabe à redução do investimento dos recursos públicos em políticas sociais. Como mostram Braga e Silva (*apud* Negri, 2001), a assistência médica e sanitária, incluindo serviços ambulatoriais e hospitalares, abrangia 72,1% em 1993 contra os 55,9% de 1995. Os gastos do Ministério da Saúde em proporção governamental foram: em 94 de 10,6%; em 98 de 5,6%. Sendo ainda mais lastimável a evidência de que as atividades de interesse coletivo como controle de doenças transmissíveis, saneamento básico, atenção primária foram as mais prejudicadas quando diminuíram as disponibilidades financeiras no campo do governo, passando os investimentos de 4,2% em 1993 p/ 2,5%, em 1998.

características: trabalho assalariado; incentivo a setores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresa privada e/ou ação estatal; estímulo à prática mercantilista para os serviços de saúde, articulando interesses empresariais com os de uma parcela de profissionais de saúde – principalmente médicos e dentistas; o controle e distribuição de recursos financeiros com base em registros quantitativos da produção de serviços prestados. A viabilidade de tal modelo depende de uma articulação entre as diretrizes políticas do Estado e as pressões de segmentos da sociedade civil, além de sujeitar-se o Estado a “*prover suporte econômico-financeiro até ao próprio setor privado...*” (1997:41), criando condições para a “*reprodução da estrutura privatizada de atenção à saúde e dos discursos que a justificam*” (1997:41), o que também evidencia as relações público/privado no sistema de saúde.

Por outro lado, Mendes (2001a) analisa a situação partindo das brechas deixadas por um sistema de saúde baseado singularmente nas condições do mercado¹¹⁶ para defender a presença do Estado como controlador e regulador dessas falhas na garantia de sistemas de saúde mais equitativos e universais.

De acordo com Mendes o primeiro passo está na superação da polaridade privatização/estatização e na identificação do Estado com o *status* público. A instituição de um sistema público de serviços da saúde está fortemente associada a do espaço público, que “*caracteriza-se pela indivisibilidade do bem que deve ser ofertado, indistintamente, a todos e pela pactuação do Estado consigo mesmo ou com os agentes privados sob domínio do interesse público. (...) sem a presença do Estado, entregue aos mecanismos de competição no livre-mercado, os sistemas de serviços de saúde penalizarão, certamente, os pobres, os doentes, os idosos, os que mais necessitam de atenção à saúde, as regiões mais pobres, etc*” (2001: 42).

O que compete ao Brasil, segundo Mendes, é abandonar a discussão que se realiza sobre a eficiência dos prestadores de serviços de saúde estatais *versus* eficiência dos não-estatais, como também abdicar da defesa de interesses corporativistas que se fazem legitimar através das organizações estatais prestadoras de serviços em saúde. Ao mesmo tempo, deve-se redirecionar o movimento de reformulação dos serviços do sistema de saúde para a implantação de modelos de gerenciamento em sistemas integrados de serviços

¹¹⁶ Trata-se principalmente de sistemas de saúde de países europeus. Para maior detalhes sobre quais seriam estas brechas consultar Mendes, 2001: 40.

de saúde. A assimilação de tal estratégia significa o envolvimento dos diversos níveis do sistema de saúde em um objetivo comum de instituir uma “*rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua a determinada população - lugar, tempo, qualidade e custo adequados – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população*” (2001a: 104), com privilégio dos espaços em nível local, que se expressa, muito similarmente, na proposta de descentralização e microrregionalização do SUS.

Dúvida alguma há de que nas transformações propostas por Campos e Mendes, o elemento em evidência é o Estado e, por conseguinte, as políticas que o constituem e aquelas que se fazem instituir por ele. Em consonância a estas questões, as teses apresentadas por Claus Offe¹¹⁷ e Klaus Frey contribuem no sentido de compreender melhor a organização e o funcionamento do Estado também, como as sugestões de mudanças para o SUS vinculadas a reordenação e, quiçá, a necessidade de redefinição do Estado.

Nestes termos, destacam-se dois aspectos nas análises de Offe. Primeiro, sua clara disposição em afirmar que o conceito de *política* se encontra “irracionalizado”; o que por sua vez, tem levado as concepções de política a definir-se sobre conceituações formais, baseadas em critérios essencialmente normativos e que vêm sendo estabelecidas por um grupo de ‘*certas*’ pessoas, cujos interesses são redutíveis ao mesmo grupo. Segundo, que cabe ao Estado a função de coordenar, regular e executar as políticas, mediando a relação entre estas e os interesses do grupo minoritário, representativo dessas ‘*certas*’ pessoas.

Segundo Offe (1984), este grupo minoritário se valeria da representação do Estado como articulador dos interesses da sociedade, para projetar seu universo de valores, concepções e idéias como equivalentes dos interesses nacionais. Ou seja, a ‘*coisa pública*’ – Estado – estaria constituindo-se como um instrumento servidor às necessidades do sistema capitalista (produtividade e acumulação) através de ações – políticas – para regular os recursos já produzidos e produzir bens e serviços requeridos à acumulação¹¹⁸, surgindo a constatação de que o Estado não se estrutura meramente como o organizador e o executor

¹¹⁷ As teses principais de Offe transitam pela explicitação das tensões na estrutura interna estatal, pelos problemas de legitimação das políticas regulatórias e pelas reformas propostas ao Estado capitalista, que se encontram em suas várias publicações (1984, 1989). Aqui, estes segmentos não serão aprofundados em sua relação com a superestrutura do Estado, embora essa possa aparecer subentendida.

¹¹⁸ O caráter classista do Estado é, marcadamente, um dos temas mais comuns a teoria marxista, bem como à qualquer discussão que se possa vir a fazer sobre uma possível Teoria do Estado, segundo Poulantzas (1980), *op.cit.*

das políticas públicas, mas que a sua forma e o conteúdo determinam, implícita e explicitamente, que problemas aparecerão na agenda do sistema político. Ao mesmo tempo, denuncia que o aspecto público volta-se, ainda mais, para o âmbito privado – entendido aqui como os interesses de um grupo minoritário de pessoas. À razão disto, é que a análise de Offe aponta para o Estado que, “...*embora não seja ele próprio capitalista, precisa ser concebido, apesar de tudo, como um Estado capitalista – e não somente como “um Estado dentro da sociedade capitalista”*” (1984:140), repercutindo na polêmica sobre a definição do papel do Estado no campo das políticas – públicas, sociais e econômicas.

Este debate recebe reforço quando Frey (2000a) demonstra a necessidade de reorientação das formas de gestão estatal, portanto, das políticas públicas no que diz respeito as seus conteúdos e a suas formas, provocada em razão da estrutura do Estado não conseguir abarcar¹¹⁹ a amplitude que alguns problemas vêm alcançando – economia, educação, saúde, transporte, habitação, justiça, meio ambiente, bem como pela crise de legitimidade da administração pública ocasionada, por sua vez, pela queda de braço entre os diversos grupos que disputam o direito de compô-la, ou mesmo de estabelecer seus interesses como prioridade.

Em resumo, na essência, o que Frey (2000) propõe é uma análise de políticas públicas envolvendo uma inter-relação triangular entre três dimensões básicas: institucional, processual e material nas quais se encontrariam os elementos principais da composição das políticas públicas: as instituições políticas (Estado), os processos políticos (opiniões e princípios políticos) e os conteúdos da política (programas, planos de ação). Estes aspectos também seriam os responsáveis pela dinâmica de transformações contínuas das políticas públicas nas últimas décadas; principalmente no Brasil dos anos 80, 90 e 2000.

Por outro lado, parece estar bem claro para Frey que, em geral, as decisões políticas de governabilidade tomadas pelo Estado como: “...*as políticas de austeridade implementadas..., envolvendo desregulamentação, estratégias de privatização e redução de serviços públicos; ...a retração do Estado da esfera econômica, reduzindo as*

¹¹⁹ Conforme debates, a ‘máquina’ do Estado vem sofrendo um colapso em sua estrutura interna: insuficiência de recursos, crise fiscal, predomínio de interesses peculiares a um determinado grupo de pessoa, impunidades, exclusão social, entre outros; o que vem obrigando a atores políticos e sociais a procurarem novas formas de gerir os recursos e as políticas. Entre os autores de referência neste aspecto podemos recorrer ao mesmo Claus Offe, Amélia Cohn, Marta Arretche, José L. Fiori.

possibilidades de intervenção estatal; ...um aumento da dependência do setor público das decisões tomadas por agentes econômicos privados” (Frey, 2000a:02) têm acarretado em efeitos externos a estrutura estatal, que se estendem a formas de organização da vida social, como família, instituições educacionais e de assistência à saúde. E que estes motivos têm levado os cidadãos *“a questionar as ações políticas feitas pelo governo, pedir mais informação, responder de modo condicional e responder na linguagem do próprio cidadão e em termos de grau (...)”* (Frey, 2000a: 13). O que tem ocasionado a inclusão de fatores culturais, padrões de comportamento e inclusive atitudes de atores sociais singulares como essenciais para compreender melhor o processo político, bem como suas transformações.

Neste caso, tanto Frey como Offe indicam a abordagem local para estudar e compreender as políticas públicas, suas respectivas ações e o acervo de recursos disponíveis. Contudo, Frey chama atenção para alguns perigos que rondam este tipo de abordagem ao comentar que *“corre-se, pois, o risco de considerar padrões de ação e estruturas observados e detectados..., os quais de fato estão presentes só conjunturalmente, como características inerentes de um certo sistema político-administrativo”* (Frey, 2000: 243).

Nesta perspectiva, as inovações da gestão em saúde estão centradas em três elementos: Estado, grupos de interesses privados (empresas e seguros de saúde particulares, principalmente) e Sociedade Civil, enquanto o carro chefe vem sendo as propostas de reforma do Estado, por estarem vinculadas diretamente à organização, à coordenação e à execução das políticas públicas.

Assim, a conclusão parece óbvia. A concretização do SUS como uma política pública se localiza em torno dos modelos de gestão, envolvendo, de um lado o Estado e seu aparato de organização de recursos para atender a sociedade e aos grupos minoritários, e de outro, a participação da sociedade civil através da organização de seus cidadãos. Contudo, não o é mais. Várias experiências municipais sobre as possibilidades de gestão do SUS têm apresentado diversidades no modelo político e tecno-administrativo indicando a inserção de outros elementos, advindos da fronteira entre Estado e Sociedade Civil e grupos minoritários, e da composição particular que forma cada um destes. As reflexões subseqüentes procuram revelar alguns destes elementos por meio de análise das experiências sobre gestão de Atenção Básica na região sul do Brasil.

2. As Políticas Públicas de Saúde ao Sul do Brasil.

As reflexões seguintes baseiam-se, especificamente, no que diz respeito à implementação da descentralização municipal dos serviços de saúde e das estratégias utilizadas à sua efetivação: a gestão de Atenção Básica em saúde e o controle social de participação popular. Nesta perspectiva, as experiências municipais no Brasil têm apresentado diversidades na fronteira dos modelos político e técnico-administrativo, emprestando às políticas nacionais uma *roupagem própria*, conforme características da realidade local. Considerando o contexto deste estudo, tomar-se-á alguns exemplos desenvolvidos na região sul do Brasil, a saber, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, para ilustrar algumas das questões comentadas no decorrer do texto. Isto também permitirá visualizar algumas tendências reservadas e outras que vêm se formando acerca do SUS, sobretudo no que compete ao processo de descentralização municipal.

A base de dados, apoiada em indicadores sociais obtidos através de instituições nacionais (IBGE, Ministério da Saúde, DATASUS) e locais (Secretarias Estaduais e Municipais e Regionais de Saúde) bem como estudos e relatos de pesquisas e experiências administrativas (em periódicos, eventos científicos, Internet), compõe o quadro para análise de como este processo vem se realizando. Muito embora, estes dados e seus registros, por vezes, se diferenciem entre os estados desta região, ainda assim é possível acessar informações significativas em relação ao processo de municipalização da saúde e suas estratégias.

Para efeitos desta discussão, sem depreciar os entendimentos diversos sobre descentralização, adotou-se a compreensão de Mendes: *"...um processo social cujo ritmo e conteúdos são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais. Enquanto processo, não é compatível com tempos políticos muito curtos nem pode ser implementado de maneira uniforme. (...) deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público. (...) A descentralização está, sempre, conotada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relativo do poder periférico"* (2001a: 17-19).

Neste sentido, correspondem ao âmbito da descentralização municipal (doravante denominada apenas como municipalização) as ações que se localizam sobre o espaço político-administrativo do município e que estão ao encargo exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde. Isto, por si só, tem feito da municipalização a estratégia central para viabilização das diretrizes e dos princípios do SUS, tornando-a um tema privilegiado em discussões, intervenções e avaliações envolvendo a questão da saúde no Brasil. Além disso, tem sido apontada por muitos autores¹²⁰ como um exemplo concreto da materialização de uma política pública de participação integrada entre Sociedade Civil e Estado brasileiro, portanto, um exemplo tangível da objetivação das relações entre ambos.

Guardadas as devidas considerações quanto às discrepâncias existentes entre municípios e estados, a região sul tem se apresentado como um diferencial na implementação das políticas e ações previstas pelo SUS, especialmente na municipalização. Em 1994, 192 (ou 66,20%) municípios do estado do Paraná e 277 (ou 83,18%) do Rio Grande do Sul, se encontravam aptos ao processo de municipalização na gestão plena da Atenção Básica¹²¹. Até 1996, 427 municípios no Rio Grande do Sul tinham aderido à municipalização dos serviços de saúde. Quanto a Santa Catarina, não se encontrou registro específico do total de municípios aptos nesta data, mas sabe-se que alguns municípios importantes do estado, entre os quais Joinville, Blumenau, Florianópolis e Criciúma, já haviam solicitado o cadastramento para o mesmo processo.

Neste momento a saúde passava a ser percebida como responsabilidade de fato destes estados e municípios, que, por sua vez, assumiam o processo de municipalização da saúde como uma forma de revitalização do poder local, prática e teoricamente. As Secretarias Municipais de Saúde, órgãos máximos responsáveis pela oferta de serviços de saúde nos municípios, adquiriram a condição de gestor local do SUS, devendo ofertar, como mínimo, serviços de atenção primária à saúde, mas podendo instalar outros serviços, conforme acordado ao nível das Comissões Bipartite e Tripartite. No estado do Rio Grande do Sul, foi criada uma cartilha sobre a municipalização, com a qual a Secretaria Estadual de Saúde assessorava os municípios esclarecendo o repasse de recursos materiais e financeiros e subsidiava o treinamento dos recursos humanos.

¹²⁰ Entre alguns autores conhecidos se encontram Nilson Rosário da Costa, Eugênio Vilaça Mendes, Fernando Goulart, Gastão Wagner S Campos.

¹²¹ Cunha, R.E. (1994). Os Caminhos da Municipalização da Saúde no Brasil. *Revista Saúde*. Ano 1, n. 0, p 07-09.

A essa altura, as secretarias municipais se mobilizaram para habilitar seus respectivos municípios à gestão plena em Atenção Básica. O enfoque central se estabeleceu sobre duas estratégias além da elaboração do Plano Municipal de Saúde: a viabilização de serviços de atenção primária e a efetivação do controle social, ambos previstos pela NOB/96. Conforme o comentário feito no capítulo I sobre as mudanças que vêm ocorrendo na terminologia utilizada em relação aos níveis de atenção¹²², daqui para frente, as denominações empregadas no texto serão as de atenção básica (nível de atenção primário) e de referências em especialidades (nível de atenção secundário e terciário).

No que se refere à compreensão da importância da atenção básica como estratégia de organização dos sistemas municipais de saúde, Mendes (2001a) faz uma ressalva. Segundo este autor, como prática social no Welfare State (ou como o objetivo do projeto neoliberal para a saúde, em Campos (1997)), a atenção básica é tratada como uma espécie de atendimento seletivo e restrito a satisfação de algumas necessidades de grupos sociais em situação de pobreza, cujos recursos não possibilitam acesso a serviços mais complexos. Contudo, é a concepção caracterizada pela Carta de Ljubljana (1996) que fundamenta a atenção básica como estratégia resolutiva e de qualidade ao concebê-la como *“...uma filosofia que assegura que os serviços de saúde de todos os níveis protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem as doenças, reabilitem as pessoas e cuidem dos doentes em sofrimento e estado terminal”* (apud Mendes, 2001a: 113), e continua com as ações, que *“...deveriam reforçar a decisão conjunta pelo usuário e pelo prestador da atenção dentro de seus ambientes culturais específicos”* (apud Mendes, 2001a: 114).

Posteriormente, a Conferência Mundial de Saúde de Jacarta (Indonésia, 1997), reforçou e adequou a concepção de Atenção Básica à efetivação de ações individuais ou coletivas, com intervenções clínicas ou comunitárias, que devem atender às necessidades básicas das pessoas, ou aos cuidados primários: sanitárias, nutricionais, epidemiológicas, sociais, ambientais, políticas, educacionais, biológicas e terapêuticas. Buscando, sempre, promover à saúde, educar e orientar em relação à prevenção e ao tratamento de problemas endêmicos, ou de caráter epidemiológico. A complementação entre estas concepções,

¹²² Cf. neste estudo Capítulo I, nota de rodapé n.58: 34

segundo Mendes, deveria orientar a atenção básica no Brasil ao pretender um sistema integrado de saúde como tende a ser o SUS.

A tradução desta concepção na municipalização pode ser percebida no conteúdo do Plano Municipal de Saúde, ou Agenda Municipal de Saúde como adotado no estado do Paraná. Este documento é responsável por trazer o diagnóstico do município, as metas, os objetivos, a operacionalização de ações, programas e projetos e os recursos cabíveis a execução destes no setor da saúde.

Como exemplo, serão transcritos trechos do Plano Municipal de Saúde de dois municípios, Cascavel, no Paraná e Blumenau, em Santa Catarina. No Plano Municipal de 2001 de Cascavel definiu-se uma *“Agenda de Compromissos e Quadro de Metas compatíveis, estabelecendo os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, as metas e os indicadores a serem utilizados na sua avaliação. Esta Agenda, que servirá de base para o Relatório de Gestão de acordo com a proposta orçamentária atualmente em execução, tem os seguintes eixos de intervenção para 2001, sobre os quais foram estabelecidos os compromissos e as metas correspondentes: Mortalidade Materno-Infantil, Controle de Doenças e Agravos Prevalentes, Melhoria da Gestão, do Acesso e da Qualidade dos Serviços de Saúde, Reorientação do Modelo Assistencial e de Descentralização, Desenvolvimento de Recursos Humanos do Setor Saúde, Controle Social. A elaboração da Agenda, ora apresentada à apreciação do Plenário do Conselho Municipal de Saúde, pautou-se pela Agenda Estadual e Nacional, buscando adequar-se às características institucionais e epidemiológicas do Paraná”* (Secretaria Estadual do Paraná, 2002). Já o Plano Municipal de Blumenau, compreendido entre o período de 1997 e 2000, teve como finalidade *“...reorientar as práticas locais de saúde a partir da reorganização da estrutura e do funcionamento dos setores e serviços da Secretaria Municipal de Saúde, redirecionando-os para o caminho que aponta a Atenção Integral à saúde. Neste sentido, a implementação e o redimensionamento do Programa Saúde da Família (...) destaca-se na proposta central do Plano...”* (Plano Municipal de Saúde, 1997: 08).

A realização das proposições do Plano Municipal de Saúde depende, além do repasse dos recursos financeiros, da operacionalização e efetivação das ações, programas e projetos. Destes, alguns bem específicos refletem a atenção básica como: o Programa Saúde da Família (PSF), citado no Plano Municipal de Saúde de Blumenau; o Programa Capital

Criança, realizado em Florianópolis (SC), buscando garantir consultas de pré-natais e grupos de orientação às gestantes, além de acompanhamento pediátrico durante o primeiro ano de vida das crianças; as campanhas de prevenção e as ações de educação e orientação em relação a doenças como o diabetes, a tuberculose, a hipertensão e as DST/Aids, inseridas na meta de Controle de Doenças e Agravos Prevalentes, do Plano Municipal de Saúde de Cascavel; o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que prevê a capacitação de pessoas da comunidade local para promoção e orientação em condições de saúde, que é uma das prioridades do governo estadual à municipalização no Rio Grande do Sul; o PIÁ-2000, programa realizado em colaboração com a UNICEF, cujas metas são desenvolver ações de saneamento básico e de atendimento a crianças e a gestantes e de educação em saúde, visando diminuir a mortalidade infantil; o Projeto Mãos Dadas, com o objetivo de aumentar os recursos da saúde para a reforma e construção de unidades que prestavam os serviços de saúde, como postos e hospitais através da arrecadação de notas fiscais com a participação da população¹²³.

Programas como o PSF e o PACS e as campanhas de prevenção e promoção à saúde são as ações imprescindíveis de atenção básica em todas as esferas governamentais. A variação da implantação destas depende muito dos recursos que retornam aos municípios para o setor da saúde, conseqüentemente, da capacidade física e dos recursos humanos da rede básica municipal de saúde, mas também das proposições e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde. Já programas como o PIÁ-2000, o Capital Criança e o Projeto de Mãos representam uma adaptação dos governos locais ao cumprimento de outras exigências e metas das políticas nacionais de atenção básica como o acompanhamento da taxa de mortalidade e de nascimentos na infância, instalação de saneamento básico, melhoria na qualidade da prestação e do atendimento de saúde nas unidades de serviço.

Ações e programas como estes vêm sendo desenvolvidos ampla e continuamente pelas prefeituras municipais, entretanto, existem muitas controvérsias sobre a forma como organizá-los e conduzi-los. Do mesmo modo que isto denota a necessidade de flexibilidade, articulando diversos interesses e condições e de um processo decisório gradual com participação das partes interessadas na municipalização, denuncia que existem hábitos muito arraigados, derivados do modelo de saúde adotado nos últimos 60 anos no

¹²³ Dados obtidos através do *site* das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos citados estados e municípios.

Brasil, que ainda geram fortes resistências entre profissionais do setor à transição do sistema de atendimento tradicional para o de Atenção Básica à Saúde.

Alguns dados obtidos num estudo realizado em 2001 pela Secretaria Estadual de Saúde sobre os principais condicionantes dos problemas de saúde confirmam o comentário anterior. O estudo demonstra que o estado de Santa Catarina vem enfrentando problemas freqüentes em relação a aspectos sócio-ambientais e a capacidade instalada e oferta de serviços de saúde. A cobertura de saneamento básico do estado “...é extremamente baixa, sendo que a cobertura de água tratada é a menor no Sul do país e está abaixo da média nacional...”, uma das conseqüências disto é a alta incidência de *Leptospirose*, sendo considerada endêmica devido à ausência de tratamento de esgoto. A coleta de lixo também está abaixo do esperado. A análise dos dados a cerca da mortalidade infantil no estado levaram a concluir que “...56% das mortes em menores de 1 ano em Santa Catarina dizem respeito às causas perinatais e 10% às causas mal definidas, o que indica dificuldade no acesso aos serviços de saúde de assistência pré-natal e parto. As macrorregiões do Planalto Serrano, Planalto Norte e Meio Oeste apresentam as maiores taxas de baixo peso ao nascer; as do Extremo Oeste, Grande Florianópolis e Planalto Norte fazem menos que 4 consultas por gestante; as do Extremo Oeste, Planalto Serrano e Meio Oeste possuem as maiores taxas de mães adolescentes...”. Houve, também, o registro de “...que há uma alta concentração dos serviços de Alta Complexidade e baixa oferta dos serviços de Média Complexidade”, além da existência de hospitais com baixa resolutividade, “que apesar de oferecer especialidades básicas, possuem pouco ou nenhum recurso tecnológico, baixa cobertura em consultas médicas básicas em todas as macrorregiões, exceto na do Planalto Serrano que está dentro do esperado” (Secretaria Estadual de Saúde, SC, 2002).

Procurando a resolução para estes problemas, a Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, mediante projeto de consultoria, implementou em agosto de 2001 indo até dezembro de 2002, o Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde, o qual tem entre seus objetivos o investimento no fortalecimento técnico-operacional dos gestores locais de saúde, o debate do papel do Estado em face da evolução do processo de descentralização do SUS e a conseqüente

redistribuição de responsabilidades gestoras entre os níveis de governo: federal, estadual e municipal.

O Paraná e o Rio Grande Sul também desenvolveram alguns projetos como estratégias recentes para implementação de novas gestões locais e de reestruturação das gestões já efetivadas, especialmente visando requerer a habilitação a gestão plena do sistema de saúde, em nível estadual e municipal. No Paraná a Secretaria Estadual elaborou o Plano Diretor de Regionalização – PDR e o Plano Diretor de Investimentos – PDI em 2001 e a Programação Pactuada Integrada - PPI em 2002, após ampla discussão com os municípios do Estado.

No Rio Grande do Sul, um dos primeiros estados a implantar o Programa de Planejamento de Saúde, em 1994, foi elaborado o Projeto Municipalização Solidária (desde 1998), inédito no país, que presume a *“cooperação técnica e financeira do Governo do Estado do Rio Grande do Sul com os municípios gaúchos para a organização da atenção à saúde. Além da cooperação na organização dos sistemas de saúde com capacitações e assessorias contínuas, realizadas principalmente pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, prevê o repasse de recursos financeiros calculados a partir de critérios técnicos, diretamente do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde”* (Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2002). Em 1999 o critério utilizado para aplicação do Projeto foi o populacional, em 2001 outros critérios foram acrescidos: população total, população menor de 14 e maior de 60 anos, coeficiente de mortalidade infantil e prioridades municipais definidas pelo Orçamento Participativo. Cada município tem autonomia para decidir em que vai gastá-los, dentro da função saúde, desde que sua aplicação seja aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde.

Assim, uma das frentes a resolutividade destes problemas, é a capacitação dos gestores locais no entendimento da organização e funcionamento do SUS e seus respectivos modelos de gestão. Todavia, mesmo sabendo-se que o gestor local máximo destas políticas nos municípios e estados são as Secretarias de Saúde, a Constituição Federal é clara quando afirma que para *“...manter o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados...”* é imperativo (artigo 194, do Capítulo sobre Seguridade Social). Afirmando este e já definindo atribuições a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90 proferem, respectivamente,

que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem providenciar a definição de mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde e que a participação da comunidade na gestão do SUS acontecerá a partir de Conferências e Conselhos de Saúde, caracterizando o que se designa como controle social.

Tanto os conselhos quanto as conferências têm estruturas de organização e funcionamento que lhes são próprias. Para obter detalhes sobre este assunto é possível recorrer as Leis já citadas e ao Capítulo I.1, deste estudo.

Algumas características, porém, merecem atenção como, por exemplo, a dependência relativa entre eles. Essa relação torna-se visível no momento em que os poderes deliberativos e decisivos destes órgãos são requeridos e precisam seguir caminhos particulares como é o caso da liberação dos recursos do Fundo de Saúde para as ações na saúde. Para isto acontecer faz-se necessário que o Conselho aprove o Plano de Saúde. Em contrapartida, uma das etapas para a elaboração do Plano de Saúde antevê a realização da Conferência de Saúde.

Destacamos em Blumenau, a criação de um dos primeiros Conselhos Municipais de Saúde, em 1991, e do Fundo Municipal de Saúde em 1992, contribuindo para que este município fosse um dos primeiros em Santa Catarina a atuar no modelo de gestão em atenção básica, e da mesma forma agilizando a implantação do Programa Saúde da Família com repasses financeiros do governo federal ao Fundo Municipal de Saúde. A realização das Conferências Municipais de Saúde e suas deliberações, totalizando 04 até o ano de 2002, também trouxeram contribuições significativas a reorganização da rede básica municipal de saúde. Como marcos importantes incluem deliberações sobre a formação de um Código Municipal de Saúde (I Conferência, em 1994), mudanças na estrutura do Conselho Municipal de Saúde (II Conferência em 1996), implantação dos Conselhos Locais e Regionais de Saúde e pela definição dos processos de territorialização municipal da saúde, gerenciamento e planejamento local por unidade de saúde (III Conferência, em 1998), reestruturação ao atendimento da saúde mental no município (IV Conferência, em 2000). Estas duas últimas ainda se diferenciaram das anteriores porque sua organização final foi precedida por pré-conferências realizadas nos bairros, com a indicação e escolha de delegados representativos das microrregiões à Conferência Municipal¹²⁴.

¹²⁴ Cf. Capítulo I.1. deste estudo, p. 29.

O Paraná igualmente se destaca no que diz respeito à formação dos Conselhos de Saúde, pois foi um dos primeiros estados brasileiros a apresentar e instituir o Conselho Estadual de Saúde, em 1994, instalado oficialmente em 1995. Ao todo existem hoje 399 Conselhos Municipais de Saúde instituídos em todo o Paraná. Ao alcance das deliberações destes todas as conferências se sucederam com a maior regularidade, tendo a participação expressiva de todos os segmentos da sociedade interessados em saúde. Além disso, os Plano Diretor de Regionalização – PDR e o Plano Diretor de Investimentos – PDI em 2001 e a Programação Pactuada Integrada - PPI em 2002, já citados, são resultado de uma discussão sistemática e gradual entre os municípios e entre estes e o governo estadual. (Secretaria Estadual de Saúde, PR, 2002). Outra característica relevante esta na formação oficial do Conselho e da Conferência. A comunidade tem, nestes, sua participação institucional e formalmente legalizada no planejamento e gerência das políticas públicas de saúde a medida que tem garantido, com direito a voz e ao voto, seus representantes entre os demais conselheiros. Esses representantes, por sua vez, *“devem ser indicados por entidades, associações ou movimentos a que pertencem, e somente após ampla discussão interna ou com outras entidades e movimentos afins, caso das Plenárias Populares”* (Lacerda et al, 1997: 19).

Neste contexto, os Conselhos e Conferências de Saúde têm se transformado num instrumento fundamental ao controle social enquanto a estratégia da municipalização que tem fomentado, com maior ou menor eficácia, a articulação Sociedade Civil e instâncias governamentais (Federal, Estadual e Municipal), promovendo a descentralização de poder num nível ainda mais circunscrito: do governo local em partilha de poderes com a comunidade local. A despeito deste tipo de análise, a participação popular, na forma como esta estabelecida, suscita algumas críticas. *“Primeiramente porque estes canais formais tendem a aniquilar a criatividade, a espontaneidade e a vitalidade da população, principalmente em razão de suas burocracias. Segundo, porque existe um “grande despreparo dos serviços de saúde para esse contato com o outro, o sujeito pertencente às classes populares e ator fundamental do sistema”*” (Oliveira apud Unbehaun, 2002: 20). E também pela posição um tanto quanto inferiorizada do usuário em relação aos trabalhadores de saúde, em particular ao aspecto de informações e conhecimentos sobre o funcionamento político, técnico e administrativo do sistema de saúde. Nos Conselhos *“...os saberes dizem*

respeito tanto àqueles mobilizados na atenção ou cuidados – individuais ou coletivos – como àqueles referentes ao processo de gestão nas unidades. Para alguém exercer o controle sobre alguma coisa é necessário que tenha um bom conhecimento sobre o objeto que pretende controlar” (Cecílio, 1999: 32). No momento atual o usuário ainda é muito mais consumidor dos serviços já que apresenta como interesse principal ser bem atendido e ter seu problema resolvido imediatamente, mostrando-se indiferente a problemas da unidade de saúde, dos profissionais de saúde, ou mesmo de outros usuários.

O fato é que, embora a história das políticas públicas no Brasil, inclusive as de saúde, mostre uma tendência ao autoritarismo e a centralização do poder no Estado e, ainda, que se corra o risco da participação popular instituir-se somente a partir de formas institucionalizadas, a mesma ainda “...é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade e que ainda a participação institucional é apenas uma das formas de participação política” (Bordenave *apud* Unbehaun, 2002: 20).

Na fronteira destes processos e da interdependência entre eles ressaltam-se tendências aos modelos de gestão. Ora preponderando aspectos mais informais, até contrapondo-se as legislações vigentes, com iniciativas mais arrojadas que buscam maximizar os recursos locais através da convocação à participação da Sociedade Civil nas gestões municipais de saúde, as quais podem “...*não ser quantitativamente representativa e pode, ainda, ser definida muito por conta dos mecanismos institucionalizados de controle social – conselhos, por exemplo – , mas fato é que o cidadão está passando a se aproximar, a vivenciar esta possibilidade de poder compartilhado”* (Unbehaun, 2002: 20). Ora apresentando-se mais institucionalizados e com transformações pontuais e iniciativas mais tímidas, preservando a intervenção estatal como característica principal. Neste caso, o Estado age como regulador na prestação dos serviços de saúde, tanto na esfera pública como na privada¹²⁵.

Deste modo, se multiplicam os elementos que têm se manifestado, ora diretamente, ora indiretamente no mosaico das políticas públicas de saúde e que são decorrentes da interação e do inter-relacionamento contínuos de atores sociais diversos, com interesses diversos e cujos impactos e efeitos podem ser detectados no âmbito da

¹²⁵ Estas tendências são amplamente discutidas em: Costa, N.R & Melo, M.A.C. de. (1998). Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no setor Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 1, Vol III. Rio de Janeiro: ABRASCO.

implementação daquelas políticas. Esses elementos, de certo modo, sempre distintos, contínuos e freqüentes, embora em sucessiva transformação no que diz respeito aos lugares e aos significados que ocupam nos determinados momentos da história, representam condições que delimitam os caminhos das políticas públicas de saúde e sua efetivação para atores, autores e instituições em todas as dimensões e esferas.

Apresentar aspectos das políticas públicas de saúde no Brasil e ao mesmo tempo apreender como alguns dos seus conceitos principais se transformam em ações em municípios e estados do sul brasileiro constituíram o objetivo principal deste capítulo. O passo seguinte traz duas preocupações. A primeira é relatar como se organizam as ações de atenção básica em saúde considerando a heterogeneidade de uma realidade local, expressas pelos atores nela inseridos. A segunda é analisar estas expressões, de forma a lhes respeitar a singularidade sem, contudo, perder de vista os aspectos que lhes são genéricos na vasta e diversa composição do Sistema Único de Saúde. Serão apresentados os resultados obtidos na pesquisa de campo sobre como se organiza a atenção básica nos ambulatórios gerais da rede municipal de saúde de Blumenau.

CAPÍTULO IV

A AVENTURA DE TRADUZIR A REALIDADE EM PALAVRAS - apresentação e análise dos dados pesquisados

O conteúdo deste capítulo está apresentado em três momentos. O primeiro recorda, resumidamente, os pressupostos teóricos e metodológicos que orientam este estudo. O segundo descreve as etapas da pesquisa, incluindo a definição do local e dos informantes. O terceiro, e último momento, apresenta e analisa os resultados obtidos através do levantamento de campo. Acredita-se, desta maneira, que uma descrição das etapas adotadas durante o processo de investigação adquire um caráter informativo para outros pesquisadores e leitores.

Durante esta pesquisa também como no decorrer desta exposição duas inquietações mantiveram-se presentes. Uma quanto ao cuidado do *como* apresentar as etapas da pesquisa e as contribuições dos informantes de maneira a manter-se próximo da sua fidedignidade. A outra inquietação surgiu do *como* analisar os dados e os resultados, mantendo uma postura de respeito à heterogeneidade e à singularidade de uma realidade local sem, contudo, perder de vista os segmentos que lhe são genéricos na vasta e diversa composição do Sistema Único de Saúde.

A importância de se conhecer os pressupostos que embasam o método escolhido está na possibilidade de respeitar as inquietações antecedentes e no reconhecimento de diferentes concepções, enquadres e problematizações que as diversas áreas de conhecimento podem utilizar na abordagem da realidade. Em outras palavras, o método define o conjunto dos procedimentos do qual o pesquisador serve-se para atingir seus objetivos, buscando uma relação de afinidade entre a metodologia e o tema em estudo.

O método qualitativo possibilita, ao mesmo tempo, conhecer as especificidades quanto às origens do tema e distinguir o sistema dinâmico das relações que o formam. Além disso, enfatiza mais o processo da pesquisa do que o seu produto final, o significado e a intencionalidade das respostas dos informantes que sua freqüência. Enquanto o estudo de um caso avaliza a particularidade do tema enquanto unidade singular e, da mesma forma, comum a um sistema maior, possibilitando a generalização sobre alguns enfoques.

Por fim, a opção pela abordagem fenomenológica completa a triangulação com a metodologia qualitativa e com o estudo de um caso. Correspondência esta que se consolida pela maneira como abordar o fenômeno, descrevendo-o a partir da sua própria realidade (origens e o sistema das relações), bem como enfatizando as experiências, as expressões e os significados dos atores envolvidos quanto às situações vividas. Além de considerar a pesquisadora como co-participante desta mesma realidade.

Os procedimentos para a coleta dos dados, entrevistas e observações contemplaram os pressupostos acima. As entrevistas serviram como estratégia à interação social entre os informantes (entrevistadora e entrevistado(s)), gerando informações pertinentes para o tema em estudo. Neste caso, correlacionaram-se dois tipos de entrevistas: semi-estruturada e estruturada. Através da entrevista semi-estruturada obteve-se maior flexibilidade na ordem e nos conteúdos dos assuntos mencionados, possibilitando a manifestação de temas mais reservados da realidade dos entrevistados, muitas vezes inacessíveis ao simples ato de pergunta e resposta, como: comportamentos, atitudes, pensamentos, idéias, opiniões, valores. Já a entrevista estruturada possibilitou o envolvimento de uma parcela representativa dos informantes, o que colaborou para a ocorrência de correlações entre uma multiplicidade de dados.

O método da observação participante, por sua vez, permitiu a pesquisadora uma ciência mais aprimorada da sua inter-relação com o ambiente e com seus informantes, favorecendo, por vezes, numa proximidade mais estreita e pessoal entre os atores envolvidos. Conseqüentemente, propiciou a pesquisadora aparecer como sujeito integrante e ativo do contexto, observando e sendo observada, agindo e provocando reações.

Para o tratamento dos dados elegeu-se a análise de conteúdo, que correspondeu à análise do teor das entrevistas, procurando assinalar os temas significativos a cada categoria de informantes para, em seguida, constatar possíveis correlações. Diferentes aspectos foram correlacionados dinâmica e dialeticamente, também por se mostrarem constituintes uns dos outros.

Entende-se que a composição destes pressupostos teóricos possibilitou a apreensão multidimensional e particular demandadas pela proposta de estudo, permitindo, ao mesmo tempo, a projeção dos resultados alcançados na pesquisa num contexto mais amplo e geral.

Para a viabilização da pesquisa adotou-se as seguintes etapas: procedimentos preliminares; coleta dos dados; organização e análise dos dados; apresentação e encaminhamentos dos resultados. Sendo que cada etapa possuiu encaminhamentos específicos. Para efeito de exposição, a apresentação de cada uma segue abaixo. Porém, a realidade dos acontecimentos mostrou-se bastante dinâmica à medida que uma etapa entremeou outra no decorrer da pesquisa.

Os *procedimentos preliminares* resumiram-se aos contatos com a Secretaria Municipal de Saúde e a fase exploratória da pesquisa. O contato com a Secretaria se realizou através da Superintendência de Desenvolvimento de Relações de Trabalho em Saúde e de Desenvolvimento Pessoal e visou dar-lhe conhecimento da proposta de estudo e requerer-lhe autorização para efetivá-la na rede básica municipal de saúde de Blumenau. Imediatamente após a aprovação, iniciou-se a fase exploratória com vistas a delinear mais claramente o tema estudado. Fizeram parte desta fase: uma pesquisa documental, procurando reunir materiais escritos que servissem de fonte de informação sobre o contexto escolhido: leis, planos, normas, pareceres, arquivos históricos e estatísticos, além de livros, jornais e revistas; e uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema. Esta etapa transcorreu de julho de 2001 até maio de 2002.

Posteriormente a estes encaminhamentos delimitou-se como local de pesquisa os ambulatorios gerais (AGs) da rede básica municipal de saúde de Blumenau. A escolha por pesquisar nos AGs decorreu da sua atuação principal voltar-se às propostas de Atenção Básica (SEMUS, 1997). Além disso, os AGs vêm sendo submetidos ao processo de descentralização municipal da saúde como, por exemplo, o da saúde mental. Esta opção ainda se justifica por conta do conhecimento adquirido pela própria pesquisadora através da sua prática, na qual vivencia *de dentro* o processo de municipalização da saúde¹²⁶.

Conseqüentemente, a seleção dos informantes da pesquisa respondeu a dois requisitos principais. Primeiro, ao fato de que as ações de Atenção Básica atendem a determinações de instituições governamentais, cuja meta principal é de estender os serviços básicos de saúde a toda sociedade civil, o que envolve, de diversas formas, vários atores sociais. Segundo, a presença e o envolvimento destes atores no contexto dos AGs e com o tema escolhido, Atenção Básica. Dessa forma, a escolha definiu-se em relação aos

¹²⁶ Cf. nesta obra o Capítulo I, no qual a caracterização dos ambulatorios e das microrregiões em que se localizam encontra-se detalhada.

coordenadores, profissionais de saúde e usuários desses ambulatórios enquanto representantes autênticos da instituição governamental, da classe profissional e da sociedade civil, respectivamente.

Por fim, decidiu-se que os instrumentos utilizados para a coleta de dados seriam as entrevistas e os registros das observações, conforme justificado anteriormente. Com os coordenadores foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e as estruturadas com os profissionais de saúde e os usuários. Quanto a este segundo tipo de entrevista, utilizou-se um roteiro organizado sobre a forma de questionário para orientar os informantes¹²⁷. Havia, ainda, uma carta de apresentação acompanhando, cujo conteúdo apresentava instruções sobre como proceder ao recebimento e preenchimento do questionário¹²⁸.

Procurando uma maneira de assegurar ética, sigilo e fidedignidade aos informantes e a pesquisa, definiram-se alguns critérios. Quanto à participação dos AGs e atores envolvidos: deveriam se confirmar como voluntária, espontânea e anônima após ser realizado um contato inicial explicando as condições da pesquisa. Quanto a organização da pesquisa, a qual se previu o seguinte encaminhamento: primeiro a entrevista com o coordenador, em seguida entrega dos questionários aos profissionais de saúde e aos usuários; as observações aconteciam concomitante ou conseqüentemente a estes encaminhamentos. Dessa forma, se estabeleceu uma relação de interdependência entre os procedimentos visando, posteriormente, uma análise com base na triangulação dos dados. Assim, à medida que um dos procedimentos não ocorresse, a análise dos dados ficaria comprometida bem como a participação dos AGs na pesquisa. Em outras palavras, se formou um critério de coerência à realização e à participação na pesquisa. Quanto à identificação: a pesquisa previu o uso da terminologia comum e generalizada como AGs, coordenadores, profissionais de saúde e usuários, tanto no texto escrito como nos instrumentos de pesquisa (entrevistas e observações). Nos casos em que houvesse a necessidade de alguma identificação mais específica seriam usados códigos.

Quanto às entrevistas com os coordenadores, esclareceu-se que estas deveriam ser transcritas e devolvidas ao mesmo, que deveria conferir as informações, reafirmando ou solicitando modificações em vista de algum comprometimento a sua identificação pessoal, dos demais profissionais, da unidade, ou mesmo da microrregião. As correções gramaticais

¹²⁷ Cf. Anexo 05: 166-167

¹²⁸ Cf. Anexo 06: 168-169

ficariam por conta da pesquisadora, tipo palavras repetidas, concordâncias verbais, entre outras¹²⁹. Ainda ficou acordado que na dissertação não constariam as entrevistas na íntegra, mas apenas uma síntese delas¹³⁰.

Os questionários para os profissionais foram colocados dentro de um envelope, concordando que deveriam permanecer no AG, em lugar seguro, de livre acesso aos profissionais de saúde mas que, ao mesmo tempo, não implicasse em constrangimentos para que os mesmos pudessem respondê-los; ao lado, um segundo envelope seria deixado para postagem dos questionários já respondidos. Qualquer dúvida o profissional poderia entrar em contato com a pesquisadora. As entrevistas com os usuários foram realizadas enquanto esses permaneciam nas dependências do AG, conforme sua disponibilidade, sendo que a pesquisadora ficaria aguardando o preenchimento do questionário.

Houve casos em que os usuários abordados solicitaram que a pesquisadora preenchesse o questionário alegando “não ter letra boa”, “não saber escrever direito”, “ter vergonha de escrever”. O contato com os usuários também incluiu relatos de fatos e acontecimentos de suas histórias de vida, envolvendo ou não os serviços e suas condições de saúde, o que propiciou a proximidade da pesquisadora com os mesmos. Houve também algumas negativas justificadas pela “vergonha”, “por não entender do assunto”, “por não estar bem para falar”, ou apenas, “por não querer”, que foram respeitadas.

As observações aconteceram nas dependências do AG, após breve autorização da coordenação e, quando necessário, dos profissionais de saúde e dos usuários envolvidos.

A segunda etapa foi a *Coleta dos dados*, ou a etapa da pesquisa de campo propriamente dita, que se realizou de julho a dezembro de 2002. O objetivo foi coletar e registrar os dados obtidos através dos instrumentos selecionados. No entanto, antes mesmo que se pudesse dar início a coleta dos dados foi preciso contatar com os ambulatórios gerais. Esses encontros tiveram como objetivos principais solicitar a participação do AG, apresentar e esclarecer a proposta e a metodologia da pesquisa e produzir o primeiro contato entre pesquisadora e informantes no cotidiano do ambulatório. Ao todo foram contatados os seis (06) ambulatórios gerais localizados nas microrregiões da Velha, do Garcia, do Fortaleza, da Itoupava Norte, do Badenfurt e do Centro. O contato foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, que se dirigiu às sedes dos AGs portando uma carta de

¹²⁹ Cf. Anexo 07: 170

¹³⁰ Cf. Anexo 08: 171-174.

apresentação e a autorização da Secretaria Municipal de Saúde¹³¹. Em quatro (04) ambulatórios foi possível o encontro direto com os coordenadores¹³² locais; em outros dois, por ausência destes, a correspondência foi entregue a outros profissionais, realizando-se os encontros mais tarde.

No primeiro encontro, todos os coordenadores se mostraram interessados e disponíveis em colaborar com a pesquisa. Contudo, alguns entraves impossibilitaram que dois destes ambulatórios tivessem seus dados computados e analisados junto aos demais. Entre os entraves, a dificuldade em marcar a entrevista com um dos coordenadores dado a constante transferência de horários solicitada pelo mesmo, ou então, pela ausência deste nos horários e dias marcados para início da pesquisa, ocasionando, inclusive, na extrapolação do tempo-limite definido para a pesquisa de campo; e a não devolução da entrevista corrigida e avaliada por outro dos coordenadores, que resultou no não seguimento do critério de coerência definido anteriormente. No total, quatro (04) AGs participaram integralmente da pesquisa.

Paralelamente a estes contatos iniciais, promoveu-se uma testagem prévia dos instrumentos procurando adequá-los à compreensão dos informantes e à apreensão da realidade. Sem descuidar da fidedignidade e validade da pesquisa, providenciou-se o teste dos instrumentos com profissionais e usuários de unidades avançadas de saúde (UAS) que, de maneira semelhante aos AGs, atendem à proposta da Atenção Básica em Saúde.

Após este primeiro contato, deu-se início as entrevistas e as observações, considerando o critério de coerência, formulado na etapa de procedimentos preliminares.

A entrevista com o coordenador era marcada na sede do ambulatório, conforme sua disponibilidade e a disponibilidade da pesquisadora. Inicialmente a pesquisadora solicitava permissão para usar o gravador e esclarecia sobre os critérios da pesquisa. Para a pergunta inicial e, portanto, provocadora da entrevista adotou-se a seguinte questão: *Você poderia descrever detalhadamente as atividades que se desenvolvem no cotidiano deste ambulatório geral.* Com esta buscou-se o conhecimento das ações desenvolvidas pelo AG, conseqüentemente, abrindo-se espaço para falar do *como* estas ações se organizavam, *quem* as realizava, *a quem* e *a quem* atendiam. Os temas trazidos pelos coordenadores indicavam o

¹³¹ Cf. Anexo 09: 175

¹³² Os coordenadores dos ambulatórios são profissionais de saúde, que geralmente trabalham naquela unidade, indicados pelo superintendente da atenção básica, ou pelo gerente daquela microrregião ou ainda, pelo secretário de saúde, que também os nomeia.

fluxo das questões seguintes. A atenção foi característica fundamental deste momento, pois qualquer questão destoante poderia sinalizar uma falha de atenção da pesquisadora à fala do participante, prejudicando o vínculo estabelecido, ou que vinha se estabelecendo. A título de exemplo segue o trecho da transcrição da entrevista de um dos coordenadores:

“... Mas o que eu vejo é que o ambulatório tem um trabalho de atenção básica e prevenção à saúde embora também seja bastante praticamente curativo. Mas a proposta é de estar fazendo a atenção à saúde. Embora vejo que a gente pouco consegue fazer isso, de atenção e prevenção à saúde. A gente trabalha mais na prática curativa mesmo.

P. Atribui-se a algo, esta demanda maior pela prática curativa ?

C. Não sei. Eu acho que é todo um fator econômico e social que determina essa demanda, que a gente não consegue fazer o trabalho que deveria fazer de prevenção. É toda uma tensão econômica e social, mas também é da equipe profissional, do espaço físico...”

Após o término da entrevista, passava-se a entrega do questionário aos profissionais de saúde e às entrevistas com os usuários e também, às observações. Para o registro dos dados a pesquisadora utilizou-se de um mini-gravador e mini-fitas cassetes, questionários e um diário de campo.

Entre idas e vindas, cada AG foi visitado pela pesquisadora, em média, 06 vezes, num período de 05 meses. Os períodos de comparecimento ao AG se alternaram entre tardes e manhãs e entre os diferentes dias correspondentes da semana, procurando, assim, observar momentos diversos do cotidiano. Algumas vezes seguiu-se a indicação dos informantes da pesquisa quanto aos dias de movimento mais intenso¹³³.

As observações aconteceram simultaneamente às entrevistas, ou em períodos após estas, nas dependências dos ambulatórios que permitiram a presença da pesquisadora, pois alguns lugares eram reservados apenas aos profissionais e usuários, como os consultórios. Cabe aqui um parêntesis quanto às observações. Tendo em vista as inúmeras e diversas ações desenvolvidas no cotidiano do ambulatório geral, primeiramente, optou-se por observar os grupos de adolescentes e de gestantes e as ações de recepção e encaminhamento dos usuários. Entretanto, algumas situações advindas da própria realidade

¹³³ Cf. Anexo 10: 176, que reproduz através do Quadro 01 como a pesquisa ficou organizada segundo o tema, os atores envolvidos, o local e os métodos utilizados.

dos serviços prestados pelos ambulatorios, como a quase inexistência dos grupos de adolescentes e os raros horários dos grupos de gestante; e também do próprio processo desta pesquisa, como a incompatibilidade entre o horário de trabalho profissional da pesquisadora e dos grupos, redirecionaram as observações para dois focos principais: as salas de espera e os fatos ocorridos durante as entrevistas.

A etapa subsequente é a de *organização dos dados*, que se deu a partir de julho de 2002 até janeiro de 2003. Sobre esta etapa reuniram-se os dados obtidos nas entrevistas e nas observações. A pesquisa documental, realizada na fase exploratória, contribuiu com subsídios a respeito dos AGs, que auxiliaram na sua caracterização, como, por exemplo, suas principais funções e atividades¹³⁴ e os recursos humanos¹³⁵ disponíveis. Estas informações foram organizadas sob a forma de textos, tabelas e gráficos, que aparecem em várias passagens deste conteúdo, de acordo com sua necessidade de ilustração. O material qualitativo (entrevistas e observações) foi sistematizado em temas significativos, conforme previsto pela análise de conteúdo.

A sistematização do conteúdo das entrevistas se deu a partir da organização dos informantes em três (03) *categorias de informantes*¹³⁶: a) Coordenadores; b) Profissionais de Saúde; c) Usuários. Desse procedimento partiu-se para a condensação das informações através de temas significativos¹³⁷ que procuram traduzir as essências mais expressivas das informações; estes, por sua vez, resultaram em um conjunto de subtemas que assinalam diversos aspectos sobre os quais o assunto estudado pode ser observado, percebido ou mesmo, abordado.

Este mesmo processo foi realizado para as três categorias de informantes¹³⁸, mas apresentou dois diferenciais. Primeiro, as questões previamente estruturadas nas entrevistas dos profissionais de saúde e usuários colaboraram para uma descrição mais precisa dos temas significativos e dos aspectos. Enquanto que nas entrevistas dos coordenadores, o conteúdo amplo e nem sempre apresentando uma seqüência lógica de idéias, demandou mais tempo, atenção e detalhamento na análise, principalmente a respeito da descrição dos temas significativos. Ainda em relação às entrevistas dos coordenadores,

¹³⁴ Cf. Introdução.

¹³⁵ Cf. Anexo 11: 177 - Tabela 01

¹³⁶ Cf. Anexo 12: 178 - que traz a caracterização dos informantes da pesquisa.

¹³⁷ Cf. Anexo 14: 182.

¹³⁸ Cf. Anexo 13: 179, exemplos da sistematização das entrevistas.

foi elaborado um texto síntese constando das principais questões abordadas por cada coordenador. Estas sínteses tiveram como objetivo auxiliar na análise final dos resultados.

Ao todo foram assinalados, didaticamente, 11 subtemas que no cotidiano dos AGs, dos coordenadores, dos profissionais de saúde e dos usuários se entrelaçam, diferenciando-se apenas pela sutileza dos detalhes. Os subtemas norteadores desta discussão são:

1. Organização do cotidiano do ambulatório geral;
2. Participação do usuário no cotidiano do ambulatório geral;
3. Relações na equipe e entre os profissionais de saúde;
4. Os profissionais de saúde em relação aos usuários;
5. Relações do ambulatório geral com o usuário;
6. Relações do ambulatório geral com a comunidade;
7. Profissionais de saúde e as ações de Atenção Básica;
8. Os usuários em relação à Atenção Básica;
9. Recepção aos usuários no ambulatório geral;
10. Profissionais de saúde em relação ao ambulatório geral;
11. Necessidades dos usuários em relação ao ambulatório geral;

Neste momento, tem início a *análise dos dados*. O objetivo desta etapa foi descrever possíveis relações e articulações que se apresentaram no cotidiano do AG referentes à organização das ações de Atenção Básica, enfocando, também, as inter-relações entre as distintas categorias de atores sociais inseridos no mesmo contexto.

Os conteúdos das entrevistas, traduzidos sob a forma de temas significativos e de subtemas, bem como os registros das situações observadas passaram a ser considerados em relação à proposta de estudo, a qual permitiu, através de sucessivas correlações e comparações, detectar divergências, convergências e, como visto, também recorrências entre as informações obtidas. Um exemplo disto foi a analogia observada entre alguns temas significativos, que se repetiram em subtemas diferentes e, por vezes, apareceram nas três categorias de informantes. Um exemplo deste ocorrido pode ser o tema significativo "*falta de sensibilidade no contato com outros profissionais e com os usuários*", que aparece no subtema 3, que partiu do enfoque dos coordenadores, e tem equivalentes no

subtema 10, cujo enfoque de partida é o dos profissionais de saúde, e no subtema 11, advindo do enfoque dos usuários¹³⁹.

Alguns subtemas sobressaíram-se em relação a outros, como é o caso dos de número 1, 2, 3. Percebeu-se que este fato pode ter se dado em relação a alguns motivos como, por exemplo, o interesse ou conhecimento do informante sobre o conteúdo abordado; o assunto em questão intercalar-se com outros temas, ou mesmo, gerar temas derivados do primeiro e ainda, a possibilidade de traçar relações amplas entre questões de âmbito municipal e nacional.

Da mesma forma, houve subtemas que apresentaram conteúdos tão próximos e inter-relacionados que sua análise se procedeu conjuntamente, caso do subtema 1, que abarcou o enfoque de duas das categorias de informantes a dos coordenadores e dos profissionais de saúde; e também dos subtemas 3 e 10, que se diferenciaram apenas pelos enfoques dos coordenadores e dos profissionais de saúde.

A seguir, apresentam-se os subtemas que se constituíram e as suas respectivas análises, organizados conforme se entendeu as ênfases dadas pelos informantes e, do mesmo modo, procurando-se estabelecer um encadeamento entre as relações e inter-relações que ocorreram. Durante esta narrativa inclui-se depoimentos destacados diretamente das entrevistas, visando estabelecer uma visão mais clara da relação entre o estudo realizado e a realidade.

1. Organização do cotidiano no Ambulatório Geral

Este subtema traz temas significativos referentes às atividades, as ações, aos problemas existentes no cotidiano do ambulatório, as diretrizes políticas e as propostas do modelo de atenção à saúde, que, atualmente para os AGs, é o modelo de Atenção Básica.

O seu conteúdo apresenta-se bastante abrangente, entremeando-se pelos demais subtemas e, ao mesmo tempo, servindo-lhes como *pano de fundo* a suas pontuações. Seus temas significativos se agruparam de tal modo que este subtema se mostra comum a duas categorias de informantes - a dos coordenadores e a dos profissionais de saúde -, inclusive havendo reprodução de temas significativos como, por exemplo, *predomínio de*

¹³⁹ Cf. Anexo 14: 182 apresenta, a partir das categorias de informantes, toda a sistematização em temas significativos e subtemas.

procedimentos técnicos individuais e curativos, nos atendimentos e diferenciação na implementação de projetos e programas entre as microrregiões (AGs).

Assim sendo, procede-se a uma análise complementar e, do mesmo modo, comparativa deste subtema tomando como partida os depoimentos das categorias de informantes referidas.

Entre os muitos assuntos trazidos pelos coordenadores e pelos profissionais de saúde estão as dificuldades de viabilizar as atividades, tanto em função das demandas administrativas como das demandas técnicos-profissionais. Sendo que dois fatores são apontados como os principais responsáveis por estas dificuldades: a indisponibilidade de recursos materiais e humanos e a autonomia relativa dos AGs:

“- Por exemplo, dentro do padrão mínimo entra televisão, vídeo. Nós não temos. Precisa de algum trabalho que necessite desse material, tenho que me deslocar até a Secretaria, solicitar, reservar, buscar, trazer, usar, levar. Com o próprio carro. Tudo porque não dispõe aqui. Preciso de uma cartolina maior do que as que dispõem na secretaria; não vai ser comprado por lá. Tenho que dispor do meu dinheiro pra ir lá comprar a cartolina, pra fazer o que quero. Preciso de papel contact, não tem no almoxarifado. Pega e compra. É uma série de coisas simples que são difíceis de se conseguir” (coordenador).

“- No serviço público tu és limitado. Tu queres fazer uma mudança, se está mudança for interna daí é mais fácil. Agora, se envolver outros setores é a tal da burocracia. Depende da pessoa superior estar de acordo. Nem tudo que se propõe é visto como bom. É analisado pelo superior a ti, que já tem uma visão maior do que tu tens, vamos dizer. Já consegue perceber melhor, algumas coisas concorda, outras não. Argumenta, você também argumenta. Coisas internas, rotinas internas eu não tenho dificuldade. O mais externo não” (coordenador).

As observações registraram também algumas inadequações com relações a prática de atividades, de procedimentos técnicos e a estrutura física das unidades dos AGs, que podem ser decorrentes ou não da carência de recursos: instalações improvisadas e ou provisórias para vacinação e consultas; instalações inadequadas para usuários deficientes,

dificultando a sua acessibilidade ao serviço, como ausências de rampas e banheiros próprios; instrumentos técnicos expostos ao ar livre após utilização em exames; ausência de atividades como os grupos por falta de sala, ou por estas não comportarem o número mínimo de participantes¹⁴⁰; e ainda, a improvisação de materiais:

“- Eu preciso de frascos específicos para por soluções. Não tem no almoxarifado. Ou você tem a opção de arrumar um vidro e ficar forrando. Ou você vai lá e gasta R\$ 1,00 e compra, e equipa a tua sala. Outro exemplo, dentro do Ministério da Saúde, existe uma parte sobre a organização dos lixos dentro dos serviços de saúde, dos resíduos. E hoje...o que acontece com os resíduos das unidades de saúde? Tudo é misturado. Tudo vai para o mesmo fim e acabou. (...) Mas eu não disponho de muito sacos específicos para esta separação. Então, o que a gente organizou que vai por um saco desse num lixo grande. Os pretos nos lixos locais pequenos, onde é contaminado. As pessoas da limpeza vão juntar os pretinhos e vão colocar tudo dentro deste branco. Vão amarrar os pretinhos e por tudo dentro. Por quê? Porque a secretaria só compra de 100 litros. Ele é grande. Se usar em cada balde, que é pequeno, um de 100 litros, dá desperdício. Seria melhor comprar de 50 ou 60 litros” (coordenador).

“- É preciso estrutura organizacional voltada as nossas necessidades e a dos usuários, profissionais qualificados, estrutura física adequada, disponibilidade de verbas, de materiais, espaço físico, profissionais especializados, medicamentos” (Enfermeira).

A respeito dos recursos humanos as indicações ficam por conta da necessidade de equipes multiprofissionais nos diferentes períodos de funcionamento do AG – manhã, tarde e noite; da necessidade de atuação multidisciplinar e interdisciplinar, principalmente em ações de prevenção e promoção à saúde; da necessidade de capacitação continuada para os profissionais da base¹⁴¹, pois atualmente as capacitações estão centralizadas nos coordenadores. Contudo, cabe pontuar uma diferenciação existente a este respeito entre coordenadores e profissionais. Enquanto para os coordenadores os recursos humanos foram citados sobre um foco de necessidades a atender, para os profissionais este entendimento

¹⁴⁰ Como parte da normatização de produção de serviços prestados, existe uma tabela com definições e parâmetros acerca dos procedimentos realizados nos serviços de saúde, nesta tabela, grupos são considerados a partir de um mínimo de dez (10) participantes.

¹⁴¹ São os profissionais que se encontram no atendimento direto ao público como recepção, triagens e consultas.

partiu dos fatores considerados influentes e fundamentais ao desenvolvimento e a efetivação das atividades de Atenção Básica nos AGs como envolvimento, alta rotatividade:

“- Se for um ambulatório bem estruturado, com um suporte médico em todo o período que o ambulatório esteja aberto. Funcionamos aqui das 7:00 às 22:00 h. (interrupção – particular). Se a gente conseguisse uma cobertura médica, tipo de 3 em 3 horas (interrupção) então isso daria. É 12, 13, 14, 15 dividido por 3, por 5. Na verdade, nós temos...clínicos, que poderiam ser dispersos em todo esse período e ficaria médico em todo o período” (coordenador).

“- Precisa é ter uma equipe composta por: clínico geral, pediatra, ginecologista, enfermeira, auxiliares de enfermagem, dentista e psicólogo para orientar os grupos” (Enfermeira).

“- Eu acho que tem muita coisa que influencia como a capacitação profissional; o interesse; a alta rotatividade profissional; a autonomia da coordenação; as ordens superiores políticas, as mudanças de ‘alto pra baixo’; a falta de medicação, o atendimento médico e o profissionalismo” (Auxiliar de Enfermagem).

Estes itens serão explorados mais à frente porque aparecem como destaques de alguns dos próximos subtemas.

A questão da autonomia, também citada como fator de interferência direta na organização do AGs, implica diversas outras questões, entre as quais: a administração da carência de recursos; o desenvolvimento e efetivação das atividades, principalmente as ações de prevenção e promoção; o processo de descentralização; o papel e função dos AGs enquanto unidade de saúde e o papel dos atores inseridos neste contexto: coordenadores, profissionais de saúde e usuários:

“- A gente usa o colégio. Mas daí a diretora precisa de uma consulta e é aquela coisa... . “Ah, eu precisava marcar e como vou fazer...”. A gente marca a consulta. Embora o ambulatório não adote este procedimento, marcar consulta por telefone, a gente se obriga a fazer este tipo de coisa. Acaba concedendo a consulta. (...) Mas, pela falta de

coisas que temos. Se precisa do retroprojetor, tem que ir até a secretaria. (...) Aqui vai uma pessoa, é pertinho e pega. Então, essa troca. É uma troca de favores, infelizmente que não é correto. No meu ponto de vista não é. Mas a gente se obriga a fazer certas concessões para ter as coisas. Até porque eles também 'quebram os nossos galhos'. A gente não tem autonomia e se obriga a fazer isso" (coordenador).

"- O Papel do AG hoje é bem disperso. A gente não tem uma função definida. Tem que fazer a promoção, mas só promoção não dá. O usuário procura mais para o curativo. Ai a gente fica tentando fazer de tudo e acaba com tudo mesmo para fazer. A gente teve um caso com um doente mental. Isto é complicado porque o pessoal ainda não está preparado. A verdade é que o ambulatório funciona mais para a área preventiva. A gente tenta fazer este trabalho. Mas o que acontece é o curativo ainda. Mas não é só atenção básica e também não é só de curativo. Tem que fazer os dois" (coordenador).

"- O papel do ambulatório hoje é que a gente faz 50% de atendimento, porta de entrada de atendimento e 50% como referência para os PSFs e unidades avançadas que temos na região. A gente está aqui para isto" (coordenador).

Estas questões se entrecruzam no cotidiano do AG, diferenciando-se apenas por sutilezas de detalhes. Em seguida procurou-se assinalar algumas características e ações que, acredita-se, possam servir como norteadoras dessas sutis diferenças.

Em relação ao desenvolvimento das atividades, atendimentos e serviços existentes no AG, observa-se um predomínio de procedimentos técnicos, caracterizados por uma abordagem individualizada (consultas) e, geralmente, visando uma cura/resolução imediata, ou uma intervenção paliativa a problemática ou patologia manifestada.

As triagens de enfermagem¹⁴² e os atendimentos individuais dos médicos, foram citados como exemplos destes procedimentos, principalmente porque há uma vinculação entre ambos, diferenciando-se dos demais profissionais. Passar pela triagem de enfermagem é quase um pré-requisito para a consulta médica; 'quase' porque em casos de retorno não há esta necessidade. Quanto aos odontólogos, estes possuem além de um

¹⁴² Triagens, ou acolhimento, ou consulta de enfermagem é a abordagem inicial do usuário que chega ao AG; verificação dos sinais vitais, temperatura, peso, altura, medicações usadas, carteira de saúde, curativos, orientações e informações sobre condições de saúde e patologias, etc. Realizada, geralmente, pelos Auxiliares ou Técnicos em Enfermagem, tem como objetivo oferecer uma visão geral do estado do usuário ao profissional que fará o atendimento posterior. E quando necessário, priorizar as urgências frente a grande demanda.

espaço físico específico na maioria dos AGs, também realizam uma triagem à parte, embora muitos dados sejam comuns à triagem de enfermagem¹⁴³. Quanto aos demais profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, a vinculação com este tipo de triagem, inexistente. Nestes casos, a triagem é realizada pelo próprio técnico, considerando as muitas especificidades destas áreas:

“- você pode imaginar um ambulatório sem um serviço de enfermagem. A enfermagem é o elo entre médico e paciente. O trabalho nos AGs poderia se resumir assim: escriturários/enfermagem/serviços” (Enfermeira).

“- ...como auxiliar de enfermagem desempenho diversas funções: o primeiro contato com o paciente na triagem: pressão, peso, altura, temperatura; organizar consultórios, realizar procedimentos como: curativos, injeções, nebulizações, desinfecção de material utilizado, controle de estoque da farmácia, participo de campanhas de vacinação” (Auxiliar de Enfermagem).

Há também uma exacerbação de encaminhamentos burocráticos:

“- Vem pro Serviço Social. O Serviço Social é mais fácil porque a gente trabalha com agendamento, então não dá uma lista de espera tão grande. Cada processo é demorado para concluir, mas o atendimento é mais rápido. (...)O que demora é o processo. Tipo uma oxigênio-terapia. Tem que fazer uma avaliação sócio-econômica. Não que isso vá interferir. É mais uma burocracia, uma exigência pedida para todo mundo, independente da condição social. São esses trâmites que demoram. Encaminha, até que eles ligam para o fornecimento de oxigênio, aí tem que comprar uma válvula. Sabe, essas coisas emperram. São etapas” (coordenador).

A burocracia definida para organizar os serviços prestados pelo AG como benefícios sociais (disponibilização de medicamentos, exames e internações fora do domicílio - entenda-se, do município), encaminhamentos para os serviços de referência seja da própria rede de saúde, seja de outros setores da prefeitura, e ainda, a viabilização de

¹⁴³ Neste caso, as triagens são realizadas pelos Auxiliares de Odontologia ou pelos Técnicos em Higiene Dental (THD)

programas e atendimentos oferecidos no AG, bem como os registros epidemiológicos vem apresentando como conseqüências morosidades, confusões e muitos conflitos internos e externos ao ambulatório. Alguns dos reflexos destes conflitos é a sobrecarga ou acúmulo de funções pelos profissionais que, por sua vez, tem como conseqüências desavenças na interação da equipe de profissionais e na relação entre estes e os usuários e, em muitos outros casos, tem gerado também o desvio de função profissional, ou seja, a prestação de serviço por um profissional alheio ou não habilitado àquela função:

“- Vou dar um exemplo. A enfermeira tem uma série de atribuições que independem da parte administrativa. Às vezes, ela é cobrada por que tantos medicamentos estão vencidos. Mas ela também delegou para os auxiliares e estes correm atrás do atendimento da demanda e no fim alguém se perde, alguma coisa acontece. Muitas vezes prioriza-se o atendimento a demanda espontânea, esquecendo-se de alguns detalhes como verificar a data de validade dos medicamentos” (coordenador).

“-Agora veio do Ministério um novo formulário (para o benefício de medicamentos), Ligamos e pedimos ao usuário para quando vier buscar a medicação trazer os documentos. Certidão de nascimento, de casamento, carteira profissional, . (...) Temos um monte de dificuldades porque a gente tem que ligar para o usuário. Porque eles não vêm regularmente. Eles vêm de mês a mês para buscar a medicação. (...) A gente explica que é necessário para preencher uma ficha. O usuário reclama “de novo!” Trazemos o usuário até o auditório para realizar algumas medições que são pedidas. Um auxiliar coleta todos os dados, preenche o cadastro, fica a ficha pronta. (...) a gente vai mandando pra digitar. Mas é muito complicado. (...) A gente já avisou que a medida que tivermos pronto a gente envia para digitar, sempre pelo malote. Porque o malote daqui vai para a Secretaria. Na Secretaria que eles vão distribuir. Quer dizer, vai levar ‘uma semana’ para chegar na digitação” (coordenador).

As ações de prevenção e promoção à saúde também aparecem no cotidiano do AG, mas são mencionadas muito rápida e superficialmente. Além do mais, segue-lhes uma lista de necessidades e problemas, os quais acabam se sobressaindo ao relato daquelas:

“- É. Nós somos bastante teimosos mesmo sabendo que não dá para fazer temos profissionais apaixonados pela prevenção. Tanto da Odontologia como do Serviço Social, como da Enfermagem, médicos. Insistimos para que a prevenção não se perca, pois os profissionais estão sempre indo e vindo, onde se torna difícil estruturar qualquer projeto mais específico. Assim, vamos tratando, vamos prevenindo para não fugir do problema da doença. Quando eu iniciei aqui no ambulatório já tinham alguns grupos montados, de hipertensão e diabete. E aconteciam certinhos, todo mês. Só que com a mudança dos profissionais isso foi se perdendo porque entramos naquela rotina de atender a demanda espontânea ou agendada e os grupos foram sendo deixados de lado”. (coordenador).

“- em certos locais são efetivas, em outros não. Porém a um fator que rompe muitas vezes o trabalho: a rotatividade dos técnicos, a falta de estrutura física e a desmotivação dos profissionais pela falta de estrutura física” (Assistente Social).

Muitas destas ações e programas de prevenção e promoção têm sua origem em diretrizes e políticas definidas em instâncias superiores e alheias à realidade local, como o Ministério da Saúde. Tal fato tem provocado muitas discussões por parte dos coordenadores e profissionais de saúde porque as exigências que envolvem o processo de implantação e efetivação destas ações e programas têm se confrontado com as reais condições das comunidades e das unidades de saúde, entre as quais os AGs:

“- Ainda continua vindo a coisa muito pronta. O Ministério da Saúde faz uma campanha lá e estende para todo o Brasil e todo mundo tem que estar engolindo aquilo, mesmo que não haja esta necessidade. Eu acho que no discurso é muito bonito. Mas na hora que vai colocar em prática, não é bem assim. A gente fica se questionando se é realmente assim que deveria estar acontecendo, ou não. Tem que ver a característica da região. Até para o Programa de Saúde da Família é complicado” (coordenador).

Uma das diretrizes mais questionadas é a descentralização de atividades e programas, prevista no modelo de Atenção Integral à Saúde:

“-Eles procuram descentralizar os programas. Descentraliza DST, descentraliza Saúde Mental, tudo vai sendo descentralizado. Só que na ponta (nos ambulatórios e demais unidades de saúde), nós não temos profissionais para tocar essa descentralização, mesmo assim começamos a tocar. Mesmo aquele que está capacitado, que participa de capacitações. É muito diferente de um profissional que está dentro de um programa de saúde mental, que tem uma visão geral para nós aqui da ponta, que só participamos de capacitações. Quando chega um caso, tu vais pelo teu bom senso. Tu não tens conhecimento específico para aquela situação. A gente atende esquizofrênico, atende tudo. Mas de que maneira é correto aquilo que estamos fazendo? Até onde nossos médicos não ficam só fazendo ‘ao especialista’?” (coordenador).

Dessa forma, longe de agilizar os atendimentos e viabilizar o seu acesso, a descentralização tem provocado disparidade entre as ações e serviços oferecidos nos AGs, além de gerar conflitos e angústias:

“- Mas a gente percebeu isso, quando a gente precisava destes dados pra mostrar o número de atendimentos, que gera uma diferenciação entre cada ambulatório. Porque eu vejo que no ambulatório do... tem muitos programas que eu não tenho aqui. A demanda deles é diferenciada da minha. (...) Tu vais dando a cara pra bater, tu vais apanhando mesmo até aprender” (coordenador).

Se, por um lado, os profissionais de saúde não se disponibilizam ou se dizem despreparados, ou desmotivados para realizar certos tipos de abordagem (atendimentos em grupo), ou para atender certos usuários (principalmente aqueles de saúde mental):

“- A gente não consegue trabalhar, não dá pra fazer tudo junto. Ou você faz triagem, ou você faz grupo. Porque se você está na triagem, falta no grupo, se você está no grupo, alguém precisar estar no teu lugar na triagem. Tem que ter profissional pras duas coisas, não adianta querer que a gente, que já está aqui dê conta de tudo e mais um pouco” (Auxiliar de Enfermagem).

“- A gente precisa se capacitar porque a gente nunca fez grupo. A gente precisa saber o que é um problema mental porque a gente atende tudo aqui. Não dá pra atender sem capacitar” (Auxiliar de Enfermagem).

Por outro lado, as capacitações estão centralizadas nos coordenadores e a infraestrutura, na maioria dos AGs, se encontra inadequada para o desenvolvimento dos mesmos (recursos físicos, materiais e humanos):

“- No Clube Caça e Tiro até dizem que a gente usa mais que os próprios associados. Essa mediação para utilizar os locais, isso é possível fazer. Tanto que praticamente só usamos outros locais porque não temos condições de trabalhar com grupo, com certas pessoas, aqui não tem espaço. (...) A gente usa o colégio” (coordenador).

Quanto à implantação dos programas de prevenção que fazem parte das propostas do modelo de Atenção Básica, definidos também a partir da descentralização, sobretudo, aqueles direcionados a usuários hipertensos e diabéticos. Além da falta de capacitação já reclamada pelos profissionais de saúde, os coordenadores questionam a vinculação destes a realidade local da comunidade, colocando em dúvida a validade deste tipo de arranjo, bem como propiciando uma prova concreta de que muitas práticas definidas através de políticas não refletem a necessidade real dos usuários e comunidades:

“- A Secretaria de Saúde organiza os programas, muitos vêm prontos do Ministério de Saúde e são repassados para nós e a gente não consegue trabalhar dentro daquilo que eles pedem. Não por má vontade ou porque falta algo, mas porque cada realidade, cada região é diferente e às vezes não é bem aquilo que o Ministério de Saúde manda que é o indicado para nossa região. A gente tenta adaptar um pouco os programas, mas nem sempre tem dado certo (...). Não é uma crítica, porque tem que ter esses programas, esse tratamento para continuar. (...) Resolvem na Secretaria, ou quando o Ministério baixa uma norma ou uma portaria, tem que ser feito” (coordenador).

Relembrando o princípio da acessibilidade, o qual se define pelo acesso universal e indistinto de qualquer cidadão a quaisquer serviços de saúde, aparecem algumas situações que mostram os limites e dificuldades de cobertura ao usuário por motivos diversos como transporte insuficiente ou inadequado; inexistência ou insuficiência de atividades de acordo com as demandas apresentadas, desconhecimento do serviço; o número limitado de profissionais disponíveis a participar de atendimentos diferenciados, como é o caso dos atendimentos de grupo, sobretudo das áreas de psicologia e de medicina:

“- Uma das dificuldades é que estamos conseguindo fazer o grupo somente em um horário. Muitas mães já ligaram, pois gostariam de participar, perguntam se o grupo não poderia ser à noite, ou uma vez de manhã, pelo menos. Porque fazemos a tarde. (...) Muitas gestantes, a maioria inclusive, principalmente as que estão nos primeiros meses de gestação, trabalham ainda. Não é sempre que o padrão vai liberar. A maioria não libera. Para fazer mais grupos em outros horários tem a dificuldade de disponibilidade dos profissionais. Principalmente os médicos, que a maioria tem consultório, trabalha em hospital. Também pela própria disponibilidade em estar voltando fora do horário deles para estar trabalhando com o grupo. Outros profissionais não seriam problema, mas o médico em si, é mais difícil de conseguir isso.(...) Não é que ela não participa, a psicóloga. Mas, só vai naquele dia que é do grupo, não está sempre junto” (coordenador).

Uma das observações realizadas ainda chamou a atenção para a condição do transporte com relação a localização dos AGs. Enquanto alguns têm o acesso facilitado pela proximidade a terminais urbanos ou porque estão situados em pólos comerciais das microrregiões, conseqüentemente, mais acessíveis às linhas de ônibus urbanos; outros ambulatorios ficam afastados, dificultando o deslocamento dos usuários, especialmente aqueles que dependem do ônibus¹⁴⁴. Os moradores das zonas rurais aparecem também desfavorecidos nesta condição uma vez que, a exceção de um hospital e um ambulatório locados, aproximadamente, a 40 Km do centro da cidade, porém mais próximos destes

¹⁴⁴ Um exemplo pode ser o usuário que mora nos bairros adjacentes ao bairro central, onde se localiza o ambulatório geral. Às vezes, este usuário depende de dois ônibus para chegar ao AG; sem contar com o horário das linhas, que nem sempre são freqüentes.

moradores, as unidades de saúde¹⁴⁵ são o único tipo de atendimento disponível; e para muitos, o único meio de transporte é o carro, ou o ônibus em horários que chegam a variar de uma a três horas.

Há também a questão das responsabilidades que envolvem os diversos atores sociais presentes no cotidiano do AG. Considerada a partir do espaço ocupado e das ações que cada categoria de informantes entende como de sua competência. Os profissionais se restringiram a pontuar o cotidiano do exercício profissional, no qual acontecem os atendimentos técnicos e as demais atividades e, conseqüentemente, que eles vivenciam quase que diariamente¹⁴⁶, com poucas referências a temas mais amplos como as implicações pela implantação do modelo de Atenção Básica, por exemplo. Já os coordenadores mostraram uma posição variante quanto a sua autonomia, ou seja, quando na equipe, chama a responsabilidade das decisões para si, centralizando as deliberações internas:

“-Tem coisas que eu posso resolver. As internas, o funcionamento daqui de dentro quem decide sou eu. O que eu decidir está bem” (coordenador).

No entanto, ao referir a chefia superior, no caso, a Gerente Regional, declina do *poder decisório* [grifo da pesquisadora]:

“- Sempre passo para a minha gerente antes de tomar uma decisão. Nunca faço nada ou tomo decisão sem passar para ela. Prefiro assim, que é a melhor desistir no meio que depois de começado. Sempre que eu faço algo eu passo para ela antes. Peço a opinião dela. Acho importantíssimo a gente trabalhar junto. Tenho muita autonomia com a minha gerente, com a superintendente também” (coordenador).

Entretanto, existem algumas *brechas* no sistema que permitem articulações diversas quando o assunto diz respeito a viabilizar meios materiais ou para tornar atividades possíveis. Além de utilizarem a autonomia que lhes cabe no cargo, os coordenadores

¹⁴⁵ Cf. Capítulo I, que apresenta a contextualização dos serviços e unidades municipais de saúde de Blumenau.

¹⁴⁶ A carga horária semanal de alguns profissionais e o arranjo na forma dos atendimentos possibilita, muitas vezes, alternância nos dias da presença deste profissional no AG, daí o uso da expressão “quase que diariamente”.

recorrem a diversas saídas, desde o apelo as instituições da comunidade até o uso das instituições representativas da participação popular, como os Conselhos Regionais e Conselhos Locais de Saúde:

“- O Conselho é um bom apoio e tem bastante autonomia. Depois vamos até a Secretaria e conseguimos a aprovação. O Conselho Local é um argumento forte, depois é só tomar a atitude” (coordenador).

“- Cada unidade se organiza conforme a demanda que tem. O número de pessoas que é atendido. Cada um tem autonomia para gerenciar o seu próprio atendimento, neste sentido. Tem uns que já conseguiram avançar mais, que trabalham com agenda aberta. Outros ainda não conseguem. (...) Na questão de ampliação de espaço físico, por exemplo, se tem pouca autonomia neste sentido. A criação do Conselho Local é uma forma de estar buscando soluções para isso. Pressionando, por exemplo, a prefeitura, a própria Secretaria de Saúde, outros órgãos. Por exemplo, asfalto aqui na frente. Eu acho um absurdo a poeira que vem aqui. A própria formação do conselho dá mais força para o ambulatório estar propondo estas questões de melhorias” (coordenador).

Estes relatos indicam uma autonomia relativa, abafada por regras e normas, que se explicam na medida que são deliberadas por um poder maior (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência Regional) e institucionalmente reconhecido, ou então, subjugada por concessões de favores, que se justificam na tentativa de viabilizar recursos mais próximos e mais imediatos às necessidades reais do AG.

O conjunto destas constatações aliadas a dos profissionais parece cumprir duas funções recíprocas e contraditórias. Ao mesmo tempo em que estas situações são apontadas como estorvo para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica no AG, também são vistas como conseqüência da duplicidade de papéis assumida pelo AG: Atenção Básica e de Referência:

“- O papel do ambulatório hoje é que a gente faz 50% de atendimento, porta de entrada de atendimento e 50% como referência para os PSFs e unidades avançadas que

temos na região. A gente está aqui para isto. O ideal é fazer apenas referência, não seria para dar atendimento, consulta ou coisa assim” (coordenador).

“- Porque a gente acaba sendo referência para os Programas de Saúde da Família. Tudo que acontece lá que necessita de assistência social é encaminhado pra cá. Sou a referência para psicologia; todos os encaminhamentos de escola acabam vindo pra cá. Fonoaudiologia também. Enfermagem, o que não se resolve em Programa de Saúde da Família, acaba caindo aqui.(...) Para Pediatria somos referência, para Ginecologia; só não somos referência para clínica médica, que tem o clínico geral lá. (...) É bem disperso. A gente não tem uma função definida. Tem que fazer a promoção, mas só promoção não dá. O usuário procura mais para o curativo. Ai a gente fica tentando fazer de tudo e acaba com tudo mesmo para fazer. (...) A verdade é que o ambulatório funciona mais para a área preventiva. A gente tenta fazer este trabalho. Mas o que acontece é o curativo ainda. Mas não é só atenção básica e também não é só de curativo. Tem que fazer os dois” (coordenador).

Assim sendo, as conseqüências desta dupla jornada se projetam nitidamente no cotidiano do AG, seja na organização gerencial da unidade a cargo dos coordenadores, seja na prática técnica do profissional de saúde, seja na procura dos usuários. Ou ainda, nos atendimentos, programas e serviços oferecidos. Ou também, nas condições da unidade de saúde: espaço físico, materiais, equipamentos, higiene, localização.

A princípio, este subtema nos ofereceu uma idéia do cotidiano do AG partindo da percepção dos coordenadores e dos profissionais de saúde, através da qual foi possível perceber que na configuração deste cotidiano múltiplos fatores e elementos se cruzam tecendo uma rede de relações, ora interdependentes, ora unilaterais, as quais também se diferenciam de acordo com a situação vivida e ou com o foco priorizado.

Os subtemas seguintes apresentam, de um modo ou de outro, relações com o subtema *organização do cotidiano no ambulatório geral*, até porque são recortes mais específicos acerca de tópicos que apareceram explicita ou implicitamente nas análises acima.

2. Participação do usuário no cotidiano do Ambulatório Geral

Este subtema mantém-se no foco da anterior, o cotidiano do AG, todavia, se apresenta particular aos usuários porque parte dos seus conhecimentos, suas informações sobre o ambulatório e sua participação quando inserido neste contexto. Abordados sobre o que conheciam a respeito do ambulatório, os atendimentos que já haviam se utilizado, ou que utilizavam e os motivos que o levavam a procurar o AG, os usuários revelaram alguns indicativos sobre a representação inicial deste local, bem como de sua presença no mesmo:

“- Sei que é para ajudar as pessoas que estão passando mal. Eles atendem a comunidade aqui que é bem grande, marcam consulta e avisam sobre exames e os remédios. Têm médico, gineco, enfermeira, assistentes sociais, psicólogos. Tem vacina e remédio” (usuária, 23a).

“- o que me traz aqui é consulta com médico e dentista, farmácia, curativo para meu filho, encaminhamentos para Policlínica (oftalmologista para o filho)” (usuária, 30a).

“- não tenho condições de pagar as consultas particulares e porque tem mais médicos que nos outros postos” (usuário, 28a).

Duas condições sobressaem quanto à procura e à presença do usuário no AG: uma vinculação direta ao estado de saúde das pessoas e às suas condições financeiras. Quanto às condições financeiras o argumento é quase unânime, significando não se ter condições de pagar uma consulta particular ou um plano de saúde. Quanto as condições de saúde, a presença do usuário parece se dar sempre frente a uma necessidade de saúde (doença, acidente, verificação dos sinais vitais), a qual encontrará satisfação completa na consulta com algumas das especialidades, ou na utilização dos serviços como exames e farmácia. Neste sentido, os usuários demonstram conhecer as especialidades e os serviços oferecidos, também como a maneira utilizada, pelo AG de sua região, no atendimento: agendamento por telefone, ou direto no AG; apresentação de carteira de saúde, de encaminhamento do posto local (PSF/UAS); retornos da Policlínica, triagens, entre outros. Alguns ainda diferenciam a abordagem entre os profissionais:

“- nem sempre os profissionais são preparados ou tem material para fazer exames. Profissional preparado tem que ser atencioso, perguntar quando as pessoas não falam porque têm vergonha, ser cuidadoso nos exames” (usuária, 54a).

“- varia conforme o turno (manhã ou tarde), às vezes é bom, às vezes não. Tem um ou outro que sempre tão mal-humorado: responde alto, não pergunta nada e vai pedindo pra tirar a roupa para examinar, depois passa a receita e manda perguntar na farmácia” (usuária, 36a).

“- há diferença de atendimentos entre os profissionais, uns têm paciência, outros são grosseiros” (usuária, 27a).

Esse tipo de observação ganha reconhecimento na fala de um dos coordenadores:

“- É uma questão que tem que ser bastante trabalhada aqui. Porque ainda tem muitos profissionais que acham que as pessoas vêm aqui, recebem tudo, que o atendimento é de graça e que por isso não podem reclamar. Este ‘de graça’, acho que não está bem claro na cabeça das pessoas, principalmente de muitos profissionais. (...) Outro dia cheguei e tinha uma pessoa que podia estar em qualquer outro lugar, menos atendendo outras pessoas que já chegam aqui com problema. É complicado. Se eu for agora falar, complica mais ainda. Atravanca mais o atendimento ainda (coordenador).

Apesar disso, existem muitos usuários que procuram o AG pela qualidade dos profissionais, pela diversidade dos atendimentos e serviços, para realizar exames e participar de atividades de promoção e prevenção à saúde, contrariando algumas opiniões expressas de sentido oposto:

“- bom atendimento, perto da minha casa e o bom atendimento de alguns profissionais: o médico, o auxiliar de dentista e a coordenador” (usuária, 42a).

“- prevenção, auxílio e orientações antes que fique doente. É preciso cuidar. Não posso imaginar se não puder trabalhar, ou depender de alguém pro resto da vida” (usuária, 62a).

Apesar disso, pode-se dizer que o conhecimento dos usuários permanece restrito quando entram em cena assuntos como funcionamento geral da rede pública municipal de saúde, principalmente tratando-se de encaminhamentos, outros serviços e atendimentos, direitos e deveres do cidadão em relação à saúde pública. E fica ainda mais confuso à medida que assunto vai se especificando como o conhecimento sobre as formas de participação popular: Conselhos, Conferências de Saúde; até tornam-se inexistentes para grande parte dos usuários:

“- Até tenho conhecimento do Conselho Local, mas participo pouco, vou mais nas reuniões da associação de moradores, que tem o orçamento participativo. Os políticos – câmara de vereadores – aparecem mais” (usuário, 31a).

“- Não sei. Do Conselho eu li ali (no mural), mas não sabia, não. O orçamento participativo já ouvi falar mas não sei o que é, não. Sou sozinha e não dá tempo pra participar de tudo. Tem os filhos, a casa, o trabalho, a escola...” (usuária, 43a).

“- Já ouvi falar sim. São umas reuniões que acontecem nos bairros pra pedir o que precisa, o que não está bom e tem que mudar” (usuária, 62a) – fez confusão com as reuniões do orçamento participativo.

“- No conselho são sempre os mesmos. Mas só tem o Conselho Regional, o Local ninguém se mexe. Nisso aí o pessoal é acomodado. Eu até participo às vezes, quando dá, mas falam muito e pouco se resolve. Precisava esclarecer mais o pessoal do que é o Conselho e tinha que resolver, porque daí acho que o pessoal via que resolvia e participava mais” (usuária, 42a).

Este subtema *participação do usuário no cotidiano do AG* parece indicar que, muito embora, o usuário mantenha-se inserido e usando dos serviços e atendimentos que dispõe o ambulatório geral, sua participação dentro do AG limita-se a sua presença nas consultas e a procura frente a sua condição de saúde. Suas informações ainda são muito superficiais e circunscritas a questões técnicas. Apesar disso, há aqueles que procuram informar-se e que se interessam em participar, os quais revelaram algum conhecimento mais amplo sobre as formas de representatividade popular (controle social), mas que

também expressaram certos incômodos quanto a sua participação, justificando-se através de suas condições de vida ou referindo-se ao *como* acontecem as discussões nestes espaços.

3./10. Relações na equipe e entre os profissionais de saúde

Surgindo, particularmente, da categoria dos coordenadores, este subtema assemelha-se ao subtema (10) *relações dos profissionais de saúde com o ambulatório geral*. Ambos os subtemas são indicativos das relações profissionais que se constroem no AG, contudo, diferem quanto ao enfoque. Enquanto este subtema parte do enfoque do coordenador o de número 10 parte do enfoque dos profissionais de saúde. Ainda outro esclarecimento se faz necessário para prosseguir esta análise. Trata-se da referência distinta quanto as expressões “relações *na* equipe” e “relações *entre* os profissionais”. No primeiro caso, a relação aparece contextualizada a partir de ações e interesses comuns a vários profissionais de saúde, sob responsabilidade ou não do coordenador. O segundo caso implica numa relação direta entre sujeitos que são profissionais de saúde da mesma ou de áreas diferentes, que não envolve necessariamente ações ou interesses comuns e que não se encontra mediada pelo coordenador.

Ambos os subtemas expõem o que parece ser um dos *nós* e pontos mais polêmicos aos trabalhos desenvolvidos pelos AGs e que diz respeito às diferenças existentes entre as áreas profissionais quanto ao envolvimento e atuação no serviço público de saúde. Esta constatação fica clara nas respostas dos próprios profissionais:

“- A assistente social aqui, ela é bem favorável ao coletivo. A Psicologia ainda tem uma certa restrição ao coletivo, que eu não sei por que. (...) Bom, tem existido problemas. Porque muitos médicos não cumprem a carga horária. (...) Dificulta um pouco porque a gente tem que dar explicações” (coordenador).

“- Para fazer mais grupos em outros horários tem a dificuldade de disponibilidade dos profissionais. Principalmente os médicos, que a maioria tem consultório, trabalha em hospital. Também pela própria disponibilidade em estar voltando fora do horário deles para estar trabalhando com o grupo. Outros profissionais não seriam problema, mas o médico em si, é mais difícil de conseguir isso. (...) Neste sentido

tem aqueles profissionais que fazem e têm aqueles que só vão naquele dia de trabalhar com o grupo. Por exemplo, afetividade, neste dia o psicólogo vai porque é ele que vai trabalhar o tema. Todo o restante do trabalho, que é importante estar junto, não tem” (coordenador).

“- Com exceção dos médicos, geralmente os demais profissionais auxiliam de maneira direta ou indiretamente. É sempre esta questão. (...) É muito difícil o médico participar. Um ou outro, temos um contratado que participa. Mas os outros estão sempre em função dos vários empregos que têm. Não sobra muito tempo. E os outros profissionais sempre há uma troca, tipo eu domino tal assunto, eu encabeço, você complementa e assim vai. Um ajuda o outro, neste ponto é muito interessante” (Odontóloga).

Além de confirmarem, estes depoimentos apontam que muito desta diferenciação acontece com relação a duas áreas profissionais: a médica e a psicológica.

Neste sentido, a pesquisa revela que do total de questionários respondidos pelos profissionais de saúde (53), três (03) foram respondidos por médicos e nenhum (00) por psicólogos. No entanto, profissionais de outras áreas também tiveram um número limitado de questionários, exceto os auxiliares de enfermagem, que compuseram a maioria dos questionários respondidos (26), mas não foram mencionados distintamente pelos informantes. Ainda há de se considerar, conforme anexo 11¹⁴⁷, que o número de médicos presentes nos AGs compõe um universo bastante significativo em relação aos demais profissionais, o que induz a manter-se uma interrogação quanto aos motivos que tenham levado um número restrito destes profissionais a responder o questionário. Ao mesmo tempo, fica-se tentado a pensar numa possível correspondência entre os relatos acima e a participação destes profissionais no AG.

Esta diferenciação é analisada pelos coordenadores sobre diversos ângulos: como sendo parte da formação profissional e cultural, como uma característica da personalidade até como uma necessidade de sobrevivência:

“- Eu acredito que um ponto é a formação profissional. Outro ponto é cultural que coloca eles ‘lá em cima’ e os outros ‘em baixo’ e de não acharem importante. (...) têm profissionais que se ajam os ‘donos do pedaço’. Que o mundo gira em torno do umbigo

¹⁴⁷ Cf. Anexo 11: 177

deles. Então, vejo que também é uma opção pessoal. Acho que quando a pessoa é comprometida e acredita e trabalha com aquilo que está fazendo, também vai trabalhar de uma forma diferente. Mas a própria formação profissional influi nisso tudo. Acho que são formados para vir aqui e não enxergar mais nada além daquilo, e vão trabalhando” (coordenador).

“- Essas questões são de relações de trabalho. (...) Tudo isso tem que se administrar. (...) Fora às questões políticas que existem. São os motivos políticos, as proteções políticas. É tipo assim, de te avisarem: “Se eu fosse tu não mexia com tal pessoa porque ela tem ‘as costas quentes’”. É daquelas que a conversa é direto com o secretário. É uma realidade. Existem as concessões. Também é muito a questão da personalidade da pessoa, sabe. Tem pessoas que são criadas dentro de uma cultura, dentro da medicina. Esses profissionais como ‘vou fazer dinheiro’, ‘eu tenho que fazer dinheiro’” (coordenador).

“- As outras categorias a gente ainda consegue fazer com que se motivem ou participem mais. Agora o médico, eu não sei. De repente se ele fossem melhor remunerados, talvez. Porque tem pessoas que gostam de trabalhar no SUS. Só que em função do salário, na concepção deles ser muito baixo, eles pegam vários empregos, tem clínicas, hospitais e não dão conta. Não conseguem fazer um trabalho como deveria de ser” (coordenador).

Além disso, atreladas a estas questões, aparecem algumas *denúncias* [grifo da pesquisadora] que também interferem na relação de equipe do AG e entre os profissionais alcançando âmbitos superiores ao coordenador do AG:

“- Quando o médico chegar, já tem um ou dois triados pra ele atender e vai completando as 3 horas que é para eles ficarem aqui. Alguns não ficam. Ficam duas horas e meia. Mas acho que já foi um avanço porque antigamente eles ficavam 20 minutos, 1:00 hora. Se outros profissionais cumprem, nada mais justo que eles também cumpram, independente das mil atribuições que eles tem por aí. (...) Não ficam às 4 horas. Nunca vão ficar. Uma hora eles têm pra locomoção. Independente se é perto ou longe, todo médico trabalha só 3 horas” (coordenador).

“- A gente tem autonomia para decidir a coisa com os médicos só que a gente não tem apoio fora. Eles (refere-se a Secretaria Municipal de Saúde) até cobram coisas para a gente cobrar deles, só que na hora de tomar a atitude, não acontece. Isso é uma coisa que me decepciona bastante. Há uns seis meses atrás eu recebi um comunicado que era para controlar o horário de entrada e saída dos médicos no ambulatório. Cada dia. Isso é o caos! Uma que eu não tenho tempo para fazer isso. Outra, que eu não tenho gente disponível para ficar das 7 da manhã às 22 horas computando o tempo que eles ficam. Outro, que eles são muito folgados e já estão viciados em fazer aquela consulta rapidinha e vão embora. Não ficam no ambulatório. Eles não se empolgam de fazer uma consulta mais detalhada. As consultas são assim, mais ‘limpa banco’. A gente sabe que a realidade é esta. Isso me deixa frustrada” (coordenador).

“ Dificulta um pouco porque a gente tem que dar explicações (sobre o horário dos médicos). Infelizmente nós temos por carga horária e não por atendimento e tem que se cumprir a carga horária e não o atendimento. Fora as questões políticas que existem. São os motivos políticos, as proteções políticas. É tipo assim, de te avisarem: “Se eu fosse tu não mexia com tal pessoa porque ela tem ‘as costas quentes’”. É daquelas que vai a conversa é direto com o secretário. É uma realidade. Existem as concessões” (coordenador).

Estas denúncias [grifo da pesquisadora] foram comuns a todos os AGs informantes e encontram respaldo nas necessidades apontadas pelos profissionais em relação aos próprios, a saber os temas significativos como *necessidade de envolvimento e integração na organização das políticas e das práticas em saúde; alta rotatividade de profissionais entre as unidades de saúde das microrregiões; necessidade de desenvolver a relação interpessoal na equipe.*

Por outro lado, os profissionais de saúde são reconhecidos como um dos principais elementos de ligação entre a comunidade e o AG, especialmente pela forma de abordagem aos usuários:

“- O principal é a triagem do munícipe, aliada a uma boa coordenação, atenção, respeito, orientação precisa, respondendo prontamente as solicitações, a prevenção” (Assistente Odontológica).

“- Os médicos são atenciosos, conversam, examinam a gente. Antes tem o enfermeiro que mede a pressão, pesa; depois o médico faz outro exame – escuta pulmão, coração, respiração. Gostei muito, tem as diferenças alguns são fechados, alguns atenciosos, mas é normal, né?” (usuária, 46a).

Ao mesmo tempo, os profissionais pontuam algumas necessidades a serem contempladas que viriam em benefício ao trabalho de equipe no AG, as inter-relações entre os profissionais e as relações com os usuários, entre estas necessidades se encontram: implementação e consolidação de ações de prevenção e promoção, capacitação continuada aos próprios profissionais para maior conhecimento e melhor compreensão dos serviços e dos modelos de atenção, principalmente o de Atenção Básica previsto para o AG, o que poderia gerar maior envolvimento e integração dos profissionais nas políticas e práticas em saúde.

4. Os profissionais de saúde em relação aos usuários

Este subtema engloba as percepções dos profissionais a respeito dos usuários, destacando a sua participação bem como a sua informação sobre os serviços e sobre o funcionamento do AG.

Os profissionais de saúde apontam uma variedade de motivos pelos quais acreditam que os usuários procuram pelo AG:

“- necessidade financeira, pois muitas vezes não podem pagar uma consulta particular” (Auxiliar de Enfermagem).

“- nem sempre uma pessoa que procura uma unidade de saúde está com problemas de saúde. Às vezes a pessoa procura alguém que a possa ouvir, que lhe dê atenção” (Auxiliar de Enfermagem).

“- proximidade de sua residência, confiança nos profissionais que os atendem, facilidade de verem suas necessidades serem supridas, por já terem usufruído antes dos serviços e logicamente a gratuidade dos serviços” (Auxiliar de Enfermagem).

Porém, entre os relatos existe um predomínio daqueles que referem às condições financeiras dos usuários como o principal motivo para a procura dos atendimentos no AG.

Quanto a presença dos usuários no AG, a percepção dos profissionais se limita aos atendimentos e serviços oferecidos, sobretudo, as consultas de enfermagem e de médicos que, por sua vez, não conseguem atender a demanda:

“- Seria um caos total se não houvesse o trabalho dos AGs. Os serviços são constantemente procurados. A comunidade demonstra intensa necessidade destes serviços. As necessidades de procedimentos de enfermagem são atendidas, mas as procuras por consultas às vezes não atingem a todos” (Auxiliar de Enfermagem).

“- a comunidade procura o AG mediante uma sintomatologia, dor e doença. Se é gestante para acompanhamento; crianças, para imunização, hipertensos, para pegar o remédio e controlar a pressão e também para participar dos grupos” (Enfermeira).

Alguns profissionais parecem desenvolver uma análise um pouco mais crítica sobre esta questão, pontuando certos problemas derivados dessa demanda clínica e projetando-os em questões mais amplas:

“- os interesses nem sempre vão na mesma direção. As necessidades da comunidade ainda estão muito centradas no imediatismo do curativismo e pouca visão do indivíduo integral e comunidade, enquanto o ambulatório procura oferecer este atendimento mais integral” (Médico).

“- dentro da fonoaudiologia, em função da demanda, creio que as atividades ainda não são supridas. É possível maior integração ou melhor disponibilidade por parte do profissional para se envolver com as atividades disponíveis, principalmente grupos” (Fonoaudiólogo).

A amplitude destas colocações conduz a questões como a representação do usuário sobre os serviços de saúde, o comprometimento e a responsabilidade dos profissionais frente ao reconhecimento da comunidade na qual e para a qual trabalham e as reflexões sobre a necessidade de integração entre a prática profissional e as demandas do usuário.

A conduta dos profissionais de saúde, em termos de atitudes como atenção, educação, cordialidade, paciência também é considerada como um forte fator de influência na relação profissional de saúde-usuário:

“-o trabalho de equipe, reuniões periódicas, planejamento, o levantamento de necessidades do território, o ambiente e recursos adequados são fundamentais para o acolhimento do usuário de maneira que atenda adequadamente as necessidades deste, que vão além da consulta em saúde propriamente dita” (Fonoaudióloga).

“- o trabalho em grupo, união, cordialidade, disponibilidades de materiais necessários para a realização dos procedimentos, higiene, organização, pontualidade fazem os usuários gostarem da gente e seguirem as orientações” (Auxiliar de Enfermagem)

“- É uma questão de respeito mútuo, né? Se ele me ouve, eu também posso ouvir ele, né?” (usuária, 54a).

Os relatos dos profissionais de saúde apresentam a idéia de um usuário que vai ao AG apenas frente a um agravo de saúde ou por não ter condições financeiras suficientes para pagar um plano particular, o que pode explicar a existência de uma visão assistencialista dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde aos usuários.

Outro ponto que merece atenção refere-se a participação dos profissionais no processo de informação sobre o SUS. Muitos profissionais reclamam dos usuários que provocam demoras nos atendimentos em função de sua desinformação sobre os procedimentos:

“-Precisa informar mais. Chegam muito cedo achando que vão conseguir vaga mas, às vezes, nem é dia daquele médico” (Auxiliar de Enfermagem).

“-Tem que informa eles que não precisa vir aqui só por uma dorzinha, que tem gente que está mais grave e precisa da consulta” (Auxiliar de Enfermagem).

“- A população acha que será atendida mais rápido porque no ambulatório tem mais médico e nas unidades menores tem somente um. E não podemos negar a consulta. Tem que ter um jogo de cintura! Outros já se tratam há muito tempo com tal profissional e querem manter assim. É toda uma dinâmica cultural. Eles estão habituados a vir no ambulatório geral” (Assistente Social).

Na verdade, poucos profissionais parecem se preocupar com o esclarecimento do usuário acerca de seus direitos e de suas responsabilidades para com os serviços de saúde, por exemplo, informando sobre os Conselhos e as Conferências Municipais de Saúde, ou mesmo sobre o funcionamento e serviços disponíveis no AG:

“- acredito que a relação que se faz é de atendimento de sintomatologia, uma vez que não se conhece realmente a população atendida. As consultas caracterizam-se pelo pronto-atendimento. No há preocupação em esclarecer ou conhecer as reais demandas da comunidade” (Fonoaudióloga).

Durante as observações ainda registraram-se diversas situações que chegam a comprovar certo *descaso* [grifo da pesquisadora] por parte dos profissionais com relação aos usuários. Algumas destas situações referem-se ao usuário que não foi atendido após um período considerado de espera – entre 20’ e 30’-, ou então, teve seu atendimento transferido ou encaminhado para outra unidade ou setor, sem os esclarecimentos necessários. Ou mesmo tendo explicações restritas do tipo ‘não é dia deste médico’, ‘seu registro não consta nesta unidade, tem que procurar uma perto da sua casa’, ‘este encaminhamento não serve, pede um mais detalhado para o médico’, ‘não tem mais vaga, agora só amanhã para marcar’.

Outros registros revelam a conduta de outros profissionais como a de um médico que entrou na sala do coordenador durante a entrevista: entra sem bater e dirige-se ao coordenador sem tomar conhecimento da situação – entrevista – dizendo que quer dispensa para ir a um congresso e sem esperar qualquer resposta diz que se não tiver como

vai cancelar os atendimentos e conseguir um atestado de saúde. Exemplo ainda reforçado pelo relato de um dos coordenadores:

“- Eu tenho médico aqui que em 1:30 h atende 12; com receita, exame e tudo. Já aconteceu assim, o paciente chegou mais tarde, mas estava dentro do horário do médico, e eu liguei pra ele: “oh, tem paciente...ah, mais eu já avisei teu horário de trabalho. É o teu horário de trabalho”. Já cansei de fazer isso. Tu acaba ‘dando murro em ponta de faca’. Teve a questão de um outro médico que disse: “eu não vou poder ir porque eu vou ter que cobrir um horário de outro médico que está de férias no hospital”. Então eu disse: “como você vai fazer para repor?” Ele disse que não tinha horário para repor” (coordenador).

O que parece existir é uma diversificação da postura dos profissionais em relação aos usuários, que passa pela formação profissional e cultural, pela concepção política, pelo conhecimento dos profissionais sobre as políticas, os direitos e os deveres dos cidadãos, sobretudo, os relacionados a área da saúde pública e, como não poderia deixar de ser, pelas atitudes, opiniões e valores pessoais.

5. Relações do Ambulatório Geral com o usuário

As percepções aqui retratadas se remetem ao ambulatório geral, representado pelo coordenador, frente ao usuário que o procura. Assim, este subtema tem em seu conteúdo temas significativos que traduzem o entendimento dos motivos que fazem o usuário procurar o AG, bem como da situação deste frente ao funcionamento do ambulatório: *procura do usuário pelo AG muito vinculada a intervenção médica; definição de Atenção Básica relacionada a procedimentos técnicos individuais e curativos; pouco, ou desconhecimento geral sobre o direito público de uso (do Serviço Público de Saúde).*

Os coordenadores consideram que os usuários que procuram pelo AG o fazem em casos de agravos das condições de saúde, principalmente urgências médicas, e em busca de atestados de saúde como justificativas para ausências ou admissão em serviços:

“- O usuário ainda procura muito só quando está doente, quando precisa de um remédio, de um exame, de um curativo. E tem que ser na hora. Eles não têm idéia de algumas dificuldades que temos, tipo material para os exames” (coordenador).

Uma análise mais ampliada dos motivos considera também a questão social, especialmente no que se refere às condições financeiras dos usuários para manter um plano particular, e também o trabalho de informação e educação que deveria ser realizado pelos profissionais de saúde:

“- É toda uma tensão econômica e social, mas também é da equipe profissional, do espaço físico. Por exemplo, trabalho de grupo que é interessante para trabalhar estes motivos. Está difícil. A gente vê a mortalidade infantil ou a gestação que não chega ao fim hoje em dia, com tantos recursos. É quase um absurdo! Mas essas pessoas não são orientadas o suficiente. Não são atendidas o suficiente. É até interessante nós, profissionais, nos perguntarmos por que isso ainda está acontecendo. Por que a gente não consegue atingir estas pessoas. Será por que não temos profissionais o suficiente? Mas é pouco o tempo despendido; é pouco orientado; é pouco divulgado ainda” (coordenador).

Esta demanda é vinculada à procura pelas intervenções técnicas individuais e curativas, que, por sua vez, tem sua oferta reforçada na procura do usuário, o que parece formar um círculo vicioso de sustentação de ambos: intervenções técnicas individuais e demanda pelo curativo.

Como uma forma de *quebrar* um pouco com este *vício* e, ao mesmo tempo, tentar uma participação do usuário em ações de promoção e prevenção à saúde, os ambulatorios desenvolvem uma variação de fórmulas procurando mobilizar o usuário: ações de Atenção Básica vinculadas aos procedimentos técnicos individuais; cartazes distribuídos pela unidade; confecção de convites, entre outras. Apesar deste movimento, os coordenadores reconhecem que há um fator imprescindível para trazer o usuário para os grupos: a presença do médico:

“- E a mobilização da formação do grupo a gente fez através de cada profissional que acolhia. Fizemos um ‘convitezinho’, entregamos. Quando a gestante passava na farmácia, era reforçado. Quando ia para consulta da ginecologista, novamente era falado. Principalmente porque, ainda hoje, quando é a médica que fala é muito forte. Principalmente para iniciar a participação. A ginecologista que faz parte do grupo teve um papel muito importante (interrupção) porque ela convidou, incentivou as gestantes que atendia para virem ao grupo. (...) Colocamos os cartazes na sala de espera. (...) E grupo, como tinha colocado no começo, se tiver a presença de um médico junto, ele pode até não abrir muito a boca, mas enfim, que ele esteja junto, elas parecem atribuir um caráter de ‘coisa séria’, de que ‘vai valer a pena participar porque a doutora está presente’. No começo, infelizmente, tem que ser assim” (coordenador).

“- Porque para a gente cadastrar os hipertensos e diabéticos, a gente preferiu uma troca, que não é legal para o grupo. Porque elas deveriam vir para o grupo sem receber nada, mas aproveitamos isso para eles acostumarem. Para pegarem a medicação eles fazem o cadastro e para fazer este cadastro eles vêm para o grupo mensal. Todo mês eles vêm para o grupo. A gente mede a pressão, tem médico, psicólogo, às vezes tem fonoaudiólogo, às vezes tem fisioterapeuta que conversa” (coordenador).

Ao lado das campanhas de imunização, os grupos, mesmo que instáveis parecem ser as ações de Atenção Básica que possuem maior participação dos usuários, chegando mesmo a terem ‘resultados’ avaliados como satisfatórios pelos coordenadores. Observa-se que estes resultados referem-se a critérios subjetivos tomados pelos coordenadores, uma vez que muito pouco, ou nenhum dado é registrado sobre os grupos; a exceção de um ou outro profissional; ou projeto experimental que acontece:

“- nos grupos de hipertensos, diabéticos que temos. Eles participam, eles vêm todo mês. Eles retornam e falam em como a orientação feita os ajudou. Isso é importante e a gente vê a diferença da pessoa orientada para aquela que não foi orientada” (coordenador).

No que parece uma análise generalizada, os coordenadores enfatizam a desinformação dos usuários sobre o AG e sobre os demais serviços de saúde, sendo este, apontado como um dos fatores de despreparo deste usuário quanto a sua participação no AG e nas instâncias de representação popular. Este seria também o motivo pelo qual a parte governamental tem assumido a divulgação e a formação dos Conselhos de Saúde, e se feito presente como maioria nos mesmos:

“-A gente se reúne com o Conselho Local, que tem bastante participação de usuários. (...) Eu acho que ainda falta um pouquinho para que a comunidade ajude a tornar o ambiente bom. Precisa uma ação mais conjunta. Tem mais profissionais de saúde representantes do governo que o número de usuários” (coordenador).

“- Penso que a estruturação dos Conselhos ainda está muito a cargo da parte governamental, sim. Porque fomos nós, enquanto profissionais e parte governamental, que mobilizamos a unidade para estar montando o conselho” (Coordenador).

Esta maioria representativa é vista, por uns como vantajosa, por outros é questionada criticamente em relação a necessidade da própria comunidade estar-se mobilizando:

“- A odontologia sempre participa do Conselho Local. Estas pessoas da saúde conseguem argumentar mais junto ao Conselho para se conseguir as coisas” (Coordenador).

“- Não foi o contrário. Não foi a comunidade que veio a nós para pedir o conselho. Fomos nós que mobilizamos a comunidade. Eu penso que a comunidade, em sua maioria, não está preparada para trabalhar questões por si só. Tem algumas lideranças, como as associações de moradores que estão mais organizados. Ainda não tem essa conscientização de participação, de luta pelos próprios direitos. Por isso acaba sempre começando pela parte governamental” (coordenador).

6. Relações do Ambulatório Geral com a comunidade

Dando continuidade ao subtema anterior, este apresenta como conteúdo indicativo a participação popular dos usuários, vistos enquanto comunidade, em instâncias representativas do controle social, sendo que as instâncias citadas aqui foram os Conselhos Locais e os Conselhos Regionais.

Como se pode observar não há uma implantação completa e ordenada dos Conselhos de Saúde, pois existem microrregiões que possuem apenas um dos Conselhos. O mesmo acontece com o funcionamento destes na prática, que parecem não refletir uma organização definida em termos de participação e representação, pois a representatividade popular além de ser a minoria, como foi visto, repete aquelas lideranças locais já presentes em outras representações:

“- Nós aqui usamos muito nosso Conselho Regional. O Conselho Local não foi formado ainda porque no próprio Conselho Regional são sempre os mesmos que participam. Qualquer mudança que é feita é comunicada ao Conselho Regional. E este informa o Conselho Municipal” (coordenador).

“-Tem participantes da Associação de Pais e Professores do colégio, de algumas associações de moradores, das pastorais da Criança e da Saúde, basicamente são estes. Tem representantes da igreja católica, da evangélica não tem ninguém, embora o convite tenha sido feito. Os conselheiros são as mesmas lideranças da região” (coordenador).

No entanto todos os coordenadores concordam que os Conselhos de saúde são uma das formas para alcançar alguns objetivos do AG e da comunidade em relação à saúde, principalmente em referência aos assuntos que o AG possui pouca autonomia, como visto no subtema (1) *organização do cotidiano do AG*.

Do mesmo modo, os coordenadores reconhecem que há uma desinformação geral, que atinge profissionais de saúde e usuários, quanto a existência e, ainda mais, quanto as competências dos Conselhos, e que esta desinformação tem se projetado nas representações e nas formas de participação dos Conselhos:

“- As pessoas vão para reclamar. Não vão fazer uma sugestão para tentar melhorar. Ela só quer ser atendida em sua questão individual, o ‘probleminha’ dela. Mas também quando resolvido o ‘probleminha’ dela, não aparece mais. É toda esta questão cultural das pessoas, de participação para melhorar. De alguma forma acho que a gente também tem que estar atendendo isso dentro do ambulatório (...) O Conselho Local começou há pouco tempo, o pessoal não conhece o suficiente, não tem tanta participação. Há mais participação no Conselho Regional, que tem mais tempo. Mas como já falei antes, eles participam quando eles querem falar alguma coisa. (...) A maior responsabilidade está ficando, porém enquanto, a cargo da parte governamental. Ainda não se criou, não sei se é um ‘espírito de participação’ e também de responsabilidade sobre o funcionamento da unidade. A responsabilidade de a saúde estar funcionando é do pessoal que trabalha no ambulatório. A população ainda não se sente responsável, para dar uma resposta mais concreta aos problemas, por estar melhorando o trabalho” (coordenador).

O que se observa é que embora os profissionais de saúde e coordenadores venham tomando a frente da organização dos Conselhos de Saúde, esta parece acontecer obedecendo a uma determinação institucional, não ocorrendo qualquer iniciativa anterior de conscientização e informação da população quanto ao o que é, como funciona e quais as funções dos Conselhos de Saúde. Tal processo acontece paralelamente a formação dos Conselhos, o que leva a supor que seja uma das causas da repetição das lideranças locais que, teoricamente, já possuem algum conhecimento acerca da representação popular junto ao governo público.

Ainda merecem reflexão, conforme apontado pelos coordenadores, o fato dos Conselhos, um espaço criado para promover a integração com a comunidade, estarem se tornando redutos dos profissionais de saúde, no qual, conseqüentemente, vem prevalecendo a discussão de questões pertinentes e exclusivamente ligadas a resolução dos problemas desta categoria. Além disso, os Conselhos tem adquirido o status de *lugar para reclamações* [grifo da pesquisadora], tanto por parte dos profissionais como dos usuários, ou até a reclamação entre ambos. O que conduziria a deturpação do objetivo-mor para o qual os conselhos foram criados: atuar na formulação e controle de efetivação das políticas

e ações de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal, incluindo aspectos econômicos, financeiros e gerenciais técnico-administrativos, sempre considerando a realidade local.

7. Profissionais de saúde e as ações de Atenção Básica

O conteúdo que caracteriza o subtema de título acima responde a uma questão previamente estruturada que solicitava o entendimento do profissional sobre o que era a Atenção Básica¹⁴⁸. Embora as questões permitissem flexibilidade nas respostas, não houve indagação mais minuciosa junto aos profissionais a respeito das inúmeras características atribuídas, por isso se entende que este conteúdo expressa uma idéia entre tantas sobre a representação da Atenção Básica para os profissionais de saúde.

Neste sentido, percebe-se que a idéia de Atenção Básica prestada pelos AGs resume-se a três atividades principais: atendimentos técnicos e curativos, com predomínio da abordagem individual em consultas médicas e de enfermagem; campanhas de imunização e grupos de orientação, sendo entre estes últimos são priorizados grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes, conforme normas definidas pelo Ministério da Saúde:

“- As pessoas vão para reclamar. Não vão fazer uma sugestão para tentar melhorar. Ela só quer ser atendida em sua questão individual, o ‘probleminha’ dela. Mas também quando resolvido o ‘probleminha’ dela, não aparece mais. É toda esta questão cultural das pessoas, de participação para melhorar. De alguma forma acho que a gente também tem que estar atendendo isso dentro do ambulatório” (Assistente Social).

“- orientação aos pacientes na prevenção de doenças, principalmente DST, AIDS, diabetes e hipertensão. Para participar dos grupos” (Médica).

De forma geral, estas atividades atendem a duas características básicas: as necessidades emergenciais do usuário, de preferência com resolutividade ao nível do próprio ambulatório e as orientações nas necessidades básicas do ser humano, entendidas aqui como: higiene, alimentação, imunização e prevenção à doenças:

¹⁴⁸ Cf. questão 02 do questionário dos profissionais de saúde.

“- É dar condições ao usuário de ter o primeiro atendimento ao procurar o SUS, a porta de entrada para o usuário, tentando dar resolatividade aos seus problemas sem necessariamente encaminhá-lo para referências em setores secundários e terciários” (Auxiliar de Enfermagem).

“- para mim, é todo atendimento básico: consulta, passar informação de autocuidado nas necessidades mais básicas e prevenção de doenças, distribuição de medicamentos, vacinação e devido encaminhamento para especialidades e exames específicos” (Auxiliar de Enfermagem).

Mas entre os profissionais de saúde existem ainda aqueles que reduzem ainda mais o universo da Atenção Básica, atribuindo-o a intervenção de uma área em específico:

“- são os primeiros procedimentos feitos ao paciente na clínica médica geral, na pediatria, ou na ginecologia” (Auxiliar de Enfermagem).

“- é o atendimento preventivo e curativo, principalmente em relação à imunização, pré-natal, puericultura, controle básicos de saúde (ex.: hipertensão) em clínica médica” (Médico).

E existem aqueles cuja compreensão é mais ampliada, tanto ao nível teórico como na prática e que apontam a importância de uma equipe multiprofissional e de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, dado a abrangência que a Atenção Básica lhes parece ter:

“- Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações para o bem estar dos usuários. É o atendimento preventivo, educativo, a promoção à saúde, bem como o atendimento de ponta nos bairros, ambulatórios, unidades de saúde que visam a prevenção, não apenas o curativismo. E que por exigir uma demanda de ações tão diferente necessita o trabalho em equipe multiprofissional” (Fonoaudióloga).

“- Nível de atenção à saúde voltado ao atendimento das necessidades mais freqüentes da população. Deve voltar-se a ações de promoção de saúde, de grande amplitude procurando atingir o maior número de pessoas de formas eficiente e eficaz. São

instrumentos da atenção básica a formação generalista, o olhar holístico, a escuta criteriosa para uma intervenção resolutiva e humanizada” (Fonoaudióloga).

“- é a promoção de saúde a comunidade. Envolve, na minha opinião, tanto promoção de saúde quanto exercício de cidadania” (Assistente Social).

Além disso, a presença de algumas condutas, por parte do profissional quando em atendimento ao usuário, parecem ser consideradas, por muitos, como indispensáveis:

“- conversar e tentar entender o paciente colocando-se muitas vezes em seu lugar e auxiliando na medida do possível com responsabilidade, humildade, ética e segurança” (Auxiliar de Enfermagem).

“- é cumprimentar o paciente, ouvi-lo e procurar atender as suas necessidades da melhor maneira possível com atenção, educação e simpatia” (Auxiliar de Enfermagem).

Desta maneira, a Atenção Básica, conforme o entendimento dos profissionais de saúde, apresenta características diversas como a coexistência de ações de prevenção e promoção à saúde e de ações curativas; atendimentos que procuram responder as necessidades de atenção individualizada e cura ou alívio imediato do agravo no estado de saúde; necessidade de equipe e intervenções multiprofissionais considerando a natureza dos problemas dos usuários e, por fim, a necessidade dos profissionais se conduzirem através de uma postura ética e profissional, dispensando a atenção necessária ao relato do usuário para delimitar a medida mais adequada a sua queixa.

Assim, o que os profissionais entendem como Atenção Básica vai de encontro aos temas significativos e características que foram nomeados principalmente no primeiro subtema analisado, bem como perpassa os demais subtemas.

8. Os usuários em relação à Atenção Básica

Neste subtema o conteúdo se refere as percepções dos usuários a respeito da Atenção Básica. Confirmando algumas percepções que apareceram em outros subtemas, o

usuário revela desconhecer a expressão *Atenção Básica*, contudo, ao ser questionado sobre os serviços e os atendimentos do AG que utiliza, sua resposta vai de encontro ao que os profissionais de saúde apontaram como sendo ações de Atenção Básica desenvolvidas no AG:

“- Quase todos. Consulta com médicos, dentista, curativo, farmácia, Clínico geral, gineco, assistente social para passe de ônibus, psicóloga para o filho, grupo de gestante para minha filha” (usuária, 67a).

“- Hoje vim para pedir exames dos pulmões, coração porque a gente está ficando velho e tem que se cuidar. Tem que prevenir, né?. Eu estou com alguns sintomas de L.E.R. por causa da minha profissão. E tem a vista também. A gente tem que se cuidar” (usuária, 54a).

Porém existem aqueles que apresentam algum conhecimento. Geralmente são usuários que possuem alguma informação mais detalhada sobre os serviços de saúde, ou porque são representantes na participação popular, ou porque participaram de algumas reuniões regionais, ou ainda, porque em suas idas ao AG tiveram acesso a algum cartaz, ou folheto que trazia informações sobre Atenção Básica:

“- É o bom atendimento a quem procura o ambulatório, favorecendo as necessidades que a população precisa, de pessoas que não estão muito doentes. Pessoas que precisam só de uma prevenção” (usuária, 16a).

“- Atendimento, acompanhamento da saúde de determinada região, com prevenção, promoção e tratamento em situação não complexas. Acho que é isso, só não sei como acontece isso” (usuária, 40a).

“- É os postos menores – estes que tem os PSFs que vão a casa, cadastram. Mas lá em casa passaram uma vez só, deixaram uma tabela para visitaçãõ e não voltaram (há mais de ano). Mas acho até que funciona, principalmente para quem é idoso, não precisa ficar andando de ônibus; às vezes não tem carro e precisa pegar 02 ônibus” (usuária, 20a).

Os usuários ainda mostraram, embora mais precários, alguns conhecimentos sobre a existência dos conselhos e a sua finalidade, apesar de que estes comentários não pareceram muito favoráveis e ou entusiásticos a participações nestas representações:

“- Tenho conhecimento do Conselho Local, mas participo pouco porque já vou nas reuniões da associação de moradores” (usuária, 22a).

“- Não conheço, não. Até já ouvi falar dos conselhos e do orçamento participativo, mas não participo porque dá muita briga e sempre é à noite, a gente está cansada, chega do trabalho, tem filho para cuidar, casa” (usuária, 27a).

“- Conheço o conselho, tem as reuniões que a gente pode falar o que quer, o que acha que precisa. É isso” (usuário, 27a).

“- Eu até participo às vezes, quando dá, mas falam muito e pouco se resolve. Precisava esclarecer mais o pessoal do que é o Conselho e tinha que resolver porque daí acho que o pessoal via que resolvia e participava mais” (usuário, 31a).

As reflexões sobre este subtema trazem a constatação de que o usuário não tem claro o que é a expressão Atenção Básica e da possibilidade de sua participação nas decisões sobre os serviços e ações de saúde a partir deste modelo, apesar de fazer uso dos mesmos. Também como oferece indicações que a forma como vêm sendo conduzidas as reuniões dos conselhos não lhe é muito agradável. O que, por sua vez, leva a refletir sobre os motivos que afastam ou mantêm os usuários desinteressados de assuntos como estes, não se podendo reduzi-los a uma simples explicação de falta de interesse, como revela o depoimento a seguir:

“- O usuário não participa do AG, só quer saber de ter o médico aqui quando ele precisa. Por melhor que seja o atendimento, o povo não participa dos programas, das campanhas e outros processos de melhoria. Só sabem criticar. Não tem interesse nenhum” (Enfermeira).

9. Recepção aos usuários no Ambulatório Geral

Este subtema apresenta características relativas a chegada do usuário ao ambulatório geral, ou melhor, à recepção que os usuários têm ao solicitar algum tipo de atendimento:

“- Os profissionais que recepcionam a população não estão preparados para tal função. Precisam passar por formação continuada e entender principalmente que não estão “fazendo favor” e sim prestando serviço que é de direito das pessoas da comunidade, inclusive eles próprios. Que o serviço não é gratuito e sim pago e garantido com dinheiro advindo de impostos que todos nós pagamos” (usuária, 42a).

“- Falta atenção e não tem vaga pra pediatra. Tem que esperar. Estou aqui desde às 7:30h. Primeiro me disseram que não tinha e eu saí. Ai cheguei no terminal e disse ‘perai, não vou sair sem a minha filha ser atendida’ e voltei, ai falei com a ... e ela disse que tinha para às 10:00h, fiquei esperando” (usuária, 27a).

O que se confirma neste relato de um coordenador:

“- Para deixar as mães mais descansadas ou para elas saírem sabendo que foram ouvidas e atendidas, já deixamos marcado para o dia seguinte. A pessoa, pelo menos, já se sentiu acolhida, já se sentiu atendida. Mas pelo menos ela sai da unidade sabendo que ela vai ser atendida, com certeza. Ela foi ouvida no seu problema, alguém já conheceu se importou com o seu problema. Porque quando a pessoa simplesmente chega ali no balcão e diz ‘não tem e pronto’, fica lá olhando para a parede. É complicado mesmo. O cartão de visita da unidade é o administrativo, por isso sempre digo: atendam bem, sorriam, ouçam primeiro o quê as pessoas têm para falar, porque às vezes nem escutam e já dizem que não tem. Tem uma série de coisas neste sentido que precisam melhorar” (coordenador).

Os relatos acima mostram que, muitas vezes, o usuário não é devidamente atendido em suas necessidades (mesmo que este primeiro atendimento tenha sido

considerado como um dos pontos principais da Atenção Básica pelos profissionais de saúde) e que se ressentem das atitudes e condutas que lhes são realizadas.

Ao que parece o *acolhimento* realizado não é satisfatório tanto aos profissionais como aos usuários, sendo necessário uma revisão ou resignificação desta prática através de uma re-leitura das necessidades dos usuários e da disponibilidade e qualificação dos profissionais, pois o vínculo entre usuário e AG parece depender bastante das atitudes e da maneira como são realizados os procedimentos nas relações entre profissionais e usuários.

Além destas facetas, outras são mencionadas pelos usuários como a falta de informação sobre o processo de cadastramento ao SUS, as burocracias para realizar este cadastramento e os encaminhamentos para outros setores ou unidades de saúde, e ainda o funcionamento do próprio AG:

“- É bom, mas se tivesse menos papel pra preencher. É carteira de trabalho, certidão de nascimento, comprovante de residência, de escola. E ainda tem que pesar, medir, tirar a temperatura” (usuária, 20a)

“- Os retornos demoram muito. Marquei ginecologista e pedi exames, até me deu um eletrocardiograma mas só tem retorno pra dia 08.10 (era dia 18.09) e se acontece alguma coisa. Acho que é preciso mais agilidade” (usuária, 57a).

“- Quanto a curativos é ótimo, mas precisa ter mais educação no balcão. Às vezes são muito grossos, diz que não tem e pronto, não vê se é urgente, não pergunta se pode esperar, nem informa o que precisa fazer, o horário, ou onde fazer” (usuária, 36a).

Neste sentido, os relatos dos usuários nos remetem as análises realizadas nos subtemas *relações do ambulatório geral com o usuário e os profissionais de saúde em relação ao usuário* que apresentaram, sobretudo, discussões acerca das relações entre usuários e profissionais de saúde. Também nos remete a pensar sobre quem é responsável em informar e divulgar as ações e os serviços prestados nos AGs das respectivas microrregiões. Então, algumas questões se colocam: cabe somente aos usuários ir atrás, por conta própria, em nome do interesse popular? Ou cabe somente aos profissionais de saúde à medida que os usuários aparecem nos AGs e nos Conselhos? Ou cabe a ambos,

considerando que, mesmo de forma distinta, os dois estão inseridos e participam do cotidiano do AG?¹⁴⁹

11. Necessidades dos usuários em relação ao Ambulatório Geral

Neste subtema se encontram temas significativos que retratam, talvez, algumas das necessidades mais prementes do usuário com relação ao ambulatório geral quanto as suas atividades, suas ações e informações sobre o seu funcionamento. Algumas destas se repetem em discussões de subtemas anteriores como a solicitação de menos burocracia, de maior sensibilidade por parte dos profissionais que atuam na recepção, de maior e mais adequadas informações sobre os serviços do AG e sobre as formas de participação popular (controle social).

Outras, entretanto, se referem a necessidades bastante específicas e direcionadas a efetivação dos diversos atendimentos, vinculando-se diretamente a maneira como o AG se organiza:

“- Mais médicos por causa dos casos de emergência. Não há condições de esperar e tem que ficar esperando e tem gente que precisa na hora” (usuário, 30a).

“- Tinha que fazer pequenas cirurgias, porque o meu filho precisou e tive que levá-lo ao hospital, lá no centro” (usuária, 36a).

“- Mais médico clínico geral e menos burocracia nas marcações de consulta. Tinha que definir os médicos por dia de semana e as vagas também, aí a gente já sabia quanto tinha a cada dia e não precisava ficar esperando” (usuário, 30a).

“- Clínico geral com médico '24 h', mais médicos, mais acompanhamento dos profissionais quando se faz um exame ou se usa o nebulizador” (usuário, 09a).

“- Precisa mesmo é intensificar a prevenção e promoção de saúde, com equipes multi e interdisciplinar, realizar e/ou intensificar os atendimentos em grupo e multi e interdisciplinar” (usuária, 42a).

¹⁴⁹ Recordar-se aqui que o subtema seguinte, correspondente ao número 10, foi analisado conjuntamente ao de número 3.

Muitas destas necessidades se refletem nas próprias necessidades dos profissionais de saúde como a intensificação de trabalhos multi e interdisciplinares, ou então, nas dos coordenadores como a redução das burocracias. Na verdade, ao se tratar das necessidades presentes no cotidiano do AG o que se observa é que muitas são comuns as três categorias principais, embora o enfoque de cada categoria seja diferente, especialmente, ao se considerar o espaço que os informantes imaginam ocupar e que realmente ocupam.

Estas expressões dos coordenadores, dos profissionais de saúde e dos usuários sobre sua participação, seus conhecimentos e suas percepções acerca do cotidiano no ambulatório geral formam um conjunto de representações, opiniões e idéias que retrata uma parte da rede pública municipal de saúde de Blumenau, pela qual circulam centenas de pessoas diariamente.

Os relatos e as situações observadas revelam um cotidiano constante, freqüente e rotineiro marcado por mudanças, diversidades e rotatividades que se explicitam a cada *chegada* do usuário, do profissional de saúde e do coordenador ao AG; a cada procedimento e ou atendimento realizado; a cada serviço prestado; a cada diretriz política elaborada e colocada em prática; a cada resultado alcançado; a cada *cura* e ou encaminhamento realizado; a cada saída do AG, do usuário, do profissional e do coordenador.

Mostram uma heterogeneidade de elementos técnicos, materiais, culturais, políticos, subjetivos e humanos que se apresentam no ambulatório geral instituindo e constituindo uma rede de relações e inter-relações, as quais provocam entre si e, às vezes, por si, as transformações rotineiras e imprevistas que caracterizam este cotidiano.

Assinalam ainda, em relação aos três atores sociais que participaram da pesquisa (coordenadores, profissionais de saúde e usuários) que a implementação do modelo de Atenção Básica à Saúde tem bases num processo que envolve os três níveis de discussão: instituição governamental, especialistas e sociedade civil. Cada um, por sua vez, trazendo para este processo suas especificidades, suas burocracias, seus conhecimentos e desconhecimentos, suas necessidades, suas vontades, suas verdades, seus compromissos e seus poderes.

É no cotidiano de um ambulatório geral, uma unidade de saúde situada em meio a uma comunidade, mais uma unidade de saúde no conjunto de unidades que compõem a rede municipal de saúde inteira que se pode observar a interdependência entre instituição governamental, especialistas e sociedade civil. Do processo mais simples como a recepção do usuário no AG, até o mais complexo como a descentralização das ações e dos poderes.

Não por coincidência, neste mesmo contexto e estas mesmas *falas* revelam o quanto dos modelos de saúde tradicionais, tão criticados por autores, pesquisadores, políticos e cidadãos comuns, continuam se mantendo e se reproduzindo na sociedade e em especial no discurso e na prática dos mesmos coordenadores, profissionais de saúde e usuários.

Concluindo esta análise é importante destacar que as entrevistas, mesmo aquelas realizadas através de questionários estruturados, não constituem relatos homogêneos. Muitas delas apresentam conteúdo que reflete as idéias acima, novas e ou antigas e que, certamente, merecem ser mais bem exploradas. Isto, contudo, não deve obscurecer o fato de alguns relatos terem se sobressaído a outros tendo em vista sua proximidade maior com o tema. Trazê-los à tona foi *uma* possibilidade, entre tantas mil, de provocar interrogações, dúvidas e reflexões a respeito de como este processo, do modelo de Atenção Básica, se constrói no cotidiano de uma unidade de saúde e, gradualmente, se projeta em níveis ascendentes e descendentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou compreender como se organizam as ações de Atenção Básica numa rede municipal de saúde, enfocando ainda as relações e inter-relações que se formam a partir do cotidiano em que se organizam estas ações. No momento, retomam-se alguns aspectos sugeridos a partir do referencial teórico da pesquisa como forma de realizar um balanço sobre as diversidades da realidade local, bem como sobre as dificuldades que enfrentam os municípios que se empenham na construção do SUS. O que será dito aqui remete a uma aproximação que, certamente, não reflete a realidade em todos os seus aspectos, também não cabe a generalizações desmedidas, mas sim à pretensão de formular algumas constatações que contribuam à reflexão do tema em questão.

A Atenção Básica é um modelo de atenção à saúde proposto por instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Banco Mundial e que, no Brasil, foi implementado através do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei Orgânica de Saúde (LOS). Enquanto um modelo operacional que visa atender ao cidadão em suas condições básicas de saúde, é o espaço no qual recebem destaque as propostas e as ações de promoção e prevenção à saúde envolvendo medidas de baixa complexidade. Sua efetivação tem se dado através de programas e projetos elaborados e indicados, conjuntamente, pelas organizações acima citadas e pelo Ministério brasileiro de Saúde como, por exemplo, as campanhas de imunização, as campanhas de orientação, informação e educação sobre DST/AIDS, os grupos de hipertensão, diabetes e puericultura que acontecem no ambulatórios aqui pesquisados.

O processo de descentralização municipal, ou seja, a municipalização dos serviços de saúde previsto no SUS tem desencadeado processos regionais em todo o Brasil, nos quais estados e municípios estão aderindo aos modelos de gestão dos serviços de saúde, conforme critérios estabelecidos pelas NOBs. Estes modelos de gestão objetivam uma reorganização dos serviços de saúde regionais e locais, que vem se realizando do nível federal para o municipal, ou seja, por um processo descendente. As redes básicas municipais dos serviços de saúde foram as primeiras a passarem por este processo através

do modelo de gestão de Atenção Básica, caso do município de Blumenau, Santa Catarina, em 1992.

Assim, a municipalização da saúde, é um processo de descentralização política, administrativa e técnica que se articula em função de um território, no caso, o município. Tem por objetivo a ênfase na criação de instrumentos e de estruturas que dêem aos municípios uma maior capacidade gerencial dos seus serviços de saúde em relação às demandas locais, sempre devendo levar em conta as variáveis geográficas, demográficas, epidemiológicas, culturais e os recursos em saúde já disponíveis em rede. Desenvolve-se sobre quatro eixos fundamentais: a assistência à demanda espontânea da população por serviços de saúde; ao desenvolvimento de ações e projetos orientados em dados epidemiológicos; a atuação dos serviços de saúde voltada para condicionantes e determinantes do processo saúde-doença; ao controle social como expressão da integração entre a participação popular e a administração pública (Mendes, 2001a; Brasil, 2001). O município está em constante transformação, portanto, a descentralização municipal é um processo contínuo, que deve considerar toda a complexidade da dinâmica social, econômica, cultural, geográfica e humana. Em função disso, a administração pública e a população local devem participar ativa e conjuntamente deste processo e seus pontos de vista devem ser reconhecidos para a reorientação efetiva dos serviços de saúde às necessidades locais (Goulart, 1996; Cunha, 1994).

Dessa forma, o contexto no qual se desenvolvem as propostas e as ações de Atenção Básica têm influência direta no processo de municipalização, ou, em outras palavras, as ações e as propostas de Atenção Básica *do* cotidiano dos ambulatórios gerais se configuram a partir dos elementos e das situações que existem ou que se constituem *no* cotidiano dos ambulatórios gerais. Tais constatações se relacionam com a realidade institucional, política e social do município de Blumenau em que acontecem e não apenas daquelas em que se organizam as ações de Atenção Básica em Saúde Pública.

A primeira delas é de que há uma relação entre o modelo de Atenção Básica em Saúde e a organização das ações realizadas nos AGs. A consideração conjunta dos dois processos permite caracterizar ambos como uma ação política e administrativa, na qual participam a instituição governamental, o especialista técnico e a sociedade civil,

respectivamente representados na pesquisa pelos coordenadores, pelos profissionais de saúde e pelos usuários.

A relação entre o modelo e as ações de Atenção Básica em organização na rede municipal de saúde de Blumenau representa as diretrizes políticas nacionais e internacionais para a saúde que vêm sendo estimuladas também em vários outros países pelos organismos internacionais já mencionados. Diretrizes estas que pressupõem uma ação planejada do Estado para, através das políticas públicas, criar condições e instrumentos necessários ao desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde com maior cobertura à população e menor custo (OPAS, 1994; Banco Mundial, 1993 e 1999).

O governo brasileiro vem procurando atender a estas diretrizes desde a elaboração e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Entre os princípios efetivadores estão o da integralidade das ações de saúde, o da descentralização das ações e das unidades que as produzem; o da acessibilidade aos serviços de saúde e o do controle social. Alguns têm seus reflexos direto na máquina do Estado, enquanto administrador das políticas públicas e sociais; outros se projetam mais densamente sobre a sociedade civil e sobre o setor privado (Campos, 1997; Offe, 1984; Laurel, 1994).

Dentre estes merecem destaque, em razão da análise apresentada nos subtemas 1 e 2, os dados da pesquisa relativos a descentralização, a acessibilidade e ao controle social.

A descentralização municipal dos serviços de saúde tem se caracterizado, em âmbito nacional, pela redistribuição de poderes administrativos, em relação à deslocação de funções e tarefas; e políticos, em relação à tomada de decisões (Mendes, 2001a). Agregam-se a estas características ainda a fragmentação de ações, a burocratização de serviços e instituições, a exacerbação de gastos, a duplicidade de ações e programas, a concentração do poder nas mãos de uma minoria, além da permanência de uma concepção marcadamente assistencialista e que ainda trata a partir da doença, estas últimas herdadas do século XIX (Costa, 1985 e 1998).

Neste sentido, esta pesquisa constatou que a descentralização dos serviços da rede básica municipal de saúde em Blumenau, tem refletido estas mesmas características. Isto fica claro quando tem início o fluxo de descentralização dos serviços e programas para os AGs, que repete o do governo federal: do nível central para o periférico sobre determinações de regras e exigências pré-definidas a nível central de equipe de trabalho, ou

no caso da Secretaria Municipal de Saúde, das Superintendências → Gerências Regionais → Coordenações Locais → Profissionais → Usuários. E ainda na duplicidade de papel e funções dos AGs, na autonomia relativa e subjugada a favores e na composição representativa dos Conselhos Regionais e Locais de Saúde referidos na análise do subtema 6. Mesmo com a realização das conferências municipais, a criação dos conselhos municipais e as mudanças no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o que a pesquisa apresentou é um processo de descentralização muito mais sobre o aspecto burocrático e formal de transferência de funções e tarefas, do que sobre o institucional político, que pretende o remanejamento de competências e responsabilidades decisórias e executivas, principalmente no que envolve a relação com outros atores sociais (Mendes, 2001a), que se confirmam pelas análises dos subtemas 1 e 6, onde se ressalta a falta ou a inadequação de informações por parte dos profissionais de saúde e dos usuários.

A pesquisa ainda revelou que tais situações têm tido impacto direto sobre dois princípios fundamentais do modelo de Atenção Básica em Saúde: o da acessibilidade e o da participação popular.

O acesso do usuário aos serviços de saúde prestados pelos AGs se encontra comprometido por diversos aspectos entre os quais: a burocratização; a defasagem, a inexistência ou a indisponibilidade de profissionais de saúde; a inadequação ou ausência de infra-estrutura adequada; o repasse ineficiente ou inexistente de informações e, enfim, o desconhecimento de profissionais e usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde e sobre seus direitos e deveres com relação aos serviços públicos de saúde.

Em relação a este princípio também se faz necessário registrar a observação quanto a possibilidade ou necessidade de se pensar sobre a capacidade de recepção da rede de saúde municipal enquanto disponibilização numérica de unidades de saúde por microrregião. Embora a pesquisa tenha apontado a necessidade de redimensionamento muito mais organizacional e funcional das ações dos ambulatórios gerais em relação a rede municipal de saúde do que em termos de espaço físico, a proposta de pensamento sistêmico aqui realizada conduz a necessidade de refletir sobre o redimensionamento da rede de saúde municipal enquanto espaço físico constituído e a se constituir adequadamente para o atendimento da clientela, que vem crescendo e se expandindo pelos arredores do município.

Segundo revelado nos relatos dos informantes da pesquisa, o desconhecimento de profissionais e usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde e sobre seus direitos e deveres com relação aos serviços públicos de saúde têm refletido também na participação popular, sobretudo, nos Conselhos Regionais e Locais. A maioria representativa dos conselhos se encontra com a parte governamental, enquanto os usuários têm sua representatividade garantida pelas mesmas lideranças locais, que se repetem em outros órgãos de participação popular. Esta situação reforça a observação anterior sobre o fluxo da descentralização e aponta para uma concentração de poder ainda persistente em torno da instituição governamental, além de contribuir na dificuldade à integralidade local das ações, tanto a nível interno da própria Secretaria Municipal de Saúde, como ao nível da intersetorialidade dos demais serviços municipais.

Dessa forma, conforme Campos (1997) e Mendes (2001a), a descentralização dos serviços de saúde não garante por si só a qualidade dos serviços, a acessibilidade do usuário e a efetivação do controle social. O que se observa é que há uma dependência que se projeta do contexto político social do governo nacional para o governo local, que, por sua vez, se projeta nas secretarias e seus respectivos serviços. Há ainda a necessidade de conhecimentos, conscientização, mobilização e organização dos técnicos e da sociedade civil em movimentos locais.

Questões como as citadas anteriormente têm dificultado, de maneira geral, a unificação do sistema público de saúde brasileiro não só pela implicação na reorganização de seu gerenciamento em cada nível de governo, mas porque tem provocado e requerido uma redefinição do papel do Estado e dos demais representantes públicos também como uma rearticulação entre estes e a sociedade civil (Costa, 1998). Além do mais, a proposta da descentralização do poder público vem se estendendo e se refletindo em outras áreas como a educação e os benefícios e programas sociais. Nestes últimos ressaltam-se a estruturação e atuação de organizações não-governamentais (ONGs) nas discussões e implementações de serviços à sociedade civil em geral e em parcerias com as esferas do poder público. Sendo que estas áreas também refletem algumas questões já registradas na área da saúde como fragmentação de serviços, burocratização exagerada, dificuldades no repasse de verbas, necessidade de articulação entre os participantes: governo, sociedade civil, instituições privadas e outros.

O debate sobre estas questões tem conquistado espaço e relevância devido a postura que o Estado tem assumido frente à condução das políticas públicas e das políticas sociais, adotando a idéia geral da política globalizante de que ao Estado cabe a tarefa específica de “regular mercados, estabelecer normas e certificar as capacidades de empresas e profissionais” (Laurell, 1998: 194). Pelos cortes de verbas e a redução no repasse de recursos às áreas sociais, dentre as quais a saúde, que têm se tornado cada vez mais explícitos (Negri, 2001; Cohen, 2002). E ainda, pelas desigualdades reais, sejam das condições dos serviços públicos de saúde, seja das condições de vida dos cidadãos, que têm crescido em proporções respeitáveis chocando-se com a igualdade definida e apregoada politicamente, sendo um exemplo do distanciamento que marca, atualmente, as políticas e as práticas em saúde pública (Medina, Aquino e Carvalho, 2000; Campos, 1997).

A segunda constatação faz referência à organização da Atenção-Básica como sistema, o qual permite observar momentos distintos e, do mesmo modo, complementares do próprio modelo de Atenção Básica.

No caso deste estudo, isto significa que a Atenção Básica presente nos AGs da rede municipal de saúde de Blumenau responde a duas conjunturas: uma, como um sistema singular constituído pelas inter-relações de seus elementos diversos. Outra, como elemento constituído de um sistema ainda maior que, por sua vez, também participa de outras conjunturas.

Neste caso, a conjuntura priorizada será a primeira, que caracteriza a Atenção Básica como um sistema singular. Contudo, Atenção Básica deve ser sempre considerada em suas articulações com outros sistemas equivalentes (por exemplo educação, assistência social e ou ambiental) e com os sistemas em que ocupa a posição de elemento agregado (por exemplo, o SUS e o conjunto de políticas internacionais para a saúde), caso contrário, pode-se cometer o equívoco de se polarizar sobre o princípio de totalidade (Morin, 2001), ou seja, analisar a Atenção Básica somente como um *todo* único, unidimensional e independente.

A construção de um sistema de saúde não se define, exclusivamente, através do modelo de Atenção Básica em Saúde. Mas como parte desse processo maior, o espaço ocupado pela Atenção Básica no cotidiano dos serviços de saúde repercute tanto em nível de organização e gerenciamento local, ou municipal como é o caso, quanto em nível

nacional como na elaboração das políticas públicas, contribuindo, quiçá, para uma aproximação maior entre as políticas e as práticas em saúde (Campos, 1997). Um exemplo disso, são as assessorais e consultorias que existem entre municípios dos estados do sul do Brasil: Blumenau-Porto Alegre, com relação à implantação do Programa Saúde da Família; Blumenau-Curitiba, com relação ao processo de territorialização, ou regionalização municipal.

Mesmo que a Atenção Básica presente nos AGs tenha se mostrado fragmentada em seus saberes e informações; reduzida, na maioria das vezes, a aspectos técnicos, burocráticos e financeiros; simplificada ao número de atendimentos oferecidos (vagas) e à execução de propostas, muitas vezes, alheias às necessidades reais da comunidade e as condições dos AGs e dos profissionais de saúde, como fica explícito pelos depoimentos observados nas análises dos subtemas 1, 8 e 11. Mesmo que os relatos tenham partido de uma *fala* sistematizada sobre a Atenção Básica, ainda assim é possível, pensar a Atenção Básica como um sistema.

Todavia, faz-se necessário uma mudança de pensamento, melhor, na *forma* como pensar a Atenção Básica. Mudança esta que não se resume a detectar necessidades, problemas e a efetivar resoluções e programas pré-definidos, mas que procura saber *como* e *quais* as relações e as inter-relações que se constituem *no* e que constituem *o* sistema da Atenção Básica (Morin, 1982).

Esta idéia pauta-se na constatação empírica desta pesquisa obtida através dos depoimentos dos informantes e das observações realizadas no dia-a-dia dos AGs, de que a Atenção Básica se organiza através da coexistência de elementos diversos e multidimensionais, a saber: o biológico, o técnico, o sócio-econômico, o psíquico, o político, o cultural e o afetivo que, por sua vez, constituem uma unidade complexa (Morin, 1982). Ao mesmo tempo, estes elementos não se reduzem plenamente à composição do sistema da Atenção Básica, pelo contrário, continuam mantendo sua própria identidade. A dimensão biológica, por exemplo, está em relação permanente com todas as outras dimensões, além disso, carrega em si, uma identidade que lhe é própria: suas funções, seus mecanismos de funcionamento, suas disfunções, entre outras. Assim ocorre com todas as demais dimensões, o que indica que um *"sistema não é só uma constituição de unidade a partir da diversidade, mas também uma constituição de diversidade (interna) a partir da*

unidade” (Morin, 2001: 260). Isto significa a unidade complexa, esta possibilidade de compor uma unidade concebendo, concomitantemente, suas relações excludentes e suas relações distintas: todo e partes; multiplicidade e unicidade, incertezas (Morin, 2001).

As relações que se constroem neste contexto são inter-relações circulares, das quais decorrem os processos de retroações (retroalimentação), ou seja, ações que se modificam em função das inter-relações que se estabelecem (Morin, 2001):

a inadequação das instalações dos AGs → necessidade de recorrer a favores externos → inadequação na organização dos atendimentos...

A compreensão deste processo cujo produto(s) ou efeito(s) gera uma continuidade de produtos e efeitos, supera a noção imediata de causa-efeito, ou de necessidade-satisfação, ou ainda de problema-solução que parece pressionar a organização da Atenção Básica nos AGs para expandir a compreensão para *quais* relações, *como* se estruturam e *o que* elas envolvem. O conjunto destas inter-relações é parte constituinte da organização da Atenção Básica.

Mas, neste caso, a organização não se remete ao entendimento popular, ou clássico, de *pôr ordem* em algo, mas sim, ao entendimento de um processo que inclui reorganização e desorganização constante das ações. Por um lado, a organização estrutura a Atenção Básica em Saúde na medida que define normas, regras, programas básicos e padrões mínimos para procedimentos técnicos e burocráticos (gerando uma espécie de *determinismo sistêmico* (Morin, 2001: 267)), mas também desestrutura na medida que estabelece a necessidade cotidiana do usuário como meta deste atendimento (análise do subtema 1) porque este cotidiano está propenso a inconstâncias, a variações múltiplas, periódicas, freqüentes e recorrentes. É considerando esta aleatoriedade que a Atenção Básica precisa organizar sua desestruturação e sua estruturação.

Esta forma de pensar a organização das ações de Atenção Básica em Saúde no cotidiano dos AGs serve como uma estratégia de flexibilização à medida que considera as certezas e incertezas do usuário, do profissional e do próprio serviço público. Assim, a dimensão sistêmica aplica-se a organização da Atenção Básica não somente pela necessidade de se considerar a sua totalidade, mas pela necessidade também de considerar suas realidades e suas formas de relações, inter-relações e retrações.

A terceira constatação refere-se às relações e as inter-relações desenvolvidas pelos diversos atores sociais que participam da Atenção Básica realizada nos AGs. A humana é uma das dimensões do universo multidimensional da organização da Atenção Básica. Neste caso, o próprio ser humano exprime uma unidade complexa pela sua composição diversa: biológica, psicológica, social, cultural, física, espiritual. O biológico e o físico podem preponderar, na maioria das vezes, sobre os demais se considerando a necessidade de seu funcionamento na manutenção e recuperação da vida. Entretanto, o psíquico, o social, o cultural e o espiritual permitem a tradução, a transmissão, a aprendizagem e a expressão do interno ao externo. As relações entre essas características são não apenas complementares, mas também antagônicas, comportando conflitos, sentimentos e pensamentos, que se sobressaem conforme o contexto em que o ser humano se encontra inserido. Assim emerge uma das faces da complexidade humana: a subjetividade.

Por sua vez, cada sujeito participa de processos de relações. Da relação entre dois ou mais sujeitos constituem-se as inter-relações, as quais produzem a sociedade. Os comportamentos, as atitudes, as mensagens verbais e não-verbais e, até mesmo, os pensamentos provocam uma cadeia contínua de reações e retroações que dão forma a uma outra face da complexidade humana: a intersubjetividade. (Morin, 2001; Schutz, 1979). Mas ainda neste contexto existem os elementos externos a dimensão humana e que interferem diretamente na organização da intersubjetividade: o ambiente, o econômico, a cultura, são alguns exemplos.

A dimensão humana está concretamente representada nas três categorias principais de informantes desta pesquisa: os coordenadores, os profissionais de saúde e os usuários que, respectivamente, representaram os níveis: governamental, técnico e civil, já mencionados na primeira constatação.

Os relatos propiciados por cada categoria e também por cada informante de cada categoria revelaram interesses individuais e sociais diversos, recorrentes e conflitantes. Ora comuns a uma categoria, porém, nem sempre comuns aos componentes desta categoria. Ora comuns a diferentes categorias e a diferentes componentes. Embora, muitas vezes, semelhantes em sua procedência (melhorar a saúde), totalmente distintos em sua intenção (garantia de ganho fixo/ necessidade de cura imediata).

As *falas*, freqüentemente, manifestaram compreensão e entendimento sobre as condições e o funcionamento dos serviços dos AGs, ou sobre a realidade dos informantes, principalmente a dos usuários, mas os comportamentos e atitudes revelaram as contradições e, quiçá, os sentimentos e as vontades mais veladas ou abrigadas (Giorgi, 1975).

Como visto no Capítulo IV, a organização das ações de Atenção Básica nos AGs comporta a complexidade do elemento humano. Os atores sociais envolvidos no processo são mais que produtos deste processo, são produtores de cada momento do cotidiano do AG. As inter-relações entre os atores sociais organizam o cotidiano do AG e este retroage sobre os atores, ocasionando novas relações e assim por diante. É um processo dinâmico e dialético de relações sociais e pessoais.

As relações sociais (Weber, 1979) observadas nos cotidianos dos AGs refletem e confirmam características já pontuadas em outros estudos sobre relações sociais em serviços e instituições de saúde (Minayo, 2000; Goffman, 1990) como, por exemplo, conflitos profissionais e pessoais, estereótipias e hierarquias. Interessante seria discorrer sobre as diversas relações que se formam, suas particularidades, organizações e suas derivações, mas com base nas informações obtidas nesta pesquisa o comentário aqui se limitou aos estereótipos presentes naquele ambiente e algumas de suas conseqüências¹⁵⁰.

Os elementos de partida, sem dúvida, são a percepção e a imagem que surgem nas relações sociais; no estudo em questão, a percepção e a imagem *dos* e *entre* os informantes desta pesquisa e suas percepções e imagens sobre os AGs.

Conforme análise realizada nos subtemas que apresentam e sistematizam dados sobre estas relações (2, 3, 4, 5, 9, 10, 11) é possível observar que as imagens sociais *entre* e *dos* informantes a respeito uns dos outros e acerca dos AGs vêm acompanhadas de percepções que se repetem incisiva e insistentemente, as quais, em sua maioria, tendem a qualificações e a significados pejorativos, e ainda, que as percepções se diferenciam e particularizam em relação a cada categoria de informantes, ou seja, cada categoria recebe

¹⁵⁰ Nesta ocasião entende-se estereótipo como um conjunto de idéias, crenças e opiniões pré-concebidas, disseminadas pelo meio social e cultural, que geram pseudo-imagens, as quais são atribuídas a pessoas, a coisas e a situações sociais. Configuram-se como modelos rígidos que têm por intuito salientar comportamentos, atitudes, gestos e expressões de pessoas inseridas em determinadas categorias, grupo, classe, etc., desconsiderando e ignorando suas características individuais. A força dos estereótipos se encontra em sua disseminação pela repetição, o que acaba por levá-los a adquirir um status de características verdadeiras das pessoas e grupos. Esta compreensão está baseada nas discussões de Lakatos, 1985 e de Goffman, 1988 e 1990.

das outras ou atribui a outras, comportamentos, atitudes, características que passam a ser variáveis de identificação entre as categorias.

Por exemplo, os profissionais de saúde são freqüentemente identificados através de imagens associadas, tais como acomodação profissional, garantia/cabide de emprego, descrédito do profissional e do serviço público, *status* em função da área de formação profissional. Já os usuários são relacionados com carência afetiva, ausência ou inadequação de condições socioeconômicas, culturais e educacionais, desinteresse e desinformação sobre os serviços públicos em geral. Por sua vez, os AGs também recebem desqualificações ora resultantes de suas condições locais – espaço físico inadequado, localização -, ora vinculadas a sua condição de instituição prestadora de serviços públicos de saúde como ineficiência no controle de recursos, no planejamento e gerenciamento de atividades e de atendimentos, submissão ao clientelismo e às diretrizes políticas, principalmente, as econômicas, muitas vezes, alheias e distantes da realidade e das necessidades locais.

Estes elementos atribuídos aos informantes e ao AG têm vinculação a dois aspectos importantes na vida humana, um de base individual que são os comportamentos de cada pessoa, e outro de social, a participação nos grupos. Mais especificamente, no primeiro caso se referem aos comportamentos e as atitudes existentes entre os informantes, seja entre os informantes de categorias diferentes, seja entre os informantes de uma mesma categoria. No segundo caso, alude ao pertencimento dos informantes a suas respectivas categorias, de usuários, de profissionais de saúde, de coordenadores, e ainda de outros grupos que venham a participar, como conselhos, enquanto conselheiros.

Nesse sentido, as relações sociais têm um papel essencial na formação e disseminação desses estereótipos porque“*a natureza de uma pessoa, tal como ela mesma e nós a imputamos, é gerada pela natureza de suas filiações grupais*” (Goffman, 1988:124); é através delas que circulam as informações cotidianas sobre as pessoas.

Contudo, selecionar e filtrar toda gama de informações a que somos cotidianamente bombardeados, das mais variadas concepções, com enfoques positivos e negativos, não se mostra tarefa nada fácil, conseqüentemente por tais serem, não poucas vezes, criadas e difundidas com o deliberado propósito de aguçar e acentuar certos

preconceitos (até mesmo os que se revelam não intencionais). Daí vão se formando e firmando os chamados estereótipos.

O que é difícil de perceber é que o estereótipo desempenha um papel historicamente e culturalmente definido na organização social e nas relações sociais. Por exemplo, o modelo de 'esposa' que ainda persiste e que implica em cuidar da casa, educar os filhos, receber amigos em casas, estar sempre arrumada. Assim também o é nas relações dos AGs. Uma série de fatos, motivos e opiniões vêm consolidando e transmitindo algumas imagens correlacionadas aos informantes como, por exemplo, a imagem dos médicos perante os coordenadores como "donos do pedaço" (subtema 3), ou a imagem dos usuários perante os profissionais, como "carentes" (subtema 4). Estas características interferem nas relações sociais, assim também como o ambiente em que elas acontecem porque contribuem para estabelecer os 'tipos' de pessoas que têm probabilidade de serem lá encontradas.

O cotidiano das relações sociais que se formam nos ambientes permite uma previsão dos relacionamentos (como e com quem se realizam), das atitudes e dos comportamentos das pessoas que nele convivem (Goffman, 1988). Isso alerta ainda para as expectativas que surgem sobre esses determinados 'tipos' de pessoas quanto a cumprirem certos comportamentos e atitudes, ou a agirem de determinadas formas. A simples previsão de tais situações ou comportamentos pode levar as pessoas a se organizar antes mesmo que eles tenham acontecido, o que pode tanto evitar o confronto com estas situações como também pode ser um impeditivo para perceber o outro e para o aparecimento ou a transformação de uma situação ou comportamento, atitude, ou mesmo pensamento e opiniões. Tal fato pode gerar uma anomalia nas relações sociais a medida que as assiste apenas de um modo generalizado e cristalizado.

Sem dúvida, uma das fontes de equívocos nos relacionamentos sociais (e pessoais) está em adotar como parâmetros de relação exclusivamente tais aspectos, para a partir daí, proceder-se à generalização dessas características como sendo as únicas marcantes e determinantes daquela pessoa, ou daquela relação. De modo algum, a *essência* humana ou das relações sociais pode ser restrita a fenômenos comportamentais, devido a sua grande variabilidade nas pessoas, tanto nas condutas individuais como em grupos. Porém, é indiscutível que estas situações são constantes no cotidiano das pessoas e das

instituições, conseqüentemente, dos informantes desta pesquisa e das instituições nela presentes.

As relações sociais do AG ainda recebem a influência de um outro aspecto: a hierarquia. Embora não mencionado diretamente o tema aparece nas informações das entrevistas e no registro de algumas observações, nos quais a hierarquia pode ser vinculada às referências feitas sobre a autonomia do AG na análise do subtema 1, sobre as relações na equipe e entre os profissionais no caso do subtema 3 e sobre a recepção dos usuários no AG caso do subtema 9.

Através destas análises pode-se concluir que existem dois tipos de hierarquia presentes nas relações do AG; um que possui reconhecimento formal e tem sua organização estabelecida por parâmetros e normas institucionais; outro que se organiza a partir da relação intersubjetiva entre os atores sociais, ou seja, seus parâmetros têm fundamento nos processos subjetivos que envolvem qualquer relacionamento humano: valores, inconstâncias, moralidades e os próprios estereótipos, comentados anteriormente.

O primeiro se refere ao organograma institucional dos AGs, elaborado ao nível da Superintendência de Desenvolvimento de Relações de Trabalho em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Nenhum comentário mais específico foi realizado sobre tal cronograma, mas as observações revelaram que há um reconhecimento formal da hierarquia entre os profissionais que ocupam os cargos, embora existam algumas situações de constrangimento que os profissionais passam por conta das *influências políticas* [gripo da pesquisadora] que um ou outro profissional têm, conforme registrado na análise do subtema 1.

O caso acima também pode entrar no segundo tipo de hierarquia, aquele definido em função dos processos subjetivos das pessoas, e que embora se faça presente de um modo sutil, pode tornar-se mais forte que a hierarquia formalmente reconhecida. Uma vez tendo uma imagem definida a respeito de determinada pessoa, situação ou grupo, a relação será estabelecida a partir desta imagem e das expectativas por ela gerada. O exemplo anterior traz uma 'quebra' da hierarquia formal na medida em que um subordinado- profissional de saúde- se sobrepõe ao seu superior- coordenador- e, ao mesmo tempo, estabelece uma relação baseada numa hierarquia informal, pelo fato de

possuir um conhecimento ou uma condição de privilégios alheia a sua condição de profissional do AG, mas da qual se utiliza para benefícios próprios.

Outros exemplos se encontram nos relatos que aparecem nas análises dos subtemas 3, 4, 9 e 11 que apontam para um estereótipo do médico, como *dono de um saber absoluto e inquestionável*, e que, muitas vezes, é utilizado como instrumento de nivelamento nas relações entre os mesmos profissionais – o médico sabe mais que o enfermeiro, portanto, este deve acatá-lo e até mesmo servi-lo – e entre o médico e o usuário – o profissional sabe o que está fazendo, portanto, não há necessidade e não deve ser questionado em sua intervenção. O que não deixa de ser real em situações que seu conhecimento se faz relevante e necessário, mas que se utilizado indistintamente e constantemente em situações diversas poderá estabelecer uma relação de subordinação (principalmente no caso dos usuários) e ou conflituosa (em relação aos demais profissionais de saúde).

A continuidade deste tema levaria a observação de que aos poucos estas relações ficam marcadas pela repetição de suas características, tornam-se igualmente estereotipadas e projetam estas estereotipias no ambiente em que se desenvolvem e deste num grau mais amplo como o próprio serviço público em geral. Entretanto, acredita-se que esta reflexão cumpre seu papel de chamar a atenção dos possíveis leitores para algumas influências que recaem sobre a maneira como se estruturam as relações sociais nos AGs.

Neste sentido, considera-se que o enfrentamento dos problemas ou situações que acontecem no processo de Atenção Básica dos AGs não pode prescindir da articulação e da integração dos diversos atores sociais presentes neste contexto, ressaltando a relevância de dois processos: a atuação interdisciplinar e a conscientização da dimensão político social.

No caso do primeiro processo, atuação interdisciplinar, um dos aspectos presentes que mais tem contribuído neste sentido diz respeito à própria compreensão sobre saúde: é a consideração de outras dimensões na concepção da saúde, que não estritamente a biológica. Pelo contrário, define a saúde como resultado das condições interdependentes entre alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (UNICEF, 1998). A compreensão da presença destes elementos de ordem social, política, econômica e

cultural interferindo nas condições de saúde das pessoas vem exigindo modificações nas políticas que respondem a estes segmentos e nas ações definidas a efetivação das diretrizes políticas, também como nas práticas profissionais, ampliando e tornando complexa sua margem de ação. Para atender a este elenco de condições, determinadas e denominadas como de necessidades básicas, vêm desenvolvendo-se ações multi e interdisciplinares pelas mais diversas áreas: sanitárias, epidemiológicas, diagnósticas e terapêuticas, educativas, sociais e administrativas; “... *que exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas*” (Medina et ali, 2000: 17).

A conscientização da dimensão política social, por sua vez, também não pode ser definida nem desenvolvida de modo simples. A política não tem supremacia sobre a sociedade e sobre a natureza e, além disso, se desenvolve de maneira autônoma/dependente num sistema social; as conseqüências de suas ações obedecem por pouco tempo e raramente à intenção ou à vontade de seus atores (Morin, 1982). Nesse sentido, a dimensão política social requer mais do que o conhecimento e a informação das políticas públicas e sociais por parte dos atores sociais; requer a sensibilização e a conscientização destes pela sua responsabilidade nos processos que geram, elaboram e efetivam essas políticas. Necessita de que os cidadãos acreditem nas políticas, mas necessita também da diversidade de pensamentos.

Desse modo, comportando ao mesmo tempo consenso, diversidade e conflitos advindos da condição humana, a dimensão política social é também um sistema complexo de organização das políticas de saúde que munem e se munem da autonomia e dos interesses individuais e sociais dos atores sociais.

A quarta, e última constatação, diz respeito a relação entre o particular e o genérico da Atenção Básica. De certa maneira esta constatação encontra sua idéia fundamental desenvolvida implicitamente entre as anteriores, pois nada mais se trata do que constatar que o tema estudado – Atenção Básica em uma rede municipal de saúde – apesar de ter se desenvolvido sobre um contexto específico pode ser generalizado em alguns de seus aspectos. “*O todo é mais do que o todo, porque o todo enquanto todo retroage sobre as partes, que, por sua vez, retroagem sobre o todo*” (Morin, 2001: 261). Desse contexto que é preciso partir para compreender a possibilidade de se projetar o estudo de um caso

enfocando a particularidade e a singularidade de um fenômeno, no caso a Atenção Básica em Saúde municipal em Blumenau, ser contextualizado num âmbito maior (Lüdke e André, 1986), em termos de processo de descentralização na região sul ou mesmo do sistema brasileiro de saúde (SUS).

Para que o processo não se torne cansativo e repetitivo, apenas serão lembrados os aspectos que possibilitam esta transposição de discussão: o fato do processo de municipalização ser presença histórica na saúde pública brasileira (Goulart, 1996); os modelos de gestão do SUS preverem etapas de regionalização, territorialização e hierarquização entre estados e municípios (Mendes, 2001a; Campos, 1997; Cunha, 1994); as relações entre o modelo de Atenção Básica em Saúde pretendido pelas organizações e políticas internacionais e as ações desenvolvidas nos ambulatórios gerais da rede municipal de saúde de Blumenau; o modelo de Atenção Básica ser considerado como um sistema que atende a duas ocorrências: uma, de sistema particular complexo considerando a forma como acontecem as inter-relações entre seus elementos diversos. Outra, em condição de subsistema atrelado a sistema(s) maior(es) como por exemplo, o SUS e o conjunto de políticas internacionais para a saúde. E ainda, a presença de três conceitos que embasaram as últimas duas constatações anteriores a esta: o de sistema, o de complexidade e o de unidade complexa (Morin, 1982).

Portanto, pode-se dizer que a Atenção Básica ocorre como um processo particular e genérico. Particular enquanto sistema que se realiza sobre um contexto específico, o do município de Blumenau, e que produz um cotidiano também específico ao atender as demandas e prestar os serviços conforme as múltiplas características daquele município. Enquanto o genérico, revela características e resultados semelhantes aos de outros municípios e regiões do estado, ou mesmo do país (Cecílio, 1999; Cunha, 1994; Medina et alii, 2000). A Atenção Básica organiza-se sobre ambas as condições, principalmente em relação a suas atividades, aos atores sociais presentes no seu contexto e aos problemas que apresenta, embora as razões possam lhe ser particulares, ou seja, possam refletir, então, a realidade local do município ou região. O capítulo IV, ao analisar os dados, possibilita a observação de alguns aspectos que refletem estas condições ora relacionados mais ao contexto local, por exemplo, as necessidades e a participação dos usuários, a organização própria dos AGs; ora podendo ser relacionados a resultados semelhantes em

outros contextos, ou em nível nacional mesmo, por exemplo, como as relações entre profissionais de saúde e a mesma organização da Atenção Básica no AG, principalmente com relação aos problemas enfrentados.

As constatações acima confirmam alguns importantes aspectos do referencial teórico e colocam novas questões. A relação dialética entre objetivo e o subjetivo, o indivíduo e a sociedade, a política e a realidade, a diversidade e a desigualdade social e o ser humano por si só, não são novidades à teoria. Esse tipo de dicotomia ainda está muito presente nos estudos que embasam teorias e descobertas científicas. No entanto, a análise da Atenção Básica como um sistema de relações complexas, nas quais são consideradas, além das mesmas estruturas citadas, o certo e o incerto, a constância e a inconstância, as inter-relações no interior de cada estrutura e, simultaneamente, com as demais estruturas vem estabelecer uma outra proposta na forma de pensar os serviços de saúde, em especial a Atenção Básica.

Esta preocupação pode não somente permear a Atenção Básica em Saúde, mas estender-se aos sistemas que se organizam em função desta e além desta, porque ao se superar as reduções que a saúde, em especial, está sujeita dentro do paradigma que separa o sujeito do objeto e do seu meio, a questão da *atenção integral em saúde* passa a ser enfocada como uma questão não mais redutível apenas a componentes biológicos. Este enfoque, propriamente contextualizado, pode fazer o *campo da saúde* ser compreendido como um campo de saber e de ação integrados, no qual os conhecimentos e atuações especializadas tendem a vencer suas fronteiras para pensar objetos, temas e questões relativas à saúde como um *domínio de conhecimento e intervenção compartilhado* [grifo da pesquisadora] com outras ciências.

Talvez possa ser interpretado como um tipo de estratégia que pretenda condições onde se estabeleçam serviços e programas mais adequados à administração dos recursos disponíveis e, ao mesmo tempo, mais flexíveis no que tange a organização e a efetivação às necessidades locais e reais da comunidade. Quiçá consiga-se, com isto, uma aproximação maior entre o planejamento das políticas públicas, principalmente as de saúde, com as práticas cotidianas, evitando um mero planejamento técnico por problemas detectados somente a partir do enfoque epidemiológico (ou de risco, embasado num

modelo probabilístico) que quase sempre subestima as verdadeiras necessidades e as condições de saúde vivenciadas pela população e pelos serviços locais.

Embora se reconheça ser difícil discutir a complexidade que se acredita implícita num tema tão amplo (*melhor seria dizer, universal!*) quanto o da Atenção Básica em Saúde dentro dos limites deste estudo, fica claro que a Atenção Básica em Saúde não pode ser entendida apenas como um sistema de práticas e conhecimentos organizados numa sociedade, ditos capazes de assegurar as condições necessárias à proteção, a manutenção e a reabilitação para uma vida humana saudável, estando preferencialmente direcionado a *evitar* a doença. A Atenção Básica em Saúde deve ser entendida e compreendida como uma *forma de vida* pelas implicações diretas que têm na e que recebe, constantemente, da práxis cotidiana, cujas conseqüências podem decorrer transformações sociais que permitam, por si mesmas, novas transformações nas demais estruturas, não se tratando apenas de uma mudança que afeta um setor da sociedade, ou se realiza a partir de um único momento da história, ou ainda, se *garanta* por legislações reconhecidas como *de direito*.

Visto isso, concluo que a organização das ações de Atenção Básica desenvolvida em uma rede municipal de saúde, gerada na interface das inter-relações do fenômeno maior das políticas de saúde, não pode ser compreendida de maneira isolada deste. Ou seja, *depende* em pequena escala do aparato governamental que se diferencia da população enquanto instituição mantenedora de um *status de poder extraordinário*, mas que *depende* daquela população para legitimar-se. Que *depende* de pessoas capazes de concretizar, nas relações cotidianas, mudanças nos pensamento e nos modos de agir políticos, sociais, culturais, educacionais e econômicos indo para além de uma nova forma de pensar a saúde, construindo sim, uma responsabilidade maior para com “... *mudança da sociedade em seu conjunto e para seu benefício*” (Unbehaun, 2001: 17).

Alguns pontos para refletir sobre o cotidiano das ações de Atenção Básica nos ambulatórios gerais:

- Redefinir o papel dos AGs no sentido de (re)estabelecer suas funções enquanto unidade de saúde servindo de referência as equipes de PSFs, UASs, UBSs ou, enquanto unidade de saúde exclusivamente responsável pelo desenvolvimento e efetivação das propostas de Atenção Básica;

- desenvolver um trabalho de informação, sensibilização e de conscientização junto aos profissionais de saúde, aos usuários e a comunidade em geral referente a formação e implementação dos conselhos regionais e locais de saúde, antes mesmo da implantação destes nas microrregiões;
- garantir um período, pelo menos mensal, à reunião das equipes de profissionais de saúde dos AGs, em suas respectivas sedes, semelhante ao que acontece atualmente com as equipes de PSFs;
- desencadear uma discussão referente a carga horária e ao plano de carreira para os profissionais de saúde, tendo como objetivo debater e analisar situações, em sua maioria problemáticas, advindas destes assuntos;
- possibilitar capacitações contínuas e permanentes aos profissionais de saúde, principalmente os que atuam em AGs;
- organizar e informatizar um banco central de dados (epidemiológicos, sanitários, de recursos humanos, resultados alcançados e atividades propostas e desenvolvidas, entre outros) na SEMUS e também nas microrregiões;
- promover e estimular pesquisas científicas, principalmente nas microrregiões, tendo como objetivo caracterizá-las em seus mais diversos aspectos (populacionais, geográficos, sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos), procurando adequar os serviços públicos ali oferecidos a demandas daquela comunidade;
- promover os conselhos regionais e locais de saúde como espaço de troca de experiências entre seus participantes, bem como entre as próprias microrregiões;
- repensar a Atenção Básica como um sistema de estratégias em saúde que se efetiva em função das ações intersetoriais e interdisciplinares, do poder público e da sociedade civil em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, M.H.O. & Costa, O.V. (2000). Entre o público e o privado – a saúde hoje no Brasil. *Tempo Social. Revista Sociologia da USP*. São Paulo. 11:199-217, outubro.
- Banco Mundial (1993). *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Banco Mundial (1999). *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1999: A Entrada no Século XXI*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Bertalanffy, L.von *et alii* (1976). Teoria dos Sistemas (Ma. da Graça L. Becskéházy, Trad.). Série Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal.
- Broxado, S. (2002). Epidemiologia da AIDS e Vulnerabilidade dos Usuários de Saúde Mental para o HIV. *Curso para Profissionais de Saúde Mental em Sexualidade e DST/Aids*. De 19 a 22 de novembro de 2002 – Florianópolis, SC
- Buss & Labra (org.) (1995). *Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Introdução.
- Campos, G.W.de S. (1997). *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Cecílio, L. C. O. (1999). Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.23, n. 53, p. 30-36.
- Cohn, A. (2000). Gastos Sociais e Políticas Sociais nos anos 90: a persistência do padrão histórico de proteção social brasileiro. Trabalho apresentado no XXIV Encontro Anual da ANPOCS. [www//saturno.no.com.br/noticia/leitura/anpocs1](http://www.saturno.no.com.br/noticia/leitura/anpocs1). Acesso em maio de 2002.
- Costa, R.N. (1985). *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Costa, N.R & Melo, M.A.C. de. (1998). Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no Setor Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 1, Vol III. Rio de Janeiro: ABRASCO.

- Cova, David Gómez (1988). *Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su Formulación Implementación y Evaluación*. Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Cunha, R.E. (1994). Os Caminhos da Municipalização da Saúde no Brasil. *Revista Saúde*. Ano 1, n. 0, p 07-09.
- Dartigues, A (1973). *O que é Fenomenologia*. (M^a. José J.G. de Almeida, Trad.) Rio de Janeiro: Eldorado.
- Dicionário de Sociologia. [www.terravista.pt/Bilene/2458/dic-soc/soc.html](http://www.terraviva.pt/Bilene/2458/dic-soc/soc.html). Acessado em junho de 2001.
- Ferraz, P.M. (1950). *Apontamentos para a história da colonização de Blumenau (1850-1860)*. Florianópolis: Imprensa Oficial de Florianópolis.
- Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Dicionário – O Dicionário da Língua Portuguesa – séc. XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Frey, K. (2000). Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Revista Planejamento e Políticas Públicas* – N. 21 - Jun. www.informaticapublica.mg.gov.br/revista0301ip0301frey. Acessado em setembro de 2001.
- _____. (2000a). Governança Eletrônica: experiências de cidades européias e algumas lições para países em desenvolvimento. www.informaticapublica.mg.gov.br/revista0301ip0301frey. Acessado em maio de 2002.
- Foucault, M. (1990). *Microfísica do Poder (Roberto Machado, Trad e Org.)*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fundo Mundial das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (1998). *Relatório: Situação Mundial da Infância 1998*. Brasília, DF.
- Giorgi, A. (1975). An Applicatin of Phenomenological Method in Psychology. *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, Vol. II, p.82-103.
- Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- _____. (1990). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goulart, F.A.de A. (1996). *Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS.

- Haguette, T.M.F. (1992). Metodologias qualitativas. In: _____. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes, p. 61-106.
- Heller, A. (1989) *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Guerra e Paz.
- Iglesias, E., Ferranti, D. de, Alleyne, G. A. O. (2000). *Agenda Compartida da OPAS/BID/BANCO Mundial para a saúde nas Américas*. 42º Conselho Diretor/ 52ª Sessão do Comitê Regional. Washington, D.C. 25-29 de Setembro de 2000 (www.bancomundial/agenda.com.br.pdf. Acessado em julho de 2002).
- Lacerda, E. et al. (1997). *O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Lakatos, E. M.(1985). *Sociologia Geral*. São Paulo: Atlas.
- Laurell, A C. & Noriega, M. (1989). *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo:HUCITEC.
- Laurell, A.C. et alii (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UAM.
- Laurell, A.C. (1998). Para um Estado novo de Bem Estar na América Latina: *Lua Nova*. *Revista de Cultura e Política*, no. 45. Rio de Janeiro: CEDEC.
- Lüdke, M.& André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Temas Básicos de Educação e Ensino. São Paulo: E.P.U.
- Marshall, T.H. (1962). *Política Social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Martinez M.M. (1999).Criterios para la Superación del Debate Metodológico "Cuantitativo/Qualitativo". *Revista Interamericana de Psicología*, 33 (01): 79-107
- Medina, M.G, Rosana & Aquino, Carvalho, A.L.B.(2000). Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. – *Divulgação em Saúde para Debate* nº. 21 – dezembro - CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – RJ.
- Mendes, E.V (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora. Tomo I. .
- Mendes, E.V (2001a). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora. Tomo II. .
- Merhy, E.E.(1992). *A Saúde Pública como Política. Um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: HUCITEC.

- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. (C.A. R. de Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. Prefácio.
- Minayo, M.C. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, (9): 239-262, julho/setembro.
- _____. (2000). *O desafio do Conhecimento*. Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO.
- _____. (2000a). Ciências Sociais em Saúde no Brasil: vida longa e recente relevância. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 55, vol. 24: 44-53.
- Monteiro, L. G. M. (1992). Agnes Heller, da Filosofia Política a Individualidade. In: *Neomarxismo: individuo e subjetividade*. Cap. 02. Dissertação de Mestrado – Universidade federal de Santa Catarina
- Morin, E. (1982). *Ciência com Consciência*. (M^a G.de Bragança, Trad.). Portugal: Europa-América.
- _____. (2000). *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*. (Catarina E. F. da Silva e Jeanne Sawaya, Trads.). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO.
- _____. (2001). *Ciência com Consciência*. (M^a D. Alexandre e M^a Alice S. Dória, Trads.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. (reedição).
- Negri, B. & Di Giovanni, G. (orgs.) (2001). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: UNICAMP/ IE (Instituto de Economia).
- Offe, Claus (1984). *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____. (1989). “A Atribuição de *Status* Público aos Grupos de Interesse”, in *Capitalismo Desorganizado*, São Paulo, Brasiliense.
- Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (1994). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPAS. Vol II.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Promoción de la salud en las Américas*. Informe Anual Del Director – 2001. Washington, D.C.: OPS.
- Ortiga, A. M. B.(1999). *Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, (1994-1998)*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. UFSC.

- Prefeitura Municipal de Blumenau/ Secretária Municipal de Saúde/ Conselho Municipal de Saúde (1998). Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde "Defendendo Saúde, Discutindo Responsabilidades". Blumenau: Divisão de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.
- Rosen, G.(1994). *Uma História da Saúde Pública*. (Marcos F. da Silva Moreira, Trad.). São Paulo: HUCITEC: UNESP: ABRASCO.
- Schramm, F.R. & Schramm, J.M.A. (1995). Vigilância e qualidade em saúde. Uma questão de bioética em epidemiologia. *Saúde em Debate*, 47, junho. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES.
- Secretaria Estadual de Saúde. www.sc.gov.br/história/htm. Acessado em novembro de 2002.
- Secretaria Estadual de Saúde. www.pr.gov.br/história/htm. Acessado em novembro de 2002.
- Secretaria Estadual de Saúde. www.rs.gov.br/história/htm. Acessado em novembro de 2002.
- Secretaria Municipal de Saúde (1995). Código de Saúde. Blumenau: Prefeitura Municipal de Blumenau.
- _____. (1997). *Plano Municipal de Saúde 1997-2000*. Blumenau: SEMUS.
- _____. (2002). Superintendência de Ações Integradas de Saúde. Blumenau: SEMUS.
- _____. (2002a). Superintendência de Controle, Regulação e Complementaridade em Saúde. Blumenau: SEMUS.
- Silva, C.R.L.D. (1997). Aspectos históricos da saúde pública de Blumenau nos anos de 1990 - 1996: ênfase na trajetória do profissional enfermeiro. *Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem*. Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, SC.
- Silva, J. P. (2002). *As Políticas Sociais Hoje*. [www. ufac.br/economia/-porfiro/artigo](http://www.ufac.br/economia/-porfiro/artigo) 13. Acesso em maio de 2002.
- Schutz, A. (1979) [Wagner Helmut (org)] *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Simão, V.M. (2000). Da Hegemonia Passiva à Hegemonia Ativa. In: Theis, I.M, Mattedi, M.A. e Tomio, F.R.L (orgs.). (2000). *Nosso Passado (in)comum*. Cap. I. Blumenau: Editora da FURB: Ed. Cultura em Movimento.

- Singer, P. I. (1974). Blumenau. In: _____. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife*. São Paulo: Nacional. p. 81-140.
- Teixeira, S.M.F. (Coord.) (1988). Saúde. Antecedentes da Reforma Sanitária. *Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Theis, I.M., Mattedi, M. A. & Tomio, F.R.L (orgs.) (2000). *Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia em Blumenau*. Blumenau: Editora da FURB: Ed. Cultura em Movimento.
- Thiollent, M. (1986). *Opinião Pública e Debates Políticos (subsídios metodológicos)*. Coleção Teoria e História 12 São Paulo: Polis Ltda. Cap. 04 : 53-66.
- _____. (1985). *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados.
- Unbehaun, E.T. (2002). Atenção Básica na Saúde Pública Municipal- a realidade de Blumenau, Santa Catarina. Departamento de Pós-Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina. *Projeto Qualificado para o Mestrado em Sociologia Política*.
- _____. (2002). Saúde e Condições de Vida: uma relação de complexidade. *Trabalho final da disciplina de Seminário Eventual - CSO3703*. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Vanzuita, R. (1996). A política de Saúde Pública em Blumenau: um processo permeado pela contradição. *Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social*. Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, SC.
- Weber, M (1989). *Conceitos Básicos de Sociologia*. (Gerard G. Delaunay e Rubens E. F. Frias, Trads.). São Paulo: Moraes
- www.eixos.gov.br/content/eixos/sul.htm. Acesso em 14.03.2002.
- www.ibge.org/regiãosul.htm. Acessado em julho de 2000.
- www.CidadevirtualdeBlumenau.com.br. Acessado em abril de 2002.
- www.Blumenau/siteoficialdaprefeitura.htm. Acessado em abril de 2002 .
- www.Min-saude.pt/apresentação/lei.html. Acessado em setembro de 2002.
- www.onuportugal.pt/sg20020407saúde.pdf.
- www.sc.gov.br/história/htm. Acessado em novembro de 2002.

ANEXO 01

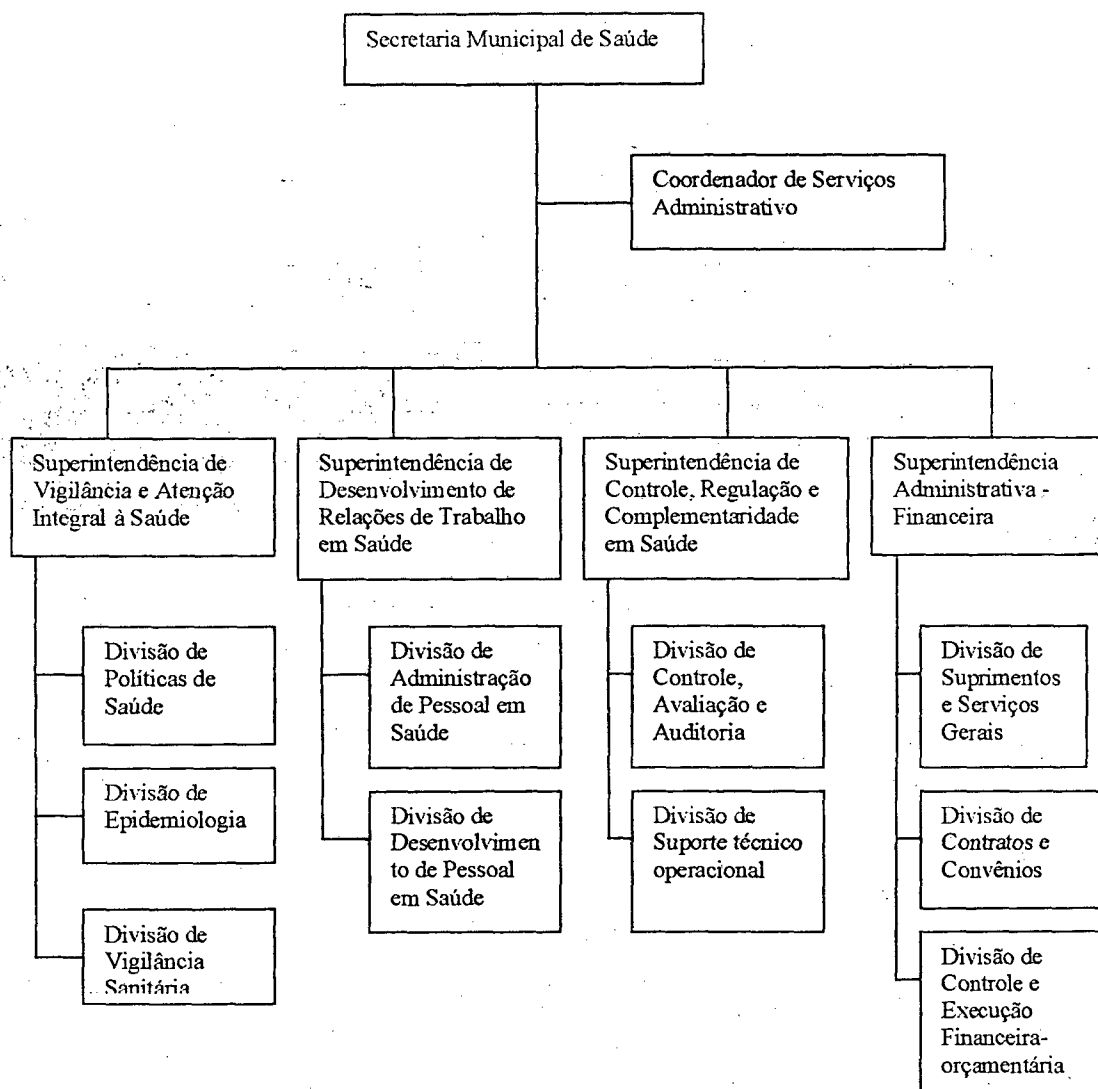
Além da criação de uma empresa em sociedade com o amigo Fernando Hackradt e a permissão do governo brasileiro para dar início à nova colônia, Blumenau modificou algumas condições de sua proposta, conforme apresentado a seguir¹⁵¹

| <i>Condições da primeira proposta:</i> | <i>Condições da segunda proposta:</i> |
|--|--|
| ----- | Artigo 1º: “concessão de um empréstimo sem juros de cinquenta contos réis, por dez anos”. |
| Artigo 2º: “obrigava o governo ao pagamento de Rs.2\$000 por colono que se estabelecesse na colônia nos dez primeiros anos”. | Artigo 2º: “isenção, pelo prazo de dez anos, do pagamento da siza, imposto sobre transmissão de propriedades tanto nas compras das terras feitas a particulares, como nas vendas ou distribuições feitas aos colonos alemães”. |
| ----- | Artigo 3º: “isenção, pelo mesmo prazo, dos direitos de ancoragem para os navios que trouxessem mais de 50 colonos engajados por ordem do próprio Blumenau”. |
| ----- | Artigo 4º: “isenção dos direitos de importação para as bagagens, livros, utensílios de ofício e de lavoura pertencentes aos colonos”. |
| artigo 5º: “os colonos, logo que entrarem na posse de qualquer porção de terras, que lhes for destinada por distribuição ou por compra, que fizerem à companhia, serão, ipso facto, considerados cidadãos brasileiros naturalizados”. | Artigo 5º: “isenção das custas pelo visto consular brasileiro nos passaportes dos colonos”. |
| Artigo 6º: “aqueles colonos que não possuísem propriedades, mas que desejassem adquirir nacionalidade brasileira, podê-lo-iam fazer mediante simples declaração do Juiz de Paz, depois de completar um mês de residência no distrito”. | Artigo 6º: “permissão de poderem os colonos desembarcar no ancoradouro mais próximo a colônia”. |

¹⁵¹ Extraído do livro “Apontamentos para a história da colonização de Blumenau (1850-1860)” de Ferraz (1950) : 9-12. Cópias destes requerimentos podem ser encontradas no Arquivo Histórico da Prefeitura Municipal de Blumenau.

| | |
|--|--|
| | |
| <p>-----</p> | <p>Artigo 7º: “aprovação e sanção de um regulamento especial para o regime interno das diversas colônias e determinação da posição política e social dos colonos no país”.</p> |
| <p>Artigo 10º: “reserva o direito de poderem os agentes da companhia colonizadora, expulsar do seu território toda aquele que por sua notória imoralidade ou por sua índole rijos a perturbar a paz da colônia e com seu procedimento ameaçar a moralidade dos colonos”.</p> | <p>-----</p> |
| <p>Artigo 12º: “dispõe a expressa e completa proibição da entrada de escravos em terras coloniais”.</p> | <p>-----</p> |

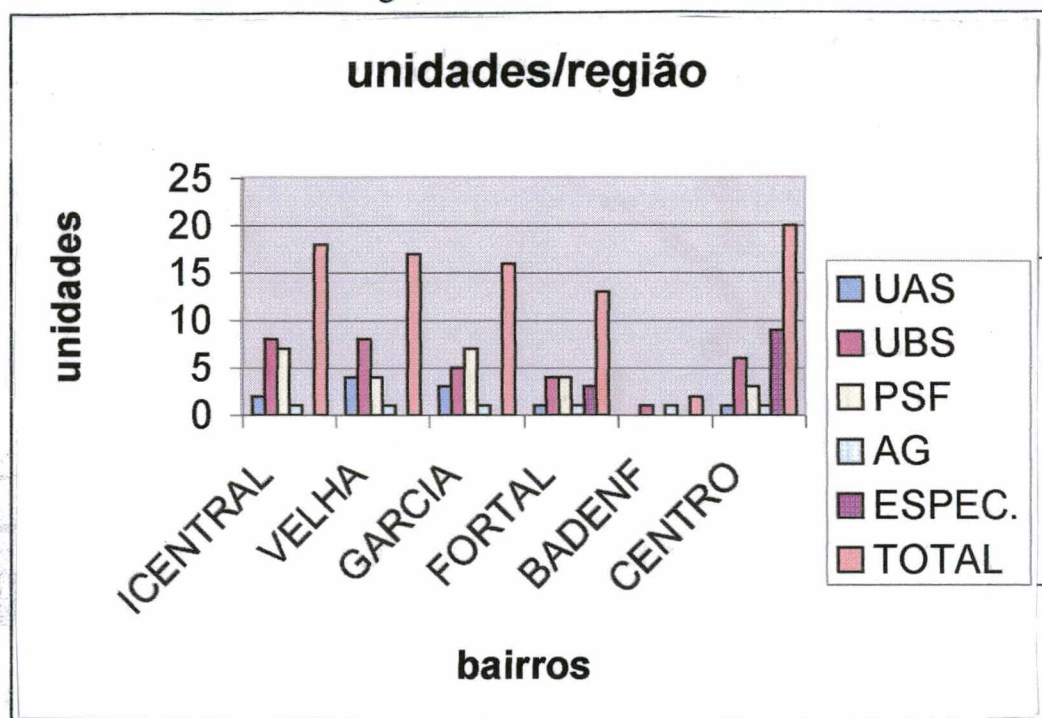
ANEXO 02

**ORGANOGRAMA HIERÁRQUICO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE – Blumenau/2001**

Fonte: www.Blumenau/siteoficialdaprefeitura.htm. Acessado em dezembro de 2001.

ANEXO 03

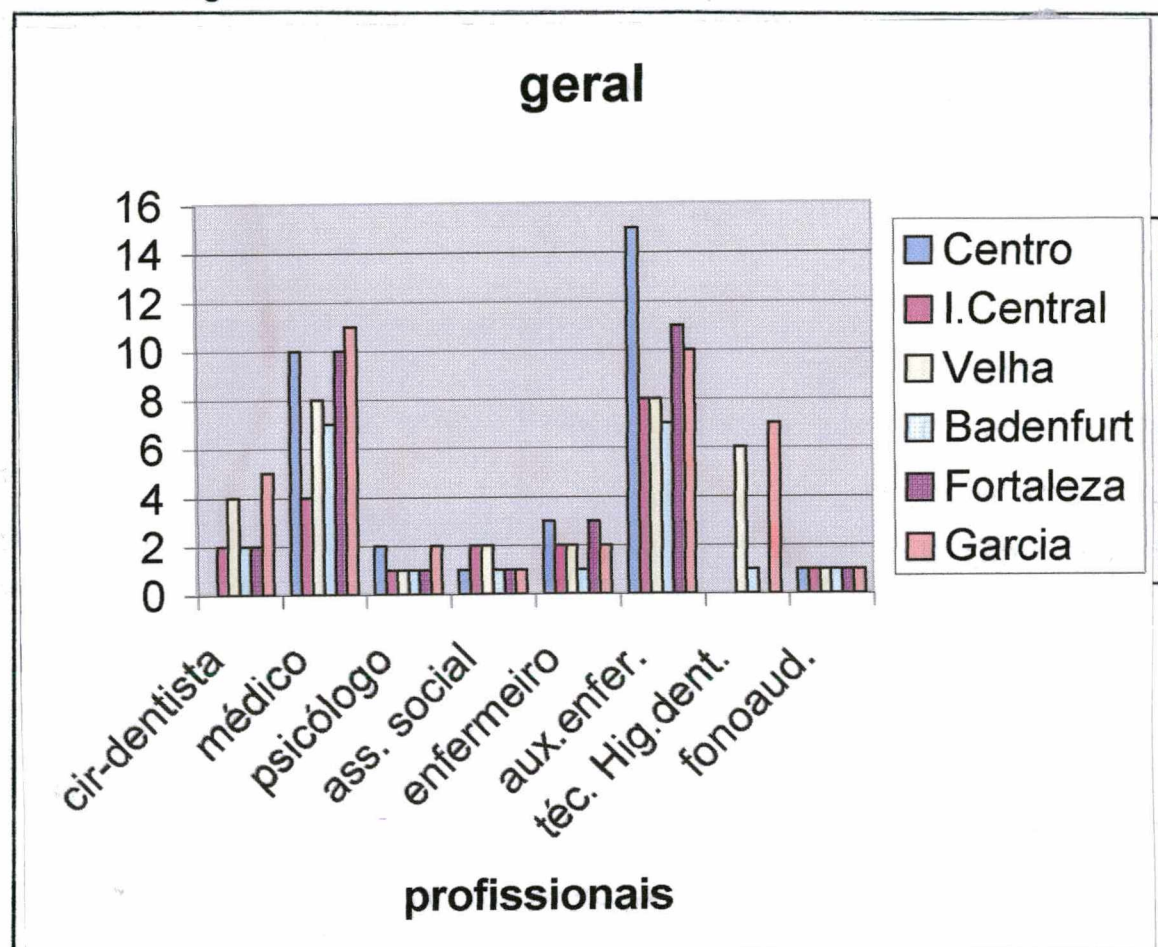
GRÁFICO 1. Distribuição das Unidades de Saúde (rede primária e secundária) conforme a região.



Fonte: SEMUS/2001

ANEXO 04

GRÁFICO 2. Distribuição dos profissionais de saúde dos ambulatórios gerais conforme a região.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. (2002a). Superintendência de Controle, Regulação e Complementaridade em Saúde. Blumenau: SEMUS.

ANEXO 05

05.1

Profissionais de Saúde.

Profissão: _____ sexo: _____ Escolaridade: _____

1. Você poderia descrever as atividades que desenvolve no AG.
2. No seu entendimento, o que é Atenção Básica?
3. Quais os pontos que você considera fundamentais na realização das atividades neste AG?
4. Baseado(a) na sua experiência, quais as atividades do AG são de Atenção Básica?
5. Que relações você percebe entre as atividades disponíveis no AG e as necessidades da comunidade?
6. Em sua opinião, quais os fatores que têm maior influência sobre o desenvolvimento das atividades de Atenção Básica no AG?
7. Qual é, na sua opinião, os motivos que levam as pessoas a procurar o AG?
8. Para você qual a relação entre sua prática profissional e a Atenção Básica. Dê *um* exemplo.
9. Você considera as ações de Atenção Básica, realizadas nos AGs do município, efetivas? Justifique.

Mais uma vez,

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

05.2

Usuários.

Profissão/ocupação: _____ Sexo: _____

Bairro onde mora: _____

Escolaridade: _____

- 1) O que você sabe sobre o AG (o que faz, como funciona, para que serve) ?
- 2) Que atendimentos oferecidos no AG você utiliza, ou já utilizou?
- 3) O que faz você procurar o AG?
- 4) Que atendimentos você gostaria que o AG oferecesse? Por que?
- 5) Como a comunidade participa dos serviços oferecidos no AG?
- 6) O que significa para você Atenção Básica em Saúde?
- 7) Em sua opinião o AG atende a população da região no que é preciso? Por que?
- 8) O que você pensa sobre como são atendidas as pessoas que procuram o AG? Por que?

Mais uma vez,

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 06**06.1****Carta aos profissionais de saúde**

Senhor (a),

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (de março/2001 a março/2003), sob orientação da Profa. Luzinete Simões Minella. Neste Programa venho desenvolvendo o *projeto de pesquisa denominado “Atenção Básica em Saúde Pública Municipal”* cujo objetivo principal é *compreender a organização de ações de atenção básica em uma rede municipal de saúde*. A pesquisa será realizada em ambulatórios gerais da rede municipal de saúde do município de Blumenau.

Atendendo a uma das etapas do projeto, solicito sua colaboração respondendo ao questionário anexo, pois *sua percepção como profissional de saúde é fundamental à compreensão sobre como a atenção básica acontece, de fato, no cotidiano*.

Atenção! Estas instruções garantirão seu sigilo.

- **O preenchimento deste questionário é voluntário e espontâneo.**
- **Não coloque nenhuma identificação (nome/número) em lugar algum do questionário.**
- Depois de respondido, o questionário deve ser colocado dentro do envelope amarelo que se encontra _____ do AG.
- Estarei passando para recolher os questionários num prazo de **15 dias a contar da data de entrega** - ____ / ____ /2002. Recolhimento em: ____ / ____ /2002.

Qualquer dúvida você pode me encontrar as segundas e terças à tarde no CAPSi, fone: 326 – 6879, ou então, pelo e-mail: ethna@cfh.ufsc.br

Desde já agradeço sua atenção,

Ethna Thaise Unbehaun.

06.2

Carta aos usuários

Senhor (a),

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (de março/2001 a março/2003), sob orientação da Profa. Luzinete Simões Minella. Neste Programa venho desenvolvendo o *projeto de pesquisa denominado “Atenção Básica em Saúde Pública Municipal”* cujo objetivo principal *é compreender a organização de ações de atenção básica em uma rede municipal de saúde*. A pesquisa será realizada em ambulatórios gerais da rede municipal de saúde do município de Blumenau.

Atendendo a uma das etapas do projeto, solicito sua colaboração respondendo ao questionário anexo, pois *sua percepção como usuário do ambulatório geral é fundamental à compreensão sobre como a atenção básica acontece, de fato, no cotidiano deste AG*.

Atenção! Estas instruções garantirão seu sigilo.

- **O preenchimento deste questionário é voluntário e espontâneo.**
- **Não coloque nenhuma identificação (nome/número) em lugar algum do questionário.**
- Ficarei aguardando o término de seu preenchimento nas proximidades.
- Qualquer dúvida você pode me chamar.

Desde já agradeço sua atenção,

Ethna Thaise Unbehaun.

ANEXO 07

Instruções para correção das entrevistas pelos coordenadores dos AGs.

Você precisa se preocupar apenas em corrigir ou excluir:

- Qualquer expressão que possa vir a identificar o AG, a coordenação e demais pessoas/profissionais.
- Trechos que considere confusos.

As demais questões como:

- Palavras repetidas seguidamente, ou muito repetidas no decorrer do texto.
- Expressões casuais como *então, assim, né, coisa*.
- Orações ou frases incompletas, não compreensíveis.
- Contrações: pra.
- Concordâncias de sintaxe.

serão corrigidas por mim, automaticamente, após sua primeira correção, mantendo o sentido do seu relato. Como exemplo deste, veja como ficaria sua resposta:

| Está assim | Corrigido ficaria assim |
|---|--|
| Os médicos mesmo e os auxiliares de enfermagem, tem um quadro de profissionais por região. Esta região vem aumentando mas não se pode mexer no quadro. Acredito que o critério, desde o início, tenha sido pela população. Mas mesmo assim, eles colocam uma equipe de PSF, diminui o fluxo. Mas tem uma população que vêm até aqui. À medida que diminui uma região tem outra que cresce e aí aumenta o fluxo novamente. | Têm um quadro de profissionais por região. Esta região vem aumentando mas não se pode mexer no quadro. Acredito que o critério, desde o início, tenha sido pela população. Mesmo colocando uma equipe de PSF, que diminui o fluxo, ainda tem uma parte da população que vêm até aqui. Também têm o fato de que a medida que diminui uma região tem outra que cresce, aumentando o fluxo novamente. |

ANEXO 08***Síntese das Entrevistas dos Coordenadores***

Entrevistada C1.

A idéia é atender da melhor maneira possível os usuários, mas a coordenação de um AG não é fácil. Existem muitos problemas que contribuem para esta dificuldade como o fato das coordenações dos AGs do município de Blumenau serem ocupadas, durante muito tempo somente por enfermeiras, o que, ainda hoje, ocasiona algumas inconveniências a profissionais que tenham uma formação alheia à área biológica, principalmente porque o gerenciamento deste profissional privilegiava aspectos mais técnicos (procedimentos técnicos e consultas) e burocráticos. Entre outros entraves se encontram: a diversidade de programas e serviços oferecidos pelo AG; delegação hierárquica de funções entre os profissionais, implicando em transferência de responsabilidades; necessidade e pressão institucional para atender a demanda espontânea; rotatividade dos profissionais; falta de profissionais, que acarreta em sobrecarga para os outros profissionais e também em falta de vagas para o usuário; a burocracia de assuntos internos junto aos usuários, a Secretaria e a outros setores de serviços públicos e ou privados; exigência de implementação de programas que não refletem, nem atendem a necessidade real da comunidade local; a descentralização de programas com profissionais não preparados ou inadequadamente preparados; os hábitos culturais da população. Aqui a população pratica muito a agricultura, é bastante humilde, tem dificuldade de compreensão por causa da língua e prefere ser atendido por pessoas mais clarinhas, mais branquinhas. É uma característica bastante distinta dos demais AGs. O usuário vem para a consulta curativa, para pegar um remédio ou um pedido de exames e quando já tem um problema adquirido. A autonomia no serviço público é muito limitada. Internamente à unidade as decisões de rotina são mais viáveis mas, se envolver outros setores, principalmente externos a Secretaria, a burocracia e a hierarquia aparecem. O Conselho Regional já funcionou, mas está desmobilizado porque precisa-se eleger nova diretoria e também porque a maioria que participa são profissionais de saúde; são sempre os mesmos que participam, o Conselho Local não foi formado ainda. É preciso divulgar mais o que é o Conselho Regional e o Local, pois os usuários participam pouco, ou desconhecem. A Gerente Regional tem acompanhado com frequência os trabalhos no AG, observa a rotina e pontua como melhorar ou mudar algo. Mas existem questões que dependem de uma instância bem superior como, por exemplo, a situação dos médicos. Muitos deles ainda vêem o SUS como um bico e se acham os 'donos do pedaço', que o mundo gira em torno do umbigo deles, não cumprem o horário. Talvez se houvesse melhor remuneração no serviço público isso não acontecesse. Atualmente trabalha-se mais com a parte curativa, mas não como referência. O AG não é o ideal para a prevenção porque tem esta demanda de 'porta de entrada' e tem a demanda dos agendados de outras unidades de saúde e eles vêm em busca da parte curativa mesmo. Há uma insistência para que a prevenção não se perca. Quando não são deixados de lado para atender a demanda espontânea, o trabalho com os grupos auxiliam porque atingem vários segmentos da comunidade. Muitos profissionais gostam de trabalhar grupos, com exceção dos médicos, que geram a situação a parte. A atenção básica que vem descrita é a atenção da Odontologia, da Pediatria, da clínica e os procedimentos normais de Enfermagem, mas a atenção básica é muito mais complexa. Porque a prevenção, independentemente, tem que ser feita: a orientação, os encaminhamentos ao especialista, aos exames de alto custo. Não é só o atendimento básico como se encontra nas diretrizes do SUS. É um conjunto de atendimentos que a unidade presta à comunidade, de forma multiprofissional, visando tratar a saúde física e mental para conceder qualidade de vida e maior comodidade a esta comunidade.

Entrevistada C2.

A proposta prevê Atenção Básica e Prevenção, mas o que predomina é a prática curativa. A ênfase nesta prática se deve a fatores sócio-econômicos, a formação da equipe profissional, ao espaço físico disponível nos AGs., a aplicação inadequada de recursos, a carga horária dos profissionais, a falta de preparação dos profissionais para realizar os trabalhos com grupos, ausência de divulgação dos serviços e atividade do AG e da saúde como um todo na comunidade. Há muita dificuldade do usuário entender porque da falta de vagas, de exames, de profissionais. São muito dependentes da consulta e da presença do médico, desconhecendo outros profissionais e outros tipos de atendimento que poderiam utilizar, obtendo, senão o mesmo resultado, resultados semelhantes ao desejado. A autonomia para resolver estas questões é relativa, depende-se muito da Secretaria Municipal de Saúde, dos Conselhos Regionais e Locais de Saúde e de favores de instituições da comunidade em troca de concessões no atendimento do AG. Os Conselhos estão iniciando e a maioria dos participantes são da parte governamental, os próprios profissionais de saúde. A autonomia maior está na resolução dos problemas internos e rotineiros do AG, como a forma de agendamento, por exemplo. Os problemas são os mesmos dos outros AGs: dificuldade de envolvimento dos profissionais nas atividades, principalmente dos médicos e psicólogos nos trabalhos com grupos; ausência de trabalhos interdisciplinares; indisponibilidade de horários e de profissionais; conflitos na equipe provocados, muitas vezes, pelas atuações diferentes entre áreas profissionais e entre profissionais de mesma área, ou por privilégios concedidos a alguns profissionais ou áreas. A formação dos profissionais também influencia, um exemplo são os médicos que adquiriram um certo status e se fazem de outros profissionais seus servidores. A relação entre profissional e usuário precisa ser muito trabalhada ainda. É preciso receber melhor o usuário, estar mais atento aos problemas que ele traz e quer resolver, não se pode negar apenas pelo fato de não se ter a vaga ou o profissional. É uma relação baseada no atendimento individual e na satisfação do pedido do usuário. O usuário procura pelo curativo e o profissional prefere o curativo e não sensibiliza para o preventivo, para a promoção em saúde. Existe, por parte de ambos, pouco, quando nenhum conhecimento sobre seus direitos e seus deveres frente aos serviços públicos de saúde. Assim, torna-se difícil definir a Atenção Básica no AG porque nem é Atenção Básica nem é referência.


Entrevistada C3.

O Ambulatório Geral visa a promoção em saúde facilitando o acesso às consultas e realizando orientações através de uma escuta diferenciada à problemática do usuário (acolhimento). Para implementar as propostas de saúde o ambulatório geral tem no Conselho Local um forte aliado; onde participam, mensalmente, usuários e profissionais de saúde. Observa a necessidade de uma ação mais conjunta entre a comunidade e o Ambulatório Geral, talvez porque a comunidade ainda desconheça as dificuldades e os múltiplos fatores que organizam a administração do ambulatório. Tais como: organização do espaço-físico; compra de materiais e equipamentos; distribuição dos profissionais às devidas competências (funções, tarefas, carga horária) e capacitação destes; fiscalização e orientação ao cumprimento de procedimentos e normas no atendimento aos usuários e outros serviços que encaminham bem como no manuseio técnico de materiais e resíduos; relações de trabalho oficiais (contratação, substituição, remanejamento, etc.) e não-oficiais (conflitos, fofocas, posições e favores políticos, etc); participação em órgãos representativos governamentais e comunitários (conselhos, associações, entre outros) Sendo referência a outros programas e serviços da rede municipal de saúde da região e também atuando sobre a atenção básica, ocasiona um acúmulo de funções e responsabilidades, gerando indefinição de seu papel enquanto unidade de saúde. Existem outros problemas relacionados a falta de material; carga horária, disponibilidade e formação dos profissionais; demanda maior para o curativo; conflitos profissionais; intervenções institucionais e políticas; gerenciamento de recursos administrativos, e que têm origem na inadequação de procedimentos e/ou no descumprimento de normas de saúde; na formação deficiente e na indisponibilidade profissional; e até mesmo, na personalidade, na cultura e educação. Uma estrutura adequada deveria dispor de presença médica integral ao período de funcionamento do Ambulatório Geral, e o atendimento deveria estar vinculado ao número de atendimentos. Além disso, os profissionais deveriam estar preparados para realizar uma intervenção direta na comunidade, através de orientações e informações.

Entrevistada C6.

Os AGs se diferenciam em muitos serviços: o agendamento, os programas, os atendimentos. Tem alguns que possuem projetos e programas de referência para outros AGs como o Banco de Leite ou o atendimento as gestantes de risco e alto-risco, por exemplo. Isso se deve ao processo de descentralização. Os atendimentos que são mais procurados são da farmácia, do pediatra e da ginecologista e existem aqueles que são priorizados conforme determinação da Secretaria e do Ministério da Saúde como os grupos de diabéticos, hipertensos, de puericultura, os atendimentos para idosos, crianças e adolescentes também fazem parte destas exigências. O trabalho com grupo é uma parte, mas não dá para atender toda a demanda e geralmente acontecem vinculados aos atendimentos clínicos ou ao recebimento da medicação. Assim, facilita a vinculação do usuário ao grupo. É possível observar diferenças entre o usuário freqüente o grupo e aquele que não freqüenta. Vários profissionais participam dos grupos. Existe um planejamento realizado pela equipe técnica formada na unidade e os profissionais são convidados para participar. Todas as decisões passam pela coordenação e está leva-as para a Gerente Regional. Muitos problemas são resolvidos entre coordenação e gerência, mas outros ficam somente a cargo da coordenação, gerando certa ansiedade e angústia. Um dos mais difíceis de resolver é a questão do horário dos médicos, dificilmente algum cumprem as três horas diárias. Esta questão cabe a Secretaria, principalmente ao Secretário. Outra necessidade é mais trabalhos multidisciplinares e maior atenção da Secretaria com os problemas dos AGs, especialmente os que envolvem recursos materiais e humanos. É preciso entender o que o usuário quer, o que o profissional precisa e o que o ambulatório pode oferecer. O papel atual do ambulatório hoje é de fazer 50% do atendimento como porta de entrada e 50% como referência para os PSFs e Unidades Avançadas de Saúde da região. O ideal é fazer apenas referência, mas não é possível porque os PSFs não atendem toda a região. Atenção Básica quem faz mesmo é PSF. O AG tem que fazer a atenção secundária, especialidades que seriam das clínicas, por exemplo, ginecologia, fonoaudiologia, psicologia. No dia que tiver PSF em todas as regiões o AG vai se tornar uma pequena policlínica. A Atenção Básica é o principal, mas não é só ela.

ANEXO 09



Programação de Pós-Graduação em Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário – Trindade
Caixa Postal 476
CEP 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil
E-mail: ppgps@cfh.ufsc.br

Comunicado.

Senhor (a),

Como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (de março/2001 a março/2003), sob orientação da Profa. Luzinete Simões Minella, venho desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado “*Atenção Básica em Saúde Pública Municipal*” cujo objetivo principal é *compreender a organização de ações de atenção básica em uma rede municipal de saúde*. A pesquisa será realizada em ambulatórios gerais da rede municipal de saúde de Blumenau. O conteúdo desta tem por objetivo esclarecer os passos seguintes da pesquisa empírica, ou seja, da pesquisa de campo.

A pesquisa possui duas etapas: entrevistas e observações em campo. As entrevistas serão realizadas com os coordenadores, profissionais de saúde e usuários dos ambulatórios gerais; e as observações serão realizadas no decorrer das entrevistas. Ambos os procedimentos têm como objetivos: conhecer os contextos dos ambulatórios gerais e discutir e analisar as concepções de Saúde e Atenção Básica relacionando-as as políticas públicas de saúde desenvolvidas no sul do Brasil.

A partir deste mês estarei entrando em contato com os senhores, coordenadores, para encaminhar os procedimentos acima e tirar as dúvidas que se fizerem presentes em relação à pesquisa.

Desde já adianto que as entrevistas serão realizadas apenas por mim e não possuirão qualquer identificação, garantindo, assim, o sigilo do profissional. Em anexo segue carta de autorização da SEMUS em relação a efetivação da pesquisa. Qualquer dúvida você pode me encontrar às segundas e terças à tarde no CAPSi, fone: 326 – 6879, ou se desejar tirar dúvidas de modo mais reservado: etfina@cfh.ufsc.br

Desde já agradeço a atenção dispensada,

Ethna Thaise Unbehaun.

Florianópolis, 19 de julho de 2002.

ANEXO 10

QUADRO 01. *Organização da Pesquisa de Campo*

| | | | |
|---|------------------------|------------------------|-----------------|
| A Atenção Básica e os atores envolvidos | métodos | | |
| Ambulatórios Gerais | Coordenador | Entrevista estruturada | semi-Observação |
| | Profissionais de Saúde | Entrevista estruturada | De |
| | Usuários | Entrevista estruturada | Campo |

ANEXO 11

TABELA 01. Recursos Humanos da SEMUS em disposição nos AGs*.

| AG. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | TOTAL |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Profs. | | | | | | | |
| S. S. G. | 03 | 04 | 01 | 01 | - | - | 09 |
| Cirurgião dentista | 02 | 04 | 05 | 02 | 02 | - | 15 |
| Assistente Social | 02 | 02 | 01 | 01 | 01 | 01 | 08 |
| Auxiliar de Enfermagem | 08 | 08 | 10 | 11 | 07 | 15 | 59 |
| Enfermeiro | 02 | 02 | 02 | 03 | 01 | 03 | 13 |
| Médico | 04 | 08 | 11 | 10 | 07 | 10 | 50 |
| Op. Serviços Administrativos | 02 | - | 02 | 03 | 01 | 03 | 11 |
| Atendente Odontológico | 02 | 04 | 09 | 01 | 01 | - | 17 |
| Psicólogo | 01 | 01 | 02 | 01 | 01 | 02 | 08 |
| Atendente de Enfermagem | - | - | 01 | 01 | - | 05 | 07 |
| Técnico em Higiene Dental | - | 06 | 07 | - | 01 | - | 14 |
| Fonoaudiólogo | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 06 |
| Auxiliar de Serviços Adms. | - | 04 | 02 | - | 02 | 01 | 09 |
| Oficial Administrativo | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Estagiário | - | 01 | 01 | - | 01 | 03 | 06 |
| Recreador | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Digitador | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Fiscal serviços públicos | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Auxiliar Serviços Gerais | - | - | - | - | 01 | - | 01 |
| TOTAL | 26 | 45 | 57 | 34 | 26 | 43 | 231 |

Fonte: Superintendência de Recursos Humanos/SEMUS/ 2001.

*Também representado no Anexo 04 - GRÁFICO 04

ANEXO 12

Caracterização dos informantes da pesquisa.

| A.Gerais | C1 | C2 | C3 | C4* | C5** | C6 | TOTAL |
|-------------------------------|----|----|----|-----|------|----|-------|
| <i>Categorias</i> | | | | | | | |
| <i>Coordenadoras</i> | 01 | 01 | 01 | -- | 01** | 01 | 05 |
| <i>Profissionais de saúde</i> | 14 | 14 | 09 | -- | 04** | 15 | 56 |
| <i>Usuários</i> | 05 | 10 | 06 | -- | -- | 10 | 31 |
| TOTAL | 20 | 25 | 16 | -- | 05** | 26 | 92 |

* Não participou da Pesquisa.

** Por não seguir os critérios definidos para validade e fidedignidade, teve seus dados invalidados à pesquisa.

Dados dos Profissionais de Saúde

| SEXO | M= 06 F= 45 NR= 02 | |
|---------------------|---------------------------|----|
| Profissão | Assistente Odontológico | 02 |
| | Auxiliar Odontológico | 01 |
| | Técnico em Higiene Dental | 04 |
| | Odontólogo | 01 |
| | Cirurgião - Dentista | 01 |
| | Auxiliar de Enfermagem | 26 |
| | Técnico de Enfermagem | 01 |
| | Enfermeiro | 05 |
| | Médico | 03 |
| | Assistente Social | 01 |
| | Fonoaudiólogo | 04 |
| | Psicólogo | 00 |
| | | |
| Escolaridade | Pós-Graduação | 01 |
| | Superior | 15 |
| | Superior incompleto | 14 |
| | IIº Grau | 21 |
| | IIº Grau incompleto | 01 |

ANEXO 13.

Para o processo tornar-se mais explícito será apresentado um exemplo das etapas de condensação realizadas a partir das categorias de informantes.

QUADRO 02. *Entrevista do Coordenador*

| Coordenador | | |
|--|---|--|
| Conteúdo da entrevista | Temas significativos | Subtemas |
| <p>Em um AG temos diversos programas e oferecemos vários serviços. A coordenação esforça-se para assimilar toda estrutura existente e enfrenta diversas barreiras como, por exemplo, o fato de que historicamente este cargo vem sendo ocupado por enfermeiras. Qualquer quer seja a categoria diferenciada do coordenador, ele vai enfrentar discriminação. Muitas vezes se peca por delegar funções. Vou dar um exemplo. A enfermeira tem uma série de atribuições que independem da parte administrativa. Às vezes, ela é cobrada por que tantos medicamentos estão vencidos. Mas ela também delegou para os auxiliares. (...)”</p> | <p>Diversidade nos serviços oferecidos.</p> <p>Tratamento diferenciado entre profissionais e entre categorias de profissionais.</p> <p>Delegação vertical de responsabilidades. (...)</p> | <p>Organização do cotidiano do AG.</p> <p>Relações na equipe e entre os profissionais de saúde.</p> <p>Organização do cotidiano do AG.</p> |

No caso dos usuários e profissionais de saúde a definição dos temas significativos realizou-se a partir de cada questão, como exemplificado nos quadros abaixo.

QUADRO 03. *Sistematização da questão 02* do questionário respondido pelos Profissionais de Saúde.*

| Profissionais de Saúde | | |
|---|---|---|
| Conteúdo da entrevista | Temas significativos | Subtemas |
| (02) "...é dar aos usuários do SUS um atendimento básico. Por exemplo: no caso da odontologia a restauração, o tratamento do canal não é básico" "É aquela que vem corresponder às primeiras necessidades do paciente, as necessidades mais urgentes". "Ser ética no seu profissional, saber identificar urgência e necessidades dos pacientes..." "é a assistência global à saúde, baseados nos indicadores de saúde e perfil epidemiológico". "É conversar e tentar entender o paciente colocando-se muitas vezes em seu lugar e auxiliando na medida do possível". (...) | Predomínio de procedimentos técnicos individuais e curativos, de baixa e média complexidade. Atendimentos as necessidades básicas ¹⁵² , priorizando as emergências do usuário. Necessidade do cultivo de atitudes subjetivas ¹⁵³ no atendimento ao usuário. Atendimento regionalizado. Intervenções baseadas em aspectos epidemiológicos. Necessidade do cultivo de atitudes subjetivas no atendimento ao usuário. | Organização do cotidiano do AG. Relações entre profissionais de saúde e as ações de Atenção Básica Os profissionais de saúde em relação ao usuário. Organização do cotidiano do AG Relações entre profissionais de saúde a atenção básica |

* "No seu entendimento, o que é Atenção Básica?"

¹⁵² Aqui nomeadas como higiene, alimentação, imunização e prevenção à doenças.

¹⁵³ Como atitudes subjetivas citaram: paciência, calma, atenção, simpatia, educação, ética.

QUADRO 04. *Sistematização da questão 05* do questionário respondido pelos Usuários*

| | Usuários | |
|---|--|---|
| Conteúdo da entrevista | Temas Significativos | Subtemas |
| (5) "Participa bastante auxiliando. A comunidade colabora nas campanhas, vem nas consultas". "Tem as reuniões também e a gente pode falar o que quer, o que acha que precisa. É o conselho, sim.(.)" "Não sei. Não conheço os conselhos ou qualquer outra coisa assim, não". "Tem que saber esperar. As pessoas são muito nervosas e tem gente que chega e fica nervosa. Não conhece o Conselho" "vindo ao médico e trazendo os filhos para vacinar" "vindo aqui, falando como médico, seguindo a orientação; trazendo os exames e documentos porque às vezes as pessoas não trazem e mesmo assim querem ser atendidas e daí reclamam, brigam e saem falando mal..." | Comparecimento em consultas e campanhas Participação em reuniões Desconhece Necessidade do cultivo de atitudes subjetivas no atendimento. Comparecimento em consultas. Necessidade do cultivo de atitudes subjetivas no atendimento. | Participação do usuário no AG O usuário em relação a atenção básica no cotidiano do AG Participação dos usuários no AG. Necessidades dos usuários. Participação dos usuários no AG. Necessidades dos usuários. |

* "Como você percebe a participação da comunidade nos serviços oferecidos pelo AG?"

ANEXO 14

| Subtemas/ temas/ Coordenadores | Subtemas / temas/ Profissionais de Saúde | Subtemas / temas/ Usuários |
|---|---|---|
| ORGANIZAÇÃO DO COTIDIANO DO AG. | ORGANIZAÇÃO DO COTIDIANO DO AG. | PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO COTIDIANO DO AG |
| Dificuldades de viabilizar atividades organizacionais e procedimentos técnicos profissionais | Predomínio de atendimentos individuais | Procura atrelada à agravos nas condições de saúde e à condição financeira |
| Autonomia relativa frente problemas organizacionais e burocráticos | Predomínio de procedimentos técnicos curativos, de baixa e média complexidade. | Participação em atividades de prevenção |
| Autonomia subjugada a concessões de favores | Alto índice de triagens | Maior procura pelas especialidades médicas e procedimentos técnicos da Enfermagem |
| Predominância de procedimentos técnicos individuais e curativos nos atendimentos | Presença de ações preventivas e de promoção à saúde | Participação em reuniões |
| Rotina do AG gera angústia e frustração na Coordenação | Presença de algumas especializações técnicas da área de saúde | Comparecimento em consultas e campanhas |
| Capacitação centralizada nas coordenadoras dos ambulatórios gerais | Execução de ações burocráticas e organizacionais | Acatando e seguindo as orientações dos profissionais |
| Atenção Básica efetivada, principalmente, com base em procedimentos técnicos e curativos | Instabilidade no oferecimento de ações, principalmente nas de prevenção e promoção à saúde. | Melhor organização após implantação das triagens |
| Grande diversidade nos serviços oferecidos | Levantamento e registro epidemiológico da microrregião | Muita demora em atender |
| Delegação vertical de responsabilidades | Diferenciação na implementação de projetos e programas entre as microrregiões | Ênfase no atendimento infantil |
| Gerência Regional como suporte à Coordenação do AG | Indisponibilidade de recursos materiais, físicos e humanos | Abordagem diferenciada entre os profissionais |
| Necessidade de atender com qualidade à demanda do usuário | Infra-estrutura inadequada | Marcação de consultas diferenciadas entre as unidades de saúde |
| Determinações, normas, regras, programas advindos de instâncias superiores e externas a realidade local | Ambulatório geral como espaço de referência | Burocracia dificultando as relações |
| Dificuldades para descentralizar programas e serviços | Presença de equipe multiprofissional | Localização do AG como fator favorável à procura |
| Necessidade de definir o AG como referência | Necessidade de organização administrativa/coordenação | Necessidade em compreender as dificuldades do AG |
| Inadequação na distribuição das unidades de saúde | Necessidade de autonomia na gerência dos problemas locais | Conhecimentos das especialidades e serviços oferecidos no AG |
| Diferença entre as microrregiões ocasiona disparidade entre serviços oferecidos | Necessidade de desenvolver a relação interpessoal na equipe | Ausência de informação sobre funcionamento e os serviços do AG, bem como sobre a rede de saúde pública em geral |
| Descentralização ocasiona diferença nos programas implantados | Necessidade de capacitações continuadas | Desinteresse quanto as informações sobre o AG |
| Necessidade de equipe multiprofissional | Alvo de cobranças da comunidade | Conhecimento sobre o oferecimento de procedimentos técnicos básicos e ações preventivas |
| Necessidade de atuação multiprofissional | Prioridade ao atendimento de alguns grupos da população, de acordo com o sexo, faixa etária, patologias | Reconhecimento quanto a qualidade do atendimento profissional |
| Decisões centralizadas ao nível de coordenação | Efetivação das ações e dos resultados distinta entre os AGs. | O USUÁRIO EM RELAÇÃO A ATENÇÃO BÁSICA |
| Desatenção da Secretaria Municipal de Saúde aos problemas | OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO AG. | Desconhecimento e desinformação quanto a terminologia: Atenção Básica |
| Atenção Básica com papel fundamental à saúde, complementada pelas referências | Grau de envolvimento profissional variável em relação ao serviço público de saúde | Desconhecimento e desinformação quanto aos Conselhos de Saúde |
| AG com papel duplo: Atenção Básica e de Referência | Diversificação no oferecimento de capacitações aos profissionais | Participação nos grupos realizados e nas campanhas de prevenção à saúde |
| RELAÇÕES NA EQUIPE E ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. | Necessidade do cultivo de atitudes subjetivas ¹⁵⁴ no atendimento ao usuário | Compreensão da Atenção Básica diversificada e distinta entre os usuários |

¹⁵⁴ Como atitudes subjetivas citaram: paciência, calma, atenção, simpatia, educação.

| | | |
|---|---|--|
| Atuação e envolvimento com a proposta de Atenção Básica diferente entre categorias de profissionais | Elemento mediador do compromisso e responsabilidade entre o AG e a comunidade | Maior procura pelas consultas médicas, procedimentos básicos da Enfermagem e serviços da farmácia |
| Atuação e envolvimento com a proposta de Atenção Básica diferente entre profissionais de uma mesma categoria | Participação em ações de Atenção Básica | Necessidade de intensificação das ações de promoção e prevenção à saúde junto a comunidade |
| Tratamento diferenciado entre profissionais e entre categorias de profissionais | Responsabilidade quanto ao registro e notificação do perfil epidemiológico local | Necessidade de intensificação das ações de promoção e prevenção à saúde no AG |
| Delegação vertical de responsabilidades | Elemento influente no desempenho e na integração da equipe | RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO AG. |
| Definição de Atenção Básica relacionada a procedimentos técnicos individuais e curativos | Necessidade de envolvimento e integração na organização das políticas e das práticas em saúde | Demora no atendimento |
| Atenção Básica como prevenção, orientação e encaminhamentos aos especialistas | Alta rotatividade de profissionais entre as unidades de saúde das microrregiões | Distinção na abordagem inicial conforme profissional, período e horário do atendimento |
| Ausência, ou pouco conhecimento dos serviços disponibilizados pelo SUS, em especial pelo AG | Necessidade de capacitação aos profissionais da base | Muita burocracia para realizar o cadastramento na unidade de saúde |
| Indisponibilidade profissional para trabalhos em grupo, na equipe e com usuários | Classes de profissionais centralizando ações no curativo | Necessidade de melhorar a recepção ao usuário |
| Trabalho no SUS mantido em segundo plano | Classe profissional apontada como central às atividades do AG | Necessidade de adequar o repasse de informações sobre o cadastramento, o agendamento e atendimentos oferecidos |
| Conflitos na equipe como focos de frustração e angústia da coordenação | OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO USUÁRIO. | Atendimento da recepção implicando em atitudes recíprocas entre profissionais e usuários |
| Aprendizagem sobre coordenação aliada à prática da mesma | Predomínio de atendimentos individualizados | Bom atendimento, considerando as condições do AG |
| Falta de sensibilidade no contato outros profissionais e com os usuários | Predomínio do "pronto-atendimento" | NECESSIDADES DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO AG |
| Sondagem das expectativas dos profissionais | Demanda maior que a oferta de serviços e de recursos disponíveis | Mais especialidades médicas |
| Necessidade de atuação multiprofissional | Participações de ações de promoção e prevenção | Execução de pequenas cirurgias |
| Decisões centralizadas na coordenação | Visão assistencialista | Menos burocracia |
| Conduta profissional difere conforme natureza do vínculo empregatício | Desconhecimento das necessidades reais da população local | Implantação de plantão "24 horas" |
| RELAÇÕES DO AMBULATÓRIO GERAL COM O USUÁRIO | Responsabilidade na divulgação do funcionamento e organização do AG e do SUS | Aumento do número de vagas |
| Participação do usuário em atividades atrelada a precondições, conforme intervenção definida pelos profissionais de saúde | Ausência de participação da comunidade | Distribuição limitada de vagas por dia |
| Procura do usuário pelo AG muito vinculada a intervenção médica | Conselhos como instituições auxiliadoras no atendimento das necessidades locais | Aumento do espaço físico |
| Procura pelo AG em casos de problemas de saúde já agravados, urgências médicas e atestados de saúde | Localização do AG como aspecto facilitador do acesso dos usuários | Maior efetivação na resolução dos problemas de saúde |
| Aspectos culturais interferindo na escolha da unidade de saúde pelo usuário | Divergência entre a oferta de serviços do AG e as necessidades da comunidade | Necessidade do cumprimento de horários por parte dos médicos |
| Definição de Atenção Básica relacionada a procedimentos técnicos individuais e curativos | Disparidade na oferta das especialidades técnicas em saúde | Maior sensibilidade e atenção dos profissionais, principalmente na recepção |
| Pouco, ou ausência de conhecimento quanto ao significado da Atenção Básica e do funcionamento geral do AG | Precariedade de recursos em outras unidades de saúde da microrregião | Intensificação das ações de promoção e prevenção junto à comunidade |
| Pouco, ou desconhecimento geral sobre o direito público de uso (do Serviço Público de Saúde) | Diversificação nos motivos de procura pelo AG | Intensificação das ações multiprofissionais e interdisciplinares |
| Usuário despreparado quanto ao significado da participação comunitária nos Conselhos Locais | RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA | Mais informações sobre os Conselhos |
| Afastamento do usuário da utilização do | Atendimentos generalizados, priorizando | Adequação no repasse de informações |

| | | |
|--|---|--|
| SUS | as necessidades emergenciais do usuário | |
| Relações diferentes conforme a origem do usuário | Orientação nas necessidades básicas ¹⁵⁵ do ser humano | |
| Dificuldade cognitiva de compreender as orientações profissionais | Primeiro nível de atendimento no Serviço Público de Saúde | |
| Dificuldade em ser compreendido pelo profissional de saúde | Predomínio de procedimentos técnicos individuais e curativos de baixa e de média complexidade | |
| Grupos como espaço de troca de experiências e vivências | Existência de programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde | |
| Ansiedade em função do não retorno do usuário | Existência de ações de prevenção e promoção à saúde | |
| Diferença entre o usuário inserido em grupos e o não inserido | Resolução dos principais problemas do usuário | |
| Sondagem da satisfação dos usuários | Coexistência de ações curativas e preventivas | |
| Rotatividade dos usuários infere no trabalho dos grupos | Presença de equipe multiprofissional | |
| Predominância de grupos específicos | Necessidade de intervenções multiprofissionais | |
| RELAÇÕES DO AMBULATÓRIO GERAL COM A COMUNIDADE | Atendimento regionalizado e residencial | |
| Mobilização comunitária para organização dos Conselhos Locais de Saúde dependente da instituição governamental | Intervenções junto à comunidade local | |
| Lideranças locais repetidas nos diferentes espaços de representatividade comunitária | Procedimentos burocráticos de registro técnico ligados à epidemiologia | |
| População em geral despreparada quanto ao significado da participação comunitária nos Conselhos Locais | | |
| Conselhos de Saúde como meio para adquirir autonomia na resolução de problemas. | | |
| Colaboração comunitária vinculada a concessões de favores | | |
| Organização de Conselhos Regionais e Locais distinta entre os Ags | | |
| Representação governamental é maioria nos Conselhos | | |

¹⁵⁵ Aqui nomeadas como higiene, alimentação, imunização e prevenção à doenças.

GLOSSÁRIO

Álea: mesmo que aleatoriedade.

Geo-demográficas: dados que identificam um sistema através de suas características geográficas (composição e recursos do meio) e demográficas (população, migrações).

Teuto: de origem alemã. Teuto-brasileiro: de origem alemã e brasileira.

Vigilância Sanitária: conjunto de atividades de “contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais de saúde para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrados com a periodicidade de disseminação desses dados para aqueles que necessitam conhecê-los” (Center for Disease Control apud Schramm e Schramm, 1995: 51).

Soropositivo: indivíduo portador do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que não manifesta os sintomas da doença da AIDS/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Substância psico-ativa: substâncias que acessam e atuam ao nível do Sistema Nervoso Central provocando várias manifestações emocionais, físicas, psíquicas e comportamentais na pessoa que delas faz uso. Podem comprometer o desenvolvimento humano e também tornar o indivíduo dependente de seu uso. Alguns exemplos são o álcool, a maconha, a cocaína e algumas medicações entre as quais anti-depressivos, ansiolíticos (tranqüilizantes, na linguagem comum) e anti-convulsivantes.

Drogadição: psicopatologia marcada pela dependência de substâncias psico-ativas*, especificamente maconha, cocaína, haxixe, craque, extase, entre outras.

Discricionários: que procede, ou exerce à discricção, sem restrições, condições; arbitrário.

... Especificamente no caso da saúde – exames discricionários: exames sem restrições.

Anatomo-fisiológicas: características que compõem a figura humana em suas condições anatômicas e fisiológicas, como as partes do corpo internas e externas e as substâncias químicas que existem.

Pronto - atendimento: consulta visando a queixa principal e imediata do usuário.

“Entretanto, nossa relação com os demais seres humanos e nosso interesse pelo bem-estar precisam ser expressos pessoalmente, na prática. Ter um interesse abstrato pelos outros não é o bastante. O meio mais prático e imediato de começarmos a compartilhar com as outras pessoas e a atuar em seu benefício é trabalhar com a nossa própria situação doméstica e nos expandir a partir dela. (...) De acordo com os ensinamentos de Shambhala, contudo, temos de reconhecer que nossa experiência individual de bem-estar físico e mental vincula-se intrinsecamente à nossa concepção de uma sociedade saudável” (1997: 96 e 131). [Trungpa, C. Shambhala. A Trilha Sagrada do Guerreiro].