



**Universidade Federal do Pará
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Sustentável do Trópico úmido**

TATIANE SOUSA SILVA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE GESTORES
& USUÁRIOS NO HPSM MÁRIO PINOTTI**

Belém
2011

TATIANE SOUSA SILVA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE GESTORES
& USUÁRIOS NO HPSM MÁRIO PINOTTI.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Desenvolvimento do Trópico Úmido como requisito para obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento, sob orientação da prof.Dr. Rosa E. Acevedo Marin.

Belém
2011

Dados Internacionais de Catalogação de publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

Silva, Tatiane Sousa

Planejamento em saúde: interação entre gestores & usuários no HPSM Mário Pinotti/
Tatiane Sousa Silva; orientadora Acevedo Marin, Rosa E. – 2011.

169 p.: il.; 30 cm

Inclui Bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos
Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2011.

1. Saúde pública – Política governamental – Belém. 2. Hospital Pronto Socorro
Municipal Mario Pinotti – Belém. 3. Planejamento. 4. Desenvolvimento sustentável
– Belém. I. Acevedo Marin, Rosa E., orientadora. II. Título.

CDD: 21. ed. 362.1098115

TATIANE SOUSA SILVA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE GESTORES
& USUÁRIOS NO HPSM MÁRIO PINOTTI.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em
Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de Altos Estudos
Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientadora Prof.^a
Dr^a. Rosa E. Acevedo Marin

Aprovado em 20 de Junho de 2011

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin
Orientadora

Prof^a. Dra. Nirvia Ravena
NAEA/UFPA – Examinadora Interna

Prof^a. Dra. Rosa Carmina de S. Couto
ICS/UFPA – Examinadora Externa

Belém
2011

Aos meus pais que tanto me apoiaram e
à meus amigos com quem pude trocar
valiosas ideias para a realização deste
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Rosa Acevedo, minha orientadora que tantas vezes cedeu seu valioso tempo para atender às minhas dúvidas.

Agradeço gentilmente as colaborações de todos os colegas que cursaram a disciplina de Saúde Coletiva comigo e que acompanharam meu drama e tensão pré-defesa. As sugestões foram levadas em consideração e analisadas cuidadosamente na revisão deste trabalho. Agradeço ao ex-chefe e hoje colega de turma Guilherme Santos, o debate nos intervalos da aula e a divulgação do resultado da minha pesquisa em seu blog.

Agradeço aos meus amigos de dentro e fora do convívio acadêmico que entenderam as vezes que não pude acompanhá-los nas saídas, pelas risadas nos momentos de estresse, pelas palavras de conforto e pela paciência durante todo o curso de mestrado. Em especial a uma amiga muito querida, a quem carinhosamente chamo de "Tata" e seus sábios conselhos.

Não poderia deixar de citar os funcionários do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos com quem aprendi a cultivar uma respeitosa relação. Aos funcionários do SETIN em especial ao chefe do setor Marcelo Santos, que muitas vezes me permitiu utilizar o laboratório depois do horário. Ao Srº Aldo da Secretária que demonstra uma compreensão e generosidade ímpares a todos que precisam de sua ajuda e serviços. Agradecimentos também especial as meninas da biblioteca (Rosângela e Anne) que tantas vezes me ajudaram na hora do desespero e que realizaram a revisão desta dissertação.

Gratidão também devida aos meus colegas de profissão, professores, com que tantas vezes partilhei as frustrações e alegrias do meu curso. À professora Elen Cordeiro e seus conselhos sempre prontos.

Agradeço de coração a todos que direta ou indiretamente me permitiram a construção deste trabalho, porque sem eles a finalização deste projeto não seria possível. E devo muitos agradecimentos a Deus por colocar pessoas tão boas no meu caminho. Sou muito agradecida a todos! Obrigada.

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 sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, art.196)

RESUMO

Planejar em Saúde não é um tema que se restrinja a uma única matriz disciplinar. Para tratá-lo é necessário buscar em diversas áreas do conhecimento numa perspectiva “transdisciplinar”. Nesta pesquisa tentarei compreender e assimilar novas formas de gestão na saúde para o HPSM Mario Pinotti (Belém-Pará) que não estejam, em sua essência, apenas representando uma capitulação diante de uma conjuntura difícil, ou em outras palavras sucumbindo diante das dificuldades atuais dos problemas advindos de uma sociedade moderna e com interesses tão múltiplos quantos seus atores. Partimos da manifestação da necessidade de proximidade entre as pessoas, no contexto da humanização da relação de pesquisa, requer uma postura de valorização da vida acima de qualquer processo estrutural e/ou técnico-científico. Por esse motivo escolhemos Bourdieu como principal referência para uma pesquisa etnográfica em um ambiente micropolítico, sob a perspectiva do estabelecimento de uma relação compreensiva com os atores sociais atuantes. Esta opção metodológica é fundamental para a compreensão do objeto proposto, o que dificilmente pode ser feito a partir da escolha de procedimentos simplificados, tais como entrevistas padronizadas e pontuais. O que se abstraiu dos resultados desta pesquisa é que existe um anseio por parte dos gestores e profissionais em adequar a demanda do hospital à capacidade do hospital e não o contrário. Entretanto, é necessário que haja um equilíbrio entre ambos para que o planejamento atinja o objetivo proposto que é o de ordenar os recursos financeiros e humanos com máxima eficiência possível. Políticas e estratégias devem ser consideradas sob a égide de um planejamento participativo promovendo um diálogo entre os que dependem do sistema e trabalham no/para o sistema.

Palavras chaves: Saúde. Planejamento. Políticas Públicas. Usuários. Gestores. HPSM Mario Pinotti. Belém.

ABSTRACT

Make plans in the area of health is not an issue that is confined to a single disciplinary matrix. To treat it is necessary to look at different areas of knowledge from a "transdisciplinary" perspective. In this research I will try to understand and assimilate new forms of management in health for HPSM Mario Pinotti (Belém-Pará) that it's not in its essence, merely representing a capitulation to a difficult economic situation, or in other words, succumbing before the current difficulties of the problems arising from a modern society with interests such as multiple than their actors. We started from need for proximity between people, in the context of the humanization of the relationship of research requires an attitude of valuing life above any structural process and / or technical-scientific. For this reason we chose as the main reference to Bourdieu's ethnographic research in an environment micro political from the perspective of establishing a comprehensive relationship with social actors acting. This methodological approach is fundamental to understanding the proposed object, which can hardly be made from the choice of simplified procedures like punctual interviews. What is abstracted from the results of this research is that there is a yearning on the part of managers and professionals in adapting to the demands to the hospital capacity of the hospital and not vice versa. However, there must be a balance between both that the proposed design achieves the goal that is the sort of financial and human resources with maximum efficiency possible. Policies and strategies must be considered under the aegis of a participatory planning by promoting a dialogue between those who depend on the system and work in / for the system.

Keywords: Health. Planning. Public Policy. Users. Managers. HPSM Mario Pinotti. Belém.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 01 – Gasto Federal com Saúde com proporção do PIB – valores normais	49
TABELA 02 – População de Belém – ano 2006 .	107
TABELA 03 – Causas externas de Morbimortalidade – ano 2009	108
TABELA 04 – Comparativo das Principais causas de atendimento por sub grupo nos anos 2008 e 2009	109
QUADRO 01 – Enfoques de Planejamento na América Latina	66
QUADRO 02 – Classificação de Pronto-Socorros	87
QUADRO 03 – Principais Queixas no HPSM – Dados da Pesquisa	125
FIGURA 01 – Classificação de Riscos segundo Protocolo de Manchester	97
FOTOGRAFIA 01 – Fachada HPSM Mário Pinotti em 1965	112
FOTOGRAFIA 02 – Fachada HPSM Mário Pinotti em 1984	112
FOTOGRAFIA 03 – Fachada HPSM Mário Pinotti em 2009	114
FOTOGRAFIA 04 – Fachada HPSM Mário Pinotti em 2010	114
GRÁFICO 01 – Proporção dos Principais Grupos de óbitos em Belém	110
GRÁFICO 02 – Distribuição da Demanda – Dados da Pesquisa	117
GRÁFICO 03 – Nível de Escolaridade – Dados da Pesquisa	117
GRÁFICO 04 – Renda Familiar – Dados da Pesquisa	118
GRÁFICO 05 – Estado Civil – Dados da Pesquisa	118
GRÁFICO 06 – Distribuição de Atendimentos realizados por Gênero no interior do Estado	118
GRÁFICO 07 - Distribuição de Atendimentos realizados por Gênero na Grande Belém	119
GRÁFICO 08 – Número de Atendimentos realizados no HPSM em 2010	120
GRÁFICO 09 – Relação dos 10 municípios de maiores demandas do Estado	123
GRÁFICO 10 – Relação de Percentual de Atendimentos no HPSM por Demanda	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENDES - Centro Nacional de Desarrollo (Venezuela)
CEP – Conselho de Ética em Pesquisa (regional)
CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTI – Centro de Terapia Intensiva
DABEL – Distrito Administrativo de Belém
DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci
DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
FENAM – Federação Nacional de Médicos.
HPSMMP – Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPS - Organização Pan-Americana de Saúde
PEA – População Economicamente Ativa
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PG/OMS - Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde
PNAU – Política Nacional de Atendimento às Urgências
PNS – Política Nacional de Saúde
PS – Pronto- Socorro
PT – Partido dos Trabalhadores

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

REME - Movimento da Renovação Médica

RMB – Região Metropolitana de Belém

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESMA – Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente.

SUS – Sistema Único de Saúde

UMS – Unidade Municipal de Saúde

UPA – Unidade de Pronto- Atendimento

US – Unidades de Serviço

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Comitês de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.....	20
1.2 Instrumentos Metodológicos.....	26
2 Reforma Sanitária no Brasil e o Planejamento em Saúde.....	32
2.1 Organização Institucional do Sistema de Saúde.....	43
2.5 Responsabilidades da Federação, Estados e Municípios: NOB's 91, 93 e 96.	53
2.6 institucionalização do SUS.....	62
2.6 O Planejamento em Saúde como Método.....	66
3 Políticas Públicas em Saúde.....	70
3.1 Definições de Urgência e Emergência.....	80
3.2 política de Humanização do SUS.....	83
3.3 Política Nacional de Atendimentos às Urgências e Emergências.....	88
3.3.1 Rotinas de Funcionamento e Atendimento.....	95
3.3.2 Estruturação da Grade de Referência.....	96
3.3.3. Características Específicas.....	96
3.4. Acolhimento e Classificação de Risco.....	98
3.5 Relação Atenção Primária Versus Atenção Terciária à Saúde.....	101
3.6 A importância da Atenção Primária: O PSF em destaque.....	104
4 Dinâmica das Relações Entre Usuários e Gestores no Hospital Mário Pinotti.....	107
4.1 Aproximação ao espaço social de Belém.....	108
4.2. Lócus da pesquisa: HPSM MARIO PINOTTI.....	112
4.3. Usuários do HPSM.....	118
4.4. Expectativas e Perspectivas do Usuário.....	124
4.5. Perspectivas do Gestor Sobre o HPSM.....	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICES.....	156
ANEXOS.....	168

1 INTRODUÇÃO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao ser humano. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas tornou-se cada vez mais importante cuidar da vida, de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que adoecimentos e agravos venham a se constituir produtores de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e grupos de população. Além disso, a análise do processo saúde-doença evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. Sabe-se ainda que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (modelo hospitalocêntrico).

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo como previsto na Política Nacional de Saúde de 2006.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, elaborou-se um conjunto de estratégias de mudanças em gestão. Neste contexto, ganha importância a compreensão da maneira pela qual se deu a criação e a consolidação deste sistema, que incorporou princípios da acessibilidade universal, integralidade na atenção à saúde, participação social e descentralização.

A atuação de múltiplos atores: planejadores, usuários e profissionais

de saúde de perspectivas, muitas vezes difusas, geram conflitos e dificuldades nas ações de planejamento, evidenciando-se as divergências sobre o “Sistema que queremos e o “Sistema que temos”. Esse estudo apresenta uma revisão bibliográfica do tema planejamento, procurando identificar as diversas perspectivas do que é planejar em saúde do ponto de vista de usuários e gestores que utilizam e dependem deste sistema.

O interesse neste tema surge a partir da observação das dificuldades e angústias vividas no cotidiano dos usuários e profissionais em saúde que compõem a realidade social observada no Pronto-Socorro Municipal Mário Pinotti, também conhecido como “Pronto-Socorro da 14”¹. Tal realidade não pode ser entendida como pré-determinada, mas construída e transformada por diferentes atores (FLICK, 2004). A partir daí, tentarei conjecturar novas formas de gestão na saúde que não estejam, em sua essência, apenas representando uma capitulação diante de uma conjuntura difícil, ou em outras palavras sucumbindo diante das dificuldades atuais dos problemas advindos de uma sociedade moderna e com interesses tão múltiplos quanto seus atores.

O sistema de saúde, tal como vem sendo denominado, abrange os serviços públicos de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e os serviços privados de saúde em suas várias modalidades de prestação. Para Cohn e Elias (1996) as exigências para a adoção de critérios de universalização, da igualdade no tratamento assistencial, da equidade e a participação na implementação do Sistema Único de Saúde, subsistem apenas no plano jurídico-legal e, no caso brasileiro, são concessões apenas retóricas, carecendo de efetividade. Isto parece razão suficiente para colocar entre aspas o termo “Sistema de Saúde” e na melhor das hipóteses admiti-lo apenas no plural, dado que o caso brasileiro atesta a convivência entre um sistema público com vários outros privados, como exemplificaremos nos capítulos a seguir desta dissertação.

Pesquisa recente sobre a saúde no Brasil realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2009) ressalta que a predominância de prestadores privados não é necessariamente um problema como se pode

¹ Referência a localização do Hospital, na rua 14 de Março no bairro do Umarizal em Belém.

pensar a princípio. Para o usuário, em geral, é irrelevante a personalidade jurídica do provedor, pois o que lhe importa é a garantia de um serviço com qualidade e presteza. Ademais, o Sistema Público Brasileiro herdou do sistema médico previdenciário do passado, longa tradição de parceria com os prestadores privados, não obstante o risco de efeitos colaterais. Por este motivo, para compreendermos o funcionamento do sistema atual, em que o hospital objeto desta pesquisa está inserido, é necessário também conhecer as vertentes históricas da criação do SUS.

A utilização da rede privada (popularização de planos de saúde privados) libera o poder público não só da realização de investimentos diretos para ampliar a própria capacidade instalada, como, principalmente de gerência de estabelecimentos, sobretudo os de maior porte e complexidade, tarefa que persiste como uma das maiores, se não a maior, das vulnerabilidades e atribuições do Sistema Público de Saúde. Esta realidade brasileira é replicada nos hospitais da capital paraense, sobretudo naquele que é o lócus desta pesquisa: o HPSM Mário Pinotti, uma instituição pública que nos revela uma altíssima demanda por serviços, tanto de pacientes da capital quanto de municípios vizinhos.

O descaso com a saúde no município de Belém alcançou proporções tão alarmantes a ponto de haver necessidade de intervenção do Ministério Público, como caminho mais próximo à defesa do direito do cidadão. Isto reflete negativamente na mídia. No entanto mais que simplesmente preocupar-se com a imagem do Estado (como simples questão de aparência) é importante destacar a relação da saúde com vidas humanas que são perdidas por puro descaso e a delegação irresponsável de culpa entre as três esferas do governo.

Segundo dados apresentados em 2 de outubro de 2009 no jornal regional “Diário do Pará”, o Sistema Público de Saúde em Belém contabilizou 128 óbitos somente no primeiro trimestre de 2009, sendo a situação mais expressiva na unidade de atendimento de Pronto Socorro da Travessa 14 de Março, HPSM Mário Pinotti. Nas investigações do jornalista autor da matéria, os motivos do óbito vão desde o péssimo atendimento, perpassando pela falta de profissionais até pelas condições precárias dos equipamentos e instalações.

Ainda com base nas estatísticas apresentadas nesta reportagem, a

crise na saúde pública é responsável por cerca de 40 óbitos ao mês em Belém. Levanta-se a tese de que modelos assistenciais, baseados no atendimento da demanda espontânea, são relacionados entre os fatores que concorrem para a espiral de deficiências no Sistema de Saúde Público neste município. Adicionalmente, esses modelos têm baixo potencial na geração de mudanças positivas na situação da saúde coletiva, uma vez que premidos pela pressão desordenada da demanda, tendem a negligenciar ações de proteção e promoção da saúde, sejam aquelas que dependem de políticas próprias do setor, sejam as que exigem ações intersetoriais articuladas. (PIOLA et al., 2001) E no Município de Belém, este quadro é agravado pela disputa política entre Prefeitura e Estado (PT versus PTB). No período deste estudo, estes dois partidos estiveram à frente da Administração Municipal, aflorando rivalidades.

Machado (2004) alega que em especial na área da saúde, Belém tem se mantido carente de investigações mais amplas e abrangentes que possam dar conta das suas múltiplas dimensões. Ademais, é uma capital marcada por características próprias, que a distinguem das demais capitais brasileiras, pois uma série de problemas urbanos e ambientais agrava os problemas sanitários e conseqüentemente a deterioração da saúde coletiva.

A importância deste estudo não está em supor que o problema da saúde em Belém, se concentra, mais ou menos, na falta de planejamento e/ou de outras técnicas de gestão. Mas, sim, em poder retratar e legitimar em linguagem científica a relação “gestores-usuários” que influencia neste planejamento, destacando a importância da opinião destes atores para reorientação de políticas (nacionais, estaduais e municipais) de saúde, sobretudo permitindo rever certas estratégias.

Cecílio (1997) chama a atenção para o que destacamos também como o foco desta pesquisa. O autor considera serem hoje os serviços de urgência e emergência a porta de entrada mais importante do sistema. Tais serviços têm, nas condições concretas da sociedade brasileira, uma enorme legitimidade perante a população, dado o grau de carência de grandes estratos da população do estado do Pará e, principalmente, em função da ausência concreta de alternativas para acessar aos serviços de que necessitam. À maioria não resta alternativa que não seja a de utilizar os serviços de urgência

para resolver todo e qualquer problema de saúde.

Nesta medida pretende-se observar os fenômenos “do interior” do objeto trabalhado, afastando qualquer intenção de distanciamento e compromisso com idéias racionalizadoras de caráter globalizante. Mais especificamente, observa-se o hospital como espaço privilegiado para entender fluxos e demandas do “cidadão comum”, com seus desejos e necessidades; esse olhar é, muitas vezes, compartilhado por gestores e usuários.

Machado (2004) argumenta que analisar os aspectos de saúde/doença de uma população não está apenas relacionado a compreender as evidências orgânicas, mas sim em realizar uma construção cultural que se expressa em formas específicas de pensar e agir, e a questão não se restringe a uma única matriz disciplinar. Para tratá-la é necessário buscar em diversas áreas do conhecimento, as contribuições que possibilitem um entendimento de doença, segundo as diferenças entre contextos sociais que poderiam ser consideradas determinantes das diferenças no estado de saúde dos grupos sociais. Nesta perspectiva abordaremos ao longo desta dissertação assuntos relacionados a “Planejar em Saúde”, a importância de Políticas Nacionais, Estaduais e Municipais, e a influência dos atores sociais para a construção de um planejamento eficiente, procurando entender como funciona o planejamento de serviços de saúde em Belém e de que forma ele atende (ou não) o estabelecido na Política Nacional de Atenção às Urgências. Além de tentar compreender as relações que se estabelecem entre gestores e os usuários no HPSM Mário Pinotti e de que forma esta relação influencia na concepção atual de planejamento utilizada nesta importante Unidade de Urgência e Emergência.

O que se observa no decorrer desta pesquisa, é que muitas vezes em sua avaliação negativa dos prontos-socorros, profissionais de saúde, gestores e usuários responsabilizam uns aos outros, frente à frustração das respectivas expectativas. Saber se as críticas e acusações cruzadas são legítimas ou não, interessa menos, pois leva a resultados óbvios, já que os argumentos e as razões de cada ator social são elaborados a partir dos critérios e da lógica que fundamentam seu ponto de vista. Revela-se bem mais interessante e estimulante adotar uma postura compreensiva, que não pretenda concentrar as atenções para as críticas e queixas, não exatamente ignorando-

as, mas deixando-as em segundo plano, e tentando entender o que está por trás delas, e que a primeira vista não é tão óbvio.

Em síntese este trabalho de pesquisa pretende responder: De que forma e em que medida as relações e interação entre Gestores e Usuários, contribuem para a consolidação (ou não) de um planejamento no HPSM Mario Pinotti? E para entender estas relações dividimos esta Dissertação em IV capítulos.

No capítulo I intitulado **Reforma Sanitária no Brasil e o Planejamento em Saúde**, discutiremos as diferentes vertentes acerca do planejamento e o surgimento do planejamento em saúde como método na contextualização histórica da Reforma Sanitária, na década de 70, que culminou com a constituição de 1988.

No capítulo II abordaremos **Políticas Públicas em Saúde**, onde serão apresentadas e discutidas as Políticas de Humanização do SUS, a Política Nacional de Atendimento as Urgências e Emergências e a relação entre a Atenção Primária em Saúde versus a Atenção Terciária em Saúde.

No capítulo III a partir dos dados coletados durante a pesquisa, entenderemos a **Dinâmica das relações entre gestores e usuários no HPSM Mario Pinotti**, a partir da interação de seus atores sociais e como essas relações se estabelecem.

Adiante, encerraremos a pesquisa com nossas **Considerações Finais** onde se pretende ter respondido de que forma e em que medida as relações e interação dos atores sociais estudados, contribuem para a consolidação de um planejamento eficaz no HPSM Mario Pinotti.

As dificuldades para iniciar a pesquisa deram-se virtude dos trâmites burocráticos para se ter acesso ao hospital, um deles e que tomou grande parte do tempo da pesquisa, foi a obtenção de um documento de autorização emitido pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará, como veremos no tópico a seguir.

1.1 COMITÊS DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS

A ética, enquanto disciplina, se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, reflexão que interpreta, discute e problematiza, investiga os valores, princípios e comportamento moral à procura do bom, do bem-estar da vida e da sociedade. Atualmente, em função das exigências sociais, culturais ou legais existem diferentes tipos de Comissões de Ética atuando/regulando as mais diversas áreas de pesquisa. Os Comitês de Ética são previstos desde as normas de pesquisa em saúde, constantes na Resolução nº1 do Conselho Nacional de Saúde de 1988, visando avaliar a adequação dos projetos que envolvam pesquisa com seres humanos, como é o caso deste trabalho.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são órgãos Institucionais Nacionais ou Regionais, que tem por objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados. É um comitê interdisciplinar, cuja função é avaliar os projetos de pesquisa que envolva a participação de seres humanos. Atualmente existem cerca de 200 Comitês de Ética em pesquisa, credenciados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que também serve como órgão de recurso para deliberações locais (GOLDIM e FRANCISONE, 2010).

Uma vez que os formuladores de políticas públicas em saúde, bem como os responsáveis pelo delineamento das atividades acadêmicas de formação, pesquisa e extensão, almejam estimular a pesquisa nacional na área, é fundamental conhecer os rumos e o perfil dos estudos que se desenham a partir das atividades acadêmicas. Se a academia reflete a sociedade atual, em todas as suas faces, e não apenas uma parcela da mesma, espera-se que os anseios e necessidades sociais também se manifestem nos projetos de estudos realizados. Para Pessini (2002) embora muitas vezes essa investigação não ostente a complexidade metodológica e ética, que é a característica marcante das pesquisas em saúde realizadas no Brasil e no exterior, está sujeita à mesma legislação quanto se trata do voluntário de pesquisa, e deve obedecer ao igual rigor científico.

Há um crescente interesse em estudar o homem inserido em seu contexto de vida sociocultural, visando a interpretar os significados de

fenômenos relacionados à vida do homem como ser histórico e cultural. Nessa direção, desenvolvem-se estudos de caráter qualitativo, utilizados pelas ciências sociais desde o final do século XIX e, bem mais recentemente, apropriados pela pesquisa em saúde. Entretanto, observa-se que ainda há quem considere a pesquisa qualitativa como um tipo de investigação inferior, por não apresentar os mesmos parâmetros referentes ao rigor científico (objetividade, neutralidade, tratamento estatístico dos dados, etc.) do método quantitativo, de largo trânsito nas ciências naturais.

O melhor método, afirmam Minayo e Minayo-Gomes (2003), “será aquele que possibilite ao investigador encontrar respostas que permitam esclarecer, desenvolver, explicar ou compreender seu objeto.” Sendo assim, as diferentes perspectivas, conduzidas sob as recomendações científicas que lhes são cabíveis, devem adequar-se ao objeto e objetivos do estudo. Não constituem, portanto, enfoques metodológicos melhores ou piores, mais ou menos rigorosos, nem mais ou menos científicos; são formas diversas do conhecimento científico, aplicadas a objetos diferentes.

Malinowski já afirmava que o trabalho de campo etnográfico sempre começa com algumas questões ou algum problema. O importante é que essas questões possam ser esclarecidas ou modificadas quando o estudo começa a ser desenvolvido no campo. Por essa razão, a pesquisa etnográfica não supõe hipóteses, nem a formulação a priori de um projeto definitivo e fechado. Um projeto desenvolvido dessa forma não incorre em falta de planejamento da pesquisa; pelo contrário, o planejamento deve ser entendido como um processo e acompanhar o desenvolvimento do estudo. Para Vila et.al (2007,p.242):

A pesquisa etnográfica não se caracteriza como um estudo longitudinal, que abarca grandes contingentes populacionais, na busca explicativa de relações entre variáveis; ao contrário, concentra-se em pequenos grupos para empreender um estudo em profundidade de maneira a interpretar significados de práticas, motivações, rituais, crenças, etc. Nesse tipo de estudo, para a seleção dos participantes, considera-se não apenas o número de pessoas, mas também aspectos relativos às observações no que tange ao tempo, ao local e à qualidade das informações coletadas. A seleção de casos é uma forma de amostragem em pesquisa social e isso significa que algumas decisões deverão ser tomadas sobre onde e quando observar, com quem falar, o quê perguntar, quanto, o quê e como registrar. Nesse sentido, há três dimensões na configuração do grupo de sujeitos dentro dos casos: pessoas, tempo e contexto.

Os autores (VILA et.al., 2007, p.242.) em seu artigo intitulado *Pesquisa Etnográfica em Saúde: sua apreciação por Comitês de Ética* afirmam que:

[...]em estudos etnográficos, o objetivo da entrevista é buscar os sentidos atribuídos aos fatos e às coisas do mundo pela pessoa que está sendo entrevistada, tentando acessar a sua perspectiva, sem induzi-la, e encontrar coisas que dificilmente seriam observadas diretamente, tais como: sentimentos, motivações, pensamentos e intenções. É importante admitir que a qualidade das informações obtidas depende da habilidade do pesquisador, que deve ser capaz de reconhecer, durante a interação com o participante da pesquisa, aspectos que devem ser esclarecidos e aprofundados, visando a atingir o objetivo do estudo. Não há como padronizar a interação entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa, assim não se pode prever todas as questões.(p.55)

Como discente do Programa de Pós-graduação em Planejamento em Desenvolvimento (PLADES) cuja metodologia de ensino se propõe a interdisciplinaridade, busquei através deste projeto integrar diferentes áreas do conhecimento, das ciências sociais e seus métodos à uma área dominada por médicos e profissionais de saúde. O desafio é grande e muitas foram as dificuldades encontradas desde o início da pesquisa, a começar pelas diferentes metodologias de pesquisa empregadas em ambas as áreas (social versus saúde). Não que estas se contraponham, mas as metodologias utilizadas destoam significativamente, uma vez que a metodologia qualitativa é pouco valorizada ou mesmo inferiorizada nos estudos em saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa esbarrou inicialmente na precariedade de material bibliográfico ou estudos anteriores disponíveis nas bibliotecas desta universidade. Uma vez que estudos acerca do tema de Planejamento em saúde não são comuns em cursos de ciências humanas e sociais, e menos ainda na área de saúde. Grande parte do material utilizado nesta pesquisa foi obtida em revistas de saúde pública, de enfermagem, bioética entre outras disponíveis, principalmente em versões online.

Observou-se ainda que em pesquisas sociais a utilização dos Comitês de Ética em Pesquisa com seres Humanos, não é comum, embora necessária. Se isto é um problema ou não, não nos cabe julgar neste momento, no entanto foram dificuldades que encontramos para iniciar este trabalho.

Como esta pesquisa se desenvolve no Hospital Pronto-Socorro Municipal Mário Pinotti fora necessário conseguir autorização da Secretária Municipal de Saúde (SESMA) para se ter acesso aos dados deste órgão público. Apesar de o hospital localizar-se em uma região central da cidade, a secretaria de saúde funciona em uma área periférica de Belém, próximo ao distrito de Icoaraci, na rodovia Arthur Bernardes. A primeira dificuldade diz respeito a questões de geolocalização, já que a área estava passando por um serviço de terraplanagem, tendo vários de seus trechos interditados, o que demandava uma média de 2 horas para se conseguir chegar ao prédio de funcionamento da SESMA. Esta secretaria conta com um Comitê de Ética próprio, que avalia a viabilidade e interesse desta instituição em pesquisas acadêmicas, o que em ano eleitoral como este em que foi realizada a pesquisa, dificulta muito o acesso às informações.

Embora enquanto pré-projeto tenhamos conseguido qualificação deste trabalho pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos na data de 11 de março de 2010, seria ainda necessário passar pelo “crivo” da Secretária Municipal de Saúde, que solicitara os seguintes documentos:

1. Ofício Emitido pela IES ao Gabinete do Secretário
2. Declaração de Aceite do Orientador
3. Projeto de Pesquisa
4. Termo de Compromisso do Pesquisador para com a SESMA
5. Currículo do Pesquisador
6. Currículo do Orientador
7. Cópia do RG do Pesquisador
8. Protocolo do CEP da Instituição de Origem
9. Folha de Rosto CONEP

Como já dito anteriormente, uma das grandes dificuldades foi localizar o endereço do Comitê de Ética, tendo sido encaminhada a vários lugares desta universidade, desde o Comitê de Ética de Pesquisa com Animais ao Comitê de Ética dos Funcionários da UFPA. Após visita ao Hospital Betinna de Ferro, hospital universitário localizado dentro da UFPA, fui direcionada ao Hospital Barros Barreto, outro Hospital Universitário localizado fora da UFPA, onde supostamente encontraria o Comitê de Ética de Pesquisa com seres humanos. Infelizmente, este comitê, cujo responsável é o professor Dr. João

Felício estava sobrecarregado de projetos não mais recebendo documentação desde o dia 11 de junho de 2010. E só voltaria a funcionar a partir do dia 15 de agosto. O que levaria um tempo maior para poder iniciar a pesquisa. Logo fui informada que existiriam também outros dois comitês de ética de pesquisa com seres humanos também ligados a UFPA: um localizado no Núcleo de Medicina Tropical, outro no curso de enfermagem desta Universidade. Mas ambos estariam em recesso e não receberiam projetos também nos meses de junho e julho. Só tendo vagas disponíveis para o final do mês de agosto.

Em um primeiro momento procurei o CEP do curso de enfermagem, onde fui informada que apesar de estarem recebendo projetos, por conta da grande demanda, só estariam dando um 'Parecer' ao final do mês de setembro. Este Comitê de Ética também composto por uma equipe multidisciplinar avaliam a viabilidade e validade acadêmica do projeto. Para dar entrada no CEP desta Instituição foram necessários os seguintes documentos:

a) Folha de Rosto: Conforme solicitação da CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, todo projeto relacionado a seres humanos, deverá ser previamente cadastrado na SISNEP - Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Após o cadastro será gerada a Folha de Rosto. Somente então, será possível enviá-lo ao CEP desejado.

b) Cartas de Solicitação de Parecer: Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – CEP-ICS/UFPA (duas vias).

c) Projeto de Pesquisa da Dissertação completo contendo:

- Orçamento Financeiro, cronograma (Duração – observar o início da coleta de dados), resumo, antecedentes justificativas, descrição do material e métodos, casuística, resultados esperado e bibliografia.
- População alvo, tamanho da mostra, processo de seleção (forma de obtenção da amostragem), processo de obtenção de dados, critérios de inclusão e exclusão e exclusão, métodos de avaliação dos resultados e análise dos riscos e benefícios observando a Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996.
- Responsabilidades do pesquisador, da Instituição, do patrocinador (Se houver), local da realização de várias etapas.
- Propriedade das informações, característica da população, justificativa

de uso de grupos vulneráveis, número de sujeitos da pesquisa (Entrevistados).

- d) Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), observando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Devendo ainda constar o endereço do CEP, com telefone e e-mail.
- e) Termo de Consentimento da Instituição: Local onde será realizada a pesquisa.
- f) Termo de Compromisso do aluno/pesquisador.
- g) Termo de compromisso do orientador/pesquisador responsável.
- h) Currículos do aluno/pesquisador (Plataforma Lattes)
- i) Currículos do orientador/pesquisador responsável (Plataforma Lattes).
- j) O Projeto deve ser entregue com encadernação.
- k) Declarações de Isenção de Ônus Financeiro à UFPA.

Após juntar esta documentação foi possível conseguir gerar o número de Protocolo do Comitê de Ética, que fora solicitado pela SESMA, o que ainda assim, não garantiria que esta Secretaria liberasse a pesquisa. Após três semanas de espera, foi dado Parecer positivo, no entanto parcial, da SESMA para início da pesquisa, uma vez que o Projeto ainda não tinha uma resposta definitiva do Comitê de Ética.

Em posse desta Autorização parcial, me encaminhei até o Hospital onde seria realizado o estudo, mas mesmo assim, o Coordenador responsável pelo Centro de Estudo, Prof. Dr. Marcos Vinícius Brito, não permitiu o início da pesquisa enquanto não estivesse de posse do documento definitivo do CEP. Isso gerava um grande transtorno para dar início à mesma.

Uma solução que encontrei foi solicitar urgência na análise do projeto diretamente ao coordenador do Comitê de Ética, mas este estava de férias. Após inúmeras tentativas, consegui localizá-lo, sendo necessário visitá-lo em sua residência, e este compreendendo a situação, forneceu um Parecer Final em duas semanas. Foi então possível anexar à documentação da SESMA o Parecer definitivo do CEP, podendo por fim me fornecer um Autorização Final para início da pesquisa, o que só possível no dia 11 de agosto de 2010.

Da data de qualificação deste projeto em 11 de março de 2010 ao início da pesquisa in lócus decorreram-se 05 meses em trâmites burocráticos e

outras dificuldades, o que nos levou a revisar no cronograma de pesquisa proposto inicialmente.

1.2 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

Em Belém, como outras metrópoles brasileiras, o número dos serviços de saúde mantidos pelo Poder Público é menor do que os números mantidos pela iniciativa privada, e o número de leitos por habitante (2,1:1000) da rede pública, apesar de ser superior ao que a OMS recomenda (1:1000 hab.), não atende as necessidades da população (MACHADO, 2004).

Em reconhecimento de campo, realizado logo no início da pesquisa, pude observar situações que para mim, enquanto pesquisadora eram novidades, mas para os milhares de usuários e funcionários que estão inseridos no ambiente e no dia a dia, são fatos corriqueiros, como encontrar manchas de sangue nas paredes, pessoas acuadas nos cantos dos corredores a espera de atendimento, filas pelo lado de fora do hospital, entre outros problemas.² Estas observações me causaram um choque inicial que tive necessidade de controlar.

A proposta era de realizar uma pesquisa qualitativa do tipo etnográfica, entre os meses de agosto de 2010 e maio de 2011. No primeiro momento a pesquisa abordava os dois pronto-socorros públicos existentes no município de Belém: Hospital Pronto Socorro Mário Pinotti e Hospital Pronto Socorro Humberto Maradei, também conhecidos como Pronto-Socorro da 14 e do Guamá, respectivamente (uma referência a suas localizações). Contudo as limitações de tempo e recursos, e sob orientação da Prof. Dr^a. Rosa Acevedo foi necessário optar por apenas um lócus de pesquisa. E sendo o Hospital Mário Pinotti o de maior expressão tanto em tamanho (espaço físico) como em número de atendimentos (média de 7.000/mês), optamos por escolhê-lo para desenvolver a pesquisa, representando um lócus privilegiado de acesso a observações e discursos de primeira importância relativos tanto a percepção e as práticas de urgência e emergência quanto às interações entre os diversos atores implicados e suas reações.

² Observações feitas entre os meses de fevereiro e março de 2010.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista caracteriza-se como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo – materiais que tanto podem ser objetivos quanto subjetivos. O entrevistador pretende com esse instrumento elucidar as informações pertinentes ao seu objeto. Dessa forma, a entrevista como fonte de informações pode fornecer dados primários e secundários e ser estruturada de formas diversas, tais como a sondagem de opinião com questionário fechado, a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta, a entrevista não diretiva, a entrevista centrada (MINAYO, 1993). Neste processo investigativo, utilizo a forma semi-estruturada individual, combinando perguntas fechadas e abertas, com o objetivo de possibilitar ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão. Procurarei assim identificar qual a visão dos entrevistados (gestores e usuários) quanto ao planejamento que é feito para o HPSM Mário Pinotti, procurando encontrar uma definição do que seja planejar para cada ator social. E provavelmente encontraremos respostas tão diversas quanto às perspectivas de cada um. Segundo Minayo (1996, p.109):

[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O processo de observação teve início em fevereiro de 2010, já que enfrentamos grandes dificuldades a principio com questões burocráticas para ter acesso ao Hospital. Por se tratar de um ano eleitoral, a desconfiança de que informações obtidas fossem usadas de maneira política era muito grande. Fora exigido constantemente comprovação de vínculo acadêmico. Outra dificuldade enfrentada também relacionada a trâmites burocráticos, diz respeito ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, assunto já explanado.

Sobre os métodos de pesquisa, Bourdieu (1997) nos mostra até que ponto a fidelidade aos velhos princípios metodológicos, responsáveis pela padronização de trabalhos científicos “engessam” resultados e ignoram as sutilezas “das estratégias que os agentes comuns desenvolvem na conduta

comum da existência”. Bourdieu aponta as relações entre o pesquisador e o pesquisado, e como esta relação se delimita influenciando, nem sempre positivamente, os resultados obtidos com a pesquisa, construindo assim uma crítica à epistemologia positivista.

Podemos assim dizer que essa mesma crítica fundamenta esta dissertação, pois a “relação de entrevista” deve em primeiro lugar tentar conhecer os efeitos que se podem produzir no meio e como a presença do pesquisador, muitas vezes, de forma arbitrária prejudica a relação de confiança que deveria haver entre o pesquisado e pesquisador. Este último estabelece as regras do jogo, mas deve estar atento aos sinais de todos os envolvidos, procurando desenvolver uma espécie de escuta ativa e metódica. É necessário ressaltar ainda que embora essa postura de aparência contraditória, não seja fácil de ser colocada em prática, é necessária para que se reduza ao máximo a violência simbólica que se pode exercer nesta relação. Bourdieu (1997, p.696), argumenta que:

Para que seja possível uma relação de pesquisa o mais próximo do limite ideal, muitas condições deveriam ser preenchidas: não é suficiente agir como faz espontaneamente o bom pesquisador, no que se pode ser consciente ou inconscientemente controlado na interação, principalmente o nível da linguagem utilizada e todos os sinais verbais e não verbais próprios a estimular a colaboração das pessoas interrogadas, que não podem dar uma resposta digna desse nome a pergunta a menos que elas possam dela se apropriar e tornarem os sujeitos. Deve-se agir também, em certos casos, sobre a própria estrutura da relação (e por isso, estrutura do mercado linguístico e simbólico), portanto na própria escolha das pessoas interrogadas e interrogadores.

Escolher realizar um trabalho científico num ambiente hospitalar, mas propriamente na emergência, significa estar em um ambiente de estresse contínuo, onde existem situações opostas de saúde e doença com ambigüidades de sentimentos e emoções. A proximidade social e familiaridade, segundo aponta Bourdieu, pode assegurar efetivamente duas condições de uma comunicação não-violenta que venha a aumentar o estresse do ambiente. De um lado, quando o interrogador está socialmente muito próximo daquele que interroga, ele lhe dá garantias contra a ameaça de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas. Por outro lado se encontra também um acordo assegurado, concernente aos conteúdos e formas de comunicação (sinais verbais e não verbais).

A manifestação da necessidade de proximidade entre as pessoas, no contexto da humanização, requer uma postura de valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural e/ou técnico-científico. Nesse contexto, é preciso levar em conta a condição dos pacientes à espera de atendimento de emergência, pois por se encontrarem em estado de bastante ansiedade e estresse, quase sempre em situação crítica, num ambiente desconhecido e temido, eles requerem mais atenção no tocante aos aspectos relacionados à interação e à comunicação. Bourdieu pressupõe que só é espontâneo o que é construído numa realidade construída em conjunto: observador e o observado. A ilusão consiste em acreditar na neutralidade do observador.

Nesse sentido, cabe ressaltar que embora exista um empenho da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção, que busca a garantia e efetivação do SUS, por meio da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde, é possível presenciar dificuldades que vêm na contramão dos seus princípios, que dizem respeito a compreensão da importância dos atores sociais envolvidos na construção desta realidade.

O mestre-sociólogo francês alerta para a necessidade de um exercício de “reflexividade frente à interação social entre pesquisador e pesquisado que o processo de entrevista provoca numa pesquisa”. Esta busca do agir reflexivo teria, em última instância, a finalidade de elaboração de uma comunicação não violenta e que fosse capaz de reduzir os efeitos da "intrusão" que a situação de entrevista pode significar para o entrevistado. Nas palavras de Bourdieu (1997, p.695):

Éfetivamente sob a condição de medir a amplitude e a natureza da distância entre a finalidade da pesquisa tal como é percebida e interpretada pelo pesquisado, e a finalidade que o pesquisador tem em mente, que este pode tentar reduzir as distorções que dela resultam, ou pelo menos, de compreender o que pode e o que não pode ser dito, as censuras que o impedem de dizer certas coisas e as incitações que encorajam a acentuar outras.

É sob esta perspectiva do estabelecimento de uma relação compreensiva que gostaria de iniciar o diálogo sobre a importância e relação dos atores sociais na construção de um planejamento que atenda as necessidades da Unidade de Saúde que escolhemos como lócus de pesquisa. Uma experiência em campo capaz de produzir (re) conhecimentos e

proximidades, mas também distâncias e estranhamento entre sujeitos situados em distintos lugares sociais; pesquisadores e pesquisados, gestores e pacientes.

Esta opção metodológica é fundamental para a compreensão do objeto proposto, o que dificilmente pode ser feito a partir da escolha de procedimentos simplificados, tais como entrevistas padronizadas e pontuais. Para dialogar é preciso mergulhar no cotidiano, no convívio micro-político, obviamente, sem deixar de reconhecer as diferenças existentes entre os mundos (do pesquisador e do pesquisado) que, ao mesmo tempo em que necessitam manter as suas identidades próprias e diferenças, criam espaços de articulação e de convívio onde o conhecimento se constrói.

A perspectiva apresentada em Bourdieu (1997) me ajudou muito ao afirmar que, enquanto pesquisadora, deveria buscar pensar e refletir sobre a distância entre a finalidade da pesquisa percebida e/ou interpretada pelo pesquisado e a finalidade do trabalho que se tem em mente. Feito isso, podemos tentar reduzir as distorções resultantes da situação de pesquisa e também poder compreender o que o pesquisado podia ou não ter dito, o que impedia de dizer certas coisas e encorajando a dizer outras. Compreendendo isso, o pesquisador já estaria dando um passo importante à frente, no sentido de entender melhor a situação de entrevista, tendo em vista que ele pode, a partir da compreensão do outro, repensar os vieses que possam surgir da relação de entrevista.

Esta orientação metodológica foi relevante, porque em um ambiente hospitalar nota-se a constante tensão que envolve todos, tantos profissionais de saúde, gestores e pacientes.

Para atingir as representações práticas pretendidas e enumeradas nos objetivos desta pesquisa, optou-se por um método qualitativo do tipo etnográfico, sendo desenvolvido no HPSM Mário Pinotti. Uma vez que este espaço representa uma área privilegiada de observação e discursos de grande importância para esta pesquisa. E como qualquer trabalho etnográfico, este foi se desenvolvendo com a construção progressiva das relações entre os pesquisados e a pesquisadora.

Compreender este espaço de relações converge também no sentido de humanizar a relação de pesquisa, para que o entrevistado se sinta a

vontade de dizer o que pensa. Esse cuidado deve ser seguido durante a entrevista, pois qualquer reação de ansiedade e/ou grande precipitação poderia desembocar numa entrevista sem êxito.

Assim, estar preocupado nesta relação significa pensar o outro, ao invés de só estar com o outro. A intersubjetividade permeia o processo de comunicação com palavras, mas também, com gestos e silêncios onde um, se faz com o outro numa relação dialógica. Desta forma, o que tento é: estabelecer uma relação de escuta ativa e metódica, transformando o encontro em uma abertura para trocas e propiciando oportunidade para que o entrevistado pudesse explicar e justificar o seu ponto de vista a respeito das suas experiências a cerca do que seja planejamento. Nessa ótica, entendo que a comunicação verbal expressa através da entrevista possibilita uma melhor compreensão da realidade dentro do hospital.

2 REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Sobre a trajetória histórica da Reforma Sanitária ocorrida no Brasil, Gallo e Nascimento (1989) entendem que embora a iniciativa tenha partido de intelectuais do setor (e mais tarde agregado outros atores), esta visava atender principalmente as necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que feria interesses de grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde. Neste sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere num quadro mais geral da luta de classes. Por outro lado, seria errôneo a partir desta constatação, remeter a luta na área da saúde à dicotomia classe operária versus burguesia (abordagem marxista), sob pena de estreitar a base social e política do Movimento Sanitário e colocar em xeque o próprio jogo hegemônico. Mas exatamente pelo fato da Reforma Sanitária transcender o esquema corporativista, e buscar a instituição de um Sistema de Saúde que atenda a nação como um todo, ela só pode ser minimamente efetivada em um Estado democrático.

A Reforma Sanitária Brasileira tem como marco de debate a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e visava a ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais: (i) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; (ii) consolidar o financiamento e a provisão de Serviços Públicos de Saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e (iii) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do Sistema de Saúde. Esse marco da Reforma tem sua base jurídico-institucional na Constituição Federal de 1988 e nas leis subseqüentes.

A Constituição Federal de 1988 dedicou à Saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social. O texto constitucional configura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral. Esse marco constitucional gerou as chamadas Leis

Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas - NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996 (que serão melhor explanadas adiante).

É a Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS, que é responsável ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde. O SUS agrega todos os Serviços Públicos (de níveis federal, estadual e municipal) e os serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio. As NOBs, por sua vez, a partir da avaliação dos estágios de implementação do SUS, voltam-se mais direta e imediatamente para a definição das estratégias aplicáveis em cada momento de construção do Sistema e dos respectivos processos para a sua operacionalização.

Para Piola et. al. (2001) as mudanças desejadas no setor não são conjunturais nem compensatórias, mas partem de medidas estruturais que incluem: (i) um processo de mudança cultural e de afirmação da cidadania, em que a saúde é valor permanente e qualificador da vida; (ii) a consolidação de um Sistema Público Nacional, em que as três esferas de governo atuem de modo complementar e harmônico, dispondo dos instrumentos de poder necessários; (iii) a organização e regulamentação de um sistema assistencial privado, com objetivos específicos solidários aos preceitos de assistência universal, integral e eqüitativa; (iv) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; (v) a adoção de modelos técnico-operacionais inovadores, que visem a atenção integral, personalizada, ambientalizada e de alcance coletivo; (vi) a implantação de um sistema de acompanhamento, controle e avaliação, que permita reduzir gastos supérfluos; (vii) a introdução de práticas de gestão descentralizada e desconcentradora, que evitem processos cumulativos, ineficazes e injustos.

A luta pela democratização do Estado brasileiro não é nova, e a reforma da administração pública é requerida desde que existe administração pública. Voltando um pouco no tempo e tentando reconstruir o cenário que fez emergir o debate da necessidade de uma Reforma Sanitária do Estado no Brasil, Marini (2003) destaca os principais elementos que motivaram este movimento e que ainda estão presentes na realidade do país: crise fiscal, persistência da cultura burocrática em meio a práticas patrimonialistas e

profundo déficit de desempenho em termos de quantidade e qualidade na prestação de serviços públicos, dentre outros. Entretanto, há sinais de novos temas emergentes, ou antigos temas que emergem de forma diferente. Um deles, certamente, é a questão do desenvolvimento, agora posto em outra perspectiva, que inclui a ideia-força de sustentabilidade e necessidade de alinhamento com outra ideia-força que é a estabilidade (econômica, política, institucional e social) num mundo globalizado (MARINI, 2003). E um dos produtos desta luta ao longo das últimas décadas, sem dúvida foi a criação do SUS, que incorporou os princípios da acessibilidade universal, integralidade na atenção à saúde, participação social e descentralização no texto da nova constituição de 1988, além de instituir que:

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 sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Braga e Paula (1981) destacam que o efetivo surgimento da questão saúde como objeto específico, não só da ciência econômica como também da política econômica é resultado, acima de tudo, do avanço do capitalismo e de seus conflitos.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam, altera os modos de atenção e de gestão dos serviços, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor saúde o desafio de construir a intersectorialidade. Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

Para o êxito do processo de implementação do SUS, pressupunha-se que viessem a ser realizadas reformas visando a adequação dos instrumentos jurídico-legais, administrativos, normativos, de financiamento,

regulação e controle do Estado, para que a construção de políticas de saúde inseridas no texto constitucional fosse concretizada (TRD/CEBES). Entretanto, a realidade se mostra muito longe das expectativas anunciadas no termo de criação, princípios e diretrizes do SUS, e nesse complexo trabalho de compreensão, não podemos fugir a temas específicos da gestão, devendo-se buscar autonomia gerencial para as unidades públicas prestadoras de serviço de atendimento a saúde. O Plano Diretor da Reforma do Estado levanta a necessidade desta reforma gerencial:

É preciso agora dar um salto adiante, no sentido de administração pública que chamaria de gerencial, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão comum, que numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade as instituições, que portanto se torna, cliente privilegiado dos serviços prestados pelo Estado (Brasil, 1995, p.535).

Cecílio (1997) afirma que boa parte da literatura sobre modelos assistenciais em saúde, tem certa postura de "exterioridade" em relação ao objeto trabalhado, um olhar "desde fora", quase sempre com a intenção de uma abordagem mais "estrutural", no sentido de totalizador. Observa-se assim uma visão que se poderia denominar de racionalizadora e "técnica", na medida em que as pessoas reais, com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático presente nesta literatura, como "usuários" do sistema, espécie de "agentes" dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir desta racionalidade exterior.

A construção da idéia de planejamento como ferramenta indispensável para o crescimento econômico em especial na América Latina, sempre esteve intimamente relacionado ao papel da CEPAL (Comissão Econômica para América Latina). A partir de seus diagnósticos sobre as causas do atraso no crescimento Econômico Latino Americano, onde se identificavam os principais obstáculos e são elaboradas medidas para eliminá-los. Não foi diferente com a questão da saúde, já que a interferência neste setor parecia promissora como meio de transformação social e econômica. Contudo, o processo conflituoso onde se desenvolve o capitalismo, mostra que se por um lado, a saúde e a doença são determinadas por instâncias sócio-econômicas, assim melhorando o nível de vida da população, haveria mudanças no padrão

de saúde. Entretanto ocorre uma contradição: o desenvolvimento capitalista cria suas próprias doenças.

O Estado entra em intensa e profunda crise, redefinindo seu papel – privatização, terceirização e introdução de modernos mecanismos de gerenciamento e aperfeiçoamento das antigas técnicas de planejamento – em grande parte como necessidade de adaptação às novas condições estruturais de economia e da sociedade. Planejar o desenvolvimento seria um instrumento adequado para efetivar a equação do crescimento da economia. Para Myrdal (1960, apud LIRA, 2005), “o Estado poderia intervir em qualquer área ou setor da economia para beneficiar qualquer segmento produtivo da sociedade, dependendo do plano previsto para a economia.”

Com diferentes ritmos e velocidades, esse novo paradigma de desenvolvimento tende a alterar radicalmente a base da competitividade das nações e dos diversos espaços econômicos. De uma vantagem locacional, marcada pela abundância de recursos naturais, baixos salários e reduzidas exigências ambientais – que caracterizou o ciclo expansivo do pós-guerra, a competitividade se desloca para as vantagens em conhecimento e informação (tecnologia e recursos humanos) e para a qualidade e excelência do produto e serviço. Adicionalmente à qualidade emerge como referência importante de disputa competitiva, incluindo a qualidade do meio ambiente e os processos sustentáveis de produção como diferencial de competitividade, refletindo os avanços tecnológicos e o crescimento da consciência ambiental (BUARQUE, 2002,p. 21).

Jara (1996) destaca que uma nova forma de gestão competitiva, obriga os países Latino-Americanos a mudarem suas estratégias de gestão pública, baseadas no tratamento da descentralização das organizações das relações sócio-políticas e territoriais para que passem a ser microrregionais ou municipais. E observa-se ainda que esta estratégia tem produzido resultados variados, gerando momentos de estabilidade social e de conflitos, dependendo da natureza das políticas de modernização e democratização do Estado no qual foram aplicadas.

Numa análise das alterações pós constituição de 88, como o processo de descentralização da gestão pública, alguns pontos podem ser considerados como positivos, principalmente no que diz respeito à proximidade

dos beneficiários com as ações sociais, onde a aplicação das políticas públicas passariam a ser executadas pelas estados e municípios, considerando as realidades regionais e locais. Essa aproximação do governo com a comunidade levaria, a princípio a uma maior participação do cidadão como parceiro na administração e agente fiscalizador.³

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. A criação do Sistema Único de Saúde, surpreendentemente se dá na contramão de todo esse processo. Neste período, final da década de 80 para a década de 90, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, como detalharemos melhor nos capítulos seguintes desta dissertação.

A configuração de um novo modelo de pensar contribuiu para o processo de desenvolvimento do movimento sanitarista que se deu no Brasil, e que questiona a política de saúde hegemônica ainda vigente durante a década de 60, que era caracterizada pela mercantilização da medicina, sob o comando da previdência social, enquanto que o pensamento do ideário sanitário, na época, visava a transformação do sistema por serem predominantes os seguintes aspectos: as compras de serviços privados a saúde, a modalidade hospitalar e a corrupção normatizada pela forma de pagamento das US – Unidades de Serviço. Ao longo dos anos, tal movimento vai-se construindo a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos, integrando-se no processo em curso da reativação da sociedade civil, envolvendo outros segmentos como: o movimento estudantil, a academia, o movimento dos médicos residentes, da renovação médica, e por último, projetos institucionais. Enfim, constituindo-se num movimento que viria desenvolver projetos alternativos com novos conteúdos, para posteriormente, subsidiar uma proposta nova de saúde pública.

³ Ver: Bresser-Pereira em **A reforma Gerencial do Estado** e Fernandez em **Globalização e Agenda Neoliberal**.

Neste sentido Escorel (1998) identifica os elementos constitutivos que mais se destacam nesta articulação do movimento sanitarista, representando uma abertura política da sociedade. O primeiro deles é relativo ao papel das Universidades, que foram as vertentes na composição do movimento, na conjuntura entre 1975 e 1979, principalmente por terem sido o berço onde se originou o movimento. Foi aí que se elaborou, ampliou, e reproduziu o conhecimento e formaram-se os intelectuais orgânicos da proposta. Foi tomado como pressuposto de que “a saúde passa a ser vista como uma prática social, portanto com as mesmas determinações da sociedade e conjunto de práticas sociais” (ESCOREL,1988, p.42).

A segunda vertente que se constitui como primordial para a organização deste movimento tem origem na criação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, no ano de 1976, materializando-se na difusão do pensamento da Medicina Social. Ainda que atuando dentro de um cenário, na época limitado, conseguiu expandir e crescer como força organizada da sociedade civil, que passa a aglutinar um conjunto de estudantes e de profissionais de saúde. A entidade tinha como diretrizes: a democratização do país, a unificação do sistema de saúde, e a Reforma Sanitária. Através de uma linha editorial “Saúde em Debate”, transformou-se num Centro de Estudos, envolvendo setores das áreas da saúde, profissionais de saúde num núcleo dinamizador de atividades e programador de um pensamento político acerca das questões da saúde. Em 1979, acontece o I Simpósio Sobre Política Nacional em Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde o documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo CEBES, foi acatado por unanimidade

Posteriormente, surge uma vertente representada pelo Movimento dos Médicos Residentes que ganhou grande importância no desenvolvimento do Movimento Sanitarista no Brasil. Dessa vertente os primeiros a se organizarem foram os médicos residentes em função da sua realidade de assalariados, sob a farsa de formação de profissional, cuja garantia de regulamentação específica não existia. Defendiam a ideologia liberal, consistindo na visão do médico, enquanto dono de seu conhecimento e de sua força de trabalho;

Por último e paralelo ao Movimento dos Médicos Residentes, surge

o Movimento da Renovação Médica (REME) que passa a ocupar os sindicatos, através de um processo organizado de um determinado segmento da categoria médica, por possuir ideias e pensamento contrários a ideologia liberal.

Sem dúvida, como mostrado acima, as décadas de 60 e 70 se configuram num marco histórico em que emergiram várias ideias e pensamentos sobre a questão da saúde que desembocaram na Reforma Sanitária, consolidada na Constituição de 1988.

O sentido da Reforma Sanitária é decorrente de um processo de transformação que implica na mudança da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se **responsabiliza pela proteção a saúde dos cidadãos, na medida em que deve ocorrer um efetivo deslocamento do poder político em direção as camadas populares.** Esse horizonte se caracteriza na busca do direito universal à saúde e ao mesmo tempo, na criação de Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006, p. 69, grifo nosso)

No Brasil observa-se que a luta pela reforma do Sistema de saúde, envolveu desde os segmentos mais populares unidos a setores médicos, representados pelos profissionais de saúde na busca de um único interesse: o direito à saúde como dever do Estado.

A implementação de políticas sociais pelo Estado capitalista apesar de contraditório aos próprios princípios liberais, por meio do assistencialismo e previdencialismo, possibilitava ações emergenciais como soluções momentâneas frente a crise social e econômica do capitalismo. Duarte (1969) acredita que, desta maneira, os mecanismos de políticas sociais protegiam tanto os indigentes como a própria classe trabalhadora que precisava reproduzir-se mesmo em níveis de subsistência para manter-se saudável.

Durante a década de 1960 a luta ideológica que se instala no país em torno da questão capital nacional versus capital estrangeiro, particulariza-se no campo específico da saúde. Isto deu inicio a um debate sobre o papel do Estado na implementação de um Sistema de Saúde, sugerindo propostas de descentralização e municipalização da saúde. Os mais importantes espaços da discussão ampliada sobre o problema aconteceu no Congresso Brasileiro de Higiene de 1962 e na Conferência Nacional de Saúde, de 1963, que deram mostras de um pensamento sanitaria nacionalista municipalista, de uma concepção ampliada da saúde da população, entendida como resultante de condições globais de trabalho e de um movimento pela redefinição da questão

sanitária. (COSTA, 2004). O que foi considerado um grande avanço para época.

A partir dos anos 80 formalizou-se uma orientação metodológica da Organização Mundial da Saúde a partir das denominadas Normas Fundamentais do Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde (PG/OMS), mas que se identificaram as seguintes etapas segundo Gonzale, 2009: a) a formulação das políticas nacionais de saúde; b) a programação geral; c) a preparação do orçamento por programas; d) o plano geral de ação; e) a programação detalhada; f) a execução; g) a avaliação; h) a reprogramação; e i) a informação, que alimenta todo o processo.

Cohn e Elias (1996) chamam a atenção para as características da relação público/privado que se evidenciam neste período e o padrão relativamente complexo da organização de serviços, sobretudo nas regiões mais desenvolvidas do país, que aliado ao modelo de assistência à saúde adotado e às expectativas dos segmentos politicamente relevantes na sociedade em relação ao tipo de assistência médica, acaba pressionando o frágil sistema de financiamento da saúde.

Desta forma mesmo considerando os desperdícios e os possíveis excessos de fraudes verificados no SUS, há quase uma unanimidade em detectar as insuficiências dos recursos ante os atuais compromissos com o pagamento dos serviços para atendê-la. Daí nasce uma situação propícia para o crescimento desmesurado, desorganizado, e sem qualquer planejamento (de custos ou serviços ofertados) com a saúde.

A relação público/privado no SUS foi estudada por autores como Cohn (2009) e Menicucci (2009). Para Cohn essa relação equivale à relação Estado/Sociedade - Esfera Pública/Esfera Privada, questão desenvolvida por importante leque de pensadores que vão de Rousseau, passando por Marx e chegando a Habermas, e que é central para se pensar o Estado e suas políticas sociais. Convergindo com Cohn, Menicucci associa o desafio para a institucionalização plena do sistema de saúde no SUS à articulação do *mix* "privado – público" que se cristalizou ao longo do tempo e que desembocou na existência hoje de "*um sistema dual*". A autora acredita que a saída é uma regulação governamental forte para efetivamente publicizar a rede privada, "fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o

acesso universal", quando o setor privado deveria ser regulado de acordo com os princípios da Reforma Sanitária.

As dificuldades enfrentadas na implementação de um sistema, conforme a Constituição estabelece com acesso igualitário para todos, são muitas. Cecílio (1997) elenca algumas explicações para este fato: i) os recursos destinados ao setor saúde têm sido insuficientes. A adoção de políticas econômicas de ajuste estrutural tem conduzido à restrição do volume de recursos financeiros para a saúde, na ordem de um terço do montante disponível há cerca de cinco anos, ao passo em que se elevou de um terço a demanda pelos serviços públicos; ii) a atuação do setor privado de forma suplementar ao setor público, inclusive como previsto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, não tem ocorrido na prática. Ao contrário, há um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, na medida em que um número crescente de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados buscam garantir sua sobrevivência financeira através da criação de planos de saúde próprios, oferecidos a grupos populacionais que podem pagar pelos mesmos. A consequência disto é a dificuldade, quando não a impossibilidade, de acesso das amplas massas de brasileiros aos cuidados mínimos de saúde, mesmo quando há capacidade instalada ociosa no setor privado; iii) o próprio setor público opera com uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso, o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes.

De alguma forma seria possível utilizarmos a imagem de alguém morrendo de sede tendo um copo de água fresca ao alcance da mão. Portanto, uma parcela importante de responsabilidade pelas dificuldades de constituição de uma rede pública de cuidados à saúde pode ser creditada ao modo como tem sido gerenciado o setor público.

Menicucci (2009) acrescenta a tese de Cecílio (1997) a ideia de um sistema de saúde igualitário que chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde. Entender a implementação do SUS implica entender a configuração institucional das políticas anteriores que encorajaram a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde, institucionalizaram

formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando um padrão segmentado e estabelecendo-se padrões de comportamento difíceis de reverter, o que ampliaria os custos associados à adoção de alternativas diversas. Em decorrência tiveram *efeitos sobre o processo político* ao modelar identidades e clivagens sociais e estruturar os interesses privados na saúde, organizados de forma a obter significativa influência nos processos decisórios subseqüentes. A inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidários. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública.

O conceito de “Sistema de Saúde” segundo Cecílio e Menhy (2003) denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. Na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos à uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. E uma das conseqüências desta forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado. A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, freqüentemente transversaliza todo o “sistema”.

Observou-se que muitos dos autores utilizados na revisão bibliográfica deste trabalho, criticam modelo assistencial preconizado pelo SUS que apesar de ser ancorado nos princípios da regionalização e da hierarquização de serviços, é usualmente representado por uma pirâmide na qual a base corresponde aos serviços de atenção primária e o topo aos de alta complexidade.

As principais críticas a esse modelo incluíam: i) pluralismo

institucional sem qualquer esquema de coordenação mais efetivo; ii) fragmentação da atenção centrada em hospitais e focada em procedimentos pontuais; iii) orientação para o atendimento da demanda espontânea e das condições agudas e iv) baixa prioridade para as ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Estas críticas embasariam o argumento da necessidade de uma reforma das políticas em saúde existentes hoje.

2.1 ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca os segmentos: público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo, que no nível federal são o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os hospitais universitários do Ministério da Educação e os serviços próprios das Forças Armadas. Os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias. A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementada por serviços prestados pelos serviços privados contratados pelo governo sob a responsabilidade do SUS, chega a 75% da população. O segmento exclusivamente privado compreende os serviços lucrativos pagos diretamente pelas pessoas e as instituições provedoras de planos e seguros privados. Na área hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados). Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos, segundo dados do Ministério da Saúde.

Os planos e seguros privados de assistência à saúde estão agrupados em quatro grandes categorias: (i) *medicina de grupo*, modalidade de pré-pagamento, representando 47% do mercado de serviços privados; (ii) *cooperativas médicas*, modalidade de pré-pagamento que representa 25% do mercado; (iii) *planos de saúde de empresas*, que compreendem uma combinação de serviços de autogestão e compra de serviços de terceiros, em distintas modalidades, e representam 20% do mercado; e (iv) *seguro-saúde*, modalidade de cobertura por indenização ao segurado ou a terceiros, que

representa 8% do mercado. A cobertura dos planos e seguros privados atingiu 20% da população brasileira em 1995 _cerca de 34 milhões de pessoas.(Relatório CONASS).

As diretrizes para a operacionalização do SUS são estabelecidas em normas operacionais básicas balizadas na legislação orgânica da saúde que embora algumas já ultrapassadas, é importante compreende-las enquanto fatores que auxiliaram na construção do sistema atual. Atualmente está em execução a NOB 01/96, que define a responsabilidade gestora do SUS em cada nível de governo. Seu fim primordial é consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, das funções de gestão e de gerência da prestação de serviços aos seus habitantes. Também promove o processo de descentralização da gestão, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos Estados e Municípios, desvinculados da remuneração por serviços prestados. Além disso, fortalece os processos de gestão compartilhada entre os governos federal, estaduais e municipais, por intermédio das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação. O cartão SUS municipal, estabelece um instrumento para aperfeiçoar os vínculos entre o cidadão e o sistema de saúde. Trata-se de um documento de validade nacional que assegura a atenção ao usuário do SUS fora do município de sua residência, com o correspondente reembolso dos custos ao sistema que prestou o serviço.

A NOB 01/96 criou um mecanismo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), que compreende três campos de custeio da assistência do SUS: (i) assistência hospitalar e ambulatorial; (ii) vigilância sanitária; e (iii) epidemiologia e controle de doenças. São definidas responsabilidades, requisitos e prerrogativas para as condições de gestão nos níveis municipal e estadual. Os municípios podem habilitar-se para a *gestão plena da atenção básica* ou para a *gestão plena do sistema municipal*; os que não querem aderir permanecem na condição de prestadores de serviços ao sistema estadual. Os Estados, por sua vez, podem habilitar-se para a *gestão avançada* ou *gestão plena* do sistema estadual. As *Comissões Intergestoras* têm por finalidade assegurar a articulação entre as três esferas de governo, de forma a garantir a direção única do Sistema em cada nível, sem que ocorra duplicidade ou

omissão na execução das ações. A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) é constituída por igual número de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É uma instância de negociação e acordo entre os gestores dos três níveis do SUS, para a operacionalização das políticas e diretrizes de conteúdo nacional, em parceria permanente no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) estão representadas, em partes iguais, a Secretaria Estadual de Saúde e a entidade a que se vinculam os secretários municipais de saúde no Estado. Os *Conselhos de Saúde* são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, constituídas em cada esfera de governo. Suas funções principais são a formulação de estratégias para a operacionalização das políticas setoriais e o controle da execução das políticas e ações de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Em sua composição há paridade entre o número de representantes dos usuários (sindicatos, associações de moradores, aposentados, pacientes, incapacitados e outros grupos da sociedade civil) e os representantes dos segmentos do setor: governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde. No nível federal, o Conselho Nacional de Saúde foi criado pelo Decreto 99.438/90, atendendo às disposições da Lei 8.142/90, e desde então tem funcionado regular e sistematicamente. Conselhos de Saúde estão funcionando em nível correspondente nos 26 Estados, no Distrito Federal e em cerca de 3 mil Municípios.

As Conferências de saúde são instâncias colegiadas ampliadas que permitem a participação social no desenvolvimento do sistema de saúde. São convocadas a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política correspondente. A partir da convocação da Conferência Nacional - a Décima foi realizada em setembro de 1996 -, celebram-se as conferências municipais de saúde, seqüenciadas pelas conferências estaduais e, finalmente, a nacional. A participação do usuário é sempre paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Cortes (2002, p. 36) aponta um novo papel institucional dos conselhos e conferências e uma limitação de sua influência sobre as políticas públicas de saúde:

Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulavam-se às forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de reforma do sistema. Em segundo lugar, à medida que o processo de municipalização se consolidava, eles passaram a ser o locus onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentavam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde.

Segundo cartilha emitida pelo CONASS, o objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema.

Estabelecer prioridade não significa considerar sem importância as demais ações que já são regularmente desenvolvidas, mas indicar áreas que devem ser objeto de atenção especial. Se as conferências não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo se igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde.

2.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À POPULAÇÃO

O SUS abrange o conjunto de ações realizadas nos três níveis de governo para atender às demandas sanitárias pessoais e às exigências ambientais. No que se referem a serviços assistenciais, as atividades se dirigem a indivíduos ou coletividades, sendo prestadas em centros de atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar. As intervenções ambientais compreendem o controle de vetores e hospedeiros, a operação de sistemas de saneamento ambiental e as relações e condições sanitárias dos ambientes de vida e trabalho. As políticas externas ao setor saúde se dirigem aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Nesses três campos, enquadra-se todo o

espectro de ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde - promoção, proteção e recuperação.

Essas ações são desenvolvidas pelo conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde, organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, formando subsistemas municipais de atendimento integral à saúde, inseridos no âmbito estadual correspondente. Os estabelecimentos que compõem o SUS municipal não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem estar sediados no território do Município. Importa que estejam organizados e coordenados entre si, de forma a que o gestor municipal possa garantir o acesso aos serviços e a disponibilidade dos meios para atendimento integral à população. Os foros de negociação, reunindo os gestores federal, estadual e municipal (CIT e CIBs), são instâncias de viabilização do uso intercomplementar de recursos institucionais, nos três níveis do Sistema.

Aos gestores federal e estaduais do SUS, correspondem funções de normalização, de coordenação e de apoio técnico-financeiro, favorecedoras do desenvolvimento dos SUS municipais. A atuação desses gestores deve promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, de forma a compor os sistemas estaduais e o nacional. A eles também cabe assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde nos municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade

2.3 ESCASSEZ DE RECURSOS E O DIREITO À SAÚDE

Quando mencionamos anteriormente que a maior parte dos problemas de saúde tem determinantes multidimensionais e complexos e que, por conseqüência, demandam políticas públicas também complexas e integradas em diversas áreas, cuja escolha, desenho e implementação envolvem importantes dificuldades, não estávamos pensando apenas em problemas técnicos como a impossibilidade de se prever resultados ou a dificuldade de se aferir de antemão a efetividade de determinada política. Além dessas dificuldades, em si significativas, há ainda o problema da escassez de recursos.

Ainda que soubessemos exatamente que políticas são eficazes para se garantir o mais alto grau de saúde possível a toda a população, seria

impossível implementar todas essas políticas. Isso porque, enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse em usufruir (NEWDICK,2005 apud FERRAZ,2011).

Isso aponta para uma distinção que é importante fazer quando se pensa em saúde diante da escassez de recursos. Poderíamos expressá-la da seguinte maneira: “escassez relativa” e “escassez absoluta”. Por escassez relativa, indica-se o fato de que os recursos disponíveis ao Estado para investimento não se destinam apenas à saúde. Desse modo, a saúde compete com outras áreas em que o Estado é também obrigado a investir, como a educação, a segurança pública, o esporte, a cultura. No caso brasileiro há, hoje, apesar de passível de regulamentação, um limite mínimo de investimento na saúde determinado Constitucionalmente (Emenda 29), mas tudo o que ultrapassar esse patamar compete com outras áreas (Brasil, 2007). O que se pode e quer gastar em saúde é sempre relativo, assim, ao que se pode e quer investir em outras áreas.

Por escassez absoluta, queremos indicar o que ocorre em menor ou maior escala em todos os países do mundo, mesmo nos ricos. Por maiores que sejam os recursos destinados exclusivamente à saúde no processo de alocação em que entram as demais áreas, haverá sempre menos recursos disponíveis que os necessários para atender a todas as necessidades de saúde da população. Isso implica evidentemente a necessidade de se fazer escolhas, muitas vezes difíceis, entre as diversas políticas de saúde possíveis.

O problema da escassez de recursos completa o pano de fundo no qual se deve refletir sobre a complexa tarefa de se definir o conteúdo do direito constitucional à saúde. Para resumir, três fatores principais compõem o que poderíamos chamar de contexto necessário do direito à saúde. Em primeiro lugar, deve-se compreender que a saúde não se resume à mera ausência de doença, mas se trata de um conceito multidimensional que engloba determinantes de natureza ambiental, social, econômica e cultural importantes. Para Sciliar (2007):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Essa multidimensionalidade do conceito de saúde implica necessariamente complexidades na elaboração e implementação das medidas que visam à sua proteção, promoção e recuperação, isto é, na chamada política de saúde, ou mais propriamente políticas de saúde. Por fim, deve-se lembrar que as necessidades de saúde da população vão sempre muito além dos recursos disponíveis para atendê-las, obrigando-nos a realizar escolhas difíceis sobre como e onde aplicar esses recursos.

Quando se insiste na questão da escassez de recursos no contexto dos direitos sociais como o direito à saúde, corre-se o risco de ser mal interpretado. Há certa antipatia, não totalmente injustificada, com esse tipo de argumento “econômico”, principalmente no campo da saúde. Em um país tão desigual como o Brasil, e com serviços públicos historicamente negligenciados e subfinanciados, falar em limites financeiros a programas sociais levanta imediatamente a suspeita de que se está apresentando um mero pretexto para se justificar a carência de recursos em serviços que beneficiam os desprivilegiados.

Queremos enfatizar, desse modo, que não estamos aqui sustentando que os serviços públicos de saúde no Brasil são adequadamente financiados e não precisam de mais investimentos. Pelo contrário, parece-nos haver argumentos de que o Estado brasileiro, embora esteja investindo mais em saúde em termos reais, ainda gasta pouco e mal em comparação com outros países.

Tabela 1 - Gasto Federal Com Saúde Como Proporção Do Pib - Valores Nominais

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PIB - referência ano 2000	1.179.48	1.302.136	1.477.822	1.699.948	1.941.498	2.147.239

Fonte: DATASUS – Adaptação da Autora (2011)

Muitos fatores podem explicar essa discrepância entre gastos e resultados. Comparando-se o Brasil com alguns países desenvolvidos, Ferraz (2011) observou que apesar de ter gastos similares em termos de percentual do PIB, tem gastos per capita 41% menores que os do Reino Unido e 52% menores que os do Canadá. Em relação aos demais países da América Latina, sua pesquisa sugere que o Brasil pode estar aplicando seus recursos com menos eficiência.

Ferraz (2011) observa ainda que, do gasto total em saúde no Brasil em 2004, menos da metade (45,9%) se refere a gastos públicos, isto é, do Estado, com a população que usa os serviços públicos de saúde, a maioria no Brasil (quase 80%). Quando se tomam apenas os gastos públicos, o valor per capita cai para US\$ 822, e o gasto como percentual do PIB cai para 3,9%. Ou seja, enquanto as necessidades de saúde de 150 milhões de brasileiros, na época, eram enfrentadas com 45,9% dos gastos totais em saúde (equivalentes a 3,9% do PIB), apenas 40 milhões tinham acesso a quase esse mesmo valor (54,1% dos gastos totais, equivalentes a 4,7% do PIB).

Entretanto, para uma avaliação mais conclusiva sobre a eficiência ou sua falta no uso dos recursos públicos. Ferraz e Vieira (2009) apontam sobre a necessidade de ampliação do financiamento. Estudos mais detalhados precisam ser desenvolvidos, capturando várias dimensões do sistema, como a produção, a qualidade e o acesso aos serviços. Considerando que o Brasil está classificado entre os países de maior desigualdade de renda do mundo e que esse fator influencia os níveis de saúde da população geral.

A literatura recente sobre financiamento no Brasil reporta as dificuldades de cumprimento da alocação das alíquotas definidas das receitas dos entes federados em saúde. Ribeiro, Piola e Servo (2006), em seu estudo sobre o Ministério da Saúde, da perspectiva do financiamento e do gasto das políticas sociais, constataram que as participações relativas das diferentes fontes de financiamento apresentaram flutuações entre 1995 e 2000, estabilizando-se apenas a partir de então até 2005, quando as contribuições responderam pela maior fonte de financiamento, com destaque para a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), hoje ainda pairam as dúvidas e debates sobre o retorno desta cobrança. Isso revela a

dificuldade de manutenção da estabilidade do financiamento da saúde em âmbito federal.

Esses desafios já tinham sido apontados por Marques e Mendes (2005), em seu trabalho sobre os dilemas de financiamento do SUS no contexto da seguridade social. Os autores discutem os constrangimentos econômicos impostos à institucionalização do SUS e suas manifestações, como o desafio da descentralização de ações e serviços de saúde em um momento de corte nos gastos sociais e a luta pela garantia de recursos financeiros para o sistema. Obviamente, esse estudo demonstra que há disputas na arena política que criam obstáculos à estabilidade do financiamento. Considerando que um dos modos mais efetivos para enfraquecer uma política social é minar suas fontes de recursos, infere-se daí a existência de interesses contrários ao do projeto de consolidação do SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

2.4 RELAÇÃO SAÚDE-RENDA-ESCOLARIDADE

Um dos principais problemas socioeconômicos observados em grande parte dos países, especialmente nas economias menos desenvolvidas, é a presença da elevada desigualdade de renda e nível de pobreza. No Brasil, essas questões são particularmente importantes uma vez que o país apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo (NORONHA ; ANDRADE, 2005).

A revisão da literatura publicada nos últimos cinco anos permite identificar uma série de estudos que tratam das relações entre escolaridade, renda e saúde. A seguir são apresentados alguns resultados desses estudos.

Dachs (2002), a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, avaliou a auto-percepção de saúde nas categorias “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

Barata et al.(2007) analisaram desigualdades na percepção do estado de saúde de jovens e adultos segundo cor, a partir destes mesmos dados. Considerando apenas gênero/etnia, os homens pretos apresentaram prevalência 23% maior de saúde regular ou ruim, comparados aos homens brancos. Esta diferença aumentou para 45%, após ajuste para idade, e

diminuiu para 16% após ajuste para escolaridade e 11% após ajuste para renda. Isto sugere que uma parte considerável das desigualdades se explica pelo status socioeconômico. Para as mulheres brancas, comparadas aos homens brancos, a prevalência de saúde regular ou ruim foi 49% maior, após ajuste para todas as variáveis, enfatizando a importância do gênero na autopercepção de saúde.

Lima-Costa et al. (2006), avaliaram condições gerais de saúde, usando como indicadores as seguintes situações: “interrupção das atividades habituais nas duas últimas semanas”, “ter estado acamado nas duas últimas semanas” e “dificuldade para realizar alguma atividade da vida diária”. A pesquisa foi baseada nos dados da PNAD, de 1998 e 2003, encontrando que os indivíduos com renda menor que 0,67 salários mínimos apresentavam maior frequência dessas situações quando comparados aos de renda superior. Os valores foram semelhantes nos dois períodos avaliados. Ishitani et al (2006) utilizando dados de municípios com melhor qualidade de informação, observaram associação negativa da escolaridade e mortalidade por doenças cardiovasculares. A cada aumento de um ponto percentual na proporção de indivíduos com alta escolaridade, diminui em 3,25 por 100.000 habitantes a taxa de mortalidade. No caso das doenças hipertensivas e cerebrovasculares, manteve-se associação negativa com escolaridade e positiva com taxa de pobreza. Por outro lado, em relação às doenças isquêmicas, a associação com escolaridade também foi negativa, mas com a taxa de pobreza também foi negativa. Portanto, as desigualdades se caracterizam por maior acometimento das populações com menor renda, com exceção das doenças isquêmicas. A escolaridade foi o maior determinante, com forte efeito protetor.

Os dados da PNAD de 2003 foram estudados por Barros et al (2006), no que se refere à prevalência de doenças crônicas. A escolaridade, ajustada para sexo, idade, cor da pele e macrorregião, mostrou que as pessoas com 0-3 anos de estudo tiveram quase duas vezes mais doenças que aquelas com mais de oito anos de estudo.

Nas últimas décadas, observamos uma preocupação crescente entre os gestores de políticas públicas com o nível de saúde de sua população, onde a principal meta de política de saúde tem sido promover uma distribuição igualitária de saúde e garantir o acesso aos serviços desse setor. Essa

preocupação pode ser constatada pelo aumento dos gastos com a saúde como já mostrados na Tabela 01 (Gasto federal de Saúde como Proporção do PIB). Os fatores socioeconômicos são medidos basicamente pelo nível de renda e escolaridade, e se destacam em diferentes economias como um dos principais determinantes, estando positivamente relacionados com o estado de saúde, ou seja, as chances de morrer e adoecer são menores entre os grupos socioeconômicos privilegiados.

Considerar a relação entre a distribuição de renda e o estado de saúde no Brasil é particularmente importante, mais ainda para o objetivo a que se propõe esta Dissertação, haja vista a elevada desigualdade de renda – observada tanto entre os indivíduos como entre as regiões. A despeito disso, existem ainda poucos estudos empíricos que buscam analisar essa relação para o Brasil. Os trabalhos existentes são realizados a partir de informações agregadas, as quais permitem avaliar o efeito da distribuição de renda apenas sobre o nível de saúde médio da população. Embora não seja o cerne desta pesquisa, a autora deste trabalho considera relevantes as informações de pesquisas na área para a compreensão do estado de Saúde no Brasil.

2.5 RESPONSABILIDADES DA FEDERAÇÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS: NOB'S 91, 93 E 96.

Com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, é editada pelo Presidente do INAMPS, através da Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991, a Norma Operacional Básica nº 01/91. Apesar de buscar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS (exigência dos requisitos legais para a transferência de recursos), na prática, esta norma descaracteriza os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a Estados e Municípios e, conseqüentemente, de organização do Sistema.

Os Estados e Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliada pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados

alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, agora aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais (OLIVEIRA JUNIOR, 1998. apud CARVALHO et al.,2001).

Além da lógica da compra de serviços assinalada, reforça-se a ênfase nas atividades curativas, pois a referida tabela não previa a remuneração de ações promocionais e preventivas, contrariando o princípio de integralidade, já examinado.

Em 1992 é editada a NOB 01/92, que embora avance um pouco na descentralização, não muda a lógica de financiamento contida na NOB 01/91. Esta NOB, pela sua pouca relevância, é muitas vezes desconhecida.

No plano político, insatisfeitos com a política setorial, lideranças do movimento pela reforma sanitária demandavam a realização da 9ª. Conferência Nacional de Saúde, que deveria discutir os caminhos para a implementação do Sistema Único de Saúde e a descentralização.

Em agosto de 1992, foi realizada esta conferência com o tema: *“Municipalização da Saúde, Condição Indispensável Para a e Efetiva Implantação do SUS”*. A formulação da estratégia para a descentralização, pautada nas recomendações da 9ª. Conferência, já no governo Itamar Franco (1992/1994), foi exposta e divulgada no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (LUCCHESI, 1996 apud CARVALHO et.al.,2001).

Este documento, após discutido e analisado pelos vários atores da área (gestores, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas, entidades científicas, etc.), ganhou uma nova versão e constituiu-se na Norma Operacional Básica nº 01/93 (NOB 01/93), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 20 de maio de 1993, através da Portaria de nº 545, do Ministério da Saúde.

Outra medida que contribuiu para o cumprimento dos preceitos legais da descentralização e do mando único em cada esfera de governo foi a extinção do INAMPS, através da Lei nº 8689 em 27 de julho de 1993. Desta forma, as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, que muitas vezes se confundiam com as do Ministério da Saúde, passam a ser absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS.

A NOB 01/93 estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, para assegurar viabilidade política à execução das mudanças necessárias, criando diferentes fases para a habilitação dos municípios, respeitando suas condições técnicas e operacionais.

Para os Estados, a NOB 93 estabeleceu duas condições de gestão:

a) Condição de Gestão Parcial, cabendo ao estado:

- assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus Municípios, além da gestão dos recursos dos investimentos próprios e dos transferidos pela esfera federal, respeitando a autonomia dos Municípios enquadrados em alguma modalidade de gestão;
- assumir o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, e o controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados de saúde.
- coordenar a rede de referência estadual e gerir o sistema de saúde de alta complexidade, além do tratamento fora de domicílio, órteses e próteses e medicamentos especiais;
- coordenar, em seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, as ações ligadas à saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública.

Para tanto, receberia mensalmente, do Governo Federal, recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para o pagamento das atividades de saúde desenvolvidas no Estado, e o gasto efetivamente realizado. Porém, os recursos resultantes desta diferença nunca chegaram a ser repassados aos Estados que assumiram esta modalidade de gestão.

b) Condição de Gestão Semiplena – cabendo ao Estado assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de saúde no Estado (planejamento, cadastramento, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados), respeitada as responsabilidades assumidas pelos Municípios, além das atribuições previstas na condição parcial.

Para os Estados, a habilitação à NOB 93, foi apenas formal, não alterando sua relação gestora/prestadora de serviços de saúde em relação à esfera federal.

Para os Municípios foram criadas três condições de gestão:

a) Condição de Gestão Incipiente – segundo a qual caberia ao Município:

- assumir imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, programar e autorizar internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, e controlar e avaliar os serviços públicos e privados;
- demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município, desenvolvendo ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, e aquelas ligadas à saúde do trabalhador.

Nesta condição, o município receberia apenas o recurso correspondente aos serviços realizados pelas próprias unidades, adicionados aos recursos do Fator de Apoio à Municipalização (FAM).

b) Condição de Gestão Parcial – caberia ao Município assumir na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior, recebendo, mensalmente, além dos recursos provenientes da fatura de seus serviços e dos recursos do FAM, recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para o custeio de todos os serviços de saúde realizados no Município e o gasto efetivamente realizado. Na prática, porém, esta diferença nunca foi repassada aos municípios que assumiram esta modalidade de gestão.

c) Condição de Gestão Semiplena – caberia, ao município, além das competências descritas na gestão parcial, assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Nesta modalidade o município receberia mensalmente um teto financeiro, estabelecido para o Município pela CIB e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, através de repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. No ano de 1996, 63% dos Municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão. Porém, a única modalidade que de fato representou a descentralização com autonomia para os Municípios na organização do Sistema de Saúde e, ao mesmo tempo, maior responsabilidade com o resultado de suas ações, foi a condição de gestão semiplena. Nesta condição, foram habilitados apenas 3% dos

municípios, na sua maioria de médio e grande porte, que respondiam por 18% da população brasileira e consumiam 24% dos recursos federais destinados à saúde (OLIVEIRA JUNIOR, 1998, apud (BRASIL,1993 apud CARVALHO et al.,2001,p. 4).

Mesmo com os avanços conseguidos com a NOB 93, durante sua vigência, três quartos dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde ainda eram repassados por produção de serviços, igualando Estados e Municípios, sob este aspecto, aos demais prestadores privados.

Diante desse quadro, e visando superar estes e outros limites da descentralização, da gestão e do financiamento, surge a proposta de uma nova norma operacional do SUS, a NOB nº 01/96 (NOB/96). As principais mudanças previstas por esta norma, dizem respeito à forma de repasses financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos Municípios e Estados para a gestão descentralizada. Além disso, prevê incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde, e avaliação dos resultados.

Esta norma, após ter sido discutida por mais de um ano, e ser publicada através da Portaria de nº 2203, de 6 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde, teve sua implantação iniciada apenas em janeiro de 1998, com algumas modificações da proposta original. O que mais protelou a implantação da NOB/96, foram as discussões sobre a necessidade de recursos adicionais para a implantação da proposta, que só foram viabilizados com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997.

Com a NOB/96, são definidos claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS; é reafirmado o importante papel das comissões intergestores no processo de articulação entre os gestores, além de estabelecer tetos financeiros para todas as esferas de governo.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM) foi assim constituído:
a) PAB Fixo – Piso da Atenção Básica Fixo. O PAB fixo estabelecia um valor per capita de no mínimo R\$ 10,00 e no máximo R\$ 18,00 (dependendo da média do faturamento do município no ano de 1996 em assistência básica),

para o custeio das ações básicas de assistência à saúde (consulta médica em clínica geral, pediatria e ginecologia, atendimentos de enfermagem e atendimentos básicos em odontologia), além das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

b) PAB Variável – Piso da Atenção Básica Variável. O PAB variável compreendia incentivos destinados às seguintes ações e programas:

- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Programa de Saúde da Família (PSF);
- Programa de Combate às Carências Nutricionais;
- Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Ações de Vigilância Sanitária;
- Assistência Farmacêutica Básica.

c) FAE – Fração Assistencial Especializada. Montante que correspondia ao custeio das ações especializadas e das de alto custo/complexidade realizadas em regime ambulatorial.

d) Remuneração de Internações Hospitalares – Valor destinado ao pagamento das internações hospitalares, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A soma do Teto Financeiro Global de todos os Municípios do Estado compunha o Teto Financeiro Global do Estado (**TFGE**). Era de responsabilidade do gestor estadual o gerenciamento dos recursos (teto financeiro) das ações e serviços especializados – FAE e das Internações Hospitalares (AIH), daqueles Municípios habilitados na gestão plena da atenção básica, além do recurso referente ao custeio dos medicamentos excepcionais para o Estado.

Para a definição dos tetos dos Municípios, a NOB/96 criou a necessidade da realização de uma Programação Pactuada e Integrada (**PPI**), entre os Municípios e com a participação do gestor estadual. A elaboração da PPI deveria se dar em um processo ascendente, de base municipal, configurando também as responsabilidades do Estado na busca da crescente equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Para os municípios a NOB/96 previa duas modalidades de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

a) Gestão Plena da Atenção Básica – o Município assumia a responsabilidade por:

- gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- gestão de todas as Unidades Básicas de Saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS;
- elaboração da programação pactuada e integrada;
- autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
- controle e avaliação da assistência básica.

b) Gestão Plena do Sistema Municipal – o Município assumia a responsabilidade por:

- gestão de todas as ações e serviços de saúde no Município (ambulatoriais e hospitalares);
- gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas), com vínculo ao SUS;
- controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no Município;
- operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
- elaboração da PPI;
- administração da oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais era referência.

Para os Estados, a NOB-96 prevê duas modalidades de gestão: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

a) Gestão Avançada do Sistema Estadual – o estado assumia a responsabilidade por:

- elaboração da PPI junto com os Municípios;
- detalhamento da programação da FAE;
- elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos, negociado na CIB e aprovado no Conselho Estadual de Saúde;
- coordenação da política de alto custo/complexidade, medicamentos excepcionais e tratamento fora do domicílio – TFD;
- formulação da política de sangue e de medicamentos;

- organização do sistema de referência e a câmara de compensação;
- coordenação da política de vigilância sanitária e epidemiológica;
- contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.

b) Gestão Plena do Sistema Estadual – além das atividades elencadas na Gestão Avançada, o Estado assumia a responsabilidade pela:

- Gestão dos serviços de saúde (exceto em Municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em Municípios em gestão plena da atenção básica);
- Operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) (BRASIL, 1997 apud CARVALHO et al,2001).

Ao final do ano 2000, a habilitação nas condições previstas pela NOB-SUS/96, atingia mais de 99% do total dos Municípios do País. No entanto, com o significativo processo de descentralização que ocorreu em nível municipal, foram se tornando evidentes alguns problemas na inter-relação dos sistemas municipais e estaduais de saúde. Verificou-se que os Municípios eram extremamente heterogêneos, alguns pequenos demais para gerirem em seu território um sistema funcional completo, outros que demandavam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência e simultaneamente eram pólos de atração regional.

Esta situação ocorreu também com os Estados, principalmente nas divisas interestaduais, em que era freqüente a necessidade de que a rede de serviços se organizasse com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa, estas atendendo as populações dos dois Estados. A Programação Pactuada e Integrada (PPI), proposta pela NOB-SUS/96, que tinha como princípio esta regulação, não foi implementada de maneira que superasse os problemas burocráticos de acesso da população entre os Municípios e/ou Estados (ANDRADE, 2001 apud CARVALHO et al,2001).

Para enfrentar estes problemas, foi proposta, em janeiro de 2001, pela Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001). Esta Portaria, no entanto deixou de explicitar aspectos importantes, destacando-se as questões sobre o comando único dos prestadores dos serviços de média e alta complexidade e sobre as

referências intermunicipais sob gestão dos Estados, dentre outros, que tiveram que ser publicados em documentos complementares . Após ampla revisão e discussão desta Portaria e das Instruções Normativas que a complementaram, pelo CONASS e CONASEMS, a mesma foi republicada, por meio da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, sendo editada como NOAS – SUS 01/2002. Esta Norma se organiza a partir da proposição de três estratégias articuladas:

1º - Regionalização e organização da assistência, garantida por meio da:

- elaboração do plano diretor de regionalização (PDR);
- ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica;
- implantação dos módulos assistenciais e da qualificação de microrregiões;
- organização dos serviços de média complexidade;
- implementação de política de atenção de alta complexidade/custo no SUS.

2º - Fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, garantido através:

- do processo de programação da assistência (Programação Pactuada e Integrada - PPI);
- da definição de responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso;
- da população referenciada (Termo de Compromisso para Garantia de Acesso);
- do processo de controle, regulação e avaliação da assistência;
- dos hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo.

3º - Revisão de critérios de habilitação e desabilitação dos Estados e Municípios, a partir de:

- atualização das condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS/96, para os Municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) e para os Estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual);
- detalhamento das responsabilidades, requisitos e prerrogativas para cada modalidade de gestão (BRASIL, 2002 apud CARVALHO ET AL.,2001).

A NOAS 01/2002 pretendeu avançar na consolidação do SUS com base no aprimoramento da regionalização do sistema, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, no reforço do comando único sobre os serviços em cada território e na organização dos mecanismos de regulação do acesso. Observou-se, porém que muitas das propostas

constantes dos dois planos – PDR e PDI não foram concretizadas, e desta forma a proposta de regionalização da NOAS também não se efetivou.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006) o insucesso destas propostas representa o impasse atual no campo da gestão descentralizada, caracterizado pela dificuldade da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e acesso à atenção especializada, e da gestão estadual que não conseguiu exercer a coordenação do processo e liderar a criação de subsistemas de atenção à saúde nas regiões. Em 2003, após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por iniciativa do CONASEMS, o debate acerca da necessidade de rever mudanças na dinâmica de gestão do sistema passa a ocupar a agenda de discussão. Sobressai a construção de um novo pacto, a substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação, pela adesão e compromisso com os resultados. Objetiva-se superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão, contribuindo para promover inovações, com vistas ao alcance de maior efetividade e qualidade das respostas às necessidades de saúde da população e na equidade social.

2.6 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS

Como já dito anteriormente, com a institucionalização do SUS, entre a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988, o processo de Reforma Sanitária entra num impasse: “o avanço das propostas e ideias no plano institucional não é acompanhado por mudanças reais na política de ação e trabalho do governo (CARVALHO, 1955 apud DUARTE, 1996).

A implementação das teses reformistas, aprovadas na conferência, não foi tarefa fácil e constituiu num processo que passou a exigir articulação e alianças para não cair no abandono do governo. Esse por sua vez, não as contesta nem as aplica, assume postura ambígua. Nesse momento, vai se estreitando o acirramento das disputas intragovernamentais, que provocou uma evidente desaceleração, nesse processo reformador o qual passa a ser alvo de ataques constantes dos setores que lhes são contraditórios.

Para Duarte (1996), configura-se num disputa no cenário político

administrativo do poder executivo os setores comprometidos com a Reforma Sanitária tanto no Ministério da Previdência como na Saúde, confrontando-se com as pressões vinda pela burocracia previdência como pelos segmentos privatistas que se reorganizavam.

O cenário se desfecha pelo prosseguimento do processo da reforma, na área do executivo, quando o decreto 94657/87, cria o programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, visando a descentralização dos serviços de saúde. Por outro lado, a medida fortalece o apoio a governadores e secretários estaduais de saúde à reforma, como aponta Castro e Viana (1992, apud DUARTE, 1996,p.123):

Pretendia-se com essa estratégia, a retirada progressiva do INAMPS da prestação direta dos serviços, o aumento do controle sobre fraudes e o reforço das decisões colegiadas ao nível dos Estados, a diminuição dos recursos repassados ao setor privado e o incremento dos aportes a Estado e Municípios; o aperfeiçoamento dos mecanismos de planejamento integrado, o privilegiamento das instituições filantrópicas como parceiros do setor público e o enfraquecimento do setor privado lucrativo contratado.

Com o SUDS, se cria o mecanismo legal para se efetuar a transferência a Estados e Municípios de significativos recursos financeiros, humanos e patrimoniais oriundos da previdência social (MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS), estabelecendo assim, base material para o advento do comando unificado e descentralizado, sobre a rede assistencial. Naquele momento se apostava na descentralização como forma que possibilitaria a organização de uma rede de serviços mais efetiva para a população, uma vez que se transferia a responsabilidade de alocação de recursos para os dirigentes políticos que, ao atuarem no âmbito estadual e municipal, poderiam se mostrar mais sensíveis as pressões populares.

Em relação a participação da comunidade, foi estabelecido pelo SUDS, a celebração de convênios a níveis federal, estadual, municipal, tornando-se obrigatória a participação de setores da sociedade nas comissões interinstitucionais e recomendando fortemente a criação de Conselhos de Saúde, não entrando em detalhes a respeito de sua composição ou atribuição.

No entanto, para implementar o SUDS, encontrou-se fortes resistências da ala da tradicional burocracia previdenciária e do setor privado

hospitalar, contra a pressão do INAMPS. Ao longo de 1988, verifica-se a reorganização por parte dos escritórios regionais, quando se agravaram – os conflitos entre estes e as Secretarias Estaduais de Saúde. Os setores comprometidos com a reforma articulam-se então, num fórum que veio a se denominar “Plenária Nacional de Entidades de Saúde”, a qual conseguiu reunir entidades civis, sindicatos, centrais, entidades profissionais, partidos, secretários, parlamentares, constituindo-se num esforço de garantir, no corpo da nova Constituição, a inscrição das ideias e propostas aprovadas no VIII Conferencia Nacional de Saúde.

No mesmo ano, saiu vitoriosa na constituinte a proposta reformista apoiada pela “coalizão que unificou setores do movimento sanitário em aliança com setores progressistas do Legislativo (Parlamentares do PMDB, PT, PSDB, PCB, PDT, Pvdob) apoiados por sindicatos dos setores assalariados e pela Federação Nacional dos Médicos em defesa do SUS.

Entretanto a Carta Constitucional de 1988, no conteúdo do capítulo sobre saúde, incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência, embora deixando para a legislação complementar, o detalhamento e regulamentação.

Segundo Carvalho (1995, apud Duarte 1996), logo após a Constituição de 1988, criam-se polêmicas em função da Lei Orgânica da Saúde em relação ao temas: unificação ministerial, descentralização da gestão, relação com o setor privado e o controle social. Configurou-se como palco da disputa a Comissão da Seguridade da Câmara dos Deputados, enquanto espaço apropriado no enfrentamento dos diversos grupos. Os grupos estavam divididos entre aqueles que exigiam o máximo de regulamentação e fidelidade a Constituição e aqueles outros opositores do SUS, os quais defendiam o mínimo possível de regulamentação. O grupo reformista comprometido com a Reforma Sanitária organizava-se na Plenária Nacional de Saúde, que representou como principal interlocutor de “oposição”. Enquanto que o segundo grupo articulava-se em torno da Federação Brasileira de Hospitais – FBH, e de outras entidades que representavam o setor privado. Tanto o grupo opositor como os grupos privados buscavam sustentação com bancadas de parlamentares nos diversos partidos.

Finalmente o SUS é implantado no plano institucional, após a elaboração das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas, que se orientam

através dos dispositivos da Constituição de 1988. Com avanços e recuos, os atuais Conselhos de Saúde são associados a três diplomas legais: primeiro, a Constituição Federal; a Lei de 03/10/1988, segundo a lei 8080 de 19 de setembro de 1990, nessa lei vetos presidenciais atingiram pontos fundamentais previstos na Reforma Sanitária em relação a questões do Conselho de Saúde e da transferência automática de recursos a Estados e Municípios. Posteriormente, a lei nº 8.142 de 18/01/90, alterou alguns dispositivos da Lei Orgânica de Saúde, assegurando o caráter paritário dos Conselhos, mecanismo automáticos de repasse de recursos e as condições para os Municípios e Estados receberem recursos federais.

No entanto, quanto à questão do financiamento do SUS, Menicucci (2009) observa que este ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a efetivação do SUS na sua completa acepção. A prática concreta tem negado constantemente os objetivos da reforma, expressa pelas dificuldades atuais de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29⁴ (EC29) e da não prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). No entanto, esta falta de compromisso político reflete financeiramente no SUS, que apesar de ser uma política de Estado ainda é tratado como política de governo e um dos sintomas da falta de suporte político à assistência pública, justificada, muitas vezes de forma retórica, pela avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, difundida de forma intensa na mídia e pelo setor privado.

Para a análise do processo de implementação da reforma da política de saúde, parte-se do argumento de que a implantação de uma política exige decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente, por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela

⁴ A emenda constitucional 29(EC 29) fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. Trata-se de uma regra transitória, que deveria ter vigorado até 2004, mas que continua em vigor por falta de uma lei complementar que regulamente a emenda. (Fonte: www.camara.gov.br, acesso em 14/06/2010)

política. Às deficiências do financiamento têm sido creditadas as principais dificuldades para a implantação do SUS. Em um contexto de programas de estabilização e de ajuste fiscal, caracterizado por cortes nas despesas públicas, particularmente, nos gastos sociais, torna-se indispensável observar a relação entre as deficiências do SUS e as deficiências de recursos.

2.6 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO MÉTODO.

Discutir o planejamento em Saúde remete imediatamente a duas grandes correntes consideradas fundamentais entre os principais autores que abordam o tema: o enfoque normativo e o enfoque estratégico. No quadro abaixo explicitamos seus fundamentos:

Quadro 1 – Enfoques de Planejamento na América Latina

Enfoque Normativo	Principais Características
Normativo	Parte do paradigma da consciência para estabelecer a relação entre o sujeito da planificação e a realidade planejada, onde um único sujeito (o Estado com seus fins) instrumentaliza uma ação sobre um sistema social conhecido como objeto, e uma relação não interativa. As leis que se atribuem ao Sistema Social são objetivas e de caráter econômico. Para este enfoque técnico econômico não existem outros atores, a realidade é concebida como uma problemática objetiva, bem estruturada, na qual ao existir só um ator o sistema de planejamento considera uma única situação objetivo.
Estratégico	É trabalhado por Matus (1987) na vertente do Planejamento Estratégico Situacional, surge como uma crítica ao enfoque normativo, por seu caráter monológico, comportamental e voltado para os fins do Estado. Dando importância ao elemento político interativo em contraposição ao economicismo normativo. Para o enfoque estratégico a realidade planejada é semi ou mal estruturada, porque é complexa e inclui projetos de outros atores, portanto é interativa, na medida em que tais projetos representam fins valorativamente diferenciados, concepções de sociedade e criações imaginativas e ativas. Dentre das inovações deste enfoque temos que tornar o paradigma da consciência mais

	dialético e dinâmico e reconhece a necessidade de uma explicação policêntrica e de um cálculo interativo, ao considerar a outros atores
--	---

Fonte: Núcleo de Estudo de Saúde Pública da UNB (2010)

A ideia de planejamento no Brasil está indissolúvelmente associada à evolução da doutrina cepalina. Apesar de que o nível real de enraizamento do planejamento seja discutível, pode-se assinalar que a intencionalidade do ato de planejar se afirma como resultado, em grande medida, do trabalho teórico realizado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL).

Rivera (1989), afirma que o planejamento em si no Brasil possui um desenvolvimento mais teórico do que as suas possibilidades reais de aplicação. No campo doutrinário, ele evolui e conhece dois momentos: um, em que se prende à ideia de desenvolvimento econômico, e outro que se associa à noção de desenvolvimento integrado, sendo que neste último surge o espaço necessário à programação social, em geral, e à programação sanitária, em particular.

Durante as décadas de 1960 e 1970, constituiu-se na América Latina e conseqüentemente no Brasil, uma metodologia de planejamento própria para o setor saúde, que serviria como tecnologia para a direção das políticas, na busca de uma maior efetividade das ações em torno dos problemas de saúde: o chamado método CENDES-OPS. Este método de planejamento, de enfoque tipicamente normativo, nasceria dos esforços conjuntos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e do Centro Nacional de Desarrollo (CENDES), Instituição Venezuelana de Estudos e Formação de Recursos Humanos que, na época, desenvolvia pesquisas e cursos na área de economia e de saúde. Este método acabou se configurando em modelo de planejamento social, que sob a forma de Programação em Saúde foi apresentado para os diferentes agrupamentos vinculados ao setor (RIVERA, 1989; MERHY, 1995). Este método propõe, dentro da especificidade do setor saúde, tentar dar objetividade ao seu “operar instrumental”, diante de um universo de problemas muito distintos dos colocados pelo mundo da economia. Para tanto, trabalha com o conceito de dano, instrumento e região sanitária, com os quais estrutura um diagnóstico que ordena, segundo alguns critérios – vulnerabilidade,

magnitude e transcendência, a escolha do alvo.

Para Testa (1989, apud MERHY, 1995), o método CENDES/OPS não contemplava o modo pelo qual se produziam as políticas nas sociedades em não ter uma visão mais ampla do sistema político. O autor propõe uma reconstrução do referido método, procurando articulá-lo com o propósito de governo, e que se expressa no seu conceito de postulado de coerência, que aponta para outro patamar: a discussão entre sujeito (s) do planejamento e ação governamental.

Matus (1989) por sua vez influenciou bastante a implementação do planejamento em saúde na América Latina, em especial no Brasil, tornando possível o Planejamento Estratégico Situacional (PES), como uma ferramenta que possibilitasse a construção de Planos de Ação aderentes aos princípios da Reforma Sanitária.

Campos (2000) enfatiza em seu artigo “Planejamento e razão instrumental” a contribuição metodológica em planejamento sendo revalorizada. O autor acredita que a partir dos anos noventa, em especial, abre-se o campo do Planejamento a outras disciplinas:

Do ponto de vista teórico [...] temos nos apoiado criticamente, basicamente reservando-nos o direito de reelaboração [...], de Gramsci ao Agir comunicativo de Habermas, do planejamento estratégico às avaliações de desempenho, em tudo temos buscado instrumentos úteis ao sucesso de projetos [...]. Ultimamente, temos valorizado o acervo já acumulado pelos movimentos de psicoterapia e análise institucional [...]. Talvez devêssemos nos apropriar de vários destes ensinamentos [...], imagino que todo gerente, coordenador ou integrante de equipes de saúde, deveria receber formação e ser orientado para operar com esses conhecimentos no dia-a-dia. (CAMPOS, 1994, p.47, apud CAMPOS, 2000, não paginados).

As principais contribuições teóricas de Campos à área de Planejamento são: ter mostrado a necessidade de abertura para o campo subjetivo e as disciplinas que o abordam, para além das propostas metodológicas prontas; e haver ressaltado que o resgate da função teleológica está indefectivelmente ligado à questão da eficácia, e esta, à produção de valor de uso.

A planificação, em geral, evolui do discurso desenvolvimentista, o qual situava o planejamento sanitário como coadjuvante do processo econômico (orientado ao crescimento e à redistribuição) para o discurso do

saneamento fiscal. Para Paim (1993), o planejamento sanitário evolui da economia (técnica CENDES/OPS) para a política.

Na obra de Campos (1989, apud CAMPOS, 2000), o planejamento aparece somente como método alternativo para racionalizar e adequar estruturas e equipamentos, colocando-os a serviço de novo modelo assistencial. O planejamento está vinculado à questão da instituição de modelo inovador de gestão. Campos está próximo de Testa e de outros intelectuais que viram no Planejamento uma ferramenta capaz de opor-se a que as leis do mercado sejam as únicas ordenadoras dos sistemas médico-sanitários. Além disso, para ele, os planos deveriam operacionalizar sínteses entre as diretrizes de eficiência e as de eficácia; e entre a saúde pública (prática mais coletiva) e o atendimento médico individual (baseado na clínica médica). Campos espera que o Planejamento seja incorporado ao debate sanitário brasileiro e o resgata como instrumento capaz de promover mudanças.

Os bens de saúde passam então a serem entendidos como serviços de saúde que “são consumidos” - como valores de uso. Os serviços públicos de saúde são os bens que definem a própria saúde pública, que no Brasil, transforma-se em jargão administrativo do Estado.

Na conjuntura em que emerge a “publicização da saúde” antagoniza-se com a sistemática e institucionalizada pilhagem dos cofres públicos por parte dos interesses da medicina privatista da rede hospitalar (privada e pública), dos grandes laboratórios e até mesmo das Universidades. Democratizar a saúde é então o mesmo que publicizá-la (DÂMASO, 1989).

O conceito de publicização, como estamos adotando, funda-se numa visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e pela incorporação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social de modo que ela seja cada vez mais representativa dos segmentos organizados da sociedade, especialmente das classes dominadas.

Trata-se de uma dinâmica sociopolítica que envolve a organização e a representação de interesses coletivos na cena pública, que possam ser confrontados e negociados a partir do enfrentamento dos conflitos que regem as relações sociais na sociedade de classes.

Tendo como referencia autores como Habermas (1984), Hannah

Arendt (1990) e Vera Telles (1990) podemos afirmar que a esfera pública constitui um espaço essencialmente político de aparecimento e visibilidade, onde tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos. Nesta esfera, os sujeitos sociais estabelecem uma interlocução pública, que não é apenas discursiva, mas implica na ação e na deliberação sobre questões que dizem respeito a um destino comum/coletivo. Portanto, conclui-se que planejar em saúde torna-se uma tarefa complexa que denota a existência de uma visão compreensiva das partes envolvidas, assumindo importância na esfera acadêmica e relevância para futuros debates na construção de políticas de planejamento que considerem a opinião de todos os atores sociais interessados.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Historicamente, segundo Faveret (2002), as políticas públicas no Brasil vêm se caracterizando de forma subordinada aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas e clientelistas, refletindo relações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais.

Estas políticas, embora concebidas como ações que buscam diminuir as desigualdades entre indivíduos, contribuem na prática, para acentuar as desigualdades expressa numa sociedade heterogênea com situação de pobreza. De espoliação, de necessidades básicas não satisfeitas, entre outras, convivendo com uma parcela da população que usufrui do poder econômico, político e social.

Atualmente, as políticas públicas brasileiras, em geral, conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial, legitimando os governos que buscam apoio nas bases sociais para manter-se no poder, atendendo algumas das reivindicações da sociedade visando interesses contraditórios entre as classes sociais, assim, permitindo o acesso discriminatório a recursos e serviços sociais.

Quando discutimos as políticas de saúde no Brasil de hoje, não se podem ignorar os artigos 6º e 196º da Constituição Federal de 1988, que reconhecem a saúde como direito fundamental das pessoas e dever do Estado. Um assunto, que até 1988 era primordialmente técnico e político passou a ser também jurídico e social.

A Constituição Federal reconhece, em linha com o pensamento mais atual, que a oferta de serviços e produtos médicos por si só não bastam para proteger a saúde da população. Com efeito, no artigo 196 da Carta Constitucional, está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá “mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso universal igualitário às ações e serviço para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. Há claro reconhecimento, portanto, de que a saúde

possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e implementação de políticas públicas abrangentes pelo Estado, isto é, que vão além da garantia de acesso a serviços e produtos médicos. Isso é reforçado pelo artigo 200, que estabelece de forma não exaustiva, as competências do Sistema Único de Saúde, incluindo ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador (inciso II); ações de saneamento básico (IV); pesquisa (V); controle de qualidade de alimentos e bebidas (VI) e proteção do meio ambiente (VIII).

A Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990), que institucionalizou o SUS à luz dessa concepção ampla do conceito saúde adotada na Constituição, reafirma em seu artigo 3º que, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer” determinam significativamente os níveis de saúde da população, e esses, por sua vez, “expressam a organização social e econômica do País”.

É nesse contexto abrangente e complexo de multidimensionalidade dos determinantes da saúde que se deve interpretar o direito à saúde. Não se trata apenas de determinar se o Estado deveria ou não fornecer determinado medicamento, cirurgia etc, mas sim, se as políticas estatais são, em sua totalidade, adequadas para enfrentar os determinantes complexos da saúde da população em geral. Esta pesquisa em si, trata de fazer uma reflexão a cerca das políticas hoje implantadas no HPSM Mário Pinotti e em que medida estas atendem a necessidade e anseio da população.

As políticas sociais brasileiras, dentre as quais se inserem as políticas públicas de saúde, são coordenadas pela Câmara de Política Social, integrada pelos ministros da área social e com a participação dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, sob a direção do Presidente da República. Essa Câmara estabelece estratégias para a ação articulada dos diferentes órgãos executores de programas sociais, e seleciona os projetos intersetoriais componentes do programa governamental “Brasil em Ação”, os quais se submetem a esquema especial de gerenciamento. Entre esses projetos, figuram o de redução da mortalidade infantil e o de agentes comunitários de saúde.

No Brasil, consolida-se atualmente um sistema político e econômico, centrado num mundo globalizado, onde a intervenção estatal torna-se limitada

com diminuição de sua ação reguladora, começando a suceder-se à retirada paulatina das coberturas sociais públicas, decorrendo-se cortes e conseqüentemente reflexos no usufruto dos direitos sociais, o que tem implicado na desqualificação/minimização do Estado, refletindo-se na privatização de empresas estatais, fortalecendo a concretização e abrangência da ideologia neoliberal, predispondo à negação de direitos sociais e transferindo para a sociedade civil a responsabilidade que antes era do Estado.

Verifica-se dentro deste contexto neoliberal, que as políticas sociais são alteradas em sua direção e funcionalidade. O Estado reduz sua capacidade de financiamento das políticas sociais e serviços assistenciais, e a função social e assistencial das políticas tem sido alterada no que diz respeito à qualidade, quantidade e variedade dessas políticas, sendo oferecidas especialmente à população carente, através de critérios de seletividade.

No que concerne as Políticas de Saúde no Brasil, mesmo após a Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de saúde – SUS, o perfil da organização de programas e serviços de saúde ainda apresenta-se caracterizado pela centralização, pelo governo federal, de diretrizes e prioridades para o setor de saúde destinadas às esferas estadual e municipal.

Por outro lado, a acentuada privatização define o investimento no setor de saúde, com recursos do orçamento da união, produzidos pelo setor privado, visualizadas em nossa realidade principalmente através do fortalecimento dos planos de saúde. Nesse sentido, constata-se que o conjunto de ações destinadas aos Estados e Municípios, distancia-se das reais condições de saúde vivenciadas pela população brasileira. Como conseqüência, a população usuária recebe uma prestação de serviços cuja lógica de acesso não corresponde à relação: disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento, mais a exigência de lucratividade do setor privado.

Toda essa lógica incide diretamente em todos os segmentos da sociedade, que necessitam dos serviços públicos como: crianças, adolescentes, deficientes e, principalmente, os idosos, que se encontram cada vez mais, numa situação de desamparo, perda de status, de segregação social e marginalidade.

Segundo Teixeira (2002) “Políticas Públicas” são diretrizes, princípios

norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos), que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos.

Contudo, para Souza (2009) não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja uma política pública:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam **responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.**(Grifo nosso, p. 5)

A autora resume que política pública é um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

As políticas públicas traduzem no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso, e assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia.

Elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que conseqüências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Nesse sentido, cabe distinguir “Políticas Públicas” de “Políticas Governamentais”. Nem sempre “Políticas Governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “Públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público. E embora esta seja uma discussão ampla, não será abordada de forma complexa nesta Dissertação.

Na área da saúde especificamente, ocorreu maior a descentralização, em uma política deliberada, resultado de um processo social dinâmico, partindo de experiências concretas, que propiciaram as diretrizes básicas para o modelo implantado em todo o país – o SUS. Em seus estudos, Meniccuci(2009) observa que a operacionalização da reforma da política de saúde implicava transformações político-institucionais e organizacionais de grande envergadura, sendo o grande esforço inicial promover a descentralização. Para Arretch e Marques (2007) o processo de descentralização do SUS, traria em tese, gerado grandes benefícios, inclusive com a diminuição das desigualdades regionais e locais, contudo o problema do sub-financiamento e do modelo de repasse de recursos, como tão bem observado por Meniccuci, não chegou a concretizar o que se esperava ao promover a descentralização. Para estes autores “apesar da descentralização do sistema de saúde ter generalizado a alocação nos municípios da função de oferta de serviços básicos de saúde, o potencial efeito redistributivo da transferência de recursos federais não teria se concretizado; não se obteve a desejada redução da desigualdade na provisão de serviços”. (ARRETCH et al. , 2007; p. 2195).

O SUS vive hoje sérios impasses e não tem uma coordenação que garanta equidade no atendimento a municípios tão heterogêneos. Teixeira (2002) aponta ainda que apesar de sua fragilidade, a existência de mais de 3 mil Conselhos Municipais de Saúde, indica a possibilidade de uma ação mais ofensiva e conseqüente, diante da situação. A participação popular neste processo de cobrança por mudanças é essencial para a concretização de um

novo modelo, mais justo e com redistribuição financeira compatível ao tamanho da responsabilidade deste sistema.

Apesar de todo o processo de participação, permanecem alguns elementos centralizadores: a aprovação e análise técnica de programas e projetos para repasse de recursos; fixação e centralização de fiscalização de tarifas no Ministério. A burocracia central mantém grande parcela de poder, permanecendo a influência clientelista no repasse de recursos.

Tanto a implantação quanto a consolidação desta nova política pública de saúde vem exigindo um esforço muito grande da sociedade organizada. Isso prova que o SUS ainda enfrenta problemas. Considerando-se que os seus princípios e diretrizes devem permanecer da forma como foram propostos na Constituição, vemos que as normatizações apresentam limites que impedem avanços estruturais. Convivemos com muitas regras e algumas delas ultrapassadas e até contraditórias. Os gestores e as lideranças que atuam no controle social perdem-se, em muitos casos, numa burocracia que parece não ter fim, ou convivem com um sistema de normas inaplicáveis à sua realidade, dificultando assim a implantação do SUS. Além disso, as diversas experiências de hierarquização e descentralização demonstram que há problemas e indicam a necessidade de mudanças.

Essa realidade foi detectada há muito tempo e vem sendo discutida pela sociedade, por profissionais e por gestores comprometidos com o SUS. Foi pauta das últimas Conferências de Saúde e do Congresso do CONASEMS, realizado em 2004, o que resultou em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs. Esses diferentes debates demandaram a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS.

A Constituição de 1988 produziu conseqüências para o campo da saúde: a criação do SUS, fruto das lutas do movimento sanitário por mudanças na saúde, marco importante para o setor, com os princípios de descentralização, comando único em cada esfera de governo e controle social. Consta também como determinação o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e a implantação de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada. Os avanços alcançados durante a implementação do SUS são inquestionáveis, embora ainda existam desafios a serem superados para a consolidação de um sistema público universal, com

capacidade para desenvolver ações de maior qualidade.

A contradição entre uma política de saúde de cunho universalista e a conciliação com os princípios neoliberais, que preconizam o Estado mínimo, buscando sempre a redução dos custos, se constitui no principal dilema vivido pelo SUS. Com o objetivo de superar estas dificuldades, organizou-se um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, discutir a organização e o funcionamento do SUS. Então se estabeleceu a organização de um Pacto pela Saúde, como tentativa de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

O SUS vive a permanente necessidade de adequação às inovações que ele mesmo produz. O que lhe confere uma dinâmica especial que vai de encontro à normatização única para um sistema que se apresenta de diferentes formas em cada uma das regiões do país, com variações substanciais dentro dos próprios estados e municípios, exigindo formas diferentes de governança.

A necessidade de superação dessas dificuldades, que inibem a autonomia do gestor e a possibilidade de adequação do sistema de saúde às formas apropriadas de enfrentamento dos problemas identificados em cada região, estado ou município, levou os gestores do SUS, a assumir o compromisso público pela construção deste pacto. Seu desafio era contemplar as necessidades identificadas e introduzir uma fórmula nova de responsabilização sanitária, livre das amarras das normas operacionais e que permitisse mais agilidade na adequação do SUS às necessidades da população, fortalecendo a regionalização da saúde como diretriz constitucional e como eixo estruturante do Pacto, orientando a organização do sistema e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. É preciso aproximar o SUS constitucional do SUS real e adaptá-lo à nova realidade manifestada na mudança epidemiológica, surgida do novo padrão demográfico e comportamental da população, em uma sociedade em permanente mutação.

A adoção de pactuação na saúde assume papel estratégico no

contexto brasileiro de marcantes diferenças socioeconômicas entre estados e municípios, expressas, no setor saúde, pela distribuição desigual de serviços, tecnologias e profissionais de saúde. Os pactos⁵ podem servir de estímulo à cooperação intergovernamental, promovendo incentivos à colaboração técnica e/ou financeira, reduzindo a disputa por recursos e pela delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações.

A importância do reconhecimento de estratégias consolidadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) vem crescendo paulatinamente no Brasil, tanto sob a perspectiva constitucional, relativa à conquista de direitos individuais e coletivos; quanto ao campo das ações, enfatizando-se a valorização das dimensões que envolvem a participação popular nos processos decisórios em saúde. Inúmeras e constantes são as tentativas de ampliação de mecanismos que levem à otimização dos serviços públicos de saúde e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema, entretanto, a questão assume uma forte complexidade ao considerarem-se as enormes desigualdades geográficas, culturais e socioeconômicas que há tempos permeiam o país. (FADEL et al., 2009).

O pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelos três níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de estado e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Os três eixos do Pacto pela Saúde têm como diretrizes operacionais:

1-Pacto pela Vida: compromisso com as prioridades estabelecidas por meios de metas das três esferas que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população.

2- Ato em Defesa do SUS: consolidar o compromisso com a reforma sanitária brasileira; qualificar e assegurar o SUS como política pública; mobilização social para promoção da cidadania; garantia de recursos financeiros de acordo com necessidade do sistema.

⁵ Pacto, segundo dicionário online Priberam, pode ser definido como sendo uma convenção expressa que regula os direitos e deveres de um povo, bem como a sua forma de governo = CONTRATO SOCIAL

3- Ato de Gestão do SUS: definição da responsabilidade dos gestores nos três níveis; estabelece diretrizes de gestão da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde.

Estas diretrizes vêm salientar a importância da regionalização e de instrumentos de gestão como:

a) Plano Diretor de Regionalização (PDR): representa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal.

b) Plano Diretor de Investimento (PDI): apresenta os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e em parte da média complexidade da assistência; na macrorregião, deve atender as demandas da alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

c) Programação Pactuada e Integrada (PPI): é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada. Estes todos são instrumentos que possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde, buscando a melhoria e qualificação do acesso do usuário do SUS.

O pacto considera, principalmente, as possibilidades dos gestores de assumirem responsabilidades, não transferindo para outras esferas a execução de ações que podem ser resolvidas em seu âmbito, com cooperação, coesão regional e responsabilização de cada gestor no seu âmbito de atuação. Outras mudanças ocorridas foram nas formas de recebimento dos recursos financeiros que passam a ser por blocos de financiamento, além de incentivos financeiros para a área de gestão e planejamento que historicamente nas normas anteriores não foram priorizadas.

Não resta dúvida que o pacto pela saúde constitui, atualmente, a

mais nova estratégia para a racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil, uma vez que debruça e norteia suas condutas sobre a equidade social. Essa nova política, ainda em fase inicial de implementação, é uma realidade única e altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública, estando o seu cumprimento diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão. No entanto, por ser tratar de uma política tão recentemente implementada, seus resultados ainda não são claramente visíveis e passíveis de análise nesta dissertação.

A municipalização, ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribuiu para que cada local pudesse diagnosticar e responder às suas necessidades. (Princípio da Descentralização)

A atenção Básica, tendo como estratégia fundamental a Saúde da Família, possibilitou a ampliação da promoção e da garantia do acesso aos serviços em cada Município. A implementação progressiva da regionalização, mesmo aquém do necessário, deveria estimular a articulação entre os pequenos municípios para organizarem os serviços de média e alta complexidade, garantindo assim maior acessibilidade. Contudo, estes serviços de média e alta complexidade são ainda um dos grandes estrangulamentos que dificultam o acesso universal do cidadão ao SUS.

No processo de regionalização, o controle social tem um papel fundamental: garantir que este processo se efetue de acordo com os princípios do SUS. Se há muitos gestores comprometidos com o SUS, há também aqueles que atuam contra, articulados com o mercado da saúde.

Para que o processo de regionalização seja feito de acordo com o direito à saúde do cidadão e não visando o lucro de algumas empresas ou indivíduos, é fundamental que os conselheiros e lideranças de saúde acompanhem o processo de construção do desenho regional e das discussões sobre a melhor forma de garantir os serviços. Primeiro, é preciso se apropriar desse debate no município.

Isso é importante porque um dos grandes problemas do SUS é que os serviços nem sempre são organizados a partir das necessidades, mas a partir da oferta de serviços (mais rentáveis) disponibilizados por alguns grupos. Para isso, é fundamental a construção participativa de um Plano Municipal da

Saúde qualificado e é com base nele que os gestores devem implementar a política da saúde.

3.1 DEFINIÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução 1451/95, define como URGÊNCIA “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

Neste enfoque, o balizamento é dado pela irreversibilidade da morte ou de uma condição de dano permanente à saúde. Segundo esta Resolução, o médico possui total autonomia para a definição do que é ou não condição de urgência/emergência.

No nível dos discursos, os profissionais de saúde que atuam no domínio da urgência referem-se, com frequência, à distinção entre urgência e emergência e insistem também em saber a diferença entre as duas, para agir de maneira adequada. Assim torna-se muito comum escutar dentro do ambiente hospitalar, frases como: “o povo acha tudo urgente, não sabem o que isso é um pronto-socorro e deve atender casos de vida e morte”.

Segundo a definição de Paim (apud JAQUEMONT, 2005) urgência e emergência são assim definidos:

Uma emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar a capacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragias, traumatismo craniano. Já a urgência significa um processo agudo clínico cirúrgico, sem risco de vida iminente. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lacero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos etc.

A urgência e emergência é talvez o setor da saúde público mais complexo de relações. De maneira bem resumida, podemos dizer que assistência em saúde de urgência e emergência é aquela na qual o

atendimento envolve necessidade de mobilização coletiva e na qual risco de seqüelas permanentes ao usuário e/ou risco de morte.

A política de saúde atual, fundamentada em suas principais Leis e Portarias, não tem conseguido alterar a grande procura pelos serviços de urgência como entrada para o sistema de saúde, cuja característica principal é a constante procura de consultas de atenção básica, queixa dos próprios funcionários nestas unidades. O agravamento da situação também se dá devido às alterações demográficas, ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas, ao aumento da violência, à piora das condições de vida, ao mau uso do dinheiro público e ao aumento do desemprego, que foge ao controle dos dirigentes públicos, e culmina com a crescente insatisfação dos usuários e dos trabalhadores

Temos então uma dicotomia no modo de pensar e tratar a urgência pelos vários atores e usuários desses serviços. Por um lado, temos portas de entrada hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos de saúde; por outro lado, uma população que pressiona o serviço sem que consigamos entender os motivos subjetivos dessa procura.

Parece que, no entendimento da população, essas unidades podem estar cumprindo o seu papel, na medida em que prestam atendimento aos que as procuram. Mas estariam contradizendo o conceito definido pelos técnicos e gestores do serviço, que entendem que essas unidades seriam para prestar atendimento aos reais casos agudos, de urgência e emergência.

Observa-se que existe uma distorção extrema entre a oferta e a demanda de cuidados médicos de urgência, ou seja, entre a urgência definida e organizada a partir de critérios técnicos, a urgência técnica dos agentes do sistema médico e a urgência tal como ela é concebida pela população dos usuários, aquela representada e vivida pelos pacientes (JACQUEMOT, 2005, p. 12).

Segundo a autora, existe uma grande dificuldade em se caracterizar exclusivamente em bases técnicas o conceito de urgência e emergência na definição da língua normativa e mesmo dentro do conceito biomédico. A definição de urgência não é precisa, abrindo assim a possibilidade de interpretações múltiplas que justificariam a subjetividade da observação dos vários atores. Assim, percebe-se uma discrepância entre as concepções de

urgência/emergência do sistema de saúde, dos técnicos e da população, que não têm sido equacionadas adequadamente, até mesmo porque não se conhece o real motivo apontado pela própria população, para procurar diretamente as portas de urgência para atendimento de suas necessidades.

Escutar o que pensa o doente sobre as suas necessidades constitui fator essencial para viabilizar e implantar políticas de saúde efetivas e eficazes. Ressalte-se, ainda, que a situação atual é desgastante tanto para o usuário, quanto para os profissionais de saúde e para os órgãos governamentais que vêm investindo recursos cada vez maiores, sem com isso alterar a sua lógica de funcionamento e possibilitar o alcance dos objetivos relacionados à melhoria da qualidade da assistência à população.

Percebemos durante a fase de pesquisa no HPSM Mário Pinotti, que a visão dos usuários sobre o que é urgência e emergência é marcadamente subjetiva, enquanto a do especialista é técnico-científica. O que, em alguns casos, gera conflitos entre estes dois grupos de atores sociais que atuam naquele espaço. Segundo o discurso de uma das técnicas do Mário Pinotti, o que acontece é que:

[...] as pessoas falam mal daqui porque gostam de falar. Não sabem que enquanto os médicos estão atendendo uma dor de barriga que poderia ter sido resolvida numa unidade de atendimento básico, alguém pode estar correndo risco de vida sem ter atendimento. (Informação verbal, 2010)

Jaquemont (2005) concluiu em sua pesquisa sobre estas diferentes perspectivas (usuários e profissionais) que no domínio da biomedicina, a urgência e emergência não são noções, e ainda menos conceitos, técnicos ou teórico médico. A valorização de um estado de saúde como urgência e emergência ao mesmo tempo traduz o reconhecimento da sua gravidade e justifica a prioridade dada no atendimento. O que forja essa apreciação, o que leva a esse diagnóstico quer seja leigo ou biomédico, não escapa do social e de suas várias expressões e determinações.

É o que mostra a abordagem antropológica da urgência e emergência, quando, em uma ótica de crítica e distanciada, procura entender o que é urgência e emergência a partir dos dados recolhidos no campo, isto é, partindo dos discursos e da observação das práticas efetivas das várias

categorias implicadas nesta situação.

3.2 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à "ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade". Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde.

Para Santos-Filho (2007), a Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das "linhas de mando", valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada "comunicação lateral", e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como "clínica ampliada", capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma.

A reflexão humanística, segundo Fortes (2004), não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos, existentes nas ações relativas à atenção em saúde. Como refere Zoboli (2003 apud FORTES, 2004), o estado de saúde e o processo saúde–doença em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que para os profissionais de saúde as situações individuais são vividas como casos, de um pretenso ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos.

A proposta de Humanizar o SUS apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do "cuidar do cuidador", a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social.

Enfoca como prática humanizadora, o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas conseqüências – as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra-referência.

A Política Nacional de Humanização-PNH (Brasil, 2004), por sua vez, não demarca um conceito, habilmente afirma apenas um "entendimento" do seu coletivo de formuladores:

Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de

atendimento. (BRASIL, 2004).

Para Campos (2004, p. 2), a “desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores”. O autor traz a reflexão da humanização relacionada ao desequilíbrio nas estruturas de poder e à necessidade de mudança nas estruturas, nas formas de trabalhar e nas pessoas, na incorporação dos sujeitos e de sua própria história. E, define que a humanização “é uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência” (CAMPOS, 2004, p. 3).

Na opção pelo descompromisso e não incorporação desses preceitos e princípios, os serviços de saúde e os profissionais continuam a reproduzir as ações pontuais e descontinuadas, a lógica da produção de procedimentos em detrimento do sujeito em sua necessidade e sofrimento, desconsiderando a rede social e familiar. Os processos de “anestesia” de escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm produzido a sensação enganosa de preservação, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos mergulham os profissionais no isolamento, paralisam a sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos, mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem a própria humanidade (BRASIL, 2006).

A humanização assim entendida, na análise de Deslandes (2005, p.2), enquanto “um modo de gestão, um modo de realizar a atenção em saúde, uma práxis”, remete ao investimento na formação dos trabalhadores e gestores, como viabilização ideológica contra-hegemônica de adesão e continuidade a esse projeto. Enfim, este paradigma aponta para o desenvolvimento da capacidade crítica, a buscar para a melhor solução dos problemas apresentados no cotidiano, supõe a ruptura com a passividade, estimulando nos processos de trabalho a construção de sujeitos ativos e responsáveis por todos os seus atos.

Este caminho leva a destacar as orientações da Política de Humanização, que pretende a melhoria das relações entre trabalhadores e usuários e a qualidade do atendimento, priorizando a redução de filas e do

tempo de espera através do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo. Dentre os princípios norteadores nesse processo se sobressaem a valorização da dimensão subjetiva, a construção de autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, com fortalecimento do controle social na saúde.

Assim a Política tem como objetivo promover mudanças nos modelos de gestão institucional através da adoção de novos processos, desenvolvendo uma interação entre os trabalhadores que atuam nos programas e serviços de saúde, e entre estes com os usuários do SUS. Para acontecer essa interação trabalha-se em três instâncias: o acolhimento, o vínculo e a gestão, visando proporcionar aos trabalhadores da saúde uma situação de reconhecimento e de importância no desempenho da sua função, como também aos usuários um atendimento de qualidade e de confiança junto aos profissionais que o estão assistindo.

Nesta perspectiva humanística, foi criado ainda em 2004, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Iniciativa da Secretaria da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, com os objetivos de: melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado.

O objetivo central, portanto, era o de promover uma mudança de cultura no atendimento na área hospitalar (Ministério da Saúde, 2001). Em 2003, o Ministério da Saúde definiu sete áreas prioritárias de atuação, sendo uma delas a Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, o Programa de Humanização passa a ser subordinado à Secretaria Executiva do Ministério, sendo então denominado Política Nacional de Humanização (PNH). A proposta inicial foi ampliada e seu foco deixou de ser o sistema hospitalar, passando a ser todo o sistema de saúde. A PNH considera como fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso aos serviços de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de

saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, na pouca participação destes na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários.

Uma questão fundamental é o entendimento de que inclusão e participação implicam em conhecer, comunicar, dialogar e deliberar com o outro. E estar aberto e receptivo para este outro, diferente e heterogêneo, que tem a experiência dispersa do cotidiano, onde as questões são intersetoriais, imbricadas, complexas e obedecem a lógicas singulares. Deve significar uma possibilidade de resgate do diálogo intersubjetivo, da interlocução com o outro, se baseado no princípio da igualdade, no direito à participação, o que é diferente de uma crença a priori e incondicional de que todos os participantes são iguais ou estão partindo do mesmo lugar.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENDIMENTOS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Inúmeras mudanças positivas foram introduzidas ao longo das décadas desde a Reforma Sanitária como podemos observar no capítulo anterior. É verdade que atenção básica expandiu-se rapidamente mesmo com alguma dificuldades, como é o caso de programas como o “Saúde da Família”. A articulação desse nível de atenção com os demais (alta e média complexidade como as unidade de urgência e emergência – setor terciário), ainda é precária. O atual debate centra-se justamente na forma de reorganizar o setor, na repartição das responsabilidades entre os setores público e privado, enfatizando a melhoria da eficácia dos serviços e descentralização como melhores meios para concretizá-la.

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência, devido principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana e ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas. A realidade da superlotação dos pronto-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais destes serviços, como o atendimento por ordem de chegada sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes. Este aumento da demanda,

acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de atendimento de Urgência e Emergência disponibilizados à população (BRASIL, 2006).

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” em todo território nacional de unidades de “pronto atendimento” (UPAS), que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência” (Política Nacional de Atenção as Urgências, 2006). Em Belém, porém esta situação é ainda mais preocupante, pois o que nota-se a princípio é o sucateamento das Unidades de Atenção Primária (centros de saúde) e de Atenção Secundária (UPAS), que deveriam servir de escala (ou não) para se chegar ao Atendimento Terciário.

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial

atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária se responsabilize pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento (GIGLIO-JAQUEMONT, 2005). Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso.

O Regulamento Técnico (a Política Nacional de Atenção às Urgências) define uma nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência. Refletindo sobre a regionalização proposta pela NOAS e sobre a estrutura dos prontos-socorros existentes no País, adota-se a seguinte classificação/estruturação:

A – Unidades Gerais:

a.1 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;

a.2 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II.

B – Unidades de Referência:

b.1 Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;

b.2 Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II;

b.3 Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III.

Quadro 2 – Classificação dos Pronto-Socorros

	A) Unidade Gerais	B) Unidade de Referência
Definição	<p>Tipo I: As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1)</p> <p>Tipo II: As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).</p>	<p>As Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.</p> <p>Tipo I: As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ortopedia ou cardiologia</p> <p>Tipo II: As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.</p> <p>Tipo III: As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais, vem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim, da atenção às urgências/emergências</p>
Recursos Humanos	Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas.	
Área	A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.	
Rotinas de Funcionamento e Atendimento	A Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada 4 anos e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos. Deve haver também uma rotina de	

	manutenção preventiva de materiais e equipamentos.	
Registro de Pacientes	A Unidade deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.	
Estruturação da Grade de Referência	As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.	
Recursos Humanos	<p>Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/ emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:</p> <p>Médico Clínico Geral Pediatria Ginecologista-Obstetra Cirurgião Geral Traumato-Ortopedista Anestesiologista Assistente Social</p>	<p>Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:</p> <p>Cardiologista Pediatria Traumato-Ortopedista Hemodinamicista Clínico Geral Angiografista Cirurgião Pediátrico Cirurgião Cardiovascular Intensivista Ecocardiografista Imagenologista Anestesiologista Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: a Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicologia Clínica; - Nutrição; - Assistência Social; - Fisioterapia; - Terapia Ocupacional; - Farmácia; - Hemoterapia; <p>Outros profissionais identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:</p> <p>Cardiologia Pediatria Traumato-Ortopedia Hematologista Endoscopista Imagenologista Hematologista Cirurgião Vascular Broncoscopista Neurocirurgião</p>

		Neuropediatra Cirurgião Geral Cirurgião Bucomaxilofacial
Recursos Tecnológicos	Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento especializado das urgências/emergências de que a Unidade deve dispor, nas 24 horas, são os seguintes: Existentes na própria estrutura do hospital: Análises Clínicas Laboratoriais Eletrocardiografia Radiologia Convencional Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.o 494, de 26 de agosto de 1999: Endoscopia Ultra-sonografia Banco de Sangue	Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências, existentes na própria estrutura do hospital especializado de que a Unidade deve dispor são os seguintes: Cardiologia Pediatria Traumato-Ortopedia Radiologia Convencional Análises Clínicas Laboratoriais Eletrocardiografia Intensificador de Imagem Ultra-sonografia Anestesiologia Ecocardiografia Cirurgia Pediátrica Hemodinâmica Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III Cirurgia Cardiovascular Banco de Sangue Angiografia Recursos tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio- hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.o 494, de 26 de agosto de 1999: Cardiologia Pediatria Traumato-Ortopedia Tomografia Computadorizada Broncoscopia Cirurgia Vascular Endoscopia Cirurgia Bucomaxilofacial Banco de Sangue Cirurgia Geral Neurocirurgia

Fonte: Política Nacional de Saúde. Adaptado pela autora. (2010).

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais Municípios de menor porte. Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumato-cirúrgico, gineco-

obstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém-nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco-regionais, seja para elucidação diagnóstica por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação. As grades de referência loco-regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências.

Consta ainda, que a Política Nacional de Saúde estabelece que as Unidade de Saúde e Atendimento de Urgências devem contar com os seguintes recursos:

a) Recursos Humanos

Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários. A Unidade deve contar com:

a.1 Responsável Técnico: médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC. O médico responsável técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com mais de uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

a.2 Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

a.3 Enfermagem: a Unidade deve contar com uma Coordenação de Enfermagem: 1 (um) Enfermeiro Coordenador; Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o

atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

B - Área Física

As áreas físicas da Unidade deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

b.1 Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

b.2 Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

3.3.1 Rotinas de Funcionamento e Atendimento.

A Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento Escritas, atualizadas a cada 4 anos e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais, até os operacionais e técnicos. Deve haver também uma rotina de manutenção preventiva de materiais e equipamentos. As rotinas devem contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico;
- b) Procedimentos médico-cirúrgicos;
- c) Procedimentos de enfermagem;
- d) Rotinas de suporte nutricional;
- e) Rotinas de controle de infecção hospitalar;
- f) Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;

g) Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes.

h) Registro de Pacientes.

A Unidade deve possuir um prontuário para cada paciente, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico. Informações Mínimas do Prontuário:

a) Identificação do paciente;

b) Histórico clínico;

c) Avaliação inicial;

d) Indicação do procedimento cirúrgico, se for o caso;

e) Descrição do ato cirúrgico, se for o caso;

f) Descrição da evolução e prescrições;

g) Condições na alta hospitalar ou transferência.

3.3.2 Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento dos pacientes para a rede básica e Programa Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

3.3.3. Características Específicas

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, as seguintes características específicas relativas a cada tipo de Unidade, devendo a mesma dispor de:

3.3.3.1 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Estes recursos devem ser no mínimo, aqueles disponíveis e já descritos como exigíveis para as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Os requisitos relativos à capacitação de recursos humanos, transporte e grade de referência também são os mesmos descritos para estas Unidades.

3.3.3.2 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados, de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e

Emergência.

No corpo do hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação mencionadas.

Obviamente, que pelo tempo de pesquisa de mestrado, não poderíamos fazer uma avaliação se o Hospital Mário Pinotti encontra-se de acordo com todas as exigências da Política Nacional de urgência e Emergências, mas a autora deste trabalho considera de extrema relevância o conhecimento das normas padrões e critérios desta política, podendo servir de base para futuras pesquisas.

3.4. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Na Austrália, no final dos anos 60, os pacientes que chegavam de ambulância eram priorizados, e os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada. Posteriormente, escalas foram desenvolvidas no sentido de unificar e padronizar a linguagem utilizada na triagem dos pacientes. (GOMES, 2003,p.3)

No Brasil, a utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação da Portaria 2048/02, que regulamenta o funcionamento dos serviços de urgência e emergência do país. As ações do MS têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de Atenção às Urgências e Emergências, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento (BRASIL, 2002).

Ainda na cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH, entendida no tópico anterior desta Dissertação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. Nesta mesma época foi lançado o Programa de Qualificação da Gestão no SUS (QualiSUS), que trouxe o investimento

necessário às modificações tecnológicas e de ambiência para a efetiva implementação da ferramenta de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Pires (2003) ressalta que a triagem no serviço de emergência não possui caráter excludente, mas sim de organização do fluxo de atendimento do paciente no SUS, e seleção dos meios adequados para diagnóstico e tratamento dos problemas identificados. Sendo assim, espera-se que a triagem possibilite maior resolutividade aos serviços, aumento da satisfação do usuário e da equipe de saúde, racionalização quanto à acessibilidade e fluxos internos, e otimização dos tempos e recursos utilizados. Este autor ressalta que, para um serviço de emergência, a questão central é identificar que dados coletar e quais os instrumentos utilizar para classificar os pacientes, no intuito de evitar que o processo de classificação seja guiado somente pela avaliação subjetiva e experiência do enfermeiro que classifica.

É importante descrever de forma resumida, como é estruturado o modelo de triagem utilizado no HPSM Mário Pinotti (protocolo de Manchester), para mostrar o método proposto, mesmo sabendo que este não tem por objetivo fornecer ao avaliador um diagnóstico médico, mas sim uma prioridade clínica ao atendimento do paciente, baseado nos sinais e sintomas por ele apresentados. Definindo ainda o tempo de espera de cada paciente. Cada nível de nível de prioridade clínica é composto por sinais e sintomas que os discriminam, sendo estes chamados de discriminadores. A tabela abaixo demonstra a prioridade de atendimento proposto pelo Protocolo.

Figura 1 – Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester

Vermelho	Emergência
Laranja	Muito Urgente
Amarelo	Urgente
Verde	Pouco Urgente
Azul	Não urgente

Fonte: Protocolo de Manchester. Adaptado pela autora. (2011)

Estes discriminadores são apresentados na forma de fluxogramas,

no intuito de guiar a avaliação da queixa principal apresentada pelo paciente no momento de sua avaliação. Existem os discriminadores gerais, que se aplicam a todos os doentes, independentemente da condição clínica apresentada. Estes surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas e, em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem à mesma prioridade clínica. São exemplos de discriminadores gerais: risco de vida, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento da condição apresentada. Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais, ou seja, estão diretamente relacionados com características inerentes à queixa principal, e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares.

A tomada de decisão é um processo inerente da triagem, sendo que o enfermeiro classificador deve interpretar, discriminar e avaliar a queixa apresentada pelo paciente. Na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, a tomada de decisão consiste em uma série de passos para se chegar a uma conclusão, conforme descrito abaixo:

1. Identificação do problema;
2. Coleta e análise das informações relacionadas com a solução;
2. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
3. Implementação da alternativa escolhida;
4. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

O primeiro passo, o de identificação do problema, é feito através da coleta dos dados, seja com o próprio paciente, seus familiares, ou com outros profissionais de saúde, e visa identificar a queixa principal apresentada. Esta fase permite a escolha do fluxograma de apresentação relevante e, na opinião da pesquisadora, reflete o principal passo para se realizar a classificação de risco corretamente.

É interessante ressaltar que cada um destes fluxogramas possui a definição de que tipo e situação/paciente a ele está direcionado, o que fornece mais uma informação ao enfermeiro classificador e esclarece se ele realmente escolheu o fluxograma mais adequado.

Uma vez escolhido o fluxograma, o enfermeiro, face à condição apresentada pelo paciente, segue à coleta e análise das informações, a partir

da avaliação dos discriminadores (sinais e sintomas) gerais e específicos descritos em cada nível de classificação, e apresentados na forma de pergunta para facilitar o processo. A identificação da presença de um discriminador no paciente avaliado consiste na avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação. A partir de então, é atribuída a prioridade clínica ao paciente avaliado. Vale ressaltar que a presença de um único discriminador no paciente avaliado já o classifica no nível de prioridade em que está localizado este discriminador. Assim como os fluxogramas, ao final do protocolo encontra-se a definição de todos os discriminadores específicos, o que se torna uma poderosa ferramenta de tomada de decisão para o enfermeiro classificador ter a certeza do nível de prioridade que ele está atribuindo ao paciente (SOUZA; TOLEDO; TADEU, 2011).

Uma vez determinada a prioridade clínica, é de suma importância a monitorização e reavaliação deste paciente, tendo em vista que sua condição clínica pode piorar, aumentando portanto o nível de prioridade clínica, ou diminuir, diminuindo conseqüentemente o nível de prioridade de atendimento.

No HPSM Mário Pinotti, estabeleceu-se este modelo de triagem a partir de novembro de 2010 e até o momento vem apresentando bons resultados e aprovação dos usuários, conforme observação da pesquisadora. Entretanto, estes marcadores ou discriminadores podem induzir novos erros e riscos os quais merecem atenção como é o caso de hipertensos crônicos que chegam auto-medicados e podem estar com um quadro clínico de maior gravidade. Este foi um caso relatado por um usuário e profissional que fez queixa do uso do Protocolo de Manchester em uma unidade privada. A adoção desta tecnologia simples é apenas um procedimento que supõe vigilância e atenção pelas equipes.

3.5 RELAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA VERSUS ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

A análise de situação das redes de Atenção à Saúde deve fazer-se sobre a população e sobre as redes de atenção à saúde, construídas como respostas sociais às necessidades de saúde desta população.

A análise populacional leva à definição do estado de saúde que é uma medida da extensão na qual esta população pode funcionar física, mental e socialmente. Este diagnóstico é feito por meio de informações descritivas que coletam dados segundo pessoas, lugares e tempo (Fos & Fine, 2005).

As variáveis pessoais medem as características individuais que são importantes para a descrição do estado de saúde e doença e suas tendências. Dados demográficos e socioeconômicos permitem estabelecer insights sobre padrões, etiologia e causas das doenças.

As variáveis pessoais que devem ser descritas são: idade, sexo, raça, estado civil e estado sócio-econômico. Com relação ao estado sócio - econômico os dados mais importantes relacionam-se com ocupação, renda, educação e estilos de vida.

Dependendo do modelo de Atenção à Saúde definido, haverá que se conhecer os determinantes sociais da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) e importam informações sobre os determinantes estruturais (coesão social, renda, educação e ambiente) e sobre os determinantes intermediários (condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimentos e barreiras para a adoção de comportamentos relacionados com a saúde). As pirâmides populacionais mostram a estrutura demográfica, e analisadas ao longo do tempo, permitem identificar tendências de crescimento.

As variáveis de lugar indicam padrões geográficos que são úteis para compreender o processo de saúde/doença e podem ajudar a distinguir fatores genéticos dos ambientais na causação das doenças. Estas variáveis são importantes, também, para a construção de redes de Atenção à Saúde que se estruturam com bases territoriais. As variáveis de lugar, portanto, devem ser construídas segundo os territórios sanitários das redes de Atenção à Saúde (país, província ou Estado, macrorregião, mesorregião, município etc). As variáveis importantes para a realização desta pesquisa no HPSM Mário Pinotti, em Belém, serão melhor esclarecidas no capítulo a seguir.

Ademais, a análise de situação de saúde da população deve utilizar as medidas de morbidade, tais como as taxas de prevalência e as taxas de incidência, e as medidas de mortalidade como as taxas de mortalidade e a carga das doenças. Em termos de carga das doenças, se disponíveis, devem

ser levantados os anos de vida ajustados por incapacidade. Devem ser analisados os fatores de risco proximais como sedentarismo, baixa ingestão de frutas e vegetais, uso de tabaco, uso de álcool e de outras drogas e sexo sem segurança, bem como de fatores de risco biológicos como baixo peso, sobrepeso ou obesidade, hipertensão arterial e colesterol elevado.

Atenção primária ou básica significa atenção primeira, própria noção de básico ou primário, com sentido de primeiro e supõe a existência de unidade de saúde encarregadas do que é secundário e terciário, encarregadas portanto do que não é básico. Por isso, o conjunto das Unidades que compõem Sistema Único de Saúde, pode ser subdividido segundo o que se denomina níveis de atenção.

O que se observou neste estudo é que a assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro lado, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde.

Com os questionários aplicados durante o tempo de permanência no lócus da pesquisa, o que podemos notar é que existe grande desconfiança do usuário do SUS quanto às unidades básicas de atendimento primário:

A gente procura os posto de saúde, mas nunca tem médico, material, as vezes somos atendidos mal. Pelo menos aqui (pronto-socorro), a gente tem a certeza de que vai ser atendido.[...] O posto de saúde que procurei antes me mandava vir direto pra cá, então não perco tempo mais indo lá, já venho direto ⁶ (Informação Verbal)

Os entrevistados apontam desigualdades de acesso aos serviços da rede básica de saúde por estarem mal estruturados, assim como dificuldades de acesso aos serviços de atenção secundária e terciária, especialmente em algumas áreas, explicadas por uma sobrecarga, decorrente das deficiências da rede básica.

⁶ Fala de um usuário do SUS obtida durante trabalho de pesquisa no HPSM Mario Pinotti. Os nomes dos usuários foram alterados e não serão divulgados afim de preservar a identidade dos entrevistados.

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada no nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. A saúde básica que deveria servir de porta de entrada para o SUS, acaba não realizando esta tarefa adequadamente, facilitando o aumento das longas filas de espera nos Hospitais de Pronto Socorro.

Contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário (MERHY; 1998). O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O projeto de Humaniza SUS, discutido no tópico anterior tenta ainda reverter este legado histórico, embora muito ainda tenha que ser feito.

O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO; 1999). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

3.6 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PSF EM DESTAQUE

Atualmente, a principal estratégia de implementação e organização da atenção primária é a Saúde da Família. É considerado um modelo de atenção primária de saúde focado na unidade familiar e inserido na comunidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante.

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. PSF pode ser definido como:

[...] um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados. (BRASIL, 1997)

O PSF tem como objetivo geral:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997)

As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, segundo previsão do Ministério da Saúde, daí a importância deste Programa para desafogar os Hospitais de atendimento terciários.

Nesse contexto, para Rosa e Labate (2005) o PSF propõe nova

dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco. Portanto, o PSF, torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade.

O PSF, a despeito de ter se iniciado como um Programa encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção básica, “de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 11). O Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Concernente a esta particularidade, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), estabeleceu que a Unidade de Saúde da Família (USF), não deve ser apenas um local de triagem e encaminhamento. Antes, constituir-se-ia de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Estabeleceu igualmente que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, sendo que, mesmo nestes casos, a USF, responsável por todo o plano terapêutico, tem a obrigação de “referenciar” o usuário quando necessário, contatando outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta (“contra-referência”), para continuar os cuidados básicos.

O ponto de primeiro contato, a atenção básica, deve ser de fácil acesso, segundo Starfield (2002), pois para esta autora este entendimento constitui aspecto essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), como é o caso do Brasil. Esclarece, ainda, a referida autora, que se a porta de entrada não estiver reconhecida ou habilitada para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada. Compromete-se, portanto, o acesso ao serviço.

A atenção básica como porta de entrada, também encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006),

publicação do Ministério da Saúde, na qual o primeiro princípio assegurado a todos os cidadãos, refere que o acesso aos Sistemas de Saúde “deve ser ordenado e organizado”, sendo que o primeiro item deste princípio, estabelece que este acesso deve se dá “prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia”.

Entretanto, vale salientar que o modo de organização do sistema não está dado prioritariamente - a despeito do disposto nos textos legais e nas diversas normatizações oficiais, antes modela-se com características distintas, face às múltiplas estratégias que os usuários utilizam para acessar os serviços de que necessitam, pois, como compreendem Velozzo e Souza (1993), a oferta e o consumo dos serviços de saúde são expressões das relações sociais.

Questões relativas ao papel adequado das unidades básicas, no Sistema de Saúde têm sido enfaticamente discutidas por autores como Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (1997). Para estes autores, a idéia de “porta de entrada” presente no sistema de saúde brasileiro apresenta-se inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude.

Particularmente no que se refere ao PSF, apesar deste se constituir numa estratégia com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços. O que se faz fundamental para desafogar a demanda dos serviços de Atenção terciária como é o caso do HPSM Mário Pinotti.

4 DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE USUÁRIOS E GESTORES NO HOSPITAL MÁRIO PINOTTI

Diferenciais nas condições de vida produzem desigualdades em saúde. Com diferentes abordagens teórico-conceituais e analíticas, diversas pesquisas nacionais e internacionais⁷ vêm explorando exaustivamente a associação entre fatores socioeconômicos e desigualdades sociais em saúde.

O emprego do conceito espaço social se apresenta enquanto uma proposta de análise destas relações. O espaço social se apresenta como mediação das relações entre sociedade e saúde e como aproximação da realidade, por expressar as condições de vida da população que o ocupa e a sua exposição a diferentes riscos de saúde conforme esta inserção. Para Cardoso (2005), a investigação epidemiológica e antropológica atual na área da saúde considera o estatuto socio-econômico como fatos de estratificação, as populações humanas em grupos que expõem a saúde individual, ora aos riscos, ora aos benefícios que o ambiente físico e social proporciona.

Para Paim (1997), este conceito transcende à noção de espaço físico, uma vez que redefine a importância da dimensão social na ocupação desse espaço, entendendo que as relações sociais definem o padrão espacial-administrativo, restrito, por exemplo, a um distrito ou município. Nesse sentido, recuperar a historicidade de sua constituição, com ênfase no caráter social de sua ocupação, possibilitaria entender a formação social como agente determinante do espaço, e não apenas determinado. Desta forma, a compreensão sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil, fez-se necessária para situar as bases que constituem as leis e normas que vem a produzir uma regularização das relações entre agentes.

A posição que uma pessoa ou um grupo de pessoas ocupa neste espaço social, configurada pela sua inserção socioeconômica, resultará em diferentes graus e intensidades de exposição a diversos riscos de saúde, configurando um perfil de problemas de saúde e de doença específicos (Paim, 1997).

Desta maneira, caracterizar e compreender o padrão

⁷ Jaquemont (2009); Campos (1997); Deslandes (2004); Menrhy (2009); Cecílio (2008), Paim(1997) entre outros referenciados no desenvolvimento desta dissertação.

socioeconómico do Município de Belém, torna-se central neste capítulo por permitir entender os comportamentos e padrões da relação saúde-doença, estabelecido nesta cidade e o perfil da demanda do HPSM Mário Pinotti.

4.1 APROXIMAÇÃO AO ESPAÇO SOCIAL DE BELÉM

A cidade de Belém, identificada como Metrópole da Amazônia, possui uma área de unidade territorial com 1.065 Km², densidade demográfica 1.341/hab/ Km², sendo 65% de área insular e 35% continental. Através da Lei 7.682/94, o Município foi subdividido em oito (8) Distritos Administrativos, do seguinte modo: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta (DASAC).

O Município possui uma população de 1.428.368 habitantes, segundo estimativa (IBGE censo 2000/MS/2006), sendo 74% assentada na área urbana e 26% na área rural dos quais, 678.436 habitantes são do sexo masculino, representando 47,50% do total da população local, e 749.932 habitantes são do sexo feminino, representando 52,50% do total da população da capital paraense (2009, Relatório Gestão HPSM).

A população Belenense é considerada adulta/jovem, haja visto que 53,03% da mesma estão entre a faixa etária de 20 a 59 anos, conforme Tabela a seguir:

Tabela 2 - População de Belém – ano 2006

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
0 a 12 anos	177.662	50,63	173.198	49,37	350.820	24,56
13 a 19 anos	105.912	47,93	115.068	52,07	220.980	15,47
20 a 59 anos	355.248	46,90	402.207	53,10	757.455	53,03
60 a mais ano	39.654	40,01	59.459	59,99	99.113	6,94
Total	678.436	47,50	749.932	52,50	1.428.368	100,00

Fonte: TABNET/DATASUS/MS (2010).

O comportamento da população de Belém mostra um adensamento, sob forma ágil e “desordenada” da ocupação urbana (TRINDADE JUNIOR, 1998; RODRIGUES,1996; MACHADO,2004). Esta vem atingindo gradativamente as áreas verdes, sobretudo do território continental do Município, bem como determinou o assoreamento ou aterramento do leito de rios e igarapés, igualmente como a conversão de quase a totalidade deles em esgotos a céu aberto, observando-se, ainda extrema desigualdade nas condições habitacionais entre os Distritos.

Ferreira, Vasconcelos e Penna (2008), apontam a grande vulnerabilidade dos jovens à violência urbana. A mortalidade entre jovens, vítimas de homicídios, nas cidades, no Brasil e no mundo, torna-se uma das questões mais preocupantes da atualidade. O homicídio como uma das principais causas de morte dos jovens coloca-se como uma verdadeira epidemia. Esse índice de mortalidade representa segundo diversos discursos políticos um “desafio” não apenas pelo aspecto quantitativo, mas principalmente pela complexidade da problemática e suas conseqüências de ordem demográfica, econômica, social e de saúde.

Belém possui 53,3 % da sua população entre 20 e 59 anos, considerada ainda a faixa etária economicamente ativa. Entende-se que a “vulnerabilidade” resultaria da interação entre as condições apresentadas pelo território (estrutura de oportunidades/riscos) e as características sociais, econômicas, culturais e políticas da população do lugar (seus ativos sociais, seus potenciais, sua inserção ou exclusão, e/ou segregação).

Nesta cidade os índices de atendimentos decorrentes da violência no HPMS são altos, conforme podemos constatar nas tabelas abaixo:

Tabela 3 – Causas externas de morbi-mortalidade em 2009

Causas	Nº	%
Baleamento	327	76 %
Esfaqueamento	98	24 %
TOTAL	425	100%

Fonte: Sistema de Informações em Mortalidade – SIM / DEVS / SESMA (2010)

Esses dados quando desagregados revelam as condições em que ocorrem os atos de violência física que atingem mais os jovens do sexo

masculino aqui identificada como “violência direta”.

Tabela 4 – Comparativo das principais causas de atendimento por sub-grupo dos anos de 2008 e 2009

Violência Direta					
	2008	% T.A	2009	% T.A	Diferença
Agressão por arma branca	1277	1,31%	1209	1,41%	0,10%
Agressão por arma de fogo	877	0,90%	728	0,85%	-0,05%
Intoxicação Exógena Proposital	9	0,01%	6	0,01%	0,00%
Agressão Física	2734	2,80%	2406	2,81%	0,01%
Violência no Trânsito					
Acidente de trânsito	1692	1,73%	1944	2,27%	0,54%
Atropelamento	1617	1,66%	1488	1,74%	0,08%
Acidente com uso de arma					
Acidente por arma branca	289	0,30%	300	0,35%	0,05%
Acidente por arma de fogo	115	0,12%	99	0,12%	0,00%
Outros acidentes					
Acidente Canino	675	0,69%	699	0,82%	0,12%
Acidente Ofídico	156	0,16%	134	0,16%	0,00%
Acidente de Trabalho	1872	1,92%	2121	2,47%	0,56%
Afogamento Acidental	2	0,00%	0	0,00%	0,00%
Intoxicação Exógena Acidental	3	0,00%	5	0,01%	0,00%
Acidente não especificado					
Acidentes não especificados	31739	32,50%	28920	33,74%	1,24%
SUB - TOTAL	43057	44,11%	40059	46,73%	2,65%
OUTROS	727	0,74%	700	0,82%	0,59%
CASOS CLINICOS	53876	55,17%	44958	52,45%	5,16%
TOTAL	97660	100%	85717	100,00%	-

Fonte: Dados fornecidos pelo HPSMMP – Adaptado pelo autora (2011).

T.A = percentual baseado no total de atendimentos, sem divisão por sub-grupo

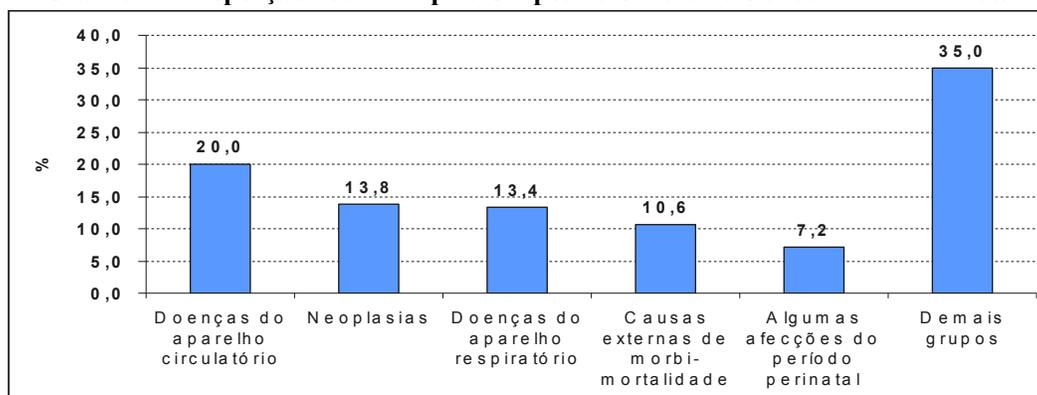
Os casos considerados “clínicos” correspondem a mais de 50% dos atendimentos no HPSMMP nos dois anos analisados. São considerados clínicos os casos, que embora não sejam necessariamente serviços de urgência e emergência, e que poderiam ser atendidos pelas unidades de

atenção primária e secundária, como casos de menor complexidade (Hipertensão, Diarréia, Queimaduras, entre outros) são, no entanto, atendidos pelo Mário Pinotti. Todavia, não existe uma estatística clara a respeito que dimensione ou sub-classifique estes atendimentos.

As ações em saúde foram historicamente centradas na doença, destacando-se o direcionamento à prevenção e à cura como focos principais. Atualmente, segundo Cardoso (2005), o delineamento dos perfis de risco de populações tem orientado estratégias que focalizam ações preventivas, a partir de um conceito ampliado de saúde preventiva, mantenedora e reabilitadora, como se depreende da concepção do Programa Saúde da Família, detalhado no capítulo anterior.

Somente em 2009, o hospital Mário Pinotti, realizou cerca de 97.660 atendimentos dos quais 95,61% foram de urgência ambulatorial segundo dados do relatório de gestão 2009. Sendo que a maioria dos atendimentos é classificada como “casos clínicos” seguidos de acidentes não especificados.

Gráfico 1 – Proporção dos Principais Grupos de Causas de Óbitos em Belém - 2009



Fonte: Relatório de Gestão HPSM (2011).

Hoje, apesar da regulamentação proposta, os serviços abertos 24 horas, estão sobrecarregados em suas funções, mantendo filas em sua porta, mesmo com o investimento realizado em ampliações físicas e em recursos humanos. A demanda é caracterizada por um crescimento contínuo de consultas médicas simples, com pacientes que, na grande maioria, procura esses serviços na tentativa de solucionar um problema, não necessariamente agudo de saúde.

O Programa de Humanização da Saúde e adoção do Protocolo de

Manchester para o acolhimento dos pacientes tem mostrado mesmo na opinião dos usuários, algumas mudanças significativas.

4.2. LÓCUS DA PESQUISA: HPSM MARIO PINOTTI ⁸

O Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti, de Belém, chamado inicialmente de *Assistência Pública*, foi criada em 10 de outubro de 1920, pelo Governo de Antônio Souza Castro, através da Lei nº 1.916 do Decreto nº 2.852, de 29 de julho de 1921. Este se instalou como serviço médico de urgência nas dependências da Central de Polícia, à Rua Presidente Wilson, atual Santo Antônio.

Somente, em 02 de julho de 1948, passou de Assistência Pública a ser conhecido de Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém (HPSM), mudando-se para a Rua 14 de março, nº 500, assumindo como órgão de assistência médico-hospitalar ligado e subordinado diretamente a coordenação do Serviço de Urgência e Emergência.

Nas fotografias abaixo encontra-se o registro de dois momentos da existência desta unidade hospitalar.

Fotografia 1 - Fachada do HPSM Mário Pinotti após reforma de 1965



Fonte: Documento Histórico Interno do HPSM (2010)

⁸ Este breve Histórico é elaborado com base em documentos históricos do Hospital Mário Pinotti organizados e cedidos pela Sr^a Nely Souza, funcionária há 27 anos do hospital, que gentilmente cedeu o material com o qual pretende escrever um “livro de história e poemas” em homenagem ao HPSMMP.

Fotografia 2 - Fachada do HPSM Mário Pinotti após a reforma de 1984



Fonte: Documento Histórico Interno do HPSM (2010)

O HPSM, atualmente é uma instituição de natureza pública enquadrada na infra-estrutura e política Municipal de Saúde, dependendo juridicamente e financeiramente da Prefeitura Municipal de Belém e administrado pela SESMA – Secretaria Municipal de Saúde, e pelo SUS - Sistema Único de Saúde, de onde provêm seus recursos financeiros para manutenção de seus serviços.

Conforme o Regime Interno do HPSM de 1991, a instituição tem os seguintes objetivos (SESMA, 1991) "Atendimento médico-ambulatorial e hospitalar, em regime de urgência e emergência; "Atividades relativas à atuação, como hospital de referência em Urgência e Emergência do Sistema Municipal da Saúde; e "Atividades de investigação científica e técnico-operacional

Neste último item, o incentivo à pesquisa no campo da saúde e a participação em conjunto com as instituições de ensino, na formação profissional na área de saúde, é definida como finalidade da instituição por se caracterizar como um hospital de ensino.

Constituído sob os padrões de um hospital geral, o HPSM tem funcionamento de 24 horas, sem interrupção, oferecendo serviço médico hospitalar de urgência e emergência gratuitos para todos que o procuram.

Durante o início da década de 90, o Hospital somava 86 leitos hospitalares, sendo 05 de terapia intensiva, para atendimentos em urgência e

emergência nas áreas de cirurgia geral, traumatologia, clínica médica, neurocirurgia, cirurgia reparadora, cirurgia vascular, endoscopia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia maxilo-facial. Possuía como serviços de apoio: radiologia, laboratório, fisioterapia, hemoterapia entre outros. Nesta década atendia em média 7.000 pacientes/mês.

A reforma mais recente do HPSM, implantou uma Sala de Acolhimento com o Protocolo de Manchester, para classificação de risco na definição de prioridades no atendimento aos usuários; revitalizou de 03 enfermarias de observação, 02 consultórios médicos e 01 consultório de Assistência Social, 01 Posto de Enfermagem; Inauguração do prédio Anexo I, com 62 novos leitos, sendo 30 masculinos, 30 femininos e 02 de observação; e reforma da Farmácia e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Fotografia 3: Fachada do HPSM Mário Pinotti em 2009



Fonte: SESMA (2010)

Fotografia 4: Atual fachada do HPSM inaugurada em 2010



Fonte: SESMA (2010)

Além das obras constituídas no ano de 2010, já está em andamento a edificação do novo Centro Cirúrgico do hospital. Este aumentará de duas para quatro as salas de cirurgia, conforto médico e enfermagem. Ainda, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) estará aumentando de 10 para 18 leitos. Já a sala de Pediatria, passa de 12 para 22 leitos, entre outras melhoras que foram prometidas pelo atual prefeito de Belém, Duciomar Costa (PTB).

Apesar das reformas sofridas até início deste ano, o Hospital Pronto Socorro Mário Pinotti tem sido citado constantemente em jornais locais e nacionais como uma situação de “descaso com a saúde no município de Belém”.

Segundo o médico Waldir Cardoso, atualmente diretor da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), divulga em seu blog pessoal, em 2009 foi elaborado um relatório por uma equipe profissional do “Sindicato de Médicos do Pará”, com base em vistoria in loco a qual fez diversas observações e concluiu no relativo ao ambiente de trabalho dos profissionais de saúde que:

As condições do Pronto Socorro da ‘14 de março’ estão péssimas. A situação predial é de insegurança total. Há risco de incêndio e de desmoronamentos de rebocos das paredes e forros. A sujeira nas paredes e as infiltrações são fontes de infecções para pacientes, acompanhantes e trabalhadores de saúde. A ausência de climatização torna o ambiente ainda mais insalubre. A falta de manutenção dos equipamentos médicos, a lastimável situação do Centro Cirúrgico e das UTI’s colocam em dúvida a efetividade dos procedimentos realizados no hospital. Um estudo epidemiológico deveria ser realizado para avaliar a morbidade e mortalidade hospitalar.

Preocupa-nos a saúde física e mental dos trabalhadores do hospital. Exercem seu ofício em ambientes insalubres, com péssimas condições de trabalho, angustiados por não poder atender adequadamente os pacientes e em constante tensão. Acreditamos que deve haver grande absenteísmo e sofrimento psíquico nestes servidores. A falta de médicos nos diversos setores, todos críticos, coloca em risco a vida de muitos pacientes.

Quanto ao ambiente do Centro Cirúrgico, o relatório apresenta pormenorizadamente as deficiências e limitações para executar atos médicos de rotina:

No Centro Cirúrgico apenas duas salas estão em condições de uso, todavia apenas um foco cirúrgico está sendo usado em regime de revezamento, pois o outro existente está quebrado. O instrumental cirúrgico está sucateado por falta de reposição e muito uso. As caixas de instrumental cirúrgico para oftalmologia, neurocirurgia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, cirurgia infantil, vascular, traumatologia, cirurgia reparadora e cirurgia torácica estão incompletas. A variedade de fios de sutura não atende as necessidades do serviço. O microscópio para cirurgia otorrinolaringológica, oftalmologia e neurocirurgia está com defeito. No serviço de anestesia faltam oxímetros em quantidade suficiente. Não há cilindro de oxigênio para transporte de pacientes, bomba de infusão e aparelhos para medida da pressão arterial média. Não existe material para anestesia pediátrica, inclusive colchão térmico, anestésico inalatório, exceto halotano. Não há sala para recuperação anestésica. As mesas cirúrgicas estão sem os movimentos, o que limita seu uso. Os Passamacas estão quebrados. Climatização e os dois monta-cargas com problemas de manutenção.

Esta visão de especialistas sobre as condições de funcionamento do Hospital coincidem com as críticas apontadas em notícias de jornais, e ambas não podem ser obliteradas desta análise. Entretanto, faz-se necessário um olhar cuidadoso quanto as críticas ao hospital, que algumas vezes podem esconder jogos políticos e conflitos internos do Sistema de Saúde em Belém.

No organograma do HPSM seus serviços de Urgência e Emergência estão divididos em 07 (sete) clínicas especializadas: clínica traumatológica, médica, cirúrgica, pediátrica, odontológica, neurológica e anesthesiológica. Para ordenar esta estrutura hospitalar, existe uma Direção Geral, uma Divisão-Técnico – Administrativa e uma Divisão de Assistência à Saúde, que cuidam das questões burocrática do HPSM.

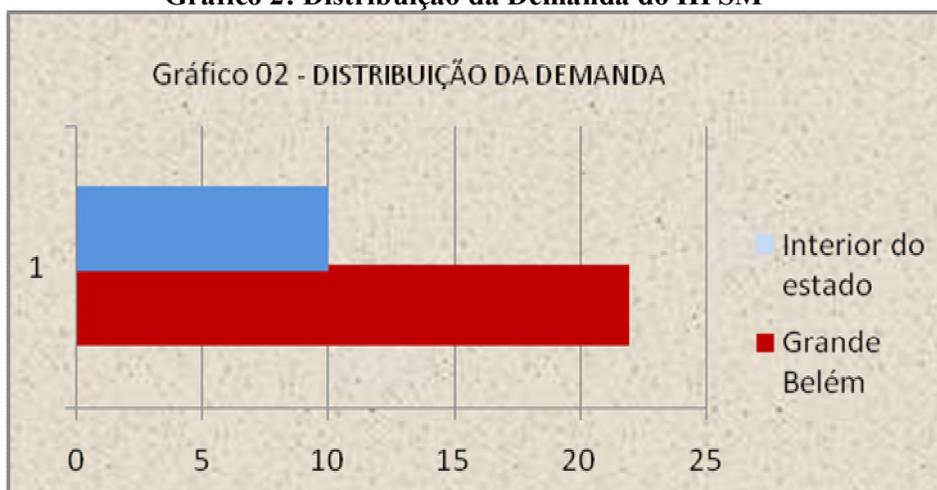
4.3. USUÁRIOS DO HPSM

Para fins desta pesquisa, levou-se em consideração a região metropolitana de Belém (RMB), integrada pelos Municípios de Belém, Marituba, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel, Benevides e Ananideua (Censo 2000/IBGE). De acordo com Lima e Moysés (2009 apud Frattari e Souza,S.D), um panorama geral revela que a RMB, tem apresentado uma crescente fragilização da base econômica e social, especialmente após as sucessivas crises da década de 80.

Na RMB as taxas de crescimento do PIB, inferiores à taxa de crescimento demográfico, elevados níveis de desemprego e subemprego, baixos níveis salariais, concentração de renda, precariedade dos serviços públicos como saúde, educação, favorecendo um processo de crescente segregação sócio-espacial, marcado pela existência de um centro urbano adensado, ocupado por populações de renda média e alta, em contraste com a existência de uma periferia dispersa habitada por uma população pobre e sem alternativas habitacionais, sem esgotamento sanitário ou saúde.

No transcurso da pesquisa, foram entrevistados 32 usuários do HPSM, como exposto no capítulo introdutório. Desse total, uma parte significativa da demanda procede de usuários/pacientes da própria região metropolitana de Belém, como mostra a tabela abaixo.

Gráfico 2: Distribuição da Demanda do HPSM

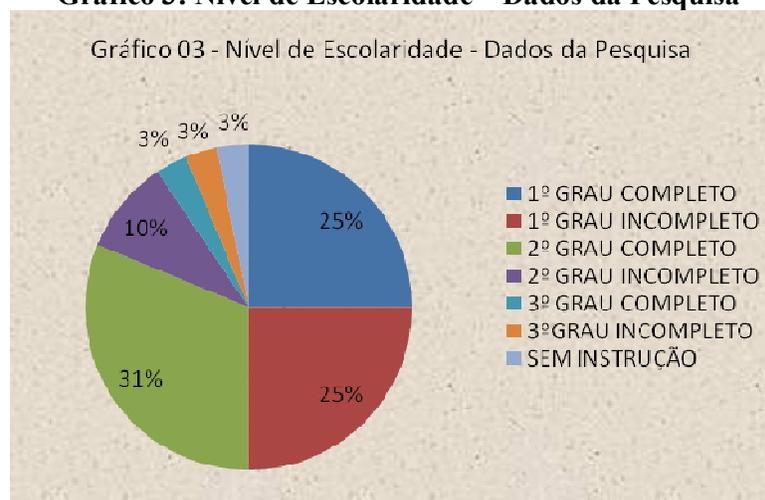


Fonte: Dados da Pesquisa . Elaborado pela autora (2011)

Durante a pesquisa, percebemos que em grande medida, os usuários acreditam que houve mudanças positivas no HPSM Mário Pinotti, entretanto muito ainda há de ser feito, conforme os entrevistados também concluíram. De um total de 32 entrevistas entre pacientes, apenas 01 avaliou o atendimento do hospital como precário.

A sistematização de dados relativos ao nível de escolaridade situa um grupo social que informa ter realizado o 1º grau de ensino completo ou incompleto, na mesma proporção. Ambos representam 50% dos entrevistados.

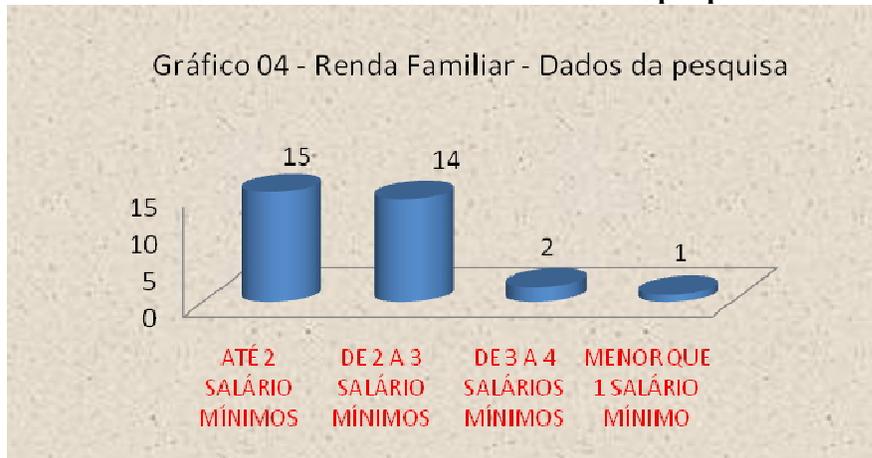
Gráfico 3: Nível de Escolaridade – Dados da Pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa (2011). Elaborado pela autora

Foi indagado sobre a renda familiar dos usuários. Dados que foram classificados em quatro faixas. A maioria dos entrevistados está posicionado na faixa entre dois e três salários mínimos (29%).

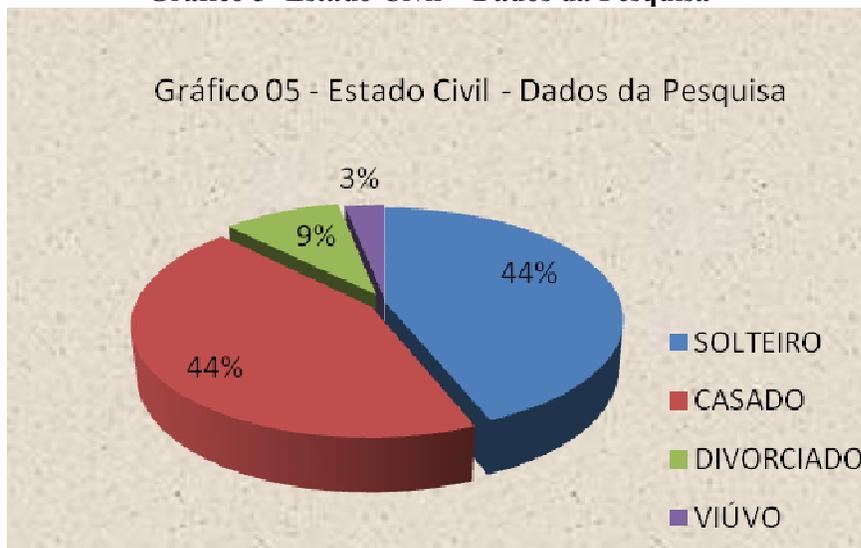
Gráfico 4: Renda Familiar – Dados da pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pela autora (2011).

Os entrevistados solteiros e casados informaram esses estados civis na mesma proporção.

Gráfico 5- Estado Civil – Dados da Pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pela autora (2011)

Na RMB somado ao quadro de marcante vulnerabilidade social, desigualdades e segregação sócio-espacial, soma-se um contexto de violência e criminalidade crescentes nos Municípios mais adensados como Belém, Ananindeua e Marituba. A violência letal apresenta um incremento constante e tem como vítima preferencial os jovens. Observou-se que embora fosse maior número de atendimentos a pessoas do sexo feminino, estes ocorriam

normalmente por motivos de doenças, e não fatores externos (agressão, violência no trânsito, quedas...) maior fator de atendimentos a homens.

Gráfico 6 - Distribuição de Atendimento realizado por gênero – Interior do estado

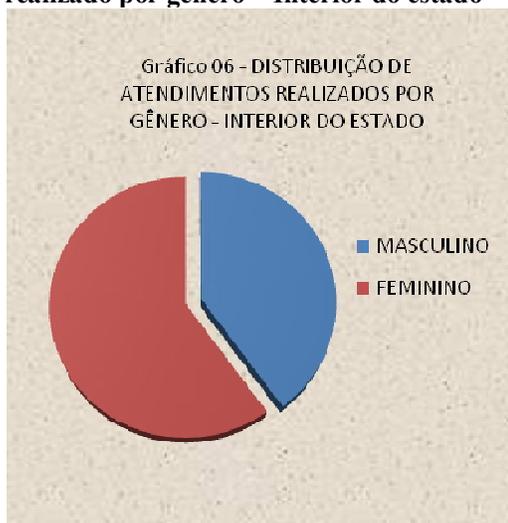
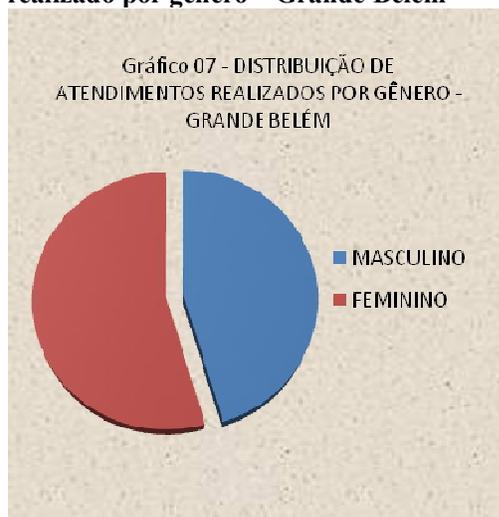


Gráfico 7 - Distribuição de Atendimento realizado por gênero – Grande Belém



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2011)

No conjunto das 32 entrevistas: 17 eram do sexo feminino e 15 masculino. No primeiro grupo, somente uma paciente recebeu a classificação⁹ de pulseira vermelha (emergente), as demais foram assim classificadas: 04 pulseiras azuis (não urgente), 07 com pulseiras verdes (pouco urgente), 04 pulseiras amarelas (urgente) e 01 pulseira laranja (muito urgente).

Entre pacientes do sexo masculino, três chegaram de ambulância, todos foram classificados com pulseiras amarelas (urgente). Entre os 11 pacientes trazidos de ambulância, apenas 03 (um homem e duas mulheres) são de Belém, os demais foram trazidos do interior do Estado.

Observou-se ainda que os usuários tem a expectativa e o anseio pelo “momento mágico” que é o encontro com o médico. São, em sua grande maioria, pessoas que demandam atendimento, que parecem se satisfazer quando o profissional de saúde apenas escuta suas queixas e as encaminha para a sala de medicação.

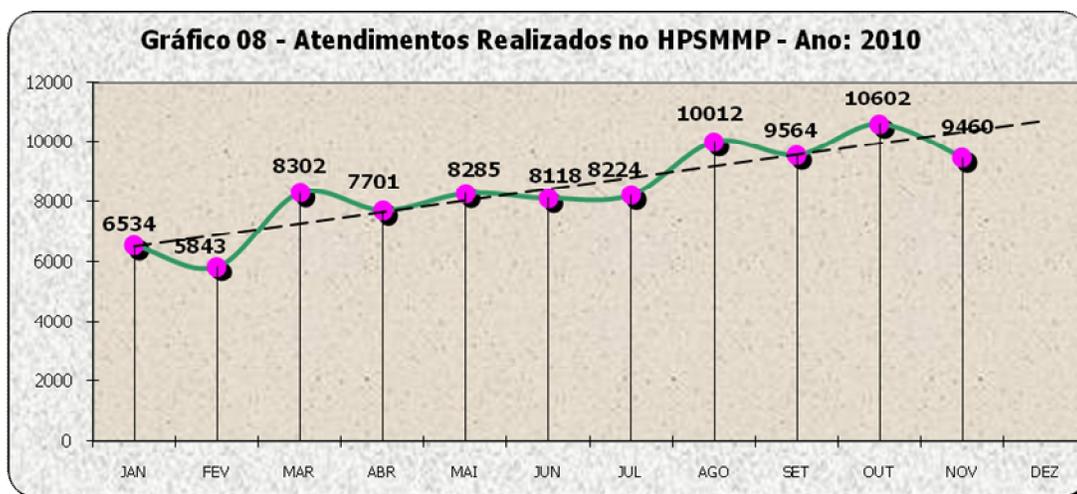
Os gestores e profissionais de saúde demonstram por seu discurso

⁹ Classificação conforme Protocolo de Manchester .

que reconhecem o estado de “carência” da sua demanda, entretanto enfatizam a falta de políticas públicas, para a conscientização da população quanto ao uso de um hospital de urgência e emergência.

Essa demanda excessiva do hospital conforme observado no gráfico 08, a constante superlotação das salas de espera e dos corredores, das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação, nos diferentes componentes assistenciais do Sistema de Saúde, trazem como consequência, a flexibilização nos padrões do cuidado dos profissionais de saúde que atuam na urgência.

Gráfico 8- atendimentos realizados no HPSMMP – Ano 2010



Fonte: SEIN/HPSM/SESMA (2010)

A unidade de emergência caracteriza-se pela grande demanda por atendimentos, oriunda de quadros clínicos e/ou traumáticos de diferentes complexidades. Isto associado às questões de organização e gestão faz com que essa unidade nem sempre conte com condições adequadas de trabalho, em termos quantitativos de pessoal e recursos materiais, para a realização de assistência qualificada. O que a torna um “prato cheio para ser usado na mídia e em jogatinas políticas” conforme o depoimento de uma funcionária.¹⁰

A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do fluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos na Atenção Básica e

¹⁰ Frase extraída do depoimento de uma funcionária do hospital que será mantida como anônima.

Secundária, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva nesses níveis de complexidade, evitando encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária, particularmente, hospitais de maior porte, assim possibilitando que os leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem.

Correlatamente é necessário que se invista em políticas de reorientação da população no que tange a utilização da unidade de urgência e Emergência Mário Pinotti, e que melhorias nos atendimentos de atenção secundária e terciária, para que a população se sinta segura em procurar atendimento nestas unidades, tendo a certeza de que suas queixas serão sanadas. A confiança da população nestas unidades é de suma importância para desafogar os Hospitais de Pronto Socorro, para que estes possam de fato realizar as atividades cujo seu atendimento se destina: atendimentos de caso de urgência e emergência.

4.4. EXPECTATIVAS E PERSPECTIVAS DO USUÁRIO

Seguida à apresentação do perfil do usuário do HPSM, tenta-se compreender quais as suas expectativas. Nos Prontos-Socorros, os pacientes recebem atendimento do médico, estabelecendo vínculo apenas temporário, enquanto tentam sanar o seu problema, que é sintetizada na frase “a queixa do dia”. Verifica-se que essa mesma situação tem sido padrão em outros Municípios brasileiros e tem sido descrita na literatura sobre o tema (CECÍLIO, 1997; DALMASO, 2000; MAGALHÃES, 1998; MARTINS; PASKULIN, 1992; PAIM, 1994; REIS, 2002).

A dicotomia entre as necessidades de atendimento de pacientes, as soluções, os problemas e as explicações para eles é imensa. Alguma explicação pode ser encontrada na forma como os profissionais e usuários se percebem, com base em um conhecimento desarticulado e pouco comprometido. Freire (1994, p. 117 apud ROCHA, 2005), afirma que:

Esta é, sempre, a certeza dos autoritários, dos dogmáticos, de que sabe o que as classes populares já sabem, de que sabem o de que elas precisam, mesmo sem falar com elas. Por outro lado, o que as classes populares já sabem, em função de sua prática na prática social, é de tal maneira "irrelevante", "desarticulado", que não faz sentido para autoritários e autoritárias. O que faz sentido para ele e

para elas é o que vem de suas leituras, e o que escrevem em seus textos. É o que já sabem em torno do saber que lhes parece fundamental e indispensável e que, em forma de conteúdos, deve ser "depositado" na "consciência vazia das classes populares.

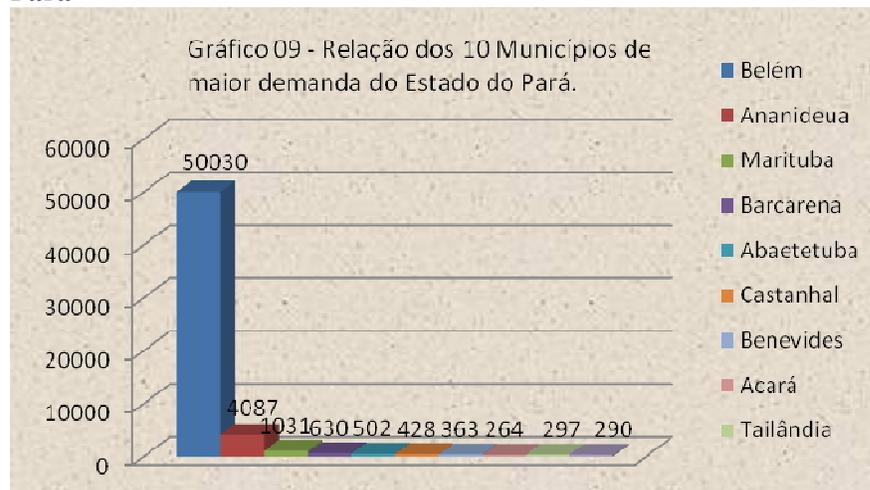
Parte deste problema vem tentando ser solucionado pela Política de Humanização do SUS como abordado no capítulo II desta dissertação, contudo as dificuldades de todo tipo persistem.

As autoridades médicas e administrativas reconhecem que há muito a ser feito para tentar resolver o problema da superlotação nos atendimento de Urgência e Emergência no HPSM Mário Pinotti, pois este é um componente para 'queixas e insatisfações' dos usuários.

Aqui ressalta-se que há uma demanda permanente canalizada ao HPSM Mário Pinotti, por municípios do interior e de outros Estados. A gestão dos serviços de alta e média complexidade é complexa no município da capital, interioranos e de estados vizinhos. Isso ocorre por vários fatores, segundo dados do Ministério da Saúde, como: i) falta de estrutura própria pois a maioria dos municípios menores não conseguem atender sua própria demanda; ii) os gestores públicos, muitas vezes, ao invés de pactuar serviços entre si acabam comprando o serviço da iniciativa privada; iii) e os serviços de média e alta complexidade geram um grande lucro e como consequência surgem, longas filas de espera pelos serviços de diagnóstico e procedimentos de alta e média complexidade.

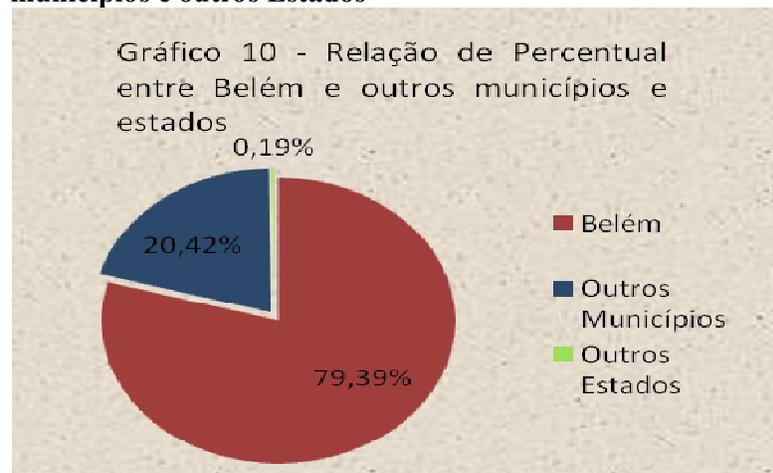
Uma prática incosequente, segundo depoimento do gestor diretor do HPSM Mário Pinotti, é a de transportar cidadãos para os municípios maiores como Belém, sem que o município de origem se responsabilize pelos custos. Segundo dados fornecidos pelo HPSMMP, quase 21% do atendimento realizado no hospital é destinado a pacientes do interior e de outro Estados, conforme gráfico abaixo disponibilizado pelo setor de informática do Mário Pinotti, referente o ano de 2010:

Gráfico 9- Relação dos 10 municípios de maior demanda do Estado do Pará



Fonte: Dados fornecidos pelo HPSMMP. Adaptado pela autora (2011).

Gráfico 10- Relação de Percentual de atendimentos entre Belé, outros municípios e outros Estados



Fonte: Dados Fornecidos pelo HPSMMP. Adaptado pela autora (2011)

Atualmente na saúde, já se verifica a necessidade de regulação dos serviços e do fluxo da demanda. Essa preocupação tem sido discutida pelos gestores dos serviços em todos os níveis.

Para Almoyna e Nitschke (2000) regulação é igual à racionalização, que é igual a racionamento das urgências. Essa nova função e esse novo conceito estão relacionados à gestão do fluxo, entre a oferta e a procura de cuidados. Em estudo realizado por Negri Filho (2000 apud Rocha, 2005), expõe que a regulação do sistema de saúde é uma permanente tensão entre lógicas distintas, sendo essas lógicas a lógica de mercado, a lógica profissional, a tecnocrática e a política. Estes autores afirmam que essa regulação deverá ser realizada como exercício social, mediante complexos reguladores, respeitando o fluxo estabelecido pela população, pouco a pouco corrigindo os maiores problemas, tendo como foco o acesso e a continuidade da atenção à saúde dos cidadãos.

Regular o fluxo dos serviços de urgência (equilíbrio entre oferta e demanda), tem sido uma tarefa árdua, pois, o que se constata, é a perpetuação de fluxo desordenado e desorganizado para as portas destes serviços e a procura direta do usuário, em detrimento de toda a organização pensada e estabelecida pelos técnicos planejadores da área.

Segundo depoimento de uma das funcionárias mais antigas do HPSMMP, o atendimento ao paciente deveria ser realizado somente mediante encaminhamento de uma Unidade Básica de Saúde ou a chegada deste de ambulância com os procedimentos primários realizados pelo SAMU. A funcionária se comove ao falar do seu local de trabalho, e se orgulha de ter passado grande parte da vida profissional podendo ajudar outras pessoas:

[...] o HPSMMP tem as portas abertas para todos. É uma grande mãe com muitos filhos, mas sem espaço para todos. Quando recusamos atendimento é porque não há como atender a especialidade que o tratamento que o paciente exige, e isso só ocorre em casos extremos. Mesmo aqueles pacientes que chegam com um serviço que não é de urgência, nos o encaminhamos pra fazer uma medicação e ele recebe orientações da assistente social para procurar um Posto de Saúde. (Informação verbal, 2010)

Para Jacquemont (2000) quando julgamos as ações do usuário, estamos julgando de acordo com a visão do domínio da saúde. Esse raciocínio é a projeção do comportamento do usuário, de um comportamento esperado, de um comportamento normal. Esse raciocínio atribui uma lógica suposta ao comportamento do usuário e pressupõe que o seu comportamento está

conforme a lógica.

No entanto, esta discussão se deveria dar no sentido de conhecer as necessidades de utilização dos serviços, pelo usuário e os motivos que determinam sua ida às unidades de urgência. Braga (2002) aponta a necessidade de ordenar fluxos a partir do imperativo da necessidade do usuário, como novo objetivo a ser consolidado pelo SUS.

As causas pela procura do HPSM são sempre as mais diversas possíveis, com os mais variados sintomas e queixas. Em comum, os pacientes buscam sempre alívio das suas dores e ressalta que se não houvesse necessidade, não gostariam de estar num ambiente hospitalar.

No quadro síntese de usuários entrevistados, observa-se a recorrência de situações: atendimento em uma UPA sem solução e recorre ao HPSM; expectativa de atendimento seguro no HPSM; encaminhamento realizado por uma Unidade de Saúde; procura por atendimento direto no HPSM.

Quadro 3 – Principais Queixas identificadas na Pesquisa

Mulher, 32 anos

Histórico: Diarréia, dor abdominal, vômito. Está passando mal desde a noite passada, foi a um posto de saúde pela manhã, entretanto não havia mais fichas, foi encaminhada para outro posto de saúde em um bairro próximo. Trabalha como doméstica sem carteira assinada, e diz não ter recursos para pagar um táxi, chegou de ônibus. A paciente se dirigiu ao HPSM alegando receio de ir a outro posto de saúde mais distante e sair sem atendimento. Esperou cerca de duas horas para ser fazer a medicação no HPSMMP e foi liberada. Recebeu a classificação verde no Protocolo de Manchester.

Mulher, 19 anos

Histórico: Dor de cabeça e dor no peito há dois dias. Chegou ao hospital de ônibus. Não procurou nenhum posto de saúde antes de se dirigir ao HPSM. Recebeu classificação verde no protocolo de Manchester.

Homem, 69 anos

Histórico: Desmaio, dor nas costas, vômito, fortes dores no ombro esquerdo. Foi trazido de ambulância do município de Vigia, onde não há estrutura para tratar

pacientes com possíveis complicações do quadro. Possui encaminhamento da Unidade de Saúde de Vigia. Recebeu a classificação Laranja.

Homem, 25 anos

Histórico: Caiu na rua e torceu o pé. Chegou ao Hospital de mototáxi. Recebeu atendimento em menos em de meia hora no trauma-ortopédico. Classificada como verde. Avaliou como ótimo o atendimento recebido no Hospital.

Mulher, 44 anos

Histórico: Veio acompanhando o filho de 12 anos do Município de Marituba, que apresentava febre alta, dores na vista e no corpo, gripe persistente há mais de 2 semanas, e há dois dias começou a expelir sangue pelas vias aéreas. Chegou a procurar um UPA no Município que medicou o jovem e liberou. A gripe e a febre persistiram, havendo piora considerável no quadro de saúde há alguns dias. Chegou ao hospital de carona com um vizinho, foi encaminhada para o hospital Barros Barreto de ambulância. Suspeita de tuberculose.

Mulher, 40 anos

Histórico: trabalha na lavoura no município de Capanema, e há dois dias teve um corte acidental no pé com um terçado. Procurou o posto de saúde local, onde recebeu os primeiros socorros, mas ocorreu uma infecção e a paciente teve encaminhamento para o HPSMMP. Chegou de ambulância e aguardava ser atendido há 20 minutos.

Mulher, 39 anos

Histórico: Mora no Município de Vigia, teve briga corporal com o marido há uma semana e sente dores na mão esquerda. Não procurou atendimento no seu Município, pois raramente vai ao médico. Chegou a Belém, há dois dias, de ônibus para visitar a irmã, que a convenceu a procurar o HPSMMP para realizar exames, já que suas atividades estavam sendo comprometidas. Trabalha como doméstica. Recebeu pulseira verde e foi encaminhada para conversa com serviço social do hospital.

Homem, 31 anos

Histórico: Forte queimação no ouvido esquerdo. Trabalha como vendedor de Purificadores de água. Alegou não procurar um posto de saúde antes porque a marcação é realizada somente pela manhã, para tentar ser atendido pelo período da tarde, e diz que não quer perder um dia inteiro de trabalho aguardando médico chegar.

Veio em carro próprio ao HPSMMP alegando que “o atendimento é mais rápido.”[sic].
Recebeu pulseira verde, fez medicação para dor e foi encaminhado para um posto de saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pela autora (2011).

O modelo de triagem classificatória, parece ter se mostrado auxiliar nos serviço de atendimento, principalmente pela possibilidade de ser uma escuta qualificada, diminuir o tempo de espera do paciente e detectar aqueles que, não conseguindo manifestar seus problemas, tem identificadas as suas instabilidades. No entanto, o atendimento dos pacientes mais críticos aumentou o número de pacientes em observação, considerando que não há uma retaguarda de leitos hospitalares eficiente. Assim, o tempo de observação ultrapassou em muito 24 horas previstas pelas diretrizes médicas.

É necessário destacar, que o ato de triagem classificatória tem um papel que se relaciona à escuta e estabelecimento de prioridades e a informação do usuário, com o objetivo de orientá-lo quanto à importância de se criar vínculo entre ele e as unidades de saúde.

A triagem classificatória de risco não deve ser instalada sem uma discussão aprofundada entre a rede básica e as redes de atenção terciária e qual a responsabilidade de cada unidade, caso contrário perderá a oportunidade de reforçar a criação de vínculo do usuário com as UBS, conforme previsto nos programas e estratégias públicas de saúde. Caso não haja essa discussão, caberá mais uma vez ao paciente procurar por sua conta o atendimento e, ao final, descobrir novas formas de burlar o sistema proposto.

Na atualidade se registram novas tentativas de melhorar a assistência à população, porém a implantação de mudanças vem precedida de incorporação de recursos humanos, de área física e de novos custos.

No HPSM, o fluxo de pacientes é constante e intenso, mais em particular às segundas-feiras quando há um aumento da demanda, principalmente por pessoas baleadas, esfaqueadas, ou vítimas de outros tipos de violência. Os funcionários atribuem esse aumento às festas de aparelhagem que ocorrem na periferia do Município de Belém ou em Municípios vizinhos rotineiramente aos domingos à noite.

Na lei que rege o funcionamento das unidades de Urgência e

Emergência, para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas unidades não hospitalares de atenção às urgências, com portes distintos, em função da população de abrangência, habitualmente denominadas de unidades de pronto-atendimento (UPA's). As UPAs devem funcionar nas 24 h, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória do risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares.

Entretanto, nesta pesquisa, foram ouvidas queixas recorrentes quanto ao funcionamento destas unidades ou as de atendimento primário. Dentre as atribuições das UPAs, estão a garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré hospitalar móvel. Para tanto, as Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências (UPAs), devem ter dimensão arquitetônica, tecnológica e de recursos humanos compatível com o seu papel na rede assistencial. Entretanto na análise do discurso dos usuários do HPSMMP, constatou-se que eles, a quem esta dirigido o Sistema Público de Saúde, não tem confiança não tem confiança nas unidades de atendimento a saúde. Destacando em seus discursos que procuram atendimento no HPSM, pela certeza de que serão atendidos. Esses discursos recompõem as experiências de atendimento, embora ressaltem situações de demora, pois passam a valorizar que a espera é recompensada. “Eu sempre sou atendido quando venho aqui (HPSM)[...] mesmo que demore.” (Usuário 01):

Contudo em outras respostas de usuário as falas sugerem a combinação atendimento com a entrega dos medicamentos, apontando críticas ao Posto de Saúde onde há o risco de estar fechado. Isto se constitui em uma das principais motivações que levam o usuário a procurar primeiro atendimentos no HPSM:

Toda vez que venho aqui sou medicada. Não adianta procurar os Postos de Saúde nem outro lugar porque eles nunca tem médicos, nem materiais, ou então estão fechados. É mais fácil vir direto pra onde temos a certeza de que vai ter médico e medicamento”.(Informação Verbal do Usuário 5, 2010)

Na entrevista com um dos usuários foi destacada no

discurso a inovação de atendimento com base no Protocolo de Manchester, como estratégia para reduzir a espera:

Aqui melhorou muito nos últimos anos, antes eu esperava muito tempo. Agora com as pulserinhas [Protocolo de Manchester], o atendimento ficou mais rápido. Em posto de saúde eu tenho que chegar de madrugada, e não é garantia de que vou conseguir que um médico me ajude (Informação Verbal do Usuário 10, 2010).

De maneira geral observa-se a falta de credibilidade nos serviços de atendimento da atenção básica. Esse modelo de serviço de Pronto Socorro passa a ser então, um dos principais tipos de atendimento utilizados pela população para a solução rápida de seus problemas, nem sempre de saúde, mas com a garantia de medicação, gerando uma superlotação dos serviços, com uma demanda crescente e interminável, o que acarreta atritos freqüentes em suas portas.

Em Belém, e não é exceção no Brasil, o sucateamento das Unidades de Atenção Básica (postos de saúde), noticiadas constantemente pela falta de médicos, matérias hospitalares, entre outras dificuldades, ocasiona o deslocamento cada vez maior da população para as portas dos grandes hospitais ou pronto-atendimentos, sendo freqüentes notícias de óbitos em filas de atendimento, longa espera para consultas e insatisfação do usuário.

A superlotação de usuários nas portas Hospitalares de Urgência é um fenômeno bem conhecido dos gestores e dos profissionais de saúde, bem como dos usuários e da população em todo Brasil. Nos últimos anos, esse cenário tem sido amplamente divulgado e explorado pela mídia e por questões políticas, com a mobilização dos Conselhos de Classe e da Justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população, profissionais e gestores de saúde.

A superlotação das salas de espera e dos corredores das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação, nos diferentes componentes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), traz como conseqüência, a flexibilização nos padrões do cuidado e da ética dos profissionais de saúde que atuam na urgência.

Gill e Rilley (1996) observaram em seus estudos que mesmo em situações onde os pacientes possuíam acesso a outros serviços, preferiam

procurar atendimento nos Pronto-socorros. Pires (2003), atribui esta última situação à vida agitada, às dificuldades impostas pelos planos de saúde, e ao baixo número de especialistas para atender às demandas dos serviços públicos. Desta maneira, fica mais fácil procurar atendimento em um Pronto-socorro, pois, com ou sem demora, o paciente será atendido.

Machado et. al. (2007) apontam várias causas para a situação relatada anteriormente, tais como: os serviços de urgência e emergência ainda serem o principal acesso dos pacientes à assistência; o crescimento nos últimos anos da gravidade dos pacientes; o surgimento de novas patologias, obrigando à abertura de mais frentes de atuação; e a impossibilidade de a estrutura hospitalar absorver a totalidade da demanda das emergências, ocasionada pela longa permanência dos pacientes, portadores, em sua maioria, de doenças crônicas.

Com base nas entrevistas e na revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa de Dissertação, a autora deste trabalho conclui que dentre os fatores determinantes que contribuem para superlotação das portas hospitalares de Atenção às Urgências, no HPSM Mário Pinotti, destacam-se i) as diferentes concepções que os usuários e os profissionais de saúde têm para definir a urgência; ii) a baixa resolutividade da atenção primária; iii) a falta de credibilidade dos usuários nas unidades de Atenção Primária, que levam o usuário do Sistema a buscar as Unidade de Urgência e Emergência; iv) a inadequação arquitetônica do Hospital de Urgência.

Este último problema vem sendo enfrentado pela atual política municipal. Entretanto, as inúmeras reformas que o hospital tem sofrido ao longo deste processo, a própria construção do anexo administrativo realizada em 2009, foi, segundo alguns profissionais do HPSM, prometida há muito tempo e quando finalmente o projeto saiu do papel, na atual gestão, gerou muitas expectativas na melhora das condições de trabalho.

Entretanto, existem outras limitações, como o perfil e capacitação dos profissionais que atuam na urgência. Este grupo de profissionais precisa lidar com as dimensões biomédica, social e subjetiva das urgências. O que entra em confronto com o esgotamento dos modelos de gestão administrativa e clínica, para processamento das distintas racionalidades que perpassam pelos serviços de urgência. É reconhecida a falta de sistematização dos processos

de ensino, assistência e pesquisa na área da urgência, o acúmulo e armazenamento do conhecimento produzido no/pelo Hospital.

Ainda sobre as reflexões feitas a partir de observação direta, dizem respeito à própria falta de estrutura para arquivo do HPSM. Observamos durante a visita regular nesta unidade hospitalar, que existe de maneira amontoadas a documentação, tanto de histórico de pacientes, quanto do registro histórico do hospital, assistemático. Portanto, não há utilização de técnicas de gestão de arquivo ou equipamentos, para tornar eficiente a localização do prontuário dos pacientes.

Outro aspecto relativo à gestão da informação é à organização dos dados do hospital em um sistema de gerenciamento. Quando solicitado ao setor de informática os dados necessários para realizar esta pesquisa, tivemos grande dificuldade em obtê-los, tendo nos sido informado que a mudança no Sistema de Gerenciamento de Informações (SGI) causou um atraso no trabalho dos funcionários responsáveis pela alimentação deste sistema. Anteriormente o acesso a esses dados era possível solicitando ao setor de informática, também conhecido como Serviço de Estatística e Registro Médico (SERME), que registrava esses dados quase de forma manual. Apenas alguns dados existem organizados com base no sistema Excel. No entanto, com a nova política do hospital, implantada pelo atual diretor, esse acesso agora deve ser solicitado à Assessoria de Imprensa do Hospital.

O aumento da demanda, acrescida à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para a sobrecarga de serviços de atendimento de urgência e emergência disponibilizados à população (BRASIL, 2006). Todos os aspectos supracitados culminam num enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Pronto-socorros. Os serviços de urgência e emergência públicos, superlotados freqüentemente, são focos de críticas por não conseguirem oferecer uma qualidade ideal no atendimento aos usuários, e acabam por atrair a atenção e preocupação da população (MACHADO et al., 2007), além de virar manchete nos principais jornais de Belém.

Cecílio (1997) questiona se a população não estaria entrando pela porta errada e ao mesmo tempo responde que seria correto afirmarmos que, diante de suas necessidades, a população procura acessar o Sistema por onde

é possível, contrariando a lógica racionalista na qual os técnicos do setor saúde continuam a defender a rede de serviços em forma de pirâmide. Para o autor, os conceitos mais modernos de rede de assistência deveriam propor qualificar todas as “portas de entrada”, a fim de se identificarem os grupos mais vulneráveis da população e organizá-los para o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado, para cada caso.

Em uma época marcada pela agilidade em todos os aspectos da vida cotidiana, os “usuários” reclamam da morosidade dos serviços em atender suas demandas. No entanto torna-se necessário reconhecer que os serviços públicos, em geral, possuem rígidas estruturas e uma morosidade pouco compatível com as demandas. No setor de saúde não é diferente, e o “usuário” usa a autonomia que lhe resta para se locomover entre os serviços de saúde, fazendo suas escolhas e buscando alternativas fora da lógica organizadora do Sistema.

4.5. PERSPECTIVAS DO GESTOR SOBRE O HPSM

Atualmente, confere-se a busca por novos modelos de atenção a saúde, através da organização de serviços e sistemas comprometidos com modos de atuar de formas eticamente responsável, implicados radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva. Os cuidadores por excelência teriam a capacidade de encontrar a melhor solução técnica, para os problemas de saúde e claramente ordená-los pelas necessidades dos usuários.

Para Menhy *et al.*(2009), toda Instituição é um território minado, ou seja, são muitas as instituições constituídas por um permanente processo de construção de arranjos organizacionais que estão sempre acoplados a terrenos tensos, como um terreno composto por muitas minas, que poderá, em suas explosões, caminhar para uma destruição ou reordenamento. Mas, de outro lado, poderá proporcionar a construção de novos arranjos e novas lógicas para a sua existência. Estes arranjos são inclusive formas de estabilizar as tensões dentro de certo desenho organizacional, que, por mais competente que seja, nesta missão, não elimina aquelas tensões que fazem parte da sua própria constituição.

A ideia básica é de que qualquer tipo de serviço de saúde está assentado em um território minado, foco de tensões, que estão sempre presentes e são próprios de cada Instituição. Terrenos, que se assemelham a uma região carregada de potências explosivas como afirma Menhy (2009). Os terrenos da saúde são sempre definidos pela natureza singular destes lugares: o de serem espaços de produção do cuidado em saúde, como uma prática técnica, socialmente constituída.

Constatamos que, no lócus da pesquisa, há conflitos e tensões, que exigem ser contornadas constantemente. Os gestores apontam para a impaciência dos usuários na espera pelo atendimento e estes os culpam pela demora e até falta de tratamento adequado, visto na forma de não respeito, de ignorar o “sofrimento”.

Nas 32 entrevistas realizadas, os usuários deveriam avaliar o atendimento do hospital entre “péssimo”, “bom”, “regular” e “ótimo”. Embora tenha havido somente uma avaliação “péssima”, de uma usuária que alegava já estar na fila de espera “há muito tempo¹¹”. A maioria indicou alguma contribuição ou sugestão à dar, para melhoria no atendimento. Estas foram sugestões sobre a limpeza: as lixeiras deveriam ficar mais próximo das macas. A separação de alas - feminino e masculino, embora exista em teoria esta divisão, a superlotação do hospital inviabiliza a separação de alas por gênero. Uma outra sugestão, foi a melhoria, em termos de conforto das macas, que em alguns casos, não contavam com qualquer estofamento.

Ouvir as críticas, expectativas e necessidades desses usuários é uma parte da política de humanização do SUS, detalhada no capítulo II desta Dissertação. Contudo, a implantação da política de humanização, enfrenta dificuldades, pois o processo de escuta ativa está longe de ser praticado

No decorrer desta pesquisa, observou-se que a demanda de usuários não é pela falta de conhecimento ou de tecnologia ou até mesmo de recursos financeiros insuficientes, mas sim, da falta de preocupação em torno de si e de seu problema. Boa parte dos usuários menciona a falta de tempo dos profissionais de saúde para escutarem suas queixas.

¹¹ A paciente recebeu classificação amarela e já aguardava cerca de 50 minutos. Nesta classificação o tempo de espera segundo protocolo de Manchester é de 60 minutos. Contudo, a paciente alegava sentir dor e que não lhe foi dado a atenção devida, lembrando ainda caso de um parente que morreu na fila de espera deste mesmo hospital.

É necessário que uma nova hegemonia se estabeleça, tendo como foco o direito à saúde, nos termos constitucionais, entendendo de modo amplo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Equidade e Integralidade - a Universalidade como a garantia de atenção à saúde de todo e qualquer cidadão, sem nenhum tipo de distinção; a Equidade como a garantia de acesso de todo cidadão, segundo as suas necessidades, aos serviços ou ações de saúde até o limite que o sistema de saúde puder oferecer para todos; a Integralidade é o resultado das ações (de promoção, proteção e recuperação da saúde), que “olham” de modo singular cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade que habita ou vive num território também singular e específico no qual essas ações se dão.

A coordenadora do Departamento de Urgência e Emergência (DEUE), da SESMA, foi entrevistada nesta pesquisa e informou sobre a subordinação do processo de gestão do hospital nos termos seguintes:

As decisões estratégicas e administrativas que envolvam o sistema de urgência são tomadas em conjunto com os diversos níveis que integram o sistema de Planejamento da Sesma. Mas a forma adotada de gerência do serviço e as decisões referentes às questões administrativas internas do hospital é de responsabilidade da Direção do HPSMMP. [...] O Hospital recebe mensalmente recursos para execução de pequenos reparos na infra – estrutura física e equipamentos não cobertos por contratos de manutenção preventiva e corretiva.

Na perspectiva da coordenadora a principal dificuldade que o Hospital enfrenta atualmente, diz respeito a sua infra-estrutura física e de equipamento, prejudicando os fluxos e processos de trabalho, dificultando também a organização dos serviços.

Embora de perspectivas diversas, tanto gestores quanto usuários reconhecem esta deficiência no HPSMMP, e esta convergência de opiniões já pode, e deveria servir de base para as estratégias futuras direcionadas ao processo de planejamento deste Hospital.

Observou-se ainda que, para os gestores da SESMA e do Hospital , o problema da superlotação não é diferente a todos os Hospitais de Pronto Socorro, com porta aberta no Brasil, tendo como principais causas: Insuficiência de portas de entrada, para os casos agudos de média complexidade; Má utilização das portas de entrada da alta complexidade;

Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e de retaguarda para as urgências; Deficiências estruturais da rede assistencial – área físicas, equipamentos e pessoal; Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações; Insuficiência dos mecanismos de referência e contra – referência; Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas.

Em documento oficial, repassado como instrumento de auxílio para esta pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde/Pa, afirma que através de seu sistema de planejamento, vem programando ações que organizem os eixos estruturantes do sistema de forma a readequar a Atenção a Saúde, diminuindo assim, o impacto nas portas de entrada dos Pronto-socorros.

Vieira (2009) analisou o planejamento das unidades (de média e alta complexidade) no SUS e reconhece os avanços decorrentes das iniciativas para ordená-lo, a fim de consolidar o Sistema no aspecto da unicidade operacional e de integração das decisões entre os gestores em suas esferas de governo. Porém, ainda encontram-se obstáculos e vazios que impedem esta unicidade e integração, “principalmente em relação à composição de uma vinculação entre a diretriz de regionalização e os princípios relativos ao acesso universal e ao atendimento integral”. (p.39)

Os serviços, conforme este modelo, necessitam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede operaria através dos serviços de nível primário de atenção se adequariam e estariam qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais estariam referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da

população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto significa que o município deve ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para a sua população.

O Secretário Estadual de Saúde, como gestor estadual, é o responsável pela coordenação das ações de saúde do seu Estado. Seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais, ajustados entre si. O Estado deverá corrigir distorções existentes e induzir os Municípios ao desenvolvimento das ações. Assim, cabe também aos Estados, planejar e controlar o SUS em seu nível de responsabilidade e executar apenas as ações de saúde que os Municípios não forem capazes e/ou que não lhes couber executar. O ideal é que os serviços pudessem ser oferecidos em quantidade e qualidade adequadas às necessidades de saúde da população, e ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população do seu Município.

Em nível federal, o gestor é o Ministério da Saúde, e sua missão é liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões, para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o seu desenvolvimento. Ou seja, ele é o responsável pela formulação, coordenação e controle da Política Nacional de Saúde. Tem importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS. O que é importante salientar é que em cada esfera de governo, o gestor deverá se articular com os demais setores da sociedade que têm interferência direta ou indireta na área da saúde, fomentando sua integração e participação no processo.

Ainda que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, isto não dispensa cada indivíduo da responsabilidade por seu auto-cuidado, nem as empresas, escolas, sindicatos, imprensa e associações, de sua participação no processo.

Para o diretor do Hospital Mário Pinotti, a demanda dos Municípios

do interior, embora corresponda a pouco mais de 20%, contribui para o excesso da demanda e desequilíbrio entre a função prática e teórica do HPSM. Esta autoridade reconhece que o deslocamento dos usuários, tem gerado maior ônus financeiro para o Município de Belém que, apesar de pactuar com esses Municípios atendimento à clientela (pacientes) daquelas cidades para consultas especializadas e exames de alta complexidade, tem recebido uma procura por atendimento muito maior do que aquela estabelecida, superando as ofertas disponíveis.

Qualquer solução para esses problemas não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em dezenas de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Segundo a Lei 8.080/90, já debatida no capítulo anterior, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde constituem competência comum dos gestores federal, estadual e municipal, cabendo a cada um, a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, no seu âmbito político-administrativo. A referida lei, procura ainda definir competências específicas de controle e avaliação para cada gestor, considerando o papel diferenciado que cada esfera assume no SUS. Entretanto, as disputas políticas que ocorrem tanto a nível municipal quanto estadual ou federal dificultam que esta proposta do ministério da saúde seja viabilizada de forma plena

O que observo, enquanto pesquisadora e observadora atenta destas relações entre usuários e gestores, é que tanto as críticas ao Hospital Mário Pinotti, quanto os elogios são muitas vezes fundados em questões políticas e partidárias, longe do interesse em beneficiar aquele usuário, já descrente e desacreditado nos serviços de atenção primária e secundária.

Assim, concluo que não adianta apresentarmos somente mecanismos formais de planejamento ou na análise das relações dos atores sociais neste espaço, e muitas vezes restrito à cultura organizacional administrativa do sistema de saúde, totalmente desvinculados do cenário que envolve relações de poder no interior do sistema. Viabilizar um modelo assistencial realmente pautado na equidade, universalidade e igualdade, requer outro olhar sobre o sistema e as políticas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil vive uma situação de saúde que se expressa em uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, com forte predomínio relativo das condições crônicas. Diante da escassa frequência de pesquisa nesta área no Município de Belém, a autora desta Dissertação, considerou de suma importância este estudo de caso, que demonstrou o que alguns autores já haviam evidenciado em outras capitais brasileiras: a falta de cuidados primários e secundários adequados, levando a uma superlotação dos hospitais de Pronto-socorro, resultando numa “ingerência” da alta demanda desta unidade de urgência e emergência. Não sendo capaz de atender esta demanda, o HPSM Mário Pinotti é alvo constante das críticas da mídia e da população como um todo.

Estas questões, entretanto, são demasiado complexas, podendo ser atribuídas a mais de um fator conforme constatado nesta pesquisa, como exemplo, a ineficiência de uma política pública que oriente e eduque a população quanto ao uso dos hospitais de urgência e emergência. O processo de Planejamento em Saúde deve ser todo construído de baixo para cima, atendendo aos anseios da população. A forma como a relação entre os atores sociais se dá pode ser determinante no sucesso ou fracasso das medidas implantadas.

Os Sistemas de Atenção Saúde e o relativo à hierarquização como foi tratada nesta Dissertação, são respostas políticas e organizativas deliberadas às necessidades de saúde da população. Estudos recentes já demonstram que o investimento em atenção primária pode contribuir para desafogar as unidades de saúde de atenção secundária e terciária.

Salienta-se outro ponto importante: embora os princípios organizativos e operativos do SUS (NOB's e NOAS), rejam sobre a

hierarquização do sistema de saúde brasileiro (atenção primária, secundária e terciária), esta hierarquia não vem sendo respeitada (atenção terciária tem sido utilizada como porta de entrada do SUS), seja pela falta de condições estruturais e de profissionais nos serviços primários e secundário, seja na ausência de uma política pública, que oriente os usuários do sistema para o uso correto do HPSMP.

No que tange as relações entre os atores sociais, o que se observou durante é que existe um anseio por parte dos gestores e profissionais em adequar a demanda do hospital à capacidade do hospital, e não o contrário. Obviamente é necessário que haja um equilíbrio entre ambos para que o planejamento atinja o objetivo proposto que é o de ordenar os recursos financeiros e humanos com máxima eficiência possível. Políticas e estratégias devem ser consideradas sob a égide de um planejamento participativo promovendo um diálogo entre os que dependem do sistema e trabalham no/para o sistema.

E esse processo de tomada de decisões é tarefa de pessoas que ocupam cargos públicos. Embora muitas vezes possa ser difícil manter todos sempre satisfeitos, há necessidade enquanto gestores e usuários de se procurar um equilíbrio entre expectativas e o real necessário.

Nesse contexto, os gestores locais devem considerar, objetiva e subjetivamente, as necessidades da população e dos profissionais de saúde ao contemplar as prioridades para melhorar o ambiente de atendimento do Hospital de Pronto-Socorro Mário Pinotti, e se considerar a implantação de uma política pública educacional que redirecione e eduque os usuários quanto ao uso dos hospitais de urgência e emergência, não somente nesta capital ou neste estudo de caso em particular, mas em todo território nacional. Obviamente há a necessidade de equipar as unidades de atenção primária e secundária para atender adequada e satisfatoriamente sua demanda.

Conclui-se que, apesar de as políticas de saúde e de as diretrizes de gestão da unidade estudada assinalar positivamente no que tange a melhoras na estrutura e atendimento, sua execução no cotidiano passa por dificuldades organizativas que devem ser alvo de reflexão e transformação. As constantes reformas que o hospital vêm sofrendo, pode em alguns momentos, inadequar o ambiente para o atendimento de um serviço de urgência e emergência, na

visão desta pesquisadora. Contudo observa-se grande empenho e amor dos funcionários no desempenho de suas funções.

Entendemos que a integralidade do cuidado (atenção primária, secundária e terciária) é de responsabilidade de todo usuário (a medida que procura a entrada correta ao SUS), de todo gestor, e de todo profissional, devendo ser pensada e repensada num foco humanizado, dentro das práticas do cotidiano, e em sua noção ampliada, como tensão estruturante na produção e gestão do ato de cuidar, alma do agir em saúde.

Além da utilização de uma metodologia de escuta ativa e participativa posta em prática, e não apenas no discurso, no processo de interação gestores e usuários contribuiria de forma significativa no redimensionamento de novas políticas de saúde no município de Belém.

Vive-se um cenário marcado por ambigüidades, disputas e potencialidades, onde as lutas sociais são fundamentais para a definição das potencialidades de democratização no país. A luta pela democratização, seja ela na saúde ou em qualquer outro campo, para adquirir perspectiva histórica, deve inserir-se no contexto de disputa de hegemonias que perpassa o campo do planejamento e da gestão. O hospital desvela-se enquanto cenário ótimo de observação da luta social do povo por um direito instituído na Constituição.

Tratar a implementação de políticas de saúde como objeto de investigação pressupõe, antes de tudo, desvendar os modos pelos quais ocorrem as conexões entre a formulação de diretrizes políticas públicas e sua operacionalização nos serviços de saúde.

Transformar a realidade social, enfrentando as injustiças, desigualdades e segregações existentes, pressupõe autonomia política, capacidade de articular alianças, elaborar políticas e desenvolver concepções de mundo e de vida, relações sociais, padrões de sociabilidade e matrizes de planejamento e gestão.

O componente tecnológico das práticas de planejamento, constituído por saberes operantes e saberes práticos, pode assumir a conformação de um cálculo sistemático, articulando o conhecimento com a ação e o presente com o futuro. A importância de investimento em tecnologia que permita fazer um cruzamento dos dados dos atendimentos realizados no hospital, e posteriormente na rede terciária neste município, pode ajudar a identificar com

mais clareza as reais necessidades deste nível de atenção.

Embora tenha havido investimento crescente nas reformas estruturais continuadas no Hospital Mário Pinotti, não se observaram grandes mudanças no que tange os serviços tecnológicos do lócus desta pesquisa, onde o arquivo e prontuário de pacientes ainda está montado e organizado de forma manual. Fato, que o gestor do hospital, garantiu ser temporário e que um sistema informatizado estaria sendo viabilizado embora ainda não estivesse em uso.

Entendemos que as finalidades postas para o planejamento estariam vinculadas a propósitos de legitimação dos atores sociais e de manutenção ou transformação da situação, e assim, moldariam as relações no Hospital. Orientariam, também, as ações de construção de viabilidade política das propostas formuladas pelos atores em questão.

Embora não seja o foco de estudo desta dissertação, a análise da qualidade técnico-científica, da equidade, de acesso e da satisfação do usuário requer a incorporação, no processo de planejamento, de desenhos específicos para a avaliação dessas características das práticas de saúde. Esses atributos, em si, possuem um valor que lhes é atribuído socialmente: por exemplo, avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de equidade no acesso, ao mesmo, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde. Podendo posteriormente este estudo servir de base para futuras pesquisas no campo “epidemiológico social”.

O planejamento se constrói no âmbito das relações societárias e institucionais, que são marcadas pelas divergências, oposições e conflitos entre os atores envolvidos, conflitos que devem ser enfrentados via negociação democrática e participativa, evitando-se o uso de autoritarismos e comportamentos anti-éticos. A possibilidade de negociação de conflitos está vinculada à capacidade de compreensão dos processos sociais e informações relativas ao objeto do planejamento, esclarecendo e identificando visões corporativas, individualistas e de cooptação política ou de qualquer outra ordem. Sendo assim, quanto mais democrática for a construção do Plano, Programa ou Projeto, maiores serão as chances de se evitar conflitos perspectivas e expectativas entre os atores sociais atuantes neste lócus de pesquisa. Isso exige, para a elaboração do plano, um lento e cuidadoso

processo de negociações em diferentes níveis, articulando e compatibilizando diferentes posições, prioridades, exigências políticas e propostas de diversos segmentos e de sujeitos sociais envolvidos.

Para melhor especificar: os processos de planejamento no campo da saúde estão centrados no plano como instrumento normativo que expressa as intenções mais amplas, as diretrizes e as perspectivas gerais da mudança pretendida. Aqui entra os princípios e diretrizes gerais que orientam o proposto para a Política Nacional de Saúde e podem ser identificadas, desde a Constituição Nacional de 1988 até nas Leis, Portarias incluindo as Normas Operacionais e os Regulamentos que incidem sobre as decisões nacionais, estaduais e municipais. No entanto para a construção e elaboração destes planos, a análise das relações objetivas e subjetivas como meta nesta dissertação, auxilia na eficiência e efetividade dos planos propostos.

Ainda resgata-se as possibilidades estratégicas que oferecem os princípios e as diretrizes nacionais de saúde em termos de universalização, integralidade, equidade em saúde e democratização das decisões. São, assim, elementos que podem fortalecer os encaminhamentos profissionais formalizados nos planos de ação e planejamento, subsidiando processos decisórios e fortalecendo argumentação em negociações em que se inscrevam interesses contraditórios.

Atualmente o principal desafio para os cientistas sociais na pesquisa em saúde é a capacidade de interpretar os fatores sociais presentes nestas relações, ou seja, precisamos entender melhor o nosso tempo e as relações que se estabelecem, para não cair na armadilha de caráter consensual e de pensamento único. A objetividade da análise ainda, segundo Souza (2000), requer que sejam constituídos os parâmetros multidimensionais, mesmo que isso não seja capaz de garantir proteção contra interpretações equivocadas, mas representa pelo menos uma ação pertinente para o avanço do pensamento científico.

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1991.
- BARATA, R. B., et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n.2, p.305-13, 2007.
- BARROS, L.B.A et al., Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD – 2003. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.23,n.02, 2006.
- BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- BRAGA, J. C. S, PAULA, S. G. **Saúde e previdência: Estudos de Política Social**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, **Plano diretor da reforma do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. _____. **Sistema de informação da atenção básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: 11 mar 2011.
- _____. _____. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica %20Nacional.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf) Acesso em: 11 maio,2010.
- _____. _____. **Política Nacional de Saúde**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 11 maio,2010.
- _____. _____. **Portaria GM Nº 1863 de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003.

_____. _____. **Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002.** Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002.

_____. _____. **Programa Atenção Básica (PAB): Parte Fixa.** Brasília, 2001a.

_____. _____. **Programa Saúde da Família (PSF).** Brasília, 2001b.

_____. _____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília (DF): MS; 1997.

BUARQUE, S. C. **Construindo o desenvolvimento local sustentável.** Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface (Botucatu)Rev.online, v.9, n.17, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar 2011.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos Ciência Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3 2000 .Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2010.

CARDOSO, H.F.V. A quantificação do estatuto socioeconômico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. **Revista de Antropologia Portuguesa**.v. 5, n. 22, 2005

CARDOSO, R. **A aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa.**Org. Cardoso_ Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.

CARVALHO, B.G., MARTIN, G.B, CORDONI JR., L.A Organização do sistema de saúde no Brasil. In: **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001

CECÍLIO, L.C.O, MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar.** Universidade Federal Fluminense. Cadernos de Saúde Coletiva. 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2010

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar,** Campinas (SP), 2003.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Sept. 1997. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 20 Jan. 2010.

COHN, A. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Fev. 2010.

COHN, A.; ELIAS, P.E; **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA(CFM). **Os médicos e a saúde no Brasil.** Brasília, DF: CFM, 1998.

CORTES, S.M.V. **Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde.** Sociologias: 2002;

COSTA, E.A.C. **Vigilância Sanitária- Proteção e defesa da saúde.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

COSTA, N.R. **La Descentralización del sistema público de salud em Brasil: balance e perspectivas.** In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo(orgs.) **Brasil, Radiografia de la Salud.** Campinas, SP: Unicamp, IE, 2003.

COUTO, R.C.S; MARIN, R.E.A. **Saúde da família: atenção primária na Amazônia.** Belém: NAEA/ UNAMAZ, 2010.

DACHS, J. N. **Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DALMASO, A.S.W. **O Atendimento não programado: o pronto atendimento nas ações programáticas de saúde.** In: SCHAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

DÂMASO, R. **Saber e Praxis na reforma sanitária_ Avaliação da prática Científica no Movimento Sanitário.** In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: ed. Cortez. 1989.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar.** Ciência e Saúde Coletiva, v.9, n.1,2004

_____. **Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro v.13, n.1, 2004.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **A Pesquisa qualitativa nos serviços de**

saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, Francisco Javier. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

ELIAS, P.E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev 2010.

ESCOREL; S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S.A.S., SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2009, vol.43, n.2

FAVERET, A.C.C.S. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000.** [TESE] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, Doutorado em ciências da Saúde, 2002.

FERRAZ, O.L.M., VIEIRA, FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Rev. Ciências Sociais**, V. 52:223-51,2009

FERREIRA, I.C.B., VASCONCELOS, A.M., PENNA, N.A. **Violência urbana: a vulnerabilidade dos jovens da periferia das cidades.** Anais XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu (MG). 2008.

FLICK, U. **Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa.** São Paulo: Bookman, 2004.

FORTES, P. A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saude&Sociedade., São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2011.

FOS, P.J.; FINE, D.J. **Managerial epidemiology for health care organizations.** San Francisco, Jossey-Bass, 2º ed., 2005.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.** [Dissertação] Universidade de Campinas, São Paulo, 1999. Mestrado em Ciências da Saúde.

FRATARRI, N.F.; SOUZA, D.M.B.L. **Análise Descritiva da Mortalidade por homicídio na região Metropolitana de Belém. Seminário Nacional Governança Urbana e Desenvolvimento Metropolitano.** Sem data. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/seminariogovernanca/cdrom/ST4_Najla.pdf> Acesso em: 03 Maio 2010

GALLO, E.;NASCIMENTO, P.C. Hegemônia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: ed. Cortez. 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas,2009.

GOLDIM,J.R.;FRANCISCONE, C.F. Os comitês de Ética Hospitalar. **Revista Bioética.** V.18, n1, 2010. Disponível em: http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/340/408. Acesso em: 23 set. 2010.

GONZALEZ, M.M.L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800032&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 fev. 2010.

HABERMAS, J. **Mudança Estrutural na Esfera Publica.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis, Vozes, 1987.

HOCHMAN, G, ARRETECHE, M, MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais: acompanhamento e análise (1995-2005).** Revista de Edição Especial, n 13, 2009.

ISHITANI, L.H; FRANCO, G.C; PERPETUO, I.H.O, FRANCA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. V.40, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200600050019&lng=en&nrm=isso> Acesso em: 26 Jun. 2010.

JARA, C.J. **A sustentabilidade do Desenvolvimento Local.** Brasília: Instituto Interamericano de cooperação para Agricultura (IICA). Recife: Secretaria de Planejamento do estado de Pernambuco - SEPLAN, 1996.

KAPLAN, B.;MAXWELL, J.A. Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Informations Systems. In: **Evaluating Health Care Information Systems: Methods and Applications**, J.G. Anderson, C.E. Aydin and S.J. Jay (eds.), Sage, Thousand Oaks, CA, 1994. p. 45-68.

LIMA-COSTA, M.F., MATOS, D.L., CAMAARANO A.A. Evolução das desigualdades sociais em Saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Revista Ciência Saúde Coletiva.**,v. 11, n.4, 2006,

LIRA, S.B. **Morte e ressurreição da SUDAM: uma análise da decadência e extinção do padrão de planejamento regional na Amazônia.** 2005. 239 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sócio-Ambiental)-Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Belém,2005.

MACHADO, M.D.J. **Diferenças intra-urbanas de saúde de Belém do Pará.** Belém:NAEA/UFPA.2004.

MAGALHÃES, H. M. Urgência e emergência – a participação do município. In: REIS, A. T. **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo:Xamã, 1998. p. 265-86. Parte III.

MALINOWSKI, B. **Um diário no sentido estrito do termo.** Rio de Janeiro: Record, 1967.

MARINI, C. **Gestão Pública: O debate contemporâneo.** Salvador: Fundação Luiz Eduardo Magalhes, 2003

MARQUES, R.M; MENDES, Á. **SUS e Seguridade social:** em busca do elo perdido. Saude e Sociedade, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:18 out. 2010.

MARTINS, N. G.; PASKULIN, L. M. G. Emergência: fatores que levam a população Infantil a Recorrer a este Serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 45, n. 11, 1992.

MATUS, C. **Adeus senhor presidente:** planejamento, antiplanejamento e governo. Recife: Litteris, 1989.

_____. **Política, planejamento e governo.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993. (Série:IPEA, n 143)

MAZZOTTI, A. **O Método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

MENHRY, E.E.;MALTA, D.C.;SANTOS,F.P. **Desafio para os gestores dos SUS hoje: Compreender modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** Universidade Federal Fluminense.Revista Saúde Coletiva. Disponível em :<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexapdf>. Acesso em 12 abr. 2004.

MENICUCCI, T.M.G. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021 & lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2010

MERHY E.E. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço de Saúde, interrogando e

gerindo Trabalho em Saúde. In: Merhy, E. e Onocko, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S.(Org). **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (Org.) **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, v.9, n.2, 1993.

MINAYO MCS, MINAYO-GOMEZ C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (Org.) **O Clássico e o novo; tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. RJ: Fiocruz; 2003.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

NAZÁRIO, N.O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/ Urgência**. Florianópolis (SC): Insular; 1999.

NEVES, C.A.B. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Cad. Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-pid> Acesso em: 12 ago. 2010.

NORONHA, K.V.M.S. e ANDRADE, M.V. **O Efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no brasil**. Anais da Anpec, 2005. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A161.pdf> > Acesso em: 10 maio 2011.

PAIM, J.S. ;TEIXEIRA, C.F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, ago. 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910006000400011&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 25 fev. 2010.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.(org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco;1998

PAIM, J.S. Aspectos Críticos da Institucionalização da Planificação das organizações públicas de Saúde. In: PAIM, J.S. (Org) **Saúde, Política e reforma Sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde /

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2002.

PESSINI, C.P.B.L. **Bioética**: alguns desafios. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2002.

PIOLA, S.F, et.al. (Org). **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre sistema único de saúde. Brasília: IPEA;2009.

PIRES, P.S. **Estudo da trajetória interna de pacientes em unidade de emergência hospitalar**. 1999. 106p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: USP,

REIS, L.W.R. **Proposta de organização do sistema de atendimento às urgências e emergências em Belo Horizonte e na região metropolitana**. Secretaria Municipal de saúde, 2002.

RIVERA, F.J.U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: RIVERA, F. Javier Uribe (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. **Programa saúde da Ffamília: A construção de um novo modelo de assitencia**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; edição novembro-dezembro; n.13. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 14 de Marc. de 2010.

SANTOS, J.S, et al.Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto,v.13, n2, 2003. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf. Acesso em: 25 Marc 2011.

SANTOS-FILHO, S. B. **Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em Saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Agosto, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400021&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 mar. 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Revista Physis**, v. 17, n.1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=p t&nrm=iso>. Acesso em 18 out. 2010

SERVA, M.; JAIME JÚNIOR, P. Observação participante e pesquisa em administração - uma postura antropológica. In: **Revista de administração de empresas**, São Paulo: FGV. v.35, nº 1, 1995.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em saúde**: limites e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 1994 . Disponível em:<http://www.scielo.org/sciel o.phpscript=sci_arttext&pid=S0102-311ng=en&nr m=iso>. Acesso em: 18 nov. 2010.

SOUZA, A.L. Saúde no Eestado do Pará. Considerações acerca da gestão de políticas publicas no setor. **Papers do NAEA**, n 107. set.1998. Disponível em: <http://www.ufpa.br/naea/gerencia/ler_publicacao.php?id=42> Acesso em: 2 fev.2010.

SOUZA, C.C; TOLEDO, A.D; TADEU, L.F.R; CHIANCA; T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan-fev 2011.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em: 10 marc. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Cadernos da AATR –BA (Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia), Bahia, p. 1-11, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf> Acesso em: 2 fev. 2002.

TELLES, V.S. **Espaço público e espaço privado na constituição do social**: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt. Revista Tempo Social. São Paulo. v. 1, n.1 ,1999.

TESTA, M. **Pensamiento estratégico y lógica de programación**: El caso de salud. Washington: OPS; OMS; 1989.

UCHÔA,E.; VIDAL,J.M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cadernos de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n4/v10n4a10.pdf>> Acesso em: 25 ago. 2010.

VASCONCELOS, C.M, PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VELLOSO, V.R.O.; SOUZA, R.G. Acesso e hierarquização: um caminho(re) construído. In: BODSTEIN, Regina (Org.). **Serviços locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VIEIRA, F.S. **Avanços e desafios do planejamento do Sistema Único de Saúde**. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n.3, 1999

VILA,V.S.C.;ROSSI,L. A.;COSTA, M.C. S.; ZAGO,M.M. Pesquisa etnográfica em saúde: Sua apreciação por comitês de ética em pesquisa. **Revista SOCERJ**, p.240-242, v.20, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Health Tquity Team, Commission on Social Determinants of Health – Towards a conceptual framework for analysis

and action on the social determinants of health. [1989?] **Paper de discussão.**
Disponível em:<<http://www.paho.org/English/CSDH>.> Acesso em: 2 fev. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,
Nacionalidade _____,
endereço _____, estou sendo convidado a
participar de uma pesquisa intitulada “Planejamento em Saúde – Interação
entre Gestores-Profissionais e Usuários no HPSM Mario Pinotti, cujo objetivo é
compreender a relação entre os atores sociais no atual modelo de
planejamento.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a
perguntas de uma entrevista sobre meu entendimento do planejamento
que ocorre dentro desta unidade de saúde. Posso recusar-me a responder
quaisquer perguntas ou encerrar entrevista quando achar conveniente.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu
nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me
identificar, será mantido em sigilo. A pesquisadora envolvida com o referido
projeto é Tatiane Sousa e com ela poderei manter contato pelos telefones.

Ao final da pesquisa, qualquer um que tiver interesse pode solicitar o
projeto à pesquisadora.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e
compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre
consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum
valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Belém, ... de ... de 2010

Participante

do

APÊNDICE B - **TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, Tatiane Sousa Silva, rg XXXXX comprometo-me a cumprir a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos intitulado: **“ PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE GESTORES - PROFISSIONAIS - USUÁRIOS”**.

Belém, 07 de Julho de 2010

Tatiane Sousa Silva
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO



**Universidade Federal do Pará
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Sustentável do Trópico Úmido**



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada “Planejamento em Saúde: interação entre planejadores – profissionais - usuários” está sob minha responsabilidade, e não acarretará nenhum ônus financeiro para a Universidade Federal do Pará.

Belém, 07 de Julho de 2010

Tatiane Sousa Silva

APÊNDICE C - ROTEIRO DE PESQUISA

Planejadores (Gestores)

- 1) Qual o tempo de experiência profissional em gestão hospitalar?
- 2) De que forma é feito o planejamento do Hospital?
- 3) Quais os principais problemas que identifica dentro desta unidade.
- 4) Como é estabelecido a relação entre o Hospital e a Sesma
- 5) Como é a relação dos planejadores com os profissionais de saúde (médicos)
- 6) Como definem suas condições de trabalho. (estruturais, de segurança...)
- 7) No processo de planejamento profissionais de outras áreas são ouvidos? De que forma?
- 8) Qual a principal dificuldade na gestão do hospital (política, administrativa, financeira, de recursos humanos...).
- 9) O orçamento cedido é suficiente para cobrir as demandas do Hospital?
- 10) Em que medida o planejamento que é realizado para o HPSM Mario Pinotti atende as necessidades do hospital?
- 11) O que poderia ser feito para melhorar a gestão?

Usuários (pacientes)

- 1) Renda média familiar, idade, etnia, tempo de estudo (condições sociais e identificação do perfil que é atendido pelo hospital)
- 2) Que variáveis considera mais importante para ser prestar um bom atendimento.
- 3) Como avalia o atendimento médico recebido no hospital.
- 4) Como avalia o atendimento administrativo (recepção, entrega de documentação e exames...)
- 5) Qual as principais dificuldades que identifica dentro da unidade de saúde.
- 6) Como define as condições do ambiente(estruturais, de segurança...).
- 7)
- 8) Como avalia a gestão do hospital, nos serviços de urgência e emergência no conjunto?
- 9) O atendimento prestado atendeu as reais necessidades do usuário? Ou foi apenas paliativo?
- 10) O que poderia ser feito para melhorar o atendimento?

- d. 1º. Gabinete do Secretário
- e. 2º. Assessoria de comunicação
- f. 3º. Coordenação de Projetos Especiais
- g. 4º. Diretoria Executiva do fundo Municipal de Saúde
- h. 5º. Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e tecnologia em saúde
- i. 6º. Assessoria de Planejamento

14. Existe um setor de Planejamento dentro do HPSM?

- a. Sim Não

15. Em caso positivo na questão anterior, indique a situação que melhor identifica o local (espaço físico) destinado as atividades do setor de planejamento, considere a quantidade de pessoas que ocupam o local de trabalho para o desenvolvimento das atividades. Em relação a quantidade planejamento, o espaço físico é:

- a. Ruim Regular Bom Excelente

16. Outros setores participam do processo de planejamento: De que forma?

17. Como é feito o Planejamento neste setor? E como este setor se relaciona com o setor de planejamento da SESMA (quais as atribuições e diferenças de responsabilidades de cada setor?)

18. Existe um Plano ou Política Municipal de Saúde de Atendimento as que oriente as atividades deste hospital?

- a. Sim Não

19. Se sim, Em que medida este plano se relaciona a Política Nacional de Atenção as Urgências?

20. Caso não exista uma Política Municipal de Saúde de Atendimento às urgências, existe algum documento que oriente as atividades realizadas neste órgão no setor de urgência e emergência?

21. Se sim, por quem foi elaborado (setor)?

22. Quanto a gestão, dentre as alternativas apresentadas abaixo, enumere de 1 a 7 seguindo uma ordem de prioridade nos problemas que considera mais graves na administração deste hospital:

- a. ___ Recursos Humanos
- b. ___ Condições de trabalho
- c. ___ Financiamento
- d. ___ Demanda de Outros Municípios
- e. ___ Organização de Serviço
- f. ___ Relações de Poder
- g. ___ Realidade Social

23. Existe algum outro problema na gestão deste Hospital que não se enquadre nas opções apresentadas acima?

a. Sim. Qual? _____ Não.

24. Explique por que considera que as opções que marcou de 1 a 3 as mais graves para gestão.

25. Como define a relação entre os Profissionais responsáveis pela gestão e os demais profissionais do hospital?

- a. Ruim Regular Boa Excelente

26. Qual o Grau de informatização neste Orgão?

- a. Ruim Regular Bom Excelente

27. De que forma este nível de informatização influencia na gestão do hospital?

28. Existe alguma medida em análise ou em andamento para melhorar o nível de informatização? Qual?

29. Como avalia as duas ultimas gestões anteriores a sua?

- a. Ruim Regular Boa Excelente

30. Como avalia sua gestão?

- a. Ruim Regular Boa Excelente

31. Considera que implantou mudanças significativas referentes ao planejamento e que melhoraram o atendimento ao usuário?

- a. () sim () Não

b. Se sim, quais?

32. Na Implantação destas mudanças como considera o apoio do gestor municipal?

- a. () Total () Parcial () Nenhum

APÊNDICE E - ENTREVISTA DIRECIONADA - USUÁRIOS

Objetivo I – Avaliar a Demanda Do Setor de Urgência e Emergência do HPSM

Mario Pinotti

1) Nome(opcional): _____

2) Idade: _____

Sexo: () F () M

Objetivo II - Obter Informações Socio-Econômicas do Paciente

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo () 1-2 salários mínimos () Acima de 3 salários mínimos

Estado Civil:

Solteiro Casado Divorciado Outro: _____

Quantas Pessoas Moram na sua Casa Incluindo Você? _____

Quantas Trabalham? _____

Nível de Escolaridade

() Nunca estudou () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º Grau incompleto () Conclui
ou esta concluindo nível superior.

Município onde nasceu? _____

Onde mora atualmente? _____

Você desenvolve alguma atividade Remunerada? ()

Sim. Qual? _____ () Não.

Como você se considera:

- a) Branco
- b) Pardo
- c) Negro
- d) Amarelo
- e) Indígena

Objetivo III – Avaliação do Paciente ao Atendimento Prestado

Por que procurou este Hospital?(Escrever com as palavras do paciente)

Como chegou até aqui?

()ônibus ()Táxi () Ambulância () Carro Próprio

Outro: _____

O sr. Tem algum convênio ou Plano de Saúde?

() sim. Qual? _____ Não.

E a primeira vez que procura este hospital? () sim () não. Pule para pergunta 17

Já lhe foi recusado atendimento neste Hospital?() sim () não

Veio:

a) Por conta própria b) Encaminhado de outro órgão.

Qual? _____

O sr. Chegou a procurar ajuda em outro local antes de se dirigir ao pronto-socorro da 14 de março?

sim _____ não

Como avalia o primeiro atendimento de triagem realizado na entrada do Hospital?

Ruim Regular Bom Excelente

Como definiria as condições estruturais do Hospital?

Ruim Regular Bom Excelente

Como definiria as condições de segurança do ambiente?

Ruim Regular Bom Excelente

Como avalia o atendimento médico recebido? (Esta pergunta deve ser feita ao final do atendimento)

Ruim Regular Bom Excelente

Objetivo IV – Compreender o conceito de Planejamento na visão do Usuário.

Na sua opinião qual o principal problema deste Hospital: (dois ou mais itens podem ser marcado)

- Recursos Humanos
- Condições de trabalho
- Financiamento
- Demanda de Outros Municípios (super lotação)
- Organização de Serviço
- Relações de Poder
- Realidade Social
- Outro. Qual? _____

Nos últimos 5 anos, o sr. acha que ocorreram mudanças significativas na qualidade dos serviços oferecidos a população?

sim não
 Positivas ou Negativas

Aponte algumas que consideram mais relevantes.

Como avalia a gestão atual do Hospital?

Ruim Regular Bom Excelente

Como definiria com suas palavras um bom planejamento para este hospital?

Que serviços poderiam ser melhorados e como?

ANEXOS

ANEXO A - Documentos Solicitados pela Secretária Municipal de Saúde para Aprovação de Pesquisa de Campo


PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE/NUPS/SESMA
COMISSÃO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA - CAPP

Nº. PROTOCOLO: _____
INTERESSADO: Jatiane Souza Siqueira
ASUNTO DA PESQUISA: Planejamento em Saúde:
Interação entre Gestores, Profissionais e Usuários
ENTRADA: Data: 06.7.2010 Hora: _____
DOCUMENTOS APRESENTADOS:
 Ofício emitido pela IES ao Gabinete do Secretário Fok
 Declaração de Aceite do Orientador Fok 7/6
 Projeto de Pesquisa es
 Termo de Compromisso do pesquisador para com a SESMA es
 Currículo do pesquisador NUPS - SESMA
 Currículo do Orientador es Recebido em 06.07.10
 Cópia da RG do Pesquisador es 11:40 horas
 Protocolo do CEP da Instituição de origem Fok 7/6
 Folha do Protocolo - Fok 7/6
Recebido por: [Assinatura]


Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém - Pará
E-mail: rtsaudeacrianca@gmail.com
Tel/fax: 31846146

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 083/10 CEP-ICS/UFPA

Belém, 09 de agosto de 2010.

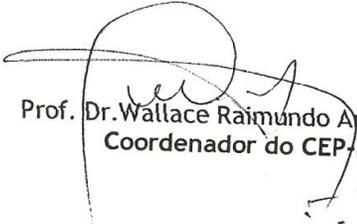
À Profª. Tatiane Sousa Silva

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa **PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE PLANEJADORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.** de CAAE 0009.0.074.073-10 e parecer nº 113/10 - CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 30 de junho de 2010.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 novembro de 2010, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA



ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DA SESMA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL/MP
CENTRO DE ESTUDOS



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO NO HPSM-MP

Autorizo **TATIANE SOUSA SILVA**; aluna do curso de mestrado do NAEA da UFPA, a proceder pesquisa de campo nesta instituição de saúde no Projeto "PLANEJAMENTO EM SAÚDE: INTERAÇÃO ENTRE GESTORES-PLANEJADORES-USUÁRIOS NO HPSM-MARIO PINOTTI" para ser realizada no período de 12/08/2010 a 30/11/2010 nos setor de Serviço de Estatística e Registro Médico - SERM do HPSM-MP.

Belém, 11 de agosto de 2010.

Marcus V. H. Brito
Médico
CRM 4102-9

Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito
Coordenador do Centro de Estudos do HPSM - MP