



Revista HCPA

ISSN 0101-5575



**Fundação Médica
do Rio Grande do Sul**

Fundação de Apoio ao
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

VOLUME 25 (1/2)

EDITORIAL

Número Temático: Gestão em Saúde 03
Ronaldo Bordin

ARTIGOS ORIGINAIS

O significado do Sistema Único de Saúde para
os usuários do município de Segredo (RS) 05
Neusa Rolita Cavedon, Rosecléa Cristina Ensslin

Resolutividade do Sistema de Atendimento de
Demandas Espontâneas (SADE) do Ministério
da Saúde no Rio Grande do Sul, 2003 13
Regina Maria da Silva Antpack, Ana Cecília Bastos Stenzel

Comportamento sexual e marketing social nas
campanhas de prevenção à AIDS – o caso de uma
escola pública municipal em São Leopoldo (RS) 21
Maria Salete Macedo, Marcelo Jacques Fonseca

Avaliação dos riscos de desenvolvimento de
doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho,
associados ao estado de ânimo, em funcionários
da Divisão de Nutrição e Dietética do Complexo
Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre 27
Kátia Cilene Janz, Ronaldo Bordin

Mudanças no processo de trabalho na sala de vacinas
de uma Unidade Básica de Saúde sob a ótica dos
usuários e dos trabalhadores de enfermagem 35
Margarete Isoton De David, Marina K. Nakayama

Construção de um espaço de formação profissional:
a experiência dos estagiários do Programa Municipal
de Controle da Dengue de Porto Alegre (RS) 46
Dóris Soares Blesmann, Roger dos Santos Rosa

Dando voz aos usuários: avaliação dos serviços prestados
em Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul (RS) 53
Paulo Cesar Delayti Motta, Aneli Marques Pellenz

As práticas de gestão financeira no Programa
DST/AIDS de Uruguaiana (RS): reflexão sobre
entraves administrativos 68
Ana Paula Benites Parraga, Roger dos Santos Rosa

Internações por acidentes de trânsito no Sistema Único
de Saúde: valores pagos na Região Metropolitana
de Porto Alegre (RS), 1998 a 2003 76
Cristiane Bergmann Fantinel, Ronaldo Bordin

Relação entre os modelos de atenção à saúde na rede
básica e os índices de gravidez na adolescência 81
Giselle Ribeiro Stacowski, Ana Cecília Bastos Stenzel

Planejamento estratégico e redução da mortalidade
infantil: a experiência de Caxias do Sul (RS) 90
Rosane de Castro Vebber, Paulo Eduardo Mayorga Borges

ARTIGOS DE REVISÃO

Cobertura vacinal no Rio Grande do Sul: novos
instrumentos de busca de informações para ampliar
a ação gerencial 99
Mariana Porto, Roger dos Santos Rosa

Luta antimanicomial e política de saúde mental em
Alegrete (RS) 108
Maria do Horto Salbego, Maria Ceci Misoczky

RESUMOS DE DISSERTAÇÕES DE MESTRADO
DEFENDIDAS EM 2004 117

RESUMOS DE TESES DE DOUTORADO
DEFENDIDAS EM 2004 121

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 123

GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION 129

Revista HCPA - Volume 25 (1/2) - Abril/Agosto 2005

International Standard Serial Numbering (ISSN) 0101-5575
Registrada no Cartório do Registro Especial de Porto Alegre sob nº 195 no livro B, n. 2
Indexada no LILACS

A correspondência deve ser encaminhada para: Editor da Revista HCPA – Largo Eduardo Zaccaro Faraco – Rua Ramiro Barcelos, 2350
90035-903 – Porto Alegre, RS – Tel. +55-51-2101.8526 - www.hcpa.ufrgs.br

**REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Este periódico é um órgão de divulgação científica e tecnológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, área hospitalar e de saúde pública para a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A REVISTA HCPA É PRODUZIDA E DISTRIBUÍDA SOB A RESPONSABILIDADE DA FUNDAÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Presidente:
Prof. SÉRGIO PINTO MACHADO

Vice-Presidente Médico:
Prof. AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO

Vice-Presidente de Administração:
Prof. FERNANDO ANDREATTA TORELLY

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação:
Profa. NADINE CLAUSELL

Coordenadora do Grupo de Enfermagem:
Profa. ANA MARIA MULLER DE MAGALHÃES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor:
Prof. JOSÉ CARLOS FERRAZ HENNEMANN

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Diretor:
Prof. MAURO ANTONIO CZEPIELEWSKI

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Diretora:
Profa. IDA DE FREITAS XAVIER

REVISTA HCPA - EXPEDIENTE

Editora:
Profa. Sandra Pinho Silveiro

Editores Anteriores:
Prof. Nilo Galvão - 1981 a 1985
Prof. Sérgio Menna Barreto - 1986 a 1992
Prof. Luiz Lavinsky - 1993 a 1995
Prof. Eduardo Pandolfi Passos - 1996 a 2003

Comissão Editorial Nacional:

Prof. Alceu Migliavacca (RS)
Prof. André F. Reis (SP)
Profa. Carisi Polanczyk (RS)
Prof. Claudio Kater (SP)

Prof. Elvino Barros (RS)
Profa. Helena von Eye Corleta (RS)
Prof. Hugo Oliveira (RS)
Profa. Joíza Lins Camargo (RS)
Prof. Jorge Luiz Gross (RS)
Prof. José Roberto Goldim (RS)
Prof. Leandro Ioschpe Zimerman (RS)
Prof. Luís Henrique Canani (RS)
Prof. Luiz Roberto Stigler Marczyk (RS)
Prof. Marcelo Goldani (RS)
Profa. Nadine Clausell (RS)
Prof. Sérgio Pinto Ribeiro (RS)
Profa. Themis Reverbel da Silveira (RS)

Comissão Editorial Internacional:

Prof. Décio Eizirik (Bélgica)
Prof. Gilberto Velho (França)

Apoio Administrativo:

Rosa Lúcia Vieira Maidana

Indexação/Índice:

Romilda A. Teofano

Revisão de textos:

Scientific Linguagem/Editora Fractal

Editoração eletrônica:

Isabel Kubaski

Impressão:

Calábria Artes Gráficas (600 exemplares)

Revista HCPA / Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - Vol. 1, n. 1 (1981) - . - Porto Alegre : Fundação Médica do Rio Grande do Sul, 1981- . .
---v.
Quadrimestral.
Algumas edições têm os títulos: Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ou Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Disponível online a partir de 2002 no endereço
<http://www.hcpa.ufrgs.br/Default.asp?Acao=Institucional&codigoopcao=870&spagina=317&GSysCodigoConexao=>
ISSN 0101-5575
1. Medicina 2. Periódico I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

Revista HCPA - Volume 25 (1/2) - Abril/Agosto 2005
International Standard Serial Numbering (ISSN) 0101-5575
Registrada no Cartório do Registro Especial de Porto Alegre sob nº 195 no livro B, n. 2
Indexada no LILACS

A correspondência deve ser encaminhada para: Editor da Revista HCPA – Largo Eduardo Zaccaro Faraco – Rua Ramiro Barcelos, 2350
90035-903 – Porto Alegre, RS – Tel. +55-51-2101.8526 – www.hcpa.ufrgs.br

NÚMERO TEMÁTICO: GESTÃO EM SAÚDE

O Departamento de Medicina Social (Faculdade de Medicina/UFRGS) vem se constituindo um importante pólo formador de profissionais de saúde na esfera da saúde coletiva. Na graduação, ainda que centrado nos cursos de Medicina e Nutrição, também possui disciplinas do currículo mínimo nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Educação Física e todos os de Engenharia. Seus cursos de especialização já se encontram consolidados em nosso meio, seja em Medicina do Trabalho (16 edições), Saúde e Trabalho (oito edições), Saúde Pública (13 edições) ou Comunicação e Saúde (duas edições), além de uma parceria de longa data com o Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), junto ao MBA de Gestão em Saúde. Completa este quadro o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (mestrado e doutorado), além das inúmeras atividades de extensão e pesquisa desenvolvidas pelo corpo docente.

Este número temático da Revista do HCPA agrega alguns textos gerados nas cinco edições do Curso de Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde. A iniciativa, desencadeada pelo Ministério da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, objetivou formar quadros para a gestão pública em saúde e ocorreu de forma descentralizada, com edições sediadas em Ijuí, Lajeado, Santa Maria e duas em Porto Alegre – sendo uma destinada exclusivamente aos gestores da região metropolitana.

A proposta deste curso foi elaborada em conjunto por técnicos e dirigentes da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), através da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), pela Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) e pelos Departamentos de Ciências Administrativas e Medicina Social da UFRGS, Departamento de Enfermagem da UFSM e Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ. A coordenação das cinco edições deste curso ficou a cargo da Escola de Administração, devido à sua experiência na formação para a gestão em saúde, através do Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde.

A riqueza desta experiência pode ser visualizada do conjunto de atores que conformaram a proposta do curso à diversidade nas abordagens dos textos que compõem esta coletânea, todos centrados em situações enfrentadas pelo gestor no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas várias instâncias administrativas (municipal, regional e estadual). Completam este número temático alguns textos provenientes do Curso de Especialização em Saúde Pública, voltados à área de gestão em saúde.

Em última instância, este número explicita uma das várias interfaces hoje existentes entre os serviços de saúde e a universidade, apontando para novos cenários de práticas e para a produção de conhecimentos voltados às necessidades do SUS.

Prof. Ronaldo Bordin
Chefe do Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O SIGNIFICADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA OS USUÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SEGREDO (RS)

THE MEANING OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM TO ITS USERS
FROM SEGREDO, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Neusa Rolita Cavedon¹, Rosecléa Cristina Ensslin²

RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar o significado do Sistema Único de Saúde (SUS) para seus usuários do município de Segredo, no Rio Grande do Sul, bem como evidenciar aspectos negativos e positivos do sistema. Consiste em estudo de cunho qualitativo, que teve como técnica de pesquisa entrevistas semi-estruturadas, realizadas com oito usuários no mês de junho de 2004. Em suas falas, os usuários priorizaram o significado do SUS como uma “ajuda” que é dada aos mais carentes, um plano de saúde dos pobres. Além disso, o atendimento considerado prioritário é aquele de ordem curativa e medicamentosa, sendo enfatizado como ponto positivo o fato da existência por si só do sistema. Os dados revelam uma visão que deixa transparecer um aspecto cultural brasileiro, qual seja, o paternalismo. Ao considerarem o SUS como uma “ajuda” dada aos mais carentes, os usuários colocam-se em uma posição passiva, que também revela o desconhecimento dos mesmos sobre o papel que têm junto aos Conselhos Municipais de Saúde. De certa forma, essa passividade pode ser decorrente de uma visão que lhes é transmitida através dos programas de Educação em Saúde.

Unitermos: SUS, usuários, sistema público de saúde, paternalismo.

ABSTRACT

The objective of this article is to examine what the Brazilian Public Health System (SUS) means to its users from the town of Segredo, state of Rio Grande do Sul, Brazil, as well as to evidence negative and positive aspects of the system. This qualitative study was performed through 8 semi-structured interviews with users, carried out in July 2004. The answers emphasized the meaning of SUS as a “help” offered to needy people, comparing it to a health plan for the poor. In addition, the main healthcare priorities identified were the curative treatment and the treatment with medicines. The sole fact that such a kind of service is provided to the population was pointed out as a positive factor. The study evidenced a typically Brazilian cultural point of view: the paternalism. When defining SUS as a “help” to needy ones, users are placing themselves in a passive position that also reveals their unawareness of their role in the Community Health Councils. In a way, such passivity may be the result of the way how the Health Education programs convey information.

Key words: SUS/BR, public health system, users, paternalism.

¹ Doutora em Administração, Mestre em Antropologia Social e em Administração. Professora, Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS); Pesquisadora do CNPq.

² Enfermeira, Secretaria Municipal da Saúde de Segredo (RS). Especialista em Saúde da Família e em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde.
Correspondência: Profa. Neusa Rolita Cavedon, Av. Washington Luiz, 855/425, 90010-460, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-3819. E-mail: nrcavedon@ea.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

As ações estatais mais efetivas nas formulações de políticas de saúde, no Brasil, ocorreram no início do século XX, tendo como pano de fundo, no âmbito econômico, um modelo agrário exportador (1). Maior ênfase é dada à década de 1930, quando ocorreram transformações nesse modelo econômico consoante a uma diversificação da força de trabalho. O capitalismo liberal, estimulado a partir da década de 1960 do século XX, enfatizou a já existente dicotomização das ações de saúde, caracterizando, assim, medidas de assistência médica e de saúde pública (1).

Concomitantemente, consolidaram-se no país os modelos de prestação de assistência à saúde, destacando-se: o liberal privativo, que tinha como destino a parcela minoritária da população; a medicina de grupo, dirigida apenas a segmentos de trabalhadores urbanos; e o modelo previdenciário e da prestação de saúde pública – este baseado no modelo de programação normativa. A expansão desses distintos modelos deu-se às custas de recursos estatais, caracterizando, assim, a irracionalidade do sistema e a iniquidade de direitos.

Paralelamente a essa expansão do setor privado, há um lento crescimento de serviços estatais provocado pela diminuição da qualidade de vida. Isto se dá em consequência tanto da má distribuição de renda como do descaso do governo para com a saúde de grande parte da população, “marginalizada” pelo Sistema de Previdência Social. Vale ressaltar que a expansão do setor privado ocorre às custas de recursos públicos repassados a esse primeiro setor (1).

Assim, os gastos do governo com a medicina previdenciária, através da compra de serviços, aumentaram excessivamente. Estes gastos eram relativos à tecnificação e à sofisticação da assistência médica, bem como do engajamento de trabalhadores no mercado formal. Outro ponto crítico que merece ser destacado diz respeito ao grande número de fraudes nas contas destinadas ao repasse de verbas do governo aos prestadores de serviço.

Tais fatos resultam na denominada “crise da Previdência”, e a partir dela o governo militar busca alternativas para reversão deste processo. É nessa época que surge o Movimento Sanitário dentro do espaço acadêmico, concentrando-se nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (1).

Fatores como as carências sociais advindas da política econômica concentradora e excludente, juntamente com o final do denominado “período do milagre econômico” e a falta de espaço para manifestações políticas em oposição ao *status quo* vigente, acabaram

alimentando movimentos reivindicatórios por serviços públicos oriundos da população. Ao mesmo tempo, começaram a surgir mobilizações e debates buscando o fim do regime militar e a democratização do Brasil. O movimento sanitário então buscou a democratização da saúde e da sociedade usando como estratégia a Reforma Sanitária.

Em 1983, foi elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) um plano de reorganização do setor de saúde. Dentro deste plano, merecem destaque as Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivavam melhorar as condições de saúde da população. Foi através das AIS que ocorreu o repasse de recursos federais, predominantemente da Previdência às Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis por sua transferência aos municípios.

Uma das principais características de gerência das AIS era o mecanismo de colegiados de gestão dos serviços de saúde, que recebiam a denominação de Comissões Interinstitucionais, com participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados e também usuários. Após o término da ditadura, em 1985, ocorreu a eleição para a presidência por um colegiado eleitoral e a convocação de eleições para o legislativo com poderes constituintes.

Ocorre então, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento que foi um marco no processo da Reforma Sanitária. Na VIII CNS, foram lançados alguns princípios para a formulação de uma nova política de saúde, tais como: ampliação do conceito de saúde; saúde é direito do cidadão e dever do Estado; o controle social das políticas adotadas e a constituição e ampliação de um orçamento social. O relatório final da VIII CNS foi um instrumento que influenciou decisivamente para que se iniciassem simultaneamente dois processos, quais sejam: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a nova Constituição Federal.

O SUDS descentralizou os serviços através de convênio entre as três esferas de governo; possibilitava legalmente a transferência de recursos financeiros, humanos e patrimoniais para os estados e municípios e reforçou a participação de vários setores da sociedade nas Comissões Interinstitucionais.

Em 1987, um novo ator entra em cena: o Banco Mundial, que recomenda a redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde e a busca de outras fontes de financiamento. O Banco Mundial deixa muito clara a sua posição de que tratar a saúde como direito e oferecer serviços gratuitos, via de regra, não se torna algo eficiente.

Com a aprovação, em 1988, da Constituição Federal, a saúde fica definida como resultante de políticas

sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo algumas diretrizes, tais como: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

O SUS, então, é uma nova formulação política e organizacional para se reordenar os serviços e as ações de saúde, estabelecida pela Constituição Federal de 1988. É chamado de sistema único porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, tendo como objetivo comum atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Universalidade, integralidade e equidade são os princípios doutrinários, enquanto regionalização, resolutividade, descentralização, controle social e complementaridade do setor privado são os princípios organizativos.

A universalidade garante atenção à saúde de todo e qualquer cidadão. Pela equidade, o usuário tem assegurado ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. E, através da integralidade, reconhece-se que o homem é um ser integral, biopsicossocial, que deverá ser atendido mediante esta visão integral, por um sistema de saúde também integral, voltado para prevenção, proteção e recuperação da saúde dos usuários.

A regionalização é um princípio que determina a necessidade dos serviços serem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Outro princípio é o da resolutividade, que implica o serviço estar capacitado para enfrentar e resolver um problema de saúde dentro do seu nível de competência. A distribuição das responsabilidades, no que tange às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, é chamada de descentralização. O controle social é o princípio que garante a participação da população na formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução, em todas as esferas. E o último dos princípios é o da complementaridade do setor privado, que requer, quando da insuficiência do setor público, que seja feita contratação de serviços privados mediante algumas condições (que não cabe aqui serem discutidas).

O SUS insere-se no contexto de um país que foi colonizado e manteve por um longo tempo uma mão-de-obra escrava. Essas condições históricas acabam perpassando a ação dos brasileiros de modo geral. A nossa forma de atuar é permeada pela presença pro-

tetora do pai, que mostra o caminho, é o provedor da casa e define o que é certo ou errado dentro do núcleo familiar.

A sociedade brasileira é construída mediante uma separação bem marcada entre povo e elite. O desrespeito pelo popular sempre se fez presente. Havia o europeu “dominador” e os “dominados”, os negros e os índios. O diálogo entre esses dois mundos inexistia, as ordens deviam ser cumpridas. O autoritarismo surge sem encontrar fronteiras entre o espaço público e o privado, uma vez que o trabalho era exercido no âmbito da propriedade do senhor de engenho, e era esse senhor que garantia a moradia, a alimentação e o vestuário dos escravos (2). Vale destacar que as vestimentas, a alimentação e a moradia eram precárias. À guisa de exemplo, tem-se a feijoada, hoje considerada iguaria típica nacional, que surgiu a partir da utilização de partes dos porcos que os senhores consideravam menos nobres e as destinavam aos escravos, que, por sua vez, criaram um alimento que mais tarde foi ressignificado pelas camadas mais abastadas (3).

Com a industrialização, o imaginário do Senhor de Engenho é transposto para o contexto urbano, e os funcionários começam a enxergar o patrão como um herói que luta para manter o seu negócio e que lhes possibilita a obtenção de salários que viabilizam a subsistência. O patrão como uma figura constante no local de trabalho dos operários, mais a generosidade granjeada através de favores e da proximidade com o dono do negócio, bem como a noção de família organizacional onde trabalho e afetividade se mesclam produzindo um controle exacerbado, na medida em que a lealdade configura-se como essencial, viabilizam a permanência do paternalismo no mundo urbano-industrializado (2).

O paternalismo gera uma dependência muito grande entre líderes e liderados, dependência decorrente dos laços afetivos que se estabelecem entre patrões e empregados (4). Também é possível identificar uma relação paternalista entre os empresários e o poder público: os primeiros buscam no poder público uma relação paternalista e clientelista (5).

Esses elementos decorrem da rápida urbanização e de suas conseqüências, dentre elas, a absorção só de parte da população em atividades formais atreladas ao modo capitalista de produção, em contrapartida à existência de um excedente de mão-de-obra que fica marginalizado e refém de relações informais de trabalho. Essa realidade faz com que convivam lado a lado o tradicional e o moderno (6). Tal díade faz com que a competência técnica e profissional não seja o bastante, é preciso ter proximidade com o detentor de poder, ele é quem vai nos mostrar o caminho e, no mínimo, nos proteger

(7), seja na relação patrão-empregado, seja na relação governo-governados.

O elo, no passado, entre patrões e escravos não era somente econômico, mas também moral. Elo que persiste ainda nos dias de hoje, com uma relação que, além de econômica, precisa de uma proximidade pessoal granjeada pela amizade, pela simpatia e pelos favores a serem obtidos (8).

Diariamente, na mídia impressa ou eletrônica, nos defrontamos com depoimentos e considerações tecidas pelos mais diferentes atores sociais sobre o atendimento à população realizado pelos profissionais da área da saúde pública. Essas declarações, via de regra, são de cunho negativo, com ênfase nas enormes filas, no atendimento precário, na falta de respeito para com os usuários do sistema, na insuficiência ou mesmo inexistência de materiais e equipamentos disponíveis para a realização de alguma intervenção. Mas será que o sistema é tão ineficiente como nos querem fazer acreditar certos segmentos da sociedade, que na maioria das vezes tecem tais críticas sem ao menos se predispor a ter um contato mais direto com o SUS?

Diante desse quadro, é relevante dar voz aos usuários do sistema, para que possam expressar suas percepções, tornando evidente o significado que o mesmo possui para aqueles que buscam efetivamente, de modo rotineiro, os serviços públicos de saúde, bem como evidenciar os aspectos negativos e positivos do SUS.

Segredo foi o município escolhido para este estudo de caso. A municipalização da saúde neste local deu-se em 1996, passando a atuar na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada em 2003. Reporta-se à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde de Cachoeira do Sul, na Macrorregião dos Vales do estado do Rio Grande do Sul (RS).

MÉTODOS

A pesquisa configura-se como um estudo de cunho qualitativo, ou seja, leva em conta o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos usuários, buscando entender os achados de campo não através da quantificação e da relação causa-efeito, mas sim mediante um processo compreensivo-interpretativo (9).

A coleta de dados ocorreu nas unidades básicas de saúde de Tamanduá, Bela Vista, Serrinha Velha, distritos do município de Segredo, e na Sede. Com exceção da unidade da Sede, as demais se localizam na zona rural. A população é formada em sua maioria por descendentes de imigrantes italianos e alemães. A maior concentração populacional se dá na zona rural, sendo que a população desta área é de aproximadamente 5.000 habitantes; já na zona urbana, re-

sidem em torno de 2.000 habitantes. O município tem sua economia voltada essencialmente para a agricultura, onde as famílias trabalham em pequenas propriedades, cultivando principalmente fumo, milho, feijão e soja.

A unidade da Sede, localizada na zona urbana, atende a maior demanda de usuários do sistema. Também faz parte do sistema local de saúde um hospital geral filantrópico com 28 leitos, atendendo cerca de 70% da demanda através do SUS. É na área urbana que a população do município tem à sua disposição serviço bancário, correio, centro administrativo, hospital, escola de ensino médio e também variedade no ramo do comércio.

A partir de 2003, Segredo passou a contar com duas equipes do Programa de Saúde da Família. Possui uma equipe multiprofissional formada por agentes de saúde, auxiliar e técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e auxiliar de consultório dentário, que prestam atendimento nos postos de saúde da rede básica municipal.

A técnica utilizada para a coleta de dados baseou-se em entrevistas realizadas durante o mês de junho de 2004, nas 4 unidades de saúde do município. Todos os entrevistados eram usuários do SUS e se encontravam nas salas de espera das unidades, aguardando por algum tipo de atendimento, sendo escolhidos de forma aleatória.

A pesquisa qualitativa ganha representatividade pela diversidade de perfis dos sujeitos escolhidos para a coleta de dados. Os sujeitos deste estudo foram oito usuários do SUS, quatro de cada sexo, dois em cada unidade de saúde, com idades entre 30 e 57 anos. Apenas um entrevistado apresentou como escolaridade o nível médio completo, com os demais dividindo-se entre o ensino fundamental incompleto (cinco usuários) ou completo.

As entrevistas obedeceram ao seguinte roteiro: O que significa SUS para você? O que você espera do SUS? Quais são os aspectos positivos do SUS? Quais são os aspectos negativos do SUS?

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As falas aparecem da forma como foram expressas pelos sujeitos, ou seja, com erros de concordância, vícios de linguagem, etc. A partir da leitura do material transcrito, foram feitas análises à luz do referencial teórico.

Por fim, este artigo consiste em uma versão resumida e modificada do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, e operacionalizado pelo Programa de Pós-

Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

RESULTADOS

Na fala dos usuários do SUS, as palavras “ajuda”, “ajutório”, “ajudando” e “ajudado” foram pronunciadas com frequência, visando dar significado para o sistema. Diante de uma realidade econômica que inviabiliza a obtenção de serviços de saúde particulares por parte da maioria da população, a atuação do governo através do SUS configura-se como uma “ajuda”, especialmente para os trabalhadores rurais, que até algum tempo atrás viviam à margem em termos de conforto e bem-estar, algo que era prioritário para os habitantes de espaços urbanos.

As falas transcritas a seguir revelam essa visão por parte dos usuários:

O SUS eu acho que é quando ajuda quando as pessoas estão doentes, né? Acho que é isso aí.

Eu espero que continue, né, sempre ajudando a gente na colônia, porque, às vezes, tem tempo, às vezes de internação, que nem a minha guria que esses dias foi operada, era no começo do mês, aí ajudou um pouco, não, antes de ela ser operada foi que ela teve no hospital baixada, aí ajudou porque a gente, tudo a peso de dinheiro, olha, hoje em dia não é fácil. Eu acho que é uma coisa boa para a gente, colono, agricultor, que tem esse ajutório.

(...) é que continue sempre ajudando a gente, né. O por pouco que ajuda, mas pra gente que é colono, aí já serve, né, que a gente ganha, faz pouco, né. E que continua sempre ajudando a gente, que seja por muito tempo, né, favorece a gente. (Usuário 1)

Negócio de SUS, assim, que ajuda que o cara, dá pra dizer, por exemplo, consegue Internação Hospitalar, uma baixa, uma consulta, né. Assim, negócio de saúde, médico, né, baixas, tudo, hospital, tudo torna muito caro, né, pra gente. (Usuário 2)

É um convênio, assim, um convênio da prefeitura ou do governo, não sei, na ajuda das pessoas, né, no posto, leva pra fora pras pessoas ser atendidas de graça, eu acho, né, daí é uma colaboração das prefeituras, do governo, eu acho do federal, estadual, que é um programa que ajuda as pessoas, né, acho eu que é isso aí, significa um apoio dos meios que pode ajudar as pessoas aqui no interior ou na cidade também, né, os que mais precisam, trazendo, por exemplo, dentista, médico, enfermeira, tudo assim nas localidades, acho que é isso aí, né. E dando apoio quando precisa uma consulta pra fora também, né. Esse SUS que ajuda lá fora, acho que é isso aí. (Usuário 4)

O atendimento nos postos, né, que ajuda, né, que a gente não precisa ir particular, né, é uma ajuda mais se teria o caso de melhora, né, seria melhor, né. Porque o SUS é muito pouco, ele ajuda muito pouco pra, na colônia, né, que podia ajudar bem mais que, sei lá, pelo que a agricultura representa na... em todo o país, né, é a maior produção que sai da agricultura, e o SUS ajuda muito pouco a quem precisa ir nos posto consultar, por exemplo, aqui no Tamanduá, mas se vai pra cidade é muitas pessoas que vão lá, que aqui é conforme marcaram consulta pelo SUS, e nos posto na cidade não, né, tu chega lá, as vez tu pega fila, se tu não vai às duas, três hora da manhã tu não consegue, não ajuda e isso aqui pra nós não, tá mais o menos, não vou dizer bom nem ruim, tá regular, né. Porque se fosse melhor que chegasse nos hospital, também o SUS, chegasse, internasse ou consultasse no hospital ou nos posto, seria transferido logo, se chegasse e atendesse logo era melhor, mas assim tu chega num posto, tu é transferido pra cidade, tu chega lá, maioria dos outros pessoal já tem a, sabe, as ficha preenchida no hospital do SUS. E pra quem chega do interior, se o médico assina a consulta que é pra internar eles internam, senão às vez tu não consegue ficha, como marcado as ficha, aqui, aí tu vai pra cidade, tá uma pessoa passando mal, tu chega lá, aí tu pega aquela fileira, às vez é uma pessoa ou uma criança, né, que tem febre de noite, tu chega lá, tu explica, ó, mas não tem mais ficha, aí não tem mais nada a fazer, aí tu tem que recorrer particular, e se não tem condições, fica ruim, né? Então seria o caso que melhorasse um pouquinho mais, né, se fosse, que tivesse condições, né, de ajudar o SUS.

Esperar a melhora, né, que melhorasse um pouquinho mais, né, esse SUS, eu acho que é intermédio do governo, né? Se o governo ajudasse um pouquinho mais, né, desse algumas fichas mais, pelos hospitalais, né, que chegasse quem tivesse passando mal, chegasse diretamente e consultasse, e se caso internasse, né, que o médico desse baixa pra internar se tivesse acompanhamento do SUS no hospital, né, em casos graves, né, não qualquer coisinha, porque chega o começo do mês tem pessoas lá que tem pouca coisa, o médico bota em observação, ah, o SUS, bota pelo SUS. Aí seria o caso, chega no fim do mês, aí teria que vê se tivesse ou uma condição do Governo pra ajudar a vê se os caso são mesmo pra internação ou não, né. (Usuário 8)

A visão paternalista reinante no contexto brasileiro revela-se nos discursos dos atores sociais que se utilizam do SUS, ou seja, na ótica dos mesmos, trata-se de uma instituição, um ente, uma organização que presta “ajuda” aos que precisam, o pai que auxilia, acolhe os desvalidos, aqueles que estão acometidos por doenças e que não teriam outra forma de obter um tratamento, e que esperam poder continuar contando com essa “ajuda”. Essa “ajuda” não é percebida como uma ação que

poderia ser preventiva no campo da saúde, mas sim curativa e medicamentosa.

Um outro aspecto que se revelou ao longo das entrevistas foi a percepção de que o SUS é só para pessoas carentes, só para os pobres. Na realidade, a legislação prevê a universalização do atendimento via SUS; ocorre que, em virtude de uma demora e precariedade no atendimento, as pessoas mais abastadas acabam recorrendo aos serviços pagos, e isso passa para os menos aquinhoados a idéia de que o SUS é o plano de saúde dos pobres, dos carentes. E se expressam de modo a enfatizar tal percepção:

...essas fichas, dá pra dizer, né, que o pessoal que não tem condição, né, de, dá pra dizer se não fosse isso ali, muita gente acabava morrendo, né, e não tinha solução. (Usuário 2)

Bem, o SUS significa atendimento, né, vamos dizer na nossa região de clínico geral principalmente, né, pra população que não tem nenhum tipo de vínculo com, como se diz, assim, com IPE, com UNIMED, com outro plano de saúde particular ou estatal, e é isso aí que as pessoas, é uma espécie de plano de saúde da grande maioria da população. (Usuário 3)

Bom, a princípio, a idéia que eu tenho de SUS é Sistema Único de Saúde, é uma ala da medicina pra favorecer as pessoas mais carentes, a idéia básica que eu tenho de SUS é isso, pra atender as carências das pessoas mais humildes, que não têm condições de ter um plano de saúde, enfim, uma medicina mais... é muito maior a procura do que a oferta, e geralmente quem procura na maioria dos casos é quem tem bastante necessidade, não tem condições de procurar um tratamento, digamos assim, de melhor qualidade... a pessoa que tem um poder aquisitivo mais elevado já nem depende do SUS, né, então o SUS, quanto mais ele for abrangente, mais ele vai favorecer quem realmente precisa, que é a classe humilde, né. (Usuário 5)

Atendimento grátis, atendimento nos postos, que as pessoas chegam, não tem dinheiro e são atendidas, isso ali. SUS... é o básico, é isso ali, atendimento básico para a população que não tem dinheiro, né. (Usuário 6)

O SUS, em si, eu não tenho muito conhecimento, que nem eu te falei, né, porque eu pouco venho, a gente só vem na verdade quando necessita, né. Porque uma consulta particular, entre vim aqui fazer uma consulta ou um dentista, se torna mais fácil pra gente, né, porque o dinheiro tá difícil hoje em dia. (Usuário 7)

O atendimento foi outro aspecto salientado pelos entrevistados, e as percepções aparecem: a) como

positivas; b) está bom, mas poderia ser ainda melhor; e ainda c) aqueles que referem ser inadequada a atuação do SUS.

De negativo, é outro pouco, não sei, esse negócio dessas fichas que é tudo negócio do SUS, não sei se dá pra dizer como aqui acontece, né, que o cara tem que marcar a ficha, tem que adivinhar, né, quando adoecer, então dá pra dizer, se fosse assim diariamente, se, por exemplo, às vezes a gente vem aqui, não tem médico, né, tem que marcar de repente pra um mês pra frente, então isso ali tinha que ser, acho eu, né, diário, tu vinha durante o dia que tinha, né. Dá pra dizer como de marcar ali, de repente, que trinta dias sabe se o cara tá doente, ou já não tá, ou morreu, né, então, acho eu, que isso ali precisava ser nem se como tava um tempo atrás, o cara vinha bem cedo, né, esperava, e no dia conseguia, né. (Usuário 2)

Essa maneira de atender, agora, de ficar marcando, tinha que ter médico de plantão esperando, que tem pessoas que chegam ruim, doentes, mal, que as fichas tem umas sobrando ali, já foram, não tem mais, que as pessoas marcando um mês antes, chega no dia que não tão doentes, pega a ficha ou vem só por vir, e os próprios que estão precisando não são atendidos. (Usuário 6)

É uma parte, parte negativa, né, porque tu chega, tu gostaria de ser atendido porque tem problema. Eu sou assim, eu só procuro se eu tenho problema, né, tem gente que de repente, talvez, venha toda hora, né, e eu não, eu já só em caso de necessidade mesmo, senão não. Essa parte assim que teria que ser assim, não marcar com tanta antecedência, você tem uma doença, chega ali, né, poxa, não sou atendido porque não... não tem, né, não tem ficha. (Usuário 7)

Porque a gente nunca sabe o dia que a gente vai ficar doente, a doença é que vai seguindo o rumo da gente, né, quando vê a gente tá doente, a gente não escolhe quando a gente que fica doente, né, era isso.

De negativo é que essas internações, né, que seria o caso, né, que tivesse até o fim do mês, né, que não chegasse, oh, ah, é do dia vinte em diante, terminou as ficha do SUS, as consulta não tem mais, nos posto, chega lá as internações, os médicos internam, não tem mais. (Usuário 8)

A disponibilidade para o atendimento imediato configura-se como a reivindicação mais constante e revela uma preocupação com a cura e não com a prevenção. A idéia central esboçada pelos usuários consiste em obterem atendimento quando estão doentes, pois, neste caso, possuem necessidade, do contrário, nem aparecem no posto. De acordo com suas falas, só procuram atendimento "em caso de necessidade".

Os aspectos positivos também foram enfatizados pelos usuários. A existência do sistema, por si só, configura-se como positiva por aqueles que se utilizam do mesmo.

Um aspecto positivo é ele existir. Só de existir, o SUS é uma “mão na roda”, digamos assim. Se tá ruim com ele, sem ele com certeza ia ser muito pior. Então o SUS, no geral, o que ele pode fazer tá sendo bem feito, aspecto positivo o que ele oferece é o que, de repente, ele tem, é o patamar que ele pode atingir, né, então é um aspecto positivo dele existir, né. Que é muito bom ter ele é bom, né, se tem gente que acha que é ruim, pior seria sem ele no caso, né, então o aspecto positivo é dele existir. (Usuário 5)

Ah, o acesso facilitado, né, das pessoas quando tem médico, tem dentista, tem toda a área da saúde, quando existe o funcionário, o atendimento é geral pra todo mundo, é igual pra todo mundo, esse é o aspecto positivo do SUS, e a medicação, né, também que consegue que muita gente não tem condição de comprar, e consegue aí, e sempre tem, né, o atendimento pronto quando há o profissional disponível. (Usuário 3)

De bom é que a gente é atendido, quando chega, né, é bem atendido, a gente também gosta, eu gosto de atender o pessoal bem, atender assim, né, de quando chega na minha casa, coisa assim, porque a gente não atende de outra forma, gostaria de, eu gosto de atender bem, então eu gosto de onde eu chego ser bem atendida, e aqui, graças a Deus, eu sou. (Usuário 7)

CONCLUSÃO

Diante do revelado pelas falas dos usuários, conclui-se que o SUS remete a uma significação equivocada, onde o usuário acredita nesse sistema como provedor de uma medicina destinada aos pobres e, ainda, de menor qualidade. A não-participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, de modo a contribuir para a reformulação do sistema, reflete-se na forma como percebem a administração concernente à distribuição de fichas e de autorizações para a hospitalização, além de revelar desconhecimento acerca do processo, trazendo à tona atores passivos, que aguardam as decisões articuladas pelo governo e pelos detentores de um saber profissional. O paternalismo presente na cultura brasileira reaparece no setor de saúde nos dias atuais, através de uma postura por parte dos profissionais da área, que, ao

atuarem com Educação em Saúde, via de regra, negligenciam o saber das camadas populares, caracterizando os educandos como incapazes de gerar conhecimento (10). E esses atores, que em outras esferas da vida social também se vêem marginalizados, acabam por se considerar como carentes, a quem o Estado ou os profissionais da saúde devem “ajudar”, implicando uma dependência mútua entre Estado e usuários (4).

Por outro lado, as falas dos usuários revelaram um SUS que não apresenta apenas aspectos negativos, mas também positivities. Portanto, a ênfase dada pela mídia e outros segmentos da sociedade aos pontos negativos precisa ser relativizada. É certo que há muito a ser feito, mas desconsiderar todo e qualquer benefício é tentar reforçar na população a idéia de uma medicina desqualificada e que se destina unicamente aos pobres, tal qual no passado, época em que as sobras dos alimentos eram destinadas aos escravos (3).

REFERÊNCIAS

1. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência. Rio de Janeiro: CEBES/Hucitec; 1981.
2. Davel EPB, Vasconcelos JGM. Gerência e autoridade nas empresas brasileiras: uma reflexão histórica e empírica sobre a dimensão paterna nas relações de trabalho. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 94-110.
3. Oliven RG. Violência e cultura no Brasil. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1986.
4. Prates MAS, Barros BT. O estilo brasileiro de administrar: sumário de um modelo de ação cultural brasileiro com base na gestão empresarial. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 55-69.
5. Vasconcelos JGM. O coronelismo nas organizações: a gênese da gerência autoritária. In: Davel EPB, Vasconcelos JGM, orgs. Recursos humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes; 1996.
6. Oliven RG. A antropologia de grupos urbanos. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
7. Bresler R. A roupa surrada e o pai: etnografia em uma marcenaria. In: Motta FCP, Caldas MP, orgs. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. Pp. 111-26.

8. DaMatta R. O que faz o Brasil, Brasil? 4.ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1992.
10. Schwingel B, Cavedon NR. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: Misoczky MC, Bordin R, orgs. Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa; 2004. Pp. 147-69.

RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DE DEMANDAS ESPONTÂNEAS (SADE) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL, 2003

PROBLEM-SOLVING CAPACITY OF THE SPONTANEOUS DEMAND SYSTEM OF THE HEALTH MINISTRY, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL, 2003

Regina Maria da Silva Antpack¹, Ana Cecília Bastos Stenzel²

RESUMO

A avaliação da satisfação dos usuários em serviços públicos de saúde é ainda uma prática muito recente. No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) criou circunstâncias favoráveis à manifestação do cidadão quanto aos serviços prestados. Em 2001, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do Sistema Único de Saúde (SAC/SUS), incorporando o Disque-Saúde, através do qual qualquer cidadão pode fazer reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios, bem como pedir informações. O Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE) é um subsistema do SAC/SUS cujo objetivo é dar andamento às solicitações dos usuários, criando um fluxo informatizado entre as três esferas de governo do SUS. O objetivo desse estudo foi analisar a resolutividade do SADE, verificando se o problema que deu origem à demanda foi resolvido, o tempo decorrido e o grau de satisfação dos usuários com o sistema. Foram identificadas as demandas concluídas no ano de 2003 (n = 123) e realizadas entrevistas telefônicas com os usuários. Dos 54 entrevistados, 48,1% consideraram que não foi resolvido o problema, 40,4% consideraram que foi resolvido, e 11,5% consideraram que foi resolvido em parte. Quanto ao tempo decorrido entre a demanda e a solução do problema, 35% dos entrevistados disseram ter levado menos de um mês, e 31% não souberam precisar. Quanto à satisfação com o sistema, 52,3% atribuíram nota entre 8,5 e 10, porém, 18,2% deram nota 0. Conclui-se que o SADE é um canal de voz do cidadão, porém, faz-se necessário que os governos federal, estadual e municipal continuem aprimorando-o, especialmente na busca de solução para os problemas relatados.

Unitermos: Qualidade em saúde, administração e planejamento em saúde, atenção à saúde.

ABSTRACT

Assessing the rate of satisfaction of health public services is a very recent practice. In Brazil, the implementation of the unified health care system (*Sistema Unico de Saúde*- SUS) program created favorable circumstances to the manifestation of citizens regarding services provided. In 2001, the Health Ministry launched the SUS information service (SAC/SUS), through which any citizen can make complaints, denunciations, requests, suggestions and praises by phone, as well as ask for information. The system of spontaneous demand information (*Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas* - SADE) is part of the SAC/SUS. It is aimed at accomplishing the user's requests and forwarding them to the adequate personnel. The main

¹ Formada em Administração de Empresas, Faculdade Porto-Alegrense de Ciências Contábeis e Administração (FAPCA), Porto Alegre, RS. Funcionária pública estadual, técnica em atividades de apoio, lotada na Auditoria Médica Estadual, Porto Alegre, RS. Responsável pelo Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE) do Ministério da Saúde.

² Mestre em Saúde Coletiva e professora colaboradora da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Correspondência: Regina Maria da Silva Antpack, Rua Crispim Machado Silveira, 42, 91530-250, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3336-5511.

goal of the present study was to analyze the solving capacity of SADE by checking if the original problem was solved, how long it took and users' satisfaction level. We identified the number of demands concluded in 2003 (n = 123) and interviewed the users by phone. Of the 54 interviewees, 48.1% said that the problem was not solved, 40.4% said it was solved, and 11.5% said that it was partially solved. As to elapsed time between the request and the problem solution, 35% said that the problem was solved in less than a month, and 31% could not precise. As to satisfaction with the system, 52.3% graded the system between 8.5 and 10, and 18.2% graded it zero. We conclude that SADE is a channel through which citizens are able to express their opinion, however, the federal, state and city governments must continue to refine it, especially in what concerns the problem-solving capacity of the system.

Key words: Quality in health care; health care administration and planning; health care support.

INTRODUÇÃO

A avaliação da satisfação dos usuários em serviços públicos é uma prática muito recente, mesmo em países onde a prestação de contas à população é prática usual. Nos países onde os sistemas de avaliação de satisfação já estão instituídos, ainda estão em início de processo, cada um deles desenvolvendo metodologias próprias adequadas às circunstâncias e características de seus serviços, não existindo ainda metodologias específicas desenvolvidas para esse tipo de pesquisa.

A necessidade de aferição da satisfação dos usuários de serviços públicos se deve às novas formas de implementar as políticas públicas e aos novos procedimentos gerenciais adotados por alguns países nos últimos anos: decorrem de uma mudança de postura dos governos que a encaram como ferramenta para definir ações para melhoria da qualidade da gestão e da qualidade dos serviços prestados. É consequência do conjunto de transformações que redesenham o papel do Estado em todo o mundo. A adoção de programas de qualidade, onde se desenvolveram teorias e práticas que servem de base às experiências voltadas para avaliação da satisfação de usuários ou consumidores de bens e serviços, até pouco tempo era iniciativa somente do setor privado. Na gestão pública, porém, não se construíram marcos teóricos capazes de orientar a realização de pesquisas de avaliação de satisfação, nem se consolidou referência metodológica comum.

A experiência de alguns países na avaliação da satisfação dos usuários de serviços públicos, apesar de recente, encontra-se em patamar mais definido e consolidado do que no Brasil. Nas sociedades desses países, os usuários dos serviços públicos conhecem seus direitos e deveres e sabem exigí-los; distinguem também, com mais nitidez, as alterações para melhor ou para pior na qualidade dos serviços prestados e no aces-

so a eles, e é maior o conhecimento dos usuários sobre a organização e o funcionamento estipulados para os serviços públicos, o que facilita as pesquisas de avaliação. No Brasil, entretanto, o simples acesso ao serviço ainda é o aspecto mais determinante na satisfação dos usuários (1).

O Sistema Único de Saúde (SUS) significou uma conquista para a maioria da população brasileira que permanecia à margem da assistência, pois o acesso aos serviços de saúde com alguma resolutividade era privilégio de poucos. A implantação do SUS foi a resposta a um processo que envolveu interesses de diversos grupos e segmentos da sociedade brasileira. A descentralização abriu, de fato, novas perspectivas para o setor, ao atribuir aos municípios a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde, tornando-os corresponsáveis por garantir o direito à saúde dos cidadãos. Embora grande parte dos municípios brasileiros não dispusesse de uma rede capaz de enfrentar a nova realidade, a maioria expandiu a sua rede para assumir o novo papel e garantir à sua população o acesso aos serviços de saúde (2).

Com a implantação do SUS, a saúde se tornou um direito do cidadão e um dever do Estado, e, como consequência, a lógica que informava o setor saúde mudou. Essa questão é importante quando se abordam as políticas sociais e sua formulação, porque implica em deixar de tratá-las como expressão de carência para atribuir-lhes o estatuto de direito: ao tornar-se um direito, foi ampliado o acesso da população aos serviços de saúde. Porém, a imagem que normalmente se veicula é de que os serviços públicos de saúde são de qualidade duvidosa – seja em função das condições de trabalho oferecidas aos profissionais da área, seja pelo baixo poder resolutivo dos serviços oferecidos (2).

A melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços públicos é vital para o desenvolvimento equilibrado

do país; para tanto, faz-se necessário estabelecer uma nova relação do poder público com a população, que possa aumentar a consciência dos direitos da cidadania, proporcionando instrumentos mais eficazes de responsabilização daqueles que detêm o poder de decisão na esfera pública (3).

No segundo semestre de 1999, foi tomada uma decisão inédita no Brasil, de encomendar uma pesquisa nacional para saber dos usuários o que eles pensavam dos serviços públicos nas áreas de Educação, Saúde e Previdência. A iniciativa foi pioneira no mundo, além de inédita, à época, também nos Estados Unidos, que encomendavam avaliação semelhante pela primeira vez. A intenção do governo federal foi de ter uma referência de percepção do usuário em relação ao serviço público que permitisse a construção de um indicador nacional médio de satisfação. Com esse trabalho, a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão deu início à criação de um Sistema Permanente de Avaliação da Satisfação dos Usuários, que tem por objetivo dar voz à população em relação aos serviços oferecidos pelo setor público em todos os níveis (3,4).

Segundo o documento oficial que divulgou a “Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos”, mais importante do que a própria pesquisa foi a ação inovadora do governo, calcada na idéia de que faz parte das obrigações dos governantes prestar contas à população com regularidade, em vez de apenas em períodos eleitorais, sendo essa prestação de contas um direito do cidadão. Dessa forma, esperava o governo federal iniciar uma relação efetiva e duradoura do setor público com a população, colocando esta nova metodologia à disposição dos governadores estaduais e prefeitos que quisessem realizar o mesmo em seus estados e municípios (4).

Na pesquisa realizada pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, foram ouvidos usuários e não-usuários, havendo uma discrepância significativa entre os dois grupos: os não-usuários fizeram uma avaliação pior dos serviços públicos do que os usuários desses serviços. Segundo interpretação dos pesquisadores, por terem em média um padrão de vida mais alto, os não-usuários consomem serviços privados e estão acostumados ao fácil acesso a bens e serviços sofisticados, sendo mais exigentes em sua avaliação. Além disso, não sendo usuários dos serviços públicos, suas avaliações refletem também as informações divulgadas através da mídia ou por terceiros, sendo uma manifestação desprovida de sustentação factual. Por outro lado, como no Brasil ainda não há a consciência de que é um direito do cidadão receber um serviço público de qua-

lidade, o simples acesso ao serviço já produz em seus usuários um nível de satisfação que não corresponde à qualidade efetiva do serviço (3).

A pesquisa constatou que os serviços públicos que obtiveram maior grau de satisfação foram os da área da Educação, em segundo lugar os da Previdência, e em último lugar os da Saúde. Nessa área, metade dos usuários entrevistados apontou a garantia de acesso como a dimensão mais importante na avaliação dos serviços, sendo o acesso a medicamentos o que mais preocupa. Em seqüência, foram apontadas a agilidade no atendimento, a qualidade no serviço, a qualidade no atendimento e, por último, as instalações físicas. Os maiores escores de satisfação foram para as campanhas que ensinam a tratar doenças, para o cuidado de médicos e enfermeiros com sua aparência, para os bons resultados no combate à dengue e à cólera e para a facilidade do acesso. O mais baixo nível de satisfação recaiu sobre a certeza de recebimento gratuito de remédios receitados, a rapidez para conseguir internação e a confiança em não contrair infecção hospitalar.

Segundo seus promotores, o resultado da primeira pesquisa sobre a qualidade dos serviços públicos deve significar para os gestores públicos apenas um parâmetro de comparação, visto que a meta governamental foi de promover e incentivar as melhorias necessárias a serem alcançadas nos próximos anos, quando será um desafio para os governos promover a melhoria nos serviços na mesma proporção em que aumentam as demandas da população (3).

Em pesquisa de satisfação dos usuários realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, a opinião manifestada sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde já havia sido na mesma direção apontada posteriormente na pesquisa nacional. A maioria dos usuários, em todas as faixas de renda, dizia-se satisfeita com os serviços, e os motivos atribuídos a essa satisfação referiam-se, principalmente, ao bom atendimento e à atenção dispensada pelos médicos. Para Junqueira & Auge, um importante índice para avaliar a qualidade da assistência é o modo como os cuidados técnicos são dispensados e recebidos, no relacionamento paciente/serviço de saúde, pois a boa relação entre os profissionais e o paciente influi positivamente no tratamento. Esses autores destacam que o processo de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz: usuários e prestadores ocupam posições diferentes no processo de prestação de serviços, as expectativas e necessidades dos dois grupos determinam de maneira diversa a qualidade do serviço, mas ambos contribuem para que os serviços sejam executados. Para eles, a qualidade dos serviços muitas vezes é conside-

rada apenas do ponto de vista do usuário: o funcionário, cliente interno da instituição, nem sempre tem suas expectativas e necessidades levadas em conta, embora o desempenho dos serviços de saúde esteja na dependência deste profissional, do seu compromisso com a organização, com a clientela, com os resultados de programas e atividades que desenvolve (2).

A implantação de ouvidorias está mais próxima do conteúdo do projeto reformador do sistema de saúde, e sua concepção contém o significado de uma forma de gerenciamento que envolve usuários e trabalhadores, oportunizando um canal que assegure aos usuários o direito de serem ouvidos e terem voz. Quando a ouvidoria é criada num clima institucional embasado na proposta reformadora, enfatiza os princípios de democratização institucional, impacta oportunizando a ampliação da voz e o efetivo envolvimento dos usuários através da análise e das respostas às reclamações, reforça as estratégias de envolvimento e de disciplinamento internas, no sentido de acolher as reclamações como forma de consulta aos usuários, sobre os problemas e a qualidade do atendimento prestado pela instituição (1).

A ouvidoria eficaz caracteriza-se pela acolhida da reclamação como forma de consulta e envolve os usuários, ouvindo-os para solucionar os problemas institucionais, incentivando-os a registrar sua reclamação e respondendo qualificadamente ao reclamante. Esta concepção de ouvidoria está identificada com os direitos individuais, é considerada um mecanismo democrático de controle da administração, de acesso à justiça e de defensoria popular, e se apóia em experiências concretas como as da Inglaterra, Estados Unidos, Espanha, França, Canadá e Brasil. Para que a ouvidoria possa atingir seus objetivos, como canal de voz do cidadão, é necessária uma estrutura na qual o responsável tenha respaldo institucional e a reclamação possa ser vista como uma questão social, e não individual, pois as reclamações apontam para relações sociais imperceptíveis aos olhos de quem as experiencia (1).

No Brasil, a implantação de ouvidorias na área de saúde ocorreu em âmbito governamental e também nas instituições de saúde privadas, especialmente os hospitais. Está associada à crise e às transformações verificadas na área na década de 90.

Alguns hospitais privados, após passarem por crises institucionais, aderiram aos programas de qualidade, onde se desenvolveram teorias e práticas que servem de base a experiências voltadas para a avaliação dos consumidores de bens e serviços. Nesse contexto, surgiu a concepção da ouvidoria como uma forma de melhorar a qualidade e ampliar a assistência, permitindo atuar de forma competitiva no mercado de convêni-

os e particulares, onde o consumidor tem a chance de escolher um serviço diferenciado. Um dos objetivos de instalação de ouvidorias hospitalares foi melhorar a gestão administrativa: antes das ouvidorias, as reclamações eram feitas à qualquer pessoa, à imprensa, ou recaíam diretamente na administração central. A opção pela ouvidoria foi uma forma encontrada para detectar problemas de funcionamento deficiente e corrigir suas causas, além de conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, buscando aprimorá-la (1).

Alguns hospitais públicos também implantaram sistemas de ouvidoria, como uma opção alternativa e política de dar voz ao usuário. Em 1990, foi instalado um serviço de ouvidoria no Hospital Fêmeina, de Porto Alegre/RS, mais tarde estendido para todo o Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao Ministério da Saúde, do qual o primeiro faz parte. Em 1992, o serviço de ouvidoria foi instalado no Hospital Universitário de Londrina/PR; em 1994, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS e também no Hospital de Clínicas de São Paulo/SP; e, em 1995, no Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte/MG. Em alguns deles, o serviço de ouvidoria parou de funcionar após curta atuação, ou sequer chegaram a ser realmente implantados, inobstante a intenção de implantação. Segundo Pereira (1), embora a implantação do sistema de ouvidoria demonstre uma preocupação com os usuários, na prática, em alguns casos, funcionou como uma estratégia para aplacar as relações dos usuários com a instituição: no Hospital Fêmeina, de Porto Alegre/RS, o agendamento da entrevista com o usuário foi usado como forma de acalmar os reclamantes, ouvindo-os e explicando os fatos ocorridos como maneira de dissuadi-los a registrar sua reclamação; no caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o sistema de ouvidoria também resultou numa estratégia de aplacação, pois as respostas dadas aos usuários eram meramente justificativas e a aplicação de dispositivos legais, não apresentando resolução aos problemas levantados pelos mesmos.

Em âmbito governamental, a década de 90 trouxe circunstâncias favoráveis às propostas de participação do cidadão sobre as atividades de prestação de serviços de saúde, assim como medidas de desburocratização. Estes princípios foram inseridos na Constituição Federal de 1988 e nas leis federais que regulamentaram a organização e funcionamento do SUS, especialmente a Lei nº 8142/90, que regulamentou o controle social (5).

Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde emitiu parecer favorável à implantação de ouvidorias no SUS, que foi incluído no Relatório Final. Nesse rela-

tório, consta que “os Conselhos e Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação”. Entre esses mecanismos, incluem-se a criação de serviços de ouvidoria e Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde e Gestores do SUS, bem como a criação das carreiras de Auditor em Saúde e de Ouvidor Público Hospitalar (5). No âmbito do governo federal, foi criado o Programa Disque-Saúde, junto ao Ministério da Saúde; nas esferas estaduais e municipais, criaram-se serviços de ouvidoria na Prefeitura de Curitiba e no Governo do Estado do Paraná (1).

O Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do Sistema Único de Saúde (SAC/SUS) foi criado pela Portaria nº 2009/GM/MS, de 30 de outubro de 2001, e refere-se a toda e qualquer demanda encaminhada pelos cidadãos brasileiros, usuários ou não do SUS, que acessam o sistema através do telefone 0800.611997 (Disque-Saúde, com discagem gratuita) para apresentar elogios, reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e pedidos de informações, tratando de interesses próprios ou de terceiros (6).

Conforme relatório de 2003 da Ouvidoria Geral, divulgado em abril de 2004, o Disque-Saúde permite acesso a 131 bancos de dados, que tratam de assuntos gerais referentes à saúde e aos programas instituídos pelo Ministério da Saúde, e tem um segmento que trata de denúncias, reclamações e sugestões no âmbito do SUS (7). É nesse segmento que se constitui o Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE), um subsistema informatizado do SAC/SUS, com fluxo de informações via internet, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de “identificar a necessidade e/ou opinião do cidadão/usuário do SUS e desenvolver os serviços, produtos e processos necessários ao seu atendimento” (7).

O acesso ao site do SADE (<http://drt2001.saude.gov.br/ouvidoria/>) é feito exclusivamente com senha fornecida pelo Ministério da Saúde para pessoas autorizadas nas secretarias estaduais e municipais de saúde, no caso de municípios habilitados na condição de “Gestão Plena do Sistema Municipal”, conforme Portaria nº 373/GM de 27 de fevereiro de 2002 – NOAS/SUS- 01/02. Cabe aos gestores estaduais e municipais dar andamento às queixas, denúncias e reclamações, acessando o sistema através de senha para registrar no banco de dados o andamento do assunto até sua conclusão.

Quando de sua criação, o SADE estava ligado ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Atualmente, faz parte do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, instituído pelo Decreto nº

4726, de 9 de junho de 2003, da Secretaria de Gestão Participativa, que teve seu funcionamento disciplinado pela Portaria Ministerial nº 1193/GM/MS, de 16 de junho de 2004 (5).

A partir da Portaria nº 1193/01-GM, o Ministério da Saúde criou em seu portal um *link* para facilitar o acesso de servidores e usuários. Na página inicial, o usuário obtém informações de quando e como usar o sistema, como realizar contato por telefone, fax ou correio eletrônico, bem como apresenta um formulário próprio para fazer denúncias e reclamações.

As demandas do SADE são classificadas pelo Ministério da Saúde em três categorias de assunto: Assistência, Financeiro e Outros, e em diversas subcategorias: aparelho auditivo, cadeira de rodas, cirurgia, cobrança a usuários do SUS, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, exames, indícios de fraude em registro de procedimento, indícios de negligência médica, má conservação da estrutura física, marcação de consultas, medicamento, posto de saúde, recursos/investimento, recusa de atendimento a paciente do SUS, saúde em geral, transplante, transporte, etc.

Quanto à sua natureza, conforme formulário, as demandas são classificadas em seis tipos: 1. Denúncia, 2. Elogio, 3. Informação, 4. Reclamação, 5. Sugestão e 6. Solicitação.

Os prazos para resposta junto ao Ministério da Saúde são fixados conforme a classificação de prioridade que recebem: 1. Urgente - 15 dias, 2. Alta - 30 dias, 3. Média - 60 dias e 4. Baixa - 90 dias, recebendo um escalonamento para resposta, ou seja, uma data pré-fixada registrada no sistema. O sistema prevê ainda três situações de providências a serem tomadas pelos gestores estaduais e municipais, que podem ser: 1. Apurar, 2. Conhecer e 3. Atender, nomeando qual destas a secretaria deve realizar. Toda e qualquer demanda deve ser respondida junto ao Ministério, até mesmo os elogios são encaminhados aos municípios correspondentes, para que a demanda seja considerada concluída junto ao sistema.

Desde a sua recepção até a conclusão junto ao Ministério da Saúde, as demandas têm as seguintes condições de *status* no SADE:

- Encaminhado: toda demanda registrada junto ao sistema e disponibilizada via internet às secretarias;
- Em análise: toda demanda que está em fase de apuração, até chegar-se à fase de conclusão no sistema;
- Concluído: registro de toda a apuração realizada e fechamento da demanda junto ao sistema.

Após a conclusão por parte dos gestores, a demanda é analisada por técnicos do Ministério da Saúde, passando ao *status* de concluídas dentro do sistema ou, quando a resposta for julgada não-conclusiva, a demanda é

reencaminhada ao gestor responsável, normalmente acompanhada de sugestões quanto aos procedimentos a serem tomados.

O presente projeto de pesquisa teve como objetivo analisar as demandas concluídas do ano de 2003, buscando identificar o grau de satisfação atingido pelo sistema junto aos usuários e avaliando o nível de satisfação dos usuários com a resolatividade das mesmas. Embora o próprio sistema tenha disponível sua estatística, esta apenas quantifica o número de demandas com *status* de concluídas, não havendo dados sobre as demandas atendidas, ou seja, aquelas em que o usuário realmente teve seu pleito atendido ou sua demanda resolvida. Esse estudo averiguou se, após sua demanda ter sido registrada como concluída junto ao Ministério da Saúde, o usuário conseguiu ou não obter êxito e, em caso negativo, por que, qual o tempo decorrido até que seu pleito tenha sido atendido e o motivo da demora. Esse estudo buscou obter dados que possam aprimorar o SADE dentro do SAC/SUS, uma vez que o mesmo se encontra em fase de adaptação.

MÉTODOS

Inicialmente, foi realizado um levantamento das demandas com *status* de concluídas no SADE, no ano de 2003, as quais totalizaram 123 demandas. Uma vez identificadas essas demandas, foi realizado contato telefônico com o usuário, no número registrado na própria demanda para contato, seguindo-se um roteiro de entrevista para coleta dos dados.

RESULTADOS

Das 123 demandas identificadas, responderam à pesquisa 54 (43,9%) usuários entrevistados, ao passo que 69 (56,1%) não responderam. Os motivos pelos quais os usuários não responderam foram os seguintes (tabela 1):

Ao serem indagados como tomaram conhecimento do SADE do Ministério da Saúde, os usuários apontaram diversas formas, com predominância dos meios de comunicação – televisão, jornais, rádio, revistas (22,2%) –, seguidos de contato com pessoas vinculadas a órgãos da saúde, familiares ou conhecidos e resposta de carta enviada ao usuário pelo Ministro da Saúde ou Presidente da República (14,8%, cada), além de outros meios (7%).

Dos oito usuários que obtiveram informações através de pessoas vinculadas a órgãos de saúde, cinco receberam informações de funcionários ou de folhetos distribuídos nos postos de saúde e Coordenadoria Regio-

nal, e três através do próprio médico que prestou atendimento. Chama a atenção o número de pessoas que ficou sabendo do Disque-Saúde através de resposta de correspondência que tiveram a iniciativa de enviar ao próprio Ministro da Saúde ou ao Presidente da República, apresentando suas queixas ou demandas.

Quanto ao problema que gerou a queixa/reclamação ou solicitação dos usuários, 48% referiram não ter tido sua demanda resolvida, 40,4% a tiveram, e 11,5% afirmaram que o problema que motivou a demanda foi resolvido “em parte”.

Quanto ao tempo decorrido entre o registro da demanda e a solução do problema, dos 29 entrevistados que consideraram ter o seu problema totalmente resolvido ou em parte, 35% levaram menos de 1 mês para ter a solução do problema, e 31% não souberam precisar ou não lembram do tempo decorrido. Os usuários que levaram mais tempo para resolver seu problema (2 anos) foram os que necessitavam de próteses e cirurgias (três entrevistados), e a demora para quem solicita outros atendimentos e medicamentos é, em média, de 3 meses.

Foi solicitado aos usuários que atribuíssem nota de 0 a 10 ao Disque-Saúde do Ministério da Saúde, quando a maioria dos entrevistados deu nota máxima ao mesmo (43,2%), e 9% entre 8,5 e 9. Ou seja, 52,3% dos graus aferidos estavam acima de 8,5. Entre os demais, 17% não quiseram opinar, e para 29,5% o grau ficou entre 0 e 5.

Solicitados a fazer comentários sobre o Disque-Saúde, apenas dois usuários não quiseram comentar. Os comentários positivos ficaram por conta dos usuários que tiveram suas demandas atendidas, havendo unanimidade inclusive entre os que não foram atendidos quanto à

Tabela 1. Motivos de não-resposta à entrevista telefônica (n = 69)

Motivos	%
Sem telefone para contato	39,1
Mensagem da companhia telefônica c/ informação de número incorreto, inexistente, não ativado ou programado para não receber chamadas	24,6
Telefone mudo, não atendendo ou usuário não se encontrava	11,6
Telefone na caixa postal, secretária eletrônica, desligado ou fora de área	10,1
Usuário não conhecido no número citado	7,2
Telefone só para recados e outros	5,9
Demanda repassada para município em Gestão Plena do Sistema de Saúde	1,5
Total	100,0

qualidade do atendimento dos atendentes do Disque-Saúde, ficando claro em várias entrevistas que suas queixas são quanto ao seu município ou à Secretaria Estadual de Saúde, e não contra o Ministério da Saúde, e que usarão novamente o sistema caso haja necessidade.

As críticas negativas ficaram a cargo dos usuários não atendidos em suas demandas, bem como alguns que levaram muito tempo para serem atendidos: colocam que não adianta ter um sistema 0800 que não funciona; que o Ministério da Saúde faz propaganda em vão; que o sistema não tem poder para atender os usuários, apenas os ouve; que faltam leis para garantir o cumprimento de seus direitos de cidadãos.

Vários usuários aproveitaram a entrevista para colher informações de como ter realmente seu pleito atendido e como proceder em caso de tentativa de cobrança irregular por internação. Alguns usuários, embora tenham feito solicitação junto ao Disque-Saúde, garantiram seu atendimento através de mandado judicial, classificando como lamentável o uso deste recurso.

CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo central desse trabalho, constata-se que menos da metade dos usuários entrevistados, os quais tiveram suas demandas registradas como concluídas no SADE, teve efetivamente resolvido o problema que motivou a demanda (48%), sendo total ou parcialmente resolvido em menos de um mês (35%).

A maioria dos entrevistados (52,3%) atribuiu nota de 8,5 a 10 ao sistema (Disque-Saúde), embora um percentual significativo (18,2%) tenha atribuído nota 0.

Os usuários que tiveram suas demandas atendidas fizeram comentários positivos sobre o Disque-Saúde, afirmando que voltariam a usá-lo novamente caso necessário. Os que não foram atendidos consideram que o sistema não funciona, que apenas “ouve” os usuários, mas não tem poder para resolver seus problemas, e que faltam leis para garantir os direitos do cidadão.

Esses comentários negativos remetem ao fato de que o SAC/SUS, criado em 2001, está ainda em fase de implantação e vem sofrendo alterações para sua melhoria. O “Carta ao Usuário” foi o primeiro sistema informatizado a ser criado, e, à época, após treinamento recebido do Ministério da Saúde, ocorreram várias discussões internas entre a Auditoria Médica Estadual e a Assessoria Jurídica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, na tentativa de normatizar os procedimentos referentes à apuração dessas demandas. Além de reuniões internas, houve também reuni-

ões com a Promotoria Pública, buscando um embasamento legal para os servidores que deveriam proceder tais apurações, nesses casos, os médicos auditores.

Preocupada em atender tais demandas, a Secretaria Estadual de Saúde, na gestão 1999-2002, criou uma comissão de servidores para estudar as ações a serem implantadas, com a finalidade de estruturar-se para atender não só as demandas oriundas do Ministério da Saúde, como também aquelas que chegavam diretamente na Auditoria Médica Estadual, sistematizando o processo de apuração das denúncias. O trabalho desta comissão teve por resposta a aprovação da Lei Estadual nº 11.867, de 17 dezembro de 2002, que criou os procedimentos administrativos do Sistema Estadual de Auditoria e as medidas aplicáveis às irregularidades ocorridas no SUS do estado do Rio Grande do Sul, bem como deu respaldo às “Rotinas Administrativas para Apuração de Denúncias de Usuários do SUS”, adotadas como regra geral para as auditorias no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

Conforme a citada Lei Estadual, todas as demandas disponibilizadas através do sistema informatizado são impressas, e aquelas que apontam irregularidades geram processos administrativos instaurados pela Auditoria Médica Estadual, sendo então encaminhadas às Coordenadorias Regionais de Saúde para serem apuradas, retornando, após, ao nível central para serem concluídas junto ao Ministério da Saúde e respondidas ao usuário.

O sistema de ouvidoria instituído no âmbito do Ministério da Saúde demonstra ser realmente um canal de voz ao cidadão, que cada vez mais reconhece seus direitos, fazendo-se necessário que tanto o Ministério da Saúde quanto as secretarias estaduais e municipais de saúde continuem desenvolvendo métodos que contribuam para o aprimoramento do mesmo, especialmente no que diz respeito à solução dos problemas que motivam a manifestação dos usuários, o que evidentemente implica na melhoria do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias* 2002;4(7):82-121.
2. Junqueira LAP, Auge AP. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos FUNDAÇÃO* 1996;1:60-78.
3. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Uma nova relação do setor público com o cidadão. Brasília: Secretaria de Gestão; 2000.
4. Brasil, Ministério do Planejamento. Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos

- usuários dos serviços públicos. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/>. Acessado em novembro de 2003.
5. Brasil. Legislação brasileira. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acessado em julho de 2004.
 6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência
à Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acessado em agosto de 2004.
 7. Brasil, Ministério da Saúde, Ouvidoria Geral do SUS. Atividades do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/ouvidoria. Acessado em agosto de 2004.

COMPORTAMENTO SEXUAL E MARKETING SOCIAL NAS
CAMPANHAS DE PREVENÇÃO À AIDS – O CASO DE UMA ESCOLA
PÚBLICA MUNICIPAL EM SÃO LEOPOLDO (RS)

SEXUAL BEHAVIOR AND SOCIAL MARKETING IN AIDS PREVENTIVE
ACTIONS: A CASE STUDY WITH PUBLIC SCHOOL STUDENTS IN SÃO
LEOPOLDO, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Maria Salete Macedo¹, Marcelo Jacques Fonseca²

RESUMO

Este estudo está alicerçado em três eixos: a questão da AIDS entre os adolescentes, o comportamento sexual desse grupo sob o prisma da prevenção, e o marketing social, questionando a eficiência deste instrumento, enquanto método, para conter o avanço da contaminação da epidemia através do vírus HIV. Objetiva abrir um espaço de reflexão sobre as campanhas de prevenção contra a AIDS, para que se estabeleçam métodos que atinjam os adolescentes. Foi investigado um grupo de jovens estudantes de Ensino Médio de uma Escola Pública Estadual do município de São Leopoldo (RS), através da técnica de grupo focal. A análise qualitativa dos dados coletados nos depoimentos evidenciou que o olhar dos estudantes, na relação AIDS-marketing social, sugere uma readequação das campanhas divulgadas pela mídia em geral, bem como das campanhas da Secretaria Municipal da Saúde junto às escolas. De posse desses dados, é possível refletir sobre as ações preventivas e estabelecer novas diretrizes no combate à AIDS.

Unitermos: AIDS, prevenção, adolescentes, marketing social.

ABSTRACT

The present study is based on three major points: AIDS among teenagers, their sexual behavior in what concerns prevention, and social marketing. The article discusses the effectiveness of prevention campaigns as a method to contain the advance of HIV contaminations. The study intends to open a space for reflection on the effectiveness of AIDS prevention campaigns. To this end, a group of young students of a public high school in the town of São Leopoldo (state of Rio Grande do Sul) was investigated through the focal technique. The qualitative analysis of data collected in their reports evidenced that new approaches should be developed in what concerns AIDS prevention campaigns released by the media and health departments in schools. With these data, it is possible to reflect upon preventive measures and to establish goals in the fight against AIDS.

Key words: AIDS, prevention, adolescents, social marketing.

¹ Médica pediatra, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Coordenadora do Núcleo de Vigilância em Saúde Pública da Secretaria Municipal da Saúde de São Leopoldo, RS.

² Mestre em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração: Marketing, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS.
Correspondência: Maria Salete Macedo, Rua Gomes Portinho, 205, Bairro Jardim América, 93020-100, Caxias do Sul, RS.
E-mail: mariasaletemacedo@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

A ONU reconheceu que o Brasil realizou um eficiente trabalho para reduzir a transmissão da AIDS através do vírus HIV, com uma diminuição da mortalidade causada pela doença de aproximadamente 40 a 50%, e de 30 a 40% na demanda de intervenções hospitalares (1). Entretanto, se por um lado caiu a ocorrência de contágio da epidemia, demonstrando ter havido uma mudança no comportamento sexual da população, por outro lado, o país ainda se encontra entre os que possuem os maiores índices da doença no mundo.

A extensão territorial brasileira, sua heterogeneidade e desigualdades sociais têm sido apontadas como responsáveis pela existência de um grande número de casos de AIDS. A doença, distribuída de forma heterogênea nas diversas Unidades da Federação, vem aumentando entre os mais pobres, de menor nível de escolaridade, e entre os adolescentes, principalmente do sexo feminino. Essa constatação remete a questionamentos como: que estratégias o Brasil tem desenvolvido para diminuir os casos de AIDS? A que público-alvo elas estão sendo dirigidas? Como estão sendo veiculadas? Correspondem à cultura do comportamento sexual do brasileiro?

Sabe-se que o trabalho de prevenção patrocinado pelos poderes públicos se apresenta na forma de distribuição gratuita de camisinhas, bem como através da informação divulgada nos meios de comunicação, o chamado marketing social. Para os adolescentes, o Ministério da Saúde disponibilizou o site www.adolesite.aids.gov.br, voltado a prestar esclarecimentos sobre a doença. Apresentada de forma criativa, a página é ilustrada com figuras bem-humoradas, dispondo de perguntas e respostas dirigidas a esse público. Entretanto, é do conhecimento de todos que o acesso aos recursos da informática ainda é reduzido em nosso país.

De outra parte, nessa complexa tarefa de educar os adolescentes para um comportamento sexual preventivo, existem as nuances próprias do caráter juvenil. A etapa da vida definida como adolescência, período de transição entre a infância e a vida adulta, é pontuada pelos esforços em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade e pelos impulsos do desenvolvimento físico, emocional, mental e social. Nesse processo, marcado também pela dependência econômica e afetiva dos familiares, a realidade nos mostra que muitos deles estão completamente carentes desta proteção, seja por parte da família, da escola ou dos poderes públicos. Informações sobre sexualidade, quando lhes são transmitidas, às vezes estão carregadas de preconceitos e tabus.

De um modo geral, isso é feito pelos adultos que exercem o poder nas instituições sociais, frente à nova geração que está surgindo numa velocidade e tempo de duração variáveis, na maioria das vezes meteóricos. Essas forças diferentes, e ao mesmo tempo complementares, freqüentemente colidem trazendo à tona os confrontos entre elas, modificando e distorcendo a percepção da realidade, segundo as idéias, esperanças e probabilidades de cada grupo etário. É a fase do choque de gerações.

É evidente que as intensidades desses problemas tomam colorações diferentes, mas podemos dizer que perpassa, em maior ou menor intensidade, por todos, essa pobreza sociocultural. Para Guimarães (2), a educação sexual tem sido “parte desse processo global de indiferença, ou de uma intencional perversidade. Aliás, pode-se dizer que a não-informação é uma forma de informação. O silêncio em torno das questões sexuais constitui uma certa maneira de orientar.”

Isso fica mais evidente ainda quando se trata do sexo feminino. Nas mulheres, o desconhecimento da sexualidade chega a ser percebido como algo positivo. Segundo Martinez (3), o medo, a solidão, a vergonha, a conformidade, a passividade e a insegurança na elaboração da identidade feminina são reforçados por uma ideologia de “pureza” e submissão. Para Parker (4), na América Latina, a cultura machista acentua essa realidade, fazendo com que as pesquisas contemporâneas se voltem para as questões de gênero na área do comportamento sexual, diante da rápida disseminação do HIV entre as mulheres.

Embora a epidemia da AIDS não escolha sexo, raça, idade ou orientação sexual, podendo atingir a todos que se expõem ao risco, a população adolescente e, nela, a feminina, vem tendo maior contágio com o vírus HIV. Que meninas são essas? São as chamadas “meninas de programa”? E as chamadas “meninas de família”? Que comportamento sexual têm tido as meninas para contribuir para o aumento da doença entre elas? Qual é o comportamento dos meninos diante da ameaça da AIDS? Como eles vêem o comportamento das meninas?

Além de buscar respostas para esses questionamentos, este trabalho percorre o caminho da responsabilidade político/social, procurando também saber o que o Estado tem feito para resolver os problemas relacionados ao grande número de casos de AIDS entre os adolescentes no Brasil. Sabemos que a mídia, através de seus programas ou comerciais, tem divulgado apelos sexuais que nem sempre são compreendidos pelo senso crítico dos adolescentes, em fase de formação de seus valores éticos e morais.

“Na atualidade, os meios de comunicação, em geral, vêm incitando uma sexualidade em que valores questionáveis têm contribuído para o aumento de situações de risco e suas implicações para a saúde e a qualidade de vida. As insatisfações e a imprudência manifestada através do risco nas relações sem preservativos também fazem parte dessas situações de risco, favorecendo a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.” (5)

No Brasil, o empenho preventivo tem avançado positivamente para controlar a doença. Contrariando as previsões do Banco Mundial, que previa para a virada do século 1,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, havia, no ano 2000, menos da metade desta estimativa.

Historicamente, o Ministério da Saúde intensifica a distribuição de preservativos durante o período de carnaval, buscando também conscientizar a população sobre os riscos do contágio com o vírus HIV, através de campanhas veiculadas em meios de comunicação de massa. A partir do dia 8 de fevereiro de 2004, em suas peças publicitárias, em todas as emissoras de TV do país, o Ministério da Saúde passou a reforçar a necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais eventuais.

Isso tudo fez refletir sobre a importância das campanhas publicitárias patrocinadas pelos órgãos públicos, e o seu poder enquanto instrumento capaz de estimular, no comportamento sexual do brasileiro, o hábito do uso da camisinha, e também sobre o significado de marketing social. Para Andreasen & Drumwright (6), “marketing social é aplicação das tecnologias de marketing comercial (...) com o intuito de influenciar seu bem-estar pessoal e o da sociedade”.

Ou, como ainda afirma Kotler (7):

“Marketing social é o projeto, a implementação e o controle de programas que procuram aumentar a aceitação de uma idéia ou prática social num grupo-alvo. Utiliza conceitos de segmentação de mercado, de pesquisa de consumidores, de configuração de idéias, de comunicações, de facilitação de incentivos e a teoria de troca, a fim de maximizar a reação do grupo-alvo.” (p. 288)

Sem dúvida, essa técnica é valiosa para combater a AIDS, pois a saúde é um bem social, um valor permanente e uma meta universal. Não é um bem de mercado, que se pode trocar por dinheiro nem encontrar nas vitrines das lojas. Os desafios que os médicos e os dirigentes políticos enfrentam é, entre outros problemas nacionais, o de melhor empregar os recursos humanos e tecnológicos para alcançar um nível melhor de saúde para a maioria da população. Resta saber se o marketing social, nas campanhas contra a AIDS, produz algum efeito no comportamento sexual dos adolescentes, tanto em nível nacional quanto estadual ou municipal, e se está adequado à cultura sexual dos mesmos.

MÉTODOS

A coleta de dados se deu através da realização de um grupo focal com 12 adolescentes na faixa etária de 16 a 20 anos (seis meninos e seis meninas). Esses alunos cursavam, em 2004, o 2º e o 3º ano na Escola Estadual de Ensino Médio Amadeo Rossi, localizada no bairro Santa Tereza, da cidade de São Leopoldo, integrante da região metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS).

Precedendo os encontros do grupo, foi entregue um termo de consentimento informado para assinatura do adolescente e de seus pais, no caso dos menores de idade. A seguir, foram realizadas duas entrevistas, visando apreender o ponto de vista desses atores sociais pelo prisma dos objetivos da pesquisa, ou seja, seu comportamento sexual e a leitura que fazem sobre marketing social, a partir de um roteiro previamente elaborado. A estrutura do grupo focal procurou respeitar que os depoimentos ocorressem sem cercear a livre manifestação dos participantes, visto que o roteiro “deve contribuir para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores” (8).

Os encontros foram gravados e filmados, facilitando, assim, a interpretação da técnica e tornando possível a observação dos gestos dos alunos, que muitas vezes dizem mais do que as palavras. Buscou-se encontrar registros do comportamento sexual dos adolescentes, os interesses dessa geração em relação à educação sexual e a sua visão sobre as campanhas preventivas veiculadas pela mídia, bem como aquelas desenvolvidas através de palestras na escola.

Para interpretação, foi empregado o método da análise fenomenológica, como fundamento de apoio na interpretação dos resultados obtidos através da técnica de grupo focal (9).

Consiste em versão resumida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde e operacionalizado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas foram classificados em dois temas maiores (comportamento sexual e marketing social), e, para cada um deles, assuntos específicos foram extraídos a partir do critério de maior ocorrência dentro do processo de diálogo e observação.

No tocante ao comportamento sexual, para iniciar as discussões no grupo, foi sugerido que os adolescentes expressassem os significados de “ficar”, namorar, sexo, genitalidade e sexualidade. Pretendeu-se, dessa forma, deixar que os próprios participantes do grupo encaminhassem os debates, possibilitando uma opção mais ampla de temas para discussão e deixando fluir o trabalho com maior liberdade para os alunos se expressarem.

No decorrer dos diálogos, constatou-se que a iniciação das trocas de carícias entre os adolescentes (“ficar”) está conectada diretamente à curiosidade; é o “ver como é” que os aproxima, sendo que o namoro para eles significa algo mais duradouro, um compromisso. Ficou claro, nos depoimentos, que isso ocorre mais cedo entre os meninos.

As questões de gênero afloraram quando os adolescentes referiram-se ao que os impulsiona ao contato com o sexo feminino e a idade em que isso ocorre. Foi referido que “(...) é normal de cada idade, descobertas novas, de 12 a 14 pra cima (...) curiosidade, os outros falam e a gente quer saber o que é, e é assim que começa, naturalmente”, afirmou um deles. Quando uma adolescente interferiu, informando ser também a curiosidade que move o sexo feminino para essas relações, houve manifestações, de forma preconceituosa, sobre este comportamento. Frases como: “é tri xarope”, “pega mal pras gurias” ou “quanto mais o guri fica é garanhão, as gurias são chamadas de putas, galinhas”. “Pior que é assim mesmo!”, completou outro rapaz.

Esses depoimentos expõem de forma clara a distinção de gênero. É ainda mais surpreendente a constatação de que o imaginário feminino sobre o comportamento das mulheres reforça o pensamento masculino. “Tem aquelas que ficam com todo mundo, mas os guris não querem, é só pra ficar. Quando querem namorar mesmo, procuram uma mais certinhas”, declarou uma menina.

Quando questionados sobre a distinção entre sexo e sexualidade, fez-se silêncio, demonstrando a dificuldade em estabelecer diferenças entre estes conceitos. Foi o aluno mais velho da turma, de 20 anos, noivo, quem se arriscou a dar um palpite: “(...) acho que sexualidade é sentimento, o cara já traz com ele isso, sentir, sentimento (...)”. Os demais participantes não fizeram nenhuma objeção, parecendo entender que a fala do colega encerrava todo o sentido do conceito.

No que diz respeito ao relacionamento que os entrevistados mantêm com os seus pais, ficou claro que a maioria possui um espaço de diálogo, embora limitado ao próprio desconhecimento. Ao se referirem aos pais, alguns os caracterizaram como pessoas reticentes, preferindo não falar sobre sexo com os filhos; outros, entretanto, aparecem nos depoimentos

como pessoas abertas, que falam sem rodeios e que, por sua vez, se orgulham disso. No caso específico das adolescentes, a maior preocupação dos pais, ao falar de sexo com suas filhas, recai em sublinhar que a relação sexual sem as devidas precauções pode trazer consigo a gravidez precoce, potencialmente comprometendo o futuro. Na fala das adolescentes, não foi referida preocupação dos pais com as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS.

Alguns depoimentos ilustram a relação educativa que os pais mantêm com seus filhos, evidenciando a distinção de gênero:

“Os pais às vezes têm vergonha de conversar com os filhos, e os filhos acham que eles são ignorantes, mas é vergonha” (uma menina).

“Falo com a minha mãe. Ela é show de bola! Meu pai tem medo de falar sobre isso, Deus me livre! A mãe, não. Se digo que não tem camisinha, amanhã ela traz três caixas!” (um rapaz).

“O pai manda fazer bastante, mas se cuidar (...). Ele diz: cuida com quem tu anda – pra mim e o meu irmão. Diz que pode trazer pra casa, mas pede pra cuidar da minha irmã, pra não dar mau exemplo, não influenciar ela” (um rapaz).

“No colégio a gente fala bastante sobre isso (...). Eu ficava ouvindo minha mãe falar com a minha prima, daí eu aprendi umas coisas (...). Ah! Tem uma colega na aula que está grávida (...)” (uma menina).

Por inibição ou por representar a realidade, os depoimentos não deixaram claro se todas as meninas já mantiveram relações sexuais. Quanto aos rapazes, todos demonstraram ter tido experiência sexual. Ambos os sexos demonstraram, principalmente entre as adolescentes, a ligação entre sexo, amor, carinho. “É que o bagulho é bom (...). O guri só se arrepende quando erra a pessoa (...), com quem tu não gosta”, disse um rapaz do grupo.

As garotas valorizaram o carinho, o amor romântico, afirmando que “a primeira vez da guria é muito significativo”. Outra adolescente completa estabelecendo a diferença entre o desejo masculino e o feminino, afirmando que “os meninos não ficam muito tempo sem sexo (...)”.

Esse imaginário feminino se reflete no comportamento sexual no que se refere aos cuidados com doenças. Prevenir-se, carregando camisinha, é, na opinião das adolescentes, responsabilidade dos rapazes. Declararam não carregar camisinha e não lembrar de pedir para que eles as usem, achando isso um gesto difícil, seja por inibição ou porque isso vai pegar mal, deixando claro que ela já tem “experiência”. Nesse meio, a prevenção feminina é interpretada como variação de parceiros (“galinha”). O fato de os meninos

carregarem camisinha é explicado pelas meninas: “guris transam mais”. Mas, para eles, prevenção apresenta dois significados: não só evitar doenças, mas também gravidez.

Quando perguntados sobre quais as doenças sexualmente transmissíveis que conheciam, a primeira a ser lembrada foi a AIDS, sendo citadas também a sífilis, a gonorréia e a hepatite.

Especificamente quanto ao olhar dos adolescentes sobre as campanhas de marketing social, ao avaliar as palestras e o material distribuído em eventos, a maioria dos entrevistados afirmou que se constrange em pegá-lo: “hum... aquela ali tem cara de que...”, disse uma adolescente. Por outro lado, referiram que um grupo grande inibe a formulação de perguntas para esclarecer dúvidas, fica uma comunicação passiva, dominada por um dos lados apenas, declaração que vem ao encontro do que Demo (10) expressa ao afirmar que: “Destrói-se a comunicabilidade se somente um lado fala e ao outro impõe-se o silêncio, ou se o outro lado apenas pode consentir.” Quanto ao material escrito distribuído, o grupo afirmou que são lidos e jogados fora. Somente uma aluna referiu que guardava esse material.

Entretanto, foi a mídia televisiva e falada que mereceu maior destaque, principalmente quando se trata de informações sobre a prevenção da AIDS e o uso da camisinha. Eles as criticaram dizendo que elas ocorrem mais intensamente só no período do carnaval, “parece que só se transa no carnaval”, disse um dos entrevistados. Lembraram ainda que essa mesma linha de ação também é tomada pelos órgãos de saúde do município, com distribuição aleatória de camisinha nas ruas. “Na época do carnaval, na rua me deram uma ‘tripa’ de camisinha, eu não tinha nem onde guardar. Eu não tinha bolsa e fiquei com muita vergonha, todo mundo ficava me olhando. Uns diziam piadinhas (...) vai usar tudo isso, hein? Uma vez deram umas trinta para uma amiga minha lá no posto, ela não tinha nem onde colocar”, afirmou uma adolescente.

Sobre as camisinhas distribuídas gratuitamente, ficou claro o desconhecimento. Afirmaram que são de baixa qualidade, pois são secas, não-lubrificadas e ainda “são branquinhas, não têm marca nenhuma”, falou um aluno. Comentaram também sobre a dificuldade de sua manipulação: “É difícil. A gente tá lá no motel, a guria vai tirar a calcinha, o cara a cueca, o cara sai procurando, fica nervoso... Depois que acha não consegue abrir a embalagem... Aí o cara brocha”. “Deveria ser igual às embalagens de salgadinho ou como a fita para abrir bolachinhas”, completaram outros colegas.

A propaganda nos meios de comunicação transmite informações parciais para a população, pouco esclarecendo sobre as dúvidas mencionadas acima. Tem

sido direcionada mais intensamente para o produto “camisinha”, e masculina. Dados como camisinha feminina, o número da população infectada com o vírus HIV e que desenvolveram a doença, o crescente aumento desta ocorrência entre as mulheres e o crescente número de adolescentes contaminados ainda são muito pouco divulgados.

Alguns adolescentes sugeriram que o depoimento de pessoas com AIDS ou familiares aparecessem na televisão. Pensam que isso poderia chocar as pessoas e promover uma mudança de comportamento na sociedade. Por outro lado, também afirmaram que é pouco divulgado pelo marketing social o acesso e a gratuidade aos exames para verificar a existência do vírus HIV no sangue.

Diante da dinâmica do processo de contaminação da AIDS, que se altera constantemente, as pesquisas no campo social, para identificar os comportamentos das comunidades, tornam-se cada vez mais necessárias. Pensamos que esse possa ser um dos caminhos para promover mudanças, e começar com os adolescentes que iniciam sua vida sexual, hoje, cada vez mais precocemente possibilita um trabalho educativo mais próximo e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com seus clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
2. Guimarães I. Educação sexual na escola - mito e realidade. São Paulo: Mercado de Letras; 1995.
3. Martinez MCW. Adolescência - Sexualidade - Aids na família e no espaço escolar contemporâneos. São Paulo: Arte & Ciência; 1998.
4. Parker R. Na contramão da AIDS - Sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34/ Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); 2000.
5. Guerra A. Educação da sexualidade: uma proposta metodológica para pedagogos [dissertação de mestrado]. In: Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria. Belém: Escola Promotora de Saúde; 2003.
6. Andreasen AR, Drumwright ME. Alianças e ética no marketing social. In: Andreasen AR (org.). Ética e marketing social. São Paulo: Futura; 2002. Pp. 121-53.
7. Kotler P. Marketing para organizações que não visam lucro. São Paulo: Atlas; 1978.

8. Minayo MCS, Alves PC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Demo P. Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

**AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO,
ASSOCIADOS AO ESTADO DE ÂNIMO, EM FUNCIONÁRIOS DA
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DO COMPLEXO HOSPITALAR
DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE**

*ASSESSMENT OF THE ASSOCIATION BETWEEN THE RISK OF DEVELOPING
CUMULATIVE TRAUMA DISORDERS AND MOOD STATE IN THE EMPLOYEES
FROM THE DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS AT SANTA CASA
HOSPITAL*

Kátia Cilene Janz¹, Ronaldo Bordin²

RESUMO

No contexto atual, as empresas, para subsistir no mercado de trabalho, necessitam de grande produtividade e competitividade, levando muitas vezes os trabalhadores a se exporem a longas jornadas de trabalhos e atividades intensas, sem descanso e em condições muitas vezes inadequadas e sob pressão. O objetivo deste estudo foi analisar os riscos de desenvolvimento de lesões por esforços repetitivos (LER) e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), associados ao estado de ânimo das funcionárias do Serviço de Nutrição e Dietética do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA). Foram empregados como instrumentos de coleta de dados uma entrevista para saber o perfil dos respondentes, o *check-list* de Couto, que avalia o risco de desenvolvimento de LER/DORT em membros superiores, e o questionário de *Profile of Mood States* (POMS), que avalia o estado de ânimo. Foi verificado que o Serviço de Nutrição e Dietética apresentou alto e altíssimo risco para desenvolvimento de LER/DORT. Pelos resultados obtidos, pode-se afirmar que os funcionários estão expostos a muitos fatores de risco, os quais são agravados pelo estado de ânimo. Existe uma relação entre o estado de ânimo negativo (como depressão, raiva, fadiga e confusão) e o risco de desenvolver LER/DORT.

Unitermos: LER/DORT, transtornos traumáticos cumulativos, emoções, doenças ocupacionais.

ABSTRACT

In order to be able to face the current competitive economic market, companies need to reach a high productivity level, many times submitting their workers too long and intense activities, which are most of the times carried out under pressure and inadequate conditions. The objective of this study was to analyze the risks of developing cumulative trauma disorders (CTD) associated with mood states in employees from the department of nutrition and dietetics at Santa Casa hospital, in the city of Porto Alegre, Brazil. Data collection consisted of an interview followed by the POMS (Profile Of Mood State) questionnaire and the application of

¹ Divisão de Nutrição e Dietética, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

² Médico, Doutor em Administração. Membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). Professor Adjunto, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.
Correspondência: Dr. Ronaldo Bordin, Departamento de Medicina Social - UFRGS, Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-5245. Fax: (51) 3316-5327. E-mail: bordin@famed.ufrgs.br.

the Couto's checklist in order to evaluate CTD risks in the upper limbs. By crossing and matching the results we concluded that the employees from the department of nutrition and dietetics are exposed to high and very high levels of CTD risk. The study also concluded that these risks were related, and even enhanced, by negative mood states such as depression, anger, confusion and stress.

Key words: CTD, cumulative trauma, emotions, labor diseases.

INTRODUÇÃO

As mudanças observadas no processo de trabalho, em busca do aumento de produtividade e redução de custos, e a introdução de novas tecnologias impõem aos trabalhadores alterações na sua forma de trabalhar, alcançadas através da aceleração do ritmo, diminuição de pausas de trabalho e maior responsabilidade sobre o produto final.

As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) têm ocorrido com frequência crescente no mundo. Esse grupo de transtornos apresenta como características aparecimento e evoluções de caráter insidioso e origem multifatorial complexa, os quais entrelaçam inúmeros fatores causais, entre eles exigências mecânicas repetitivas por períodos de tempo prolongados, competitividade e programas de incentivo à produção e qualidade.

Em 1995, nos Estados Unidos, 56% dos casos de doenças ocupacionais eram por DORT; no Brasil, o aumento na incidência de DORT pode ser observado nas estatísticas do INSS, via concessões de mais de 80% dos benefícios.

No Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA), 26,8% dos afastamentos ao INSS são por doenças osteomusculares, sendo que as DORT, em 2002, representaram 72,7% dos motivos de afastamentos entre os funcionários. Dentro deste contexto, surge a necessidade de investigar a predisposição dos funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética do CHSCPA em desenvolver DORT.

Esta pesquisa objetivou avaliar os fatores de riscos potenciais para o desenvolvimento de DORT associados ao estado de ânimo. Para determinar estes objetivos, foram aplicados como instrumento de coleta de dados três questionários: o primeiro sobre características da amostra; o segundo com o teste de *Profile of Mood States* (POMS), que avaliou o estado de ânimo do funcionário; e o último com o método do *check-list* de Couto, que verificou os riscos de desenvolvimento de DORT.

MATERIAIS E MÉTODOS

População e amostra

O trabalho foi realizado no CHSCPA, de dezembro a junho de 2004. Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa, a amostra estudada foi constituída por atendente de alimentação I e atendente de alimentação II das nove áreas do complexo. As áreas são: Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), Hospital Santa Rita (HSR), Hospital São José (HSJ), Hospital São Francisco (HSF), Pavilhão Pereira Filho (PPF), Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS), Policlínica Santa Clara (PSC), Produção Central (P Central) e Produção Hospital Santa Rita (P HSR). A atendente de alimentação I compreende funcionárias que trabalham na copa, enquanto a atendente de alimentação II são funcionárias que trabalham na área de produção.

A amostra foi composta por 101 funcionárias, com faixa etária entre 20 e 60 anos e, no mínimo, 4 meses de trabalho no setor. Foram excluídas deste trabalho as atendentes de alimentação I e II que estavam em férias, em licença-maternidade, do sexo masculino, em contrato e que não responderam ao questionário adequadamente.

Procedimentos de coleta de dados

Realizaram-se oito treinamentos com a participação das atendentes de alimentação I e II, e nesta oportunidade foram elucidados os objetivos da pesquisa através de explanação oral com duração de 15 minutos. O primeiro instrumento de pesquisa tratou-se de um questionário de perguntas abertas sobre características gerais, com objetivo de caracterizar a população.

A segunda parte do estudo foi a aplicação de dois questionários do protocolo de *check-list* de Couto, compreendido por 25 perguntas, que fornece um indicador que estabelece score com o risco de ocorrência de DORT, e do instrumento de POMS, o qual avalia o estado de ânimo da funcionária.

Instrumento de POMS

POMS é um dos instrumentos mais usados na psicologia para medição dos sentimentos, da afetividade e dos estados de ânimo (1). O questionário é composto por uma lista de adjetivos multidimensionais, descritos inicialmente por McNair, Lorr & Dopleman em 1971. A análise dos índices foi feita da seguinte forma: no questionário, foram descritos 65 adjetivos, sendo analisados apenas 58. Estes 58 adjetivos configuram seis fatores emocionais descritos pelos autores da escala. Para cada adjetivo que compôs o questionário, foi atribuído um valor de zero a quatro. A pontuação obtida em cada fator foi o resultado da soma dos valores assinalados nos adjetivos que constam na tabela, e que correspondeu ao fator analisado. O índice de estado emocional (TMD) foi obtido pela soma da pontuação dos cinco estados de ânimo negativos (tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão) e da diminuição do vigor, que é um estado positivo. Para evitarmos números negativos, partiremos de uma constante de 100. Então: $TMD = 100 + T + D + R + F + C - V$.

Instrumento *check-list* de Couto

Segundo Couto (2), o método consiste em um questionário onde existem as pontuações zero e um. Ele avalia o risco do profissional desenvolver LER/DORT, onde o valor zero corresponde a um alto risco e o valor um a um baixo risco (3,4). O *check-list* é subdividido em seis itens: sobrecarga física (cinco subitens), força com as mãos (quatro subitens), postura no trabalho (sete subitens), posto de trabalho (dois subitens), repetitividade e organização do trabalho (cinco subitens) e ferramenta de trabalho (dois subitens). No final da aplicação, é feito o somatório total das respostas, que fornecerão os dados de interpretação do risco de LER/DORT: acima de 22 pontos - baixíssimo risco; entre 19 e 22 pontos - baixo risco; entre 15 e 18 pontos - risco moderado; entre 11 e 14 pontos - alto risco; abaixo de 11 pontos - altíssimo risco.

Análise estatística

Os valores foram expressos por percentual, média e desvio padrão, e as correlações por meio do coeficiente de Pearson. Os resultados foram analisados pelo programa SPSS versão 8.0.

RESULTADOS

População/amostra

O trabalho foi realizado de dezembro a junho de 2004 no CHSCPA. A amostra foi constituída por 101 funcionárias do Serviço de Nutrição e Dietética das nove áreas do complexo, dentre atendente de alimentação I e atendente de alimentação II, correspondendo a 71,3 e 28%, respectivamente, com média de idade de 37,5 anos e tempo médio de serviço de 6 anos e meio. Quanto ao risco em desenvolver DORT, este estudo verificou que ambas as funções (atendente de alimentação I e atendente de alimentação II) têm alto risco de desenvolver LER/DORT com $p < 0,05$.

No que se refere a jornada dupla, 12% das entrevistadas possuíam outra ocupação, e, neste grupo, 92% apresentavam tempo de jornada igual ou superior a 10 horas diárias, pois entende-se que elas cumpriam 6 horas e 15 minutos no CHSCPA e acrescentavam mais horas em outra atividade ocupacional.

As regiões anatômicas mais acometidas foram coluna, braços e ombro. Os demais locais de dor e seus respectivos percentuais seguem na figura 1.

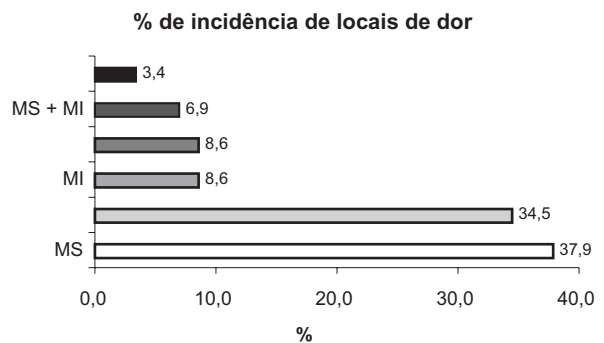


Figura 1. Locais de dor mais frequentes. CO + MI: coluna e membro inferior; MS + MI: membro superior e inferior; COL + MS: coluna e membro superior; MI: membro inferior; COL: coluna; MS: membro superior.

Marcadores de DORT – escore do risco de Couto

Para diagnosticar o grau de risco de desenvolver DORT no Setor de Nutrição, foi utilizado o escore do risco de Couto. Verificou-se que funcionárias do Servi-

ço de Nutrição e Dietética apresentavam graus alto e altíssimo de risco, demonstrando que as atividades exercidas por este setor são predisponentes para o aparecimento de LER/DORT. Quanto menor o valor de *check-list* de Couto, mais risco para DORT (figura 2).

Em relação à função exercida e ao nível do risco de Couto, foi verificado que as funções de atendente de alimentação I e II podem levar ao desenvolvimento de DORT. Não foram verificados níveis de significância nas correlações de *check-list* de Couto com tempo de serviço, idade e jornada dupla.

Estado de ânimo - POMS

Sobre os resultados do teste de POMS, foi verificada uma média geral de 117. É importante lembrar que quanto mais alto o TMD, pior está o estado de ânimo. Os valores iguais ou inferiores a 100 encontram-se com bom equilíbrio emocional.

Na figura 3, estão representadas as médias do TMD. Destaca-se o HDVS com índices de POMS mais alto, enquanto o HCSA apresentou os melhores valo-

res. Comparando os hospitais, observou-se que o vigor obteve resposta mais homogênea na amostra, e que o domínio mais heterogêneo foi a fadiga. Não foram verificados níveis de significância nas correlações de POMS com idade, tempo de serviço e jornada dupla.

Relação entre POMS e risco de Couto

A correlação do TMD com o risco de Couto apresentou nível de significância de $p < 0,05$. Ou seja, quanto maior o índice de TMD, menor é o valor para *check-list* de Couto. Tal fato sinaliza que quanto maior o estado negativo de ânimo, maior é a predisposição em aumentar o risco de desenvolvimento de DORT (figura 4).

Neste estudo, foi observada a correlação do *check-list* de Couto com os domínios raiva e fadiga, com $p < 0,05$ (figura 5). Estes dados sugerem que sentimentos de raiva e sensação de cansaço predispoem ao aumento nos fatores de risco para DORT. A correlação fadiga e tensão apresentou níveis de significância com $p < 0,01$ (figura 6), o que nos mostra que quanto mais tensão um indivíduo apresenta, maior é o seu nível de fadiga. Nas

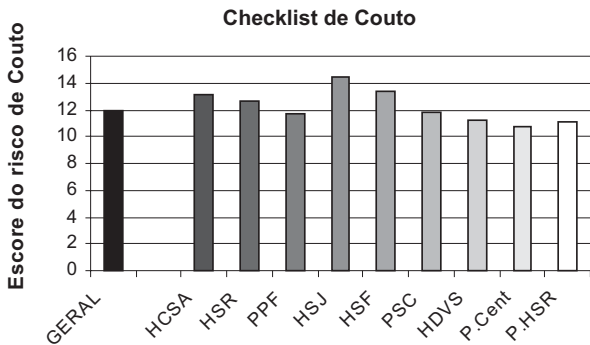


Figura 2. Escore de risco de Couto por área. Cinza: risco moderado; preto: alto risco; branco: altíssimo risco.

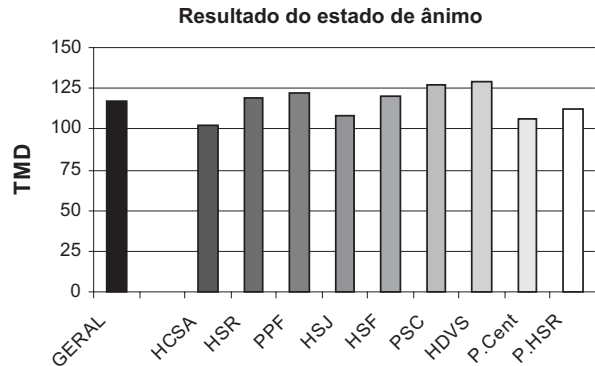


Figura 3. Valor médio do TMD geral e por área.

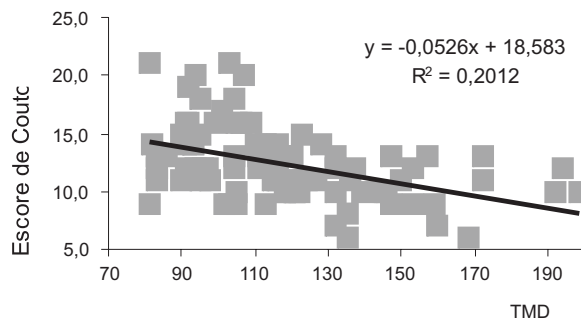


Figura 4. Correlação entre risco de Couto e TMD ($p = 0,04$).

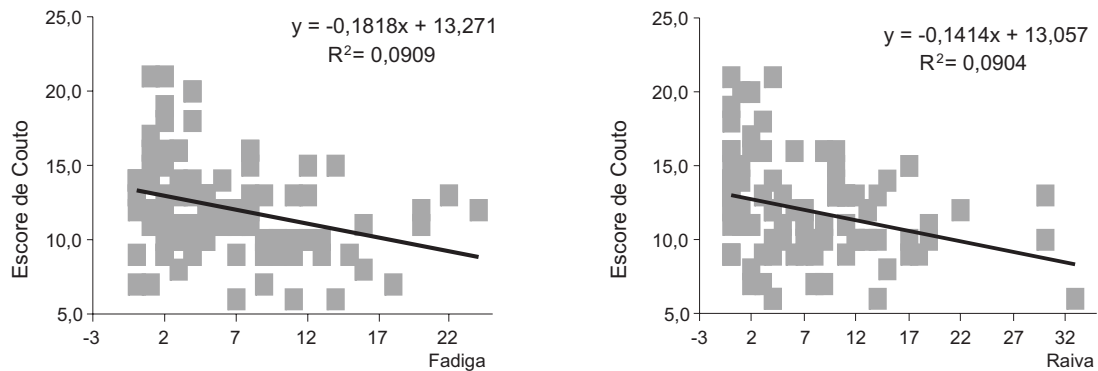


Figura 5. Correlação entre risco de Coutu e fadiga e raiva ($p < 0,01$).

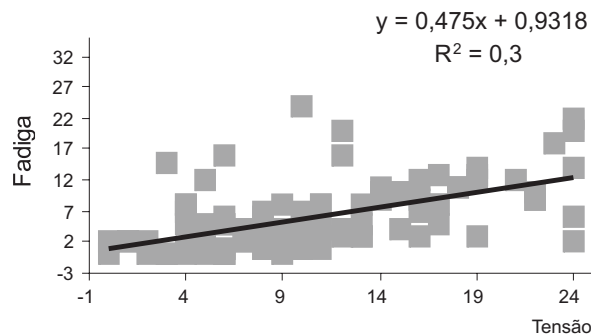


Figura 6. Correlação entre tensão e fadiga ($p < 0,01$).

correlações que envolvem depressão *versus* fadiga, raiva e tensão, os níveis de significância foram de $p < 0,01$, respectivamente (figura 7), mostrando que pessoas com um certo grau de depressão podem vir a comprometer sua atividade profissional e seu estado de ânimo. Além da relação de depressão com raiva, fadiga e tensão, também observou-se que a correlação entre depressão e vigor é inversa: quando o nível de depressão aumenta, diminui o vigor (figura 8).

DISCUSSÃO

Conforme as normas técnicas do Ministério da Previdência Social (5,6), aplica-se a terminologia de lesões por esforços repetitivos (LER) para as afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional decorrente, de forma combinada ou

não de uso repetitivo de grupos musculares, uso forçado de grupos musculares e manutenção de postura inadequada, que resulta em dor, fadiga, queda da performance no trabalho e incapacidade temporária. Segundo Couto (2), a incidência de desenvolvimento de DORT em mulheres é duas vezes maior que em homens. Isso se deve a vários fatores, entre eles: maior fragilidade da estrutura orgânica da mulher; aspectos relacionados a variações hormonais; condições impostas no trabalho; e a jornada continuada de muitas mulheres, que saem de seus trabalhos e começam outra rotina na organização das tarefas domésticas, passando este fato a gerar uma exigência biomecânica maior sobre as estruturas dos membros superiores, tornando-os ainda mais vulneráveis às lesões. Jornada dupla ou horas excessivas de trabalho sobrecarregam os membros superiores, pois, além de aumentar o tempo de exposição a fatores biomecânicos, como força excessiva, alta repetitividade e posturas incorretas, também diminuem o tempo de recuperação das estruturas orgânicas (2). É importante salientar que a pesquisa da jornada dupla entre os fun-

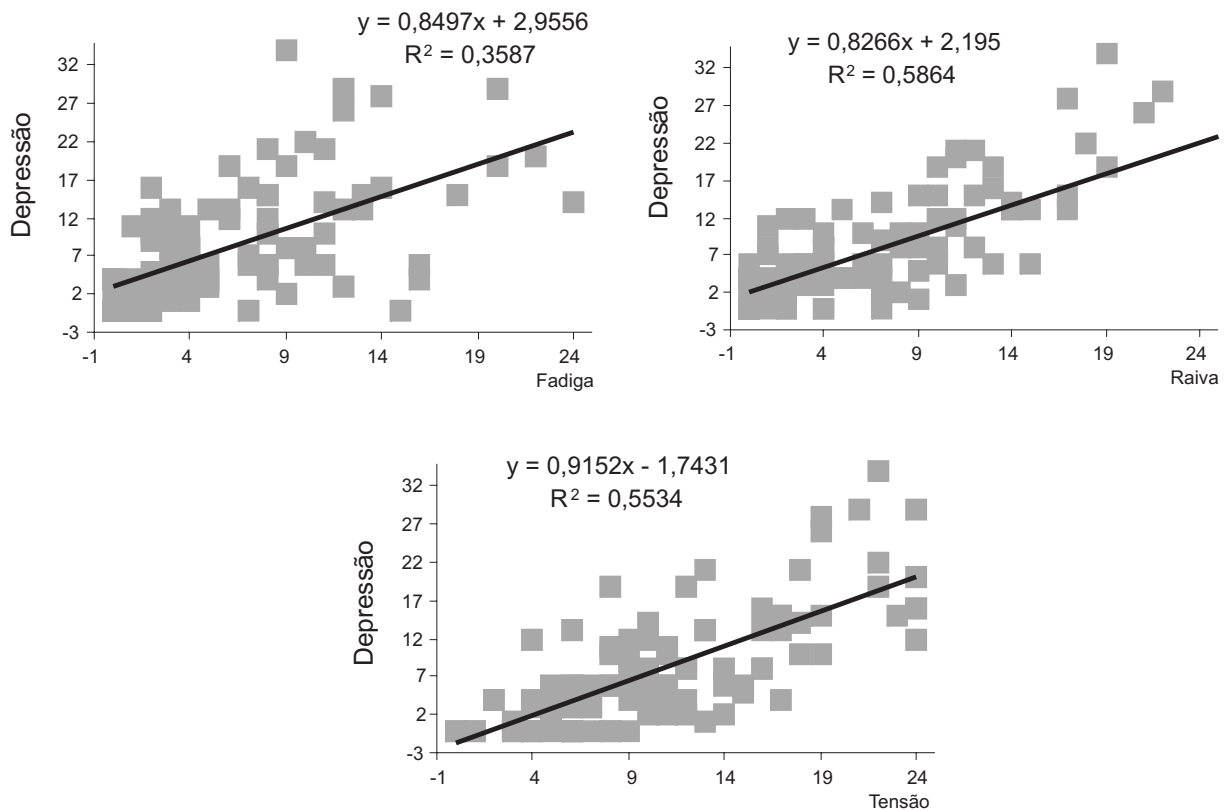


Figura 7. Correlação entre depressão e fadiga, raiva e tensão ($p < 0,01$).

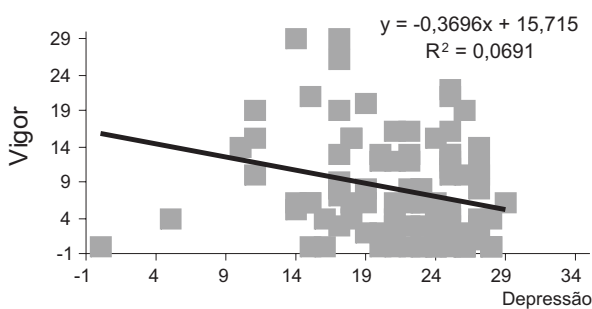


Figura 8. Correlação entre depressão e vigor ($p < 0,01$).

cionários foi relativamente baixa neste estudo. Supõe-se que muitos funcionários não consideraram trabalhos informais, como os de costureira, doceira ou faxineira, como atividades extra. Somente foram considerados aqueles trabalhos com frequência ou contrato, conhecidos por trabalho formal.

Observou-se que a adesão das atendentes de alimentação II foi mais baixa que a das atendentes de alimentação I. Acredita-se que essas funcionárias não po-

dem deixar seus postos de serviços por serem as únicas pessoas a desenvolver a atividade. Além disso, no contexto geral, as atendentes de alimentação I estão em maior número de funcionários dos setores estudados.

Os locais de maior incidência de dor encontrados neste trabalho coincidem com a literatura atual, que determina que as lesões mais frequentes são na mão, no punho, no cotovelo, no ombro e no pescoço (2,3,7,8).

Destacam-se a área P. Central, que tem altíssimo risco, e o HSJ, que apresentou risco moderado. As demais áreas estão em alto risco. Não foi evidenciado em nenhuma área baixíssimo risco. Sobre o altíssimo risco presente na P. Central, este deve-se ao trabalho intenso e repetitivo desempenhado pelas funcionárias. As forças excessivas ao carregar objetos pesados, como cubas de alimentos e mantimentos, levam à tensão dos tendões e músculos, por gerarem altas forças de curta duração ou forças moderadas de longa duração, como mexer em panelas, podendo levar a tendinites, fadiga e estiramentos (9).

A postura estática ao realizar uma tarefa, como lavar louça, passar roupa, separar pratos e talheres, cozinhar, picar e separar alimentos, leva à contração está-

tica dos músculos, podendo gerar mialgias e fadiga. Movimentos de alta frequência, como varrer, limpar chão e vidros, lavar louça, picar alimentos e mexer em panelas, provocam alta velocidade do deslizamento do tendão, que, combinada com a contração estática dos músculos mais proximais, podem gerar tenossinovites, mialgias e fadiga (7). Já Torres et al. (10) diz que a postura dinâmica ao executar movimentos como levantar, andar, carregar, pegar e empurrar objetos, atividades exercidas nos setores de cozinha, lavanderia e serviços gerais, pode levar à fadiga.

Conforme Rio (11), a relação dos tipos de doenças com o estresse psicossocial tem sido cada vez mais considerada, assim como a tese da participação do mesmo na produção de quadro de dores musculoesqueléticas. O estresse psíquico pode produzir ação direta do sistema nervoso simpático em nível tecidual, desequilíbrio psicomotor, levando a posturas e movimentos inadequados, aumento do tônus muscular, intensificação da tensão das estruturas musculoesqueléticas e alterações no metabolismo das endorfinas, com conseqüentes alterações na percepção da dor (12,13).

Bongers (14) define que certos fatores psicossociais existentes no trabalho podem ser de risco para desenvolver DORT. Ele pressupõe que o estresse psíquico induzido a certas condições de trabalho levaria a provocar o aparecimento de quadros clínicos musculoesqueléticos. Destacam-se como fatores: insatisfação no trabalho, monotonia, falta de suporte por parte da organização, superiores e colegas, entre outros.

A relação entre o estresse psicossocial e os tipos de doenças e quadros álgicos musculoesqueléticos tem sido cada vez mais considerada, da mesma forma que o retardamento na recuperação de tais males (15). Há inúmeros estudos correlacionando o uso inadequado ou excessivo de segmentos musculoesqueléticos com doenças e desconfortos (16,17).

Segundo Rio (11), as características psicológicas têm sido, de forma pouco precisa, associadas a distúrbios osteomusculares. O autor descreve essas pessoas como perfeccionistas, que não admitem falhas, apresentam necessidade de ultrapassar limites, dependência em relação aos outros, tendência a assumir papel de vítima, grande insatisfação pessoal e são pessoas de personalidade muito tensa.

Couto (2) refere que a tensão é um fenômeno natural na vida de qualquer pessoa. A falta de tensão é um fator determinante de baixa qualidade de vida, embotamento mental, crises emocionais e estresse. No entanto, quando o nível de tensão se torna excessivo, o indivíduo passa a sofrer, e a principal área de sofrimento é o sistema musculoesquelético, porque, quando estamos tensos, os músculos recebem um menor suprimento de

oxigênio, passam a trabalhar em algum grau de anaerobiose e a ter uma produção interna de ácido láctico, substância sabidamente irritante das terminações nervosas de dor. A existência de tensão excessiva torna o indivíduo mais predisposto às lesões.

O ser humano é capaz de sentir bastante e reagir de forma importante quanto aos fatores de natureza psicossocial no trabalho. Relacionamos os principais fatores que aumentam o nível de tensão e predisõem a lesões superiores: pressões de produção, relações humanas inadequadas, chefia insegura ou incapaz, esquema de trabalho rígido, protecionismo, correlação inadequada entre capacidade/responsabilidade e salário, fatores pessoais, experiência pessoal de desprazer com o trabalho, indivíduos tensos, indivíduos inseguros e inadaptação pessoal com a vida. Se o trabalho impede a adequada descarga de tensão, via exercício da atividade mental, em função de seu conteúdo e organização, parte dessa tensão será represada, acumulando-se no aparelho mental e causando mais tensão, o que pode conduzir à fadiga.

Como já foi visto, estes fatores de risco biomecânicos podem desenvolver a fadiga, que é a diminuição reversível da capacidade funcional de um órgão ou organismo em conseqüência de uma atividade (18), ou seja, é a resposta fisiológica que tem como efeito, a longo prazo, a dor. Quando o trabalho muscular é realizado durante um tempo prolongado, desenvolve-se a fadiga. A fadiga pode ocasionar a realização menos cuidadosa ou precisa da atividade, podendo, portanto, resultar em acidente. Um trabalhador fadigado tem mais probabilidade de fazer um movimento errado, provocando lesão. Entretanto, não ocorrendo um acidente, a fadiga prolongada, sem o tempo adequado para a recuperação, pode levar ao desenvolvimento de DORT (9).

Nossos dados sugerem que as funcionárias do Serviço de Nutrição e Dietética do CHSCPA têm predisposição para desenvolvimento de DORT, e que as atendentes de alimentação II têm maior risco que as atendentes de alimentação I. Verificou-se, nos questionários *check-list* de risco de Couto e POMS, que a correlação entre eles existe, sendo uma relação inversa; assim, quanto maior o valor do TMD, menor será o escore de Couto. Sinalizando que piores estados de ânimo predisõem à lesão ocupacional, pode-se, assim, dizer que o estado de ânimo negativo está relacionado com o risco de aparecimento de DORT. Entre as áreas estudadas, houve diferenças de resultados, nos quais a P. Central apresentou maior risco para desenvolvimento de DORT. No que se refere ao estado de ânimo, o HDVS apresentou maiores pontuações para os fatores negativos. Torna-se importante que as chefias comecem a intervir dentro do seu setor, melhorando o ambiente de

trabalho, tornando-o mais agradável, prazeroso, e fazendo revezamento entre as funções, para minimizar os riscos de aparecimento de doenças ocupacionais.

REFERÊNCIAS

1. Avila A, Gimene de la Peña A. Los adjetivos en cartas de evaluación psicológica: propiedades y valor estimular. *Rev Psicol Gen Aplic* 1991;44:465-75.
2. Couto HA. Como gerenciar a questão das LER/DORT. Belo Horizonte: Ergo; 1998.
3. Codo W, Almeida MC. Lesões por esforços repetitivos. Rio Janeiro: Vozes; 1992.
4. Mendes R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
5. Brasil, Ministério do Estado da Previdência e Assistência Social. Portaria MP AS/GM nº 4062, de 6 de agosto de 1987. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 7 de agosto de 1987.
6. Brasil, Ministério do Trabalho e Previdência Social. LER – Lesões por esforços repetitivos. Normas técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência Social; 1993.
7. Lech O, Hoeffel MG. Protocolo de investigação das lesões por esforços repetitivos (LER). São Paulo: Rhodia Farma; 1997.
8. Lech O, Pereira TI. Prevenindo a LER. *Rev Proteção* 1997;63:44-53.
9. Ranney D. Chronic musculoskeletal injuries in the work place. Philadelphia: WB Saunders; 1997.
10. Torres S, Lisboa TC. Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar. 2.ed. São Paulo: CLR Balieiro; 2000.
11. Rio RP. LER - ciência e lei - novos horizontes da saúde e do trabalho. Belo Horizonte: Health; 1998.
12. Alencar MC, Gontijo LA, Rothenbuhler R. Um enfoque ergonômico sobre o trabalho no setor de engarrafamento de uma fábrica de bebidas: estudo de caso. *Rev Reabilitar* 2002;5(19):42-8.
13. Limongi FAC, Rodrigues AL. Stress e trabalho – uma abordagem psicossomática. 2.ed. São Paulo: Atlas; 1999.
14. Bongers PM, Winter CR, Kompier MJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19(5):297-312.
15. Millender LH, Louis DS, Simmons BP. Occupational disorders of the upper extremity. New York: Churchill Livingstone; 1992.
16. Looze M, Zinzen E, Caboor D. Muscle strength, task performance and low back load in nurses. *Ergonomics* 1998;41:1095-104.
17. Splender DM, Bigos SJ, Martin BA. Back injuries in industry a retrospective study. Overview and costs analysis. *Spine* 1986;11:241-5.
18. Heméritas AB. Organização e normas. 5.ed. São Paulo: Atlas; 1989.

MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO NA SALA DE VACINAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS E DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

CHANGES IN THE WORK DEVELOPED AT A VACCINE ROOM FROM A BASIC HEALTH UNIT: NURSING STAFF AND USERS' POINT OF VIEW

Margarete Isoton De David¹, Marina K. Nakayama²

RESUMO

A cobertura vacinal é o indicador de saúde utilizado mundialmente para avaliar a assistência prestada à criança. O Ministério da Saúde recomenda uma cobertura vacinal mínima adequada de 95%, sendo calculada considerando o número de crianças vacinadas sobre o número total de crianças de uma determinada área. Este trabalho objetiva avaliar a percepção dos trabalhadores de enfermagem e dos usuários sobre a assistência prestada na vacinação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Caxias do Sul (RS). Foi aplicado um questionário a todos os trabalhadores de enfermagem da UBS Centro de Saúde, e realizada uma entrevista com os usuários. O instrumento continha questões relacionadas às perspectivas humana, estratégica, cultural, política, técnica e estrutural, com a finalidade de identificar os motivos que levam a população a buscar a UBS, a qualidade da assistência prestada após a implantação de mudanças no processo de trabalho, bem como aspectos que ainda necessitam ser melhorados. Os resultados obtidos demonstraram que o usuário está satisfeito com a qualidade da assistência prestada. Os trabalhadores de enfermagem, por sua vez, demonstram diferentes percepções em relação ao processo de trabalho, bem como em relação à missão da UBS Centro de Saúde. Os usuários e os trabalhadores de enfermagem relataram vários aspectos que necessitam ser melhorados nas perspectivas humana, estratégica, técnica e estrutural, para que a assistência seja mais humanizada.

Unitermos: Vacinação, enfermagem, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Immunization coverage is used all over the world as an indicator of children's welfare. The Brazilian Health Ministry recommends that the minimum coverage rate accepted must be 95%. This rate is calculated by considering the number of inoculated children in a given area against the total number of children living in the same area. The goal of the present paper is to evaluate how the nursing staff and final users see the vaccination assistance in a Basic Health Unit (BHU) in Caxias do Sul, southern Brazil. All the BHU nursing staff answered a survey and users were interviewed. The survey was composed of questions related to human, strategic, cultural, political, technical and structural issues, aiming at identifying the reasons why people went to that BHU; the assistance quality levels after the implementation of changes in work procedures, and the aspects that still required changes. The results showed that the user is satisfied with the service quality. The nursing staff has a different perception regarding the work process, as well as regarding

¹ Enfermeira, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em Enfermagem do Trabalho e em Saúde Individual e Coletiva.

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Administração. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.
Correspondência: Margarete Isoton De David, Rua Paraná, 274, 95050-370, Caxias do Sul, RS. E-mail: margadavid@terra.com.br.

the BHU mission. Users and nursing staff reported several aspects that need to be improved in the human, strategic, technical and structural perspectives, in order to provide more humanized assistance to users.

Key words: Vaccination, nurse, primary health care unit.

INTRODUÇÃO

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inseriu a vacinação como atividade fundamental de todas as crianças e das gestantes com um esquema mínimo, a fim de se controlar ou erradicar pelo menos as doenças contra as quais existem vacinas potentes e de elevado poder protetor.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Anteriormente, tais atividades eram orientadas em sentido vertical e com programas especiais quase sempre isolados, por iniciativa de governos estaduais e sem coordenação nacional. A partir de 1975, com a criação de legislação específica sobre imunizações, procurou-se imprimir maior agilidade ao PNI, visando o controle de doenças transmissíveis. Indicadores como cobertura vacinal e impacto sobre as doenças são utilizados para avaliar o programa de imunização.

O modelo tecnológico utilizado para o manejo das doenças imunopreveníveis, em âmbito coletivo, conjuga atuações individuais e atuações coletivas. Moraes et al. (1) reiteram que a cobertura vacinal alcançada, tanto pelas atividades de rotina quanto pelos dias nacionais de vacinação, constitui um dos principais elementos para garantir o impacto na redução da morbimortalidade. Desta forma, não é de se surpreender que a vacinação tenha sido escolhida pelo gestor federal como sendo um dos pontos prioritários de avaliação de desempenho dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul, através da Programação Pactuada Integrada - Epidemiologia e Controle das Doenças (2), estabeleceu como meta realizar vacinação de rotina em 95% das crianças com 1 ano e menores de 1 ano. Entretanto, estudos realizados pelo setor de Vigilância Epidemiológica/SMS constataram que, no quadriênio 2000-2003, o número de crianças com menos de 1 ano vacinadas diminuiu, com a cobertura da vacinação contra a poliomielite (Sabin) reduzindo de 96,9 para 85,7%, e da tríplice bacteriana de 95,3 para 84,43%.

O município de Caxias do Sul possui uma rede de serviços de saúde estruturada, ou seja, no nível primário, conta com 38 Unidades Básicas de Saúde (UBS) para prestar atendimento à população, sendo a UBS

Centro de Saúde a mais antiga. Embora a UBS Centro de Saúde possua registros quantitativos do número de vacinas administradas, ela não possui o monitoramento das crianças que estão atrasadas ou que abandonaram o acompanhamento vacinal.

Os trabalhadores de enfermagem e o gerente, sabedores do problema de baixa cobertura vacinal da cidade e da insuficiência de dados em relação ao monitoramento das crianças da UBS Centro de Saúde, realizaram várias reuniões e discussões, culminando com uma proposta para implantação de um novo processo de trabalho na sala de vacinas. A mudança tem como objetivo identificar e realizar a busca das crianças com menos de 1 ano que iniciaram a vacinação na UBS e que não compareceram para dar continuidade às vacinas programadas.

Analisar as mudanças ocorridas na sala de vacinas da UBS Centro de Saúde, sob a ótica dos usuários e trabalhadores de enfermagem envolvidos com a vacinação, é o objetivo deste trabalho. Buscam-se respostas para as seguintes questões: Como os trabalhadores de enfermagem percebem as mudanças implantadas? Como os usuários percebem a assistência prestada na sala de vacinas? Que aspectos necessitam ser melhorados?

Por fim, este trabalho pretende contribuir para a qualificação da assistência, para o aumento da cobertura vacinal da cidade e para o reconhecimento e valorização do serviço público.

MÉTODOS

Caxias do Sul situa-se da região nordeste do estado do Rio Grande do Sul (RS), contando com uma população de 388.740 habitantes, 6.120 destes menores de 1 ano.

A SMS, desde 1998, iniciou a implantação de alguns dos princípios da proposta de modelo assistencial "Em Defesa da Vida", resultante da sistematização das idéias e trabalhos de um grupo de profissionais da saúde engajados no Movimento Sanitário Nacional, que fundaram o Laboratório de Planejamento e Administração da Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Segundo o Protocolo das Ações Básicas de Saúde da SMS de Caxias do Sul (3), são sete os princípios que devem ser perseguidos para a produção de um modo de fazer saúde comprometido com a proposta “Em Defesa da Vida”:

- a) **Acesso.** Implica em garantir o acesso imediato ao serviço de saúde e aos recursos tecnológicos, bem como às informações;
- b) **Acolhimento.** É o produto da relação de trabalhadores de saúde e usuários que vai além da **recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo e agasalho**, do conceito usual do dicionário. Passa pela subjetividade, pela escuta qualificada do sujeito;
- c) **Vínculo e responsabilização.** Significa estabelecer uma relação personalizada entre o usuário e a equipe de uma UBS. O vínculo afetivo e de solidariedade é considerado essencial para se manter uma relação humanizada;
- d) **Responsabilidade sanitária.** Reporta-se a uma área de abrangência na qual quem faz a vigilância à saúde é a própria UBS. A vigilância à saúde, através do instrumental epidemiológico, encarrega-se das práticas de saúde coletivas, das ações de controle do meio ambiente físico-biológico e social e da assistência a grupos populacionais priorizados, segundo o enfoque de risco. Parece ser importante destacar que as crianças não vacinadas terão uma probabilidade maior de sofrer episódios e/ou problemas de saúde, com risco maior de adoecer;
- e) **Resolutividade.** Concepção associada ao atender com agilidade e qualidade as necessidades em saúde, da forma como elas são sentidas pelos usuários. Ser resolutivo também significa contribuir para a melhoria das condições de saúde da população em um determinado território. Olhando para este princípio, fica claro que é papel da UBS identificar e realizar a busca de crianças com atraso vacinal, sob pena de que os indicadores de saúde do território possam piorar;
- f) **Gestão democrática e controle social.** A gestão democrática, a avaliação sistemática e a democratização da decisão são os vértices do triângulo de uma proposta de gestão democrática do SUS (4).

Assim, este estudo se desenvolveu em uma das 38 UBS da cidade de Caxias do Sul, denominada UBS Centro de Saúde. Empregou como fundamentação teórica o modelo técnico assistencial “Em Defesa da Vida”, adotado pela SMS de Caxias do Sul (3), e as seis dimensões de mudanças propostas por Motta (5), além dos conceitos relacionados à imunização propostos pelo Ministério da Saúde.

Foram sujeitos da pesquisa os 12 trabalhadores de enfermagem da UBS Centro de Saúde, que atuam siste-

mática ou eventualmente na sala de vacinas, e as mães que levaram seus filhos para realizar a vacina nessa mesma UBS.

A equipe de enfermagem é composta por dois enfermeiros e 10 auxiliares de enfermagem, totalizando 12 trabalhadores. Foram três os critérios utilizados para a escolha dos usuários: fazer parte da listagem de crianças com vacina em atraso, no mês de maio de 2004; possibilidade de realizar contato telefônico; e ter acompanhado a criança à vacinação. Foi utilizado o critério de exaustão das respostas para definir a quantidade de usuários a serem entrevistados, que foi de 10.

Para a coleta de dados, foram construídos dois instrumentos dos trabalhadores de enfermagem e dos usuários da sala de vacinas, na modalidade de questionário, com questões que contemplavam as perspectivas de mudanças política, estrutural, estratégica, técnica, humana e cultural (5), abaixo discriminadas:

- a) **Perspectiva estratégica.** Vê a organização como um sistema aberto e inserido num contexto social, econômico e político mutante, privilegiando a forma de relacionar-se com a sociedade, através de seus produtos e serviços. Dá lugar à tomada de decisões, considerando o fluxo de informações entre a organização e seu ambiente. Considera-se que, para mudar uma organização, é necessário redefinir sua missão, objetivos e formas de identificar e selecionar alternativas de ação;
- b) **Perspectiva estrutural.** Vê a organização como um sistema de autoridade e responsabilidade, que define o âmbito de ação de cada pessoa e o consentimento e subordinação para cumprir funções estabelecidas. Pressupõe a definição prévia do papel formal dos funcionários como o fator primordial de eficiência e eficácia. Conclui-se que, para mudar uma organização, é necessário que se altere a forma pela qual se distribuem formalmente a autoridade e a responsabilidade;
- c) **Perspectiva tecnológica.** Enfatiza a divisão do trabalho, a especialização de funções e o tipo de tecnologia a ser empregada. Pode-se dizer que o padrão de inferência com relação à mudança é a alteração de sua tecnologia, especialização de funções e seus processos produtivos, ou seja, é necessário rever a forma pela qual se utilizam os recursos materiais e intelectuais;
- d) **Perspectiva humana.** Envolve vários conceitos a estudar, como, por exemplo: liderança, motivação, comunicação, desenvolvimento de habilidades e aptidões. Concentra-se na ligação do indivíduo com o trabalho, ressaltando os fatores de motivação, liderança e os demais fatores psicossociais que

estão subjacentes às prescrições institucionais e linhas de autoridade formalmente estabelecidas. A perspectiva humana enfoca a formalidade organizacional e a hierarquia como fontes de frustrações, hostilidades e ressentimentos entre as pessoas. Considera-se que, para mudar uma organização, é necessário alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação dos indivíduos, através do incentivo à colaboração, às práticas de motivação, à liderança e à reconstrução do sistema de recompensas de carreira e aperfeiçoamento pessoal;

- e) **Perspectiva cultural.** Vê a organização como um conjunto de valores, crenças e hábitos coletivamente compartilhados, tipificando e singularizando a organização perante outras. Estas expressões culturais são vistas na estrutura, na autoridade, em reuniões, formas de comunicação, entre outros. Este modelo prioriza o coletivamente compartilhado e as atitudes e comportamentos individuais. Na mudança, considera-se importante substituir a programação coletiva na busca de um novo sentido de identidade, como se fosse um empreendimento coletivo para alterar os valores das pessoas;
- f) **Perspectiva política.** Considera a organização como um sistema de poder onde as pessoas ou grupos procuram maior influência no processo decisório. O poder é visto como um fim em si mesmo. Com relação à mudança, este modelo encontra necessidade de provocar uma redistribuição de poder, de forma a satisfazer novas prioridades de ação, ou seja, mudar uma organização passa a ser uma interferência nas formas como se articulam e se agregam os interesses e como se equilibra o poder entre interesses individuais coincidentes e conflitantes. Inclui a negociação interna e a solução de conflitos.

O instrumento foi testado com trabalhadores e usuários e, após, reformulado. A coleta de dados com os trabalhadores de enfermagem ocorreu através de entrevista, após consentimento por escrito dos mesmos. A coleta de dados com os usuários ocorreu por contato telefônico nos mais diversos horários. A entrevista foi realizada após esclarecimentos sobre a pesquisa e consentimento verbal do responsável pela criança.

RESULTADOS

Todos os usuários entrevistados são do sexo feminino (mães que acompanharam as crianças à vacinação). Das 10 entrevistadas, seis apresentavam escolaridade de até o ensino fundamental completo e duas o nível universitário.

Todos os 12 trabalhadores de enfermagem são do sexo feminino, sendo que oito possuem o ensino médio completo e três o ensino superior completo; somente um possui apenas o ensino fundamental completo. Isso evidencia que a equipe de enfermagem atende à exigência de escolaridade mínima exigida pelo Conselho Regional de Enfermagem, e o serviço possui um profissional de nível médio com formação universitária.

Em 2003, a UBS Centro de Saúde realizou mudanças no processo de trabalho da sala de vacinas, após ter rompido com vários aspectos de resistência. Mudanças estas representadas nos fluxogramas abaixo.

Foram apontados 18 motivos que levam a população a procurar a UBS Centro de Saúde, com um total de 46 citações, abaixo categorizadas segundo as perspectivas de mudança propostas por Motta (5).

Na perspectiva estratégica, todos os fatores citados referem-se ao acesso, sendo a proximidade do serviço de saúde das residências um fator contributivo para a escolha do serviço. A facilidade de acesso à UBS possibilita que ela seja porta de entrada para o sistema e pode possibilitar a criação de vínculos. A própria Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 asseguram o acesso universal e igualitário do cidadão às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (6).

Os dados permitem dizer que a existência de redes e fluxos viários é fator determinante para o usuário. O Centro de Saúde, pela sua localização central, possui acesso viário facilitado. Existem paradas de ônibus por perto, e várias linhas rodoviárias circulam próximas a ele.

Na perspectiva estratégica, é importante destacar a confiabilidade que o serviço tem. Isso ocorre por que a UBS Centro de Saúde é a unidade que realiza o maior número de aplicação de vacinas de rotina, e, indiscutivelmente, a repetição do processo confere maior destreza e habilidade técnica ao trabalhador. Normalmente, existem trabalhadores fixos na sala de vacinas.

O fato de não pagar é, sob a perspectiva política, um fator contributivo/definitivo na escolha entre o serviço público e o serviço privado, mas não decisivo em relação à escolha da UBS Centro de Saúde, pois o usuário poderia optar por outros 37 locais de vacinação pública.

A perspectiva humana aparece com duas citações do usuário e seis citações dos trabalhadores de enfermagem. Houve dificuldade em categorizar as informações nesta perspectiva, pois algumas expressões também podem ser encaixadas na perspectiva técnica. Por exemplo: "ter confiança nas pessoas" e "qualidade do atendimento". Ambas, contudo, são caracterizadas como atri-

butos de qualidade e definidoras para o vínculo usuário/trabalhador de enfermagem.

O usuário não considerou a perspectiva cultural para a escolha do local de vacinação. Tal fato pode estar relacionado ao elevado número de migrantes que Caxias de Sul possui e às novas gerações, que desconhecem a história do Posto de Higiene. A SMS tem aumentando significativamente o número de unidades básicas, fazendo com que a escolha recaia sobre o quesito “facilidade de acesso”.

As expressões das perspectivas estratégica, técnica e humana referem-se aos princípios adotados pela SMS (acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade), o que leva a crer que a equipe da sala de vacinas tem cumprido a sua missão. Quanto à relação trabalhador de enfermagem/usuário, a totalidade dos usuários afirmou ser de cordialidade. Cabe ressaltar que a maioria dos usuários (oito) foi ao serviço realizar vacinação mais de uma vez, relatando ter sido sempre bem atendida.

A maioria dos trabalhadores (sete) salientou que nem sempre os usuários são cordiais, notadamente quando são informados da inexistência do registro da vacina do filho no serviço. Quatro trabalhadores informaram que são cordiais, e um não soube informar. Os trabalhadores afirmam que os possíveis fatores que gerariam tais atitudes são de duas naturezas: um relacionado ao sentimento do usuário e outro relacionado às atitudes/posturas do(s) trabalhador(es) que realizam os contatos telefônicos. Foram referenciados: pais sentem-se culpados pelo atraso e forma como a abordagem é realizada (três indicações cada); pais sentem-se cobrados e forma deselegante ou descortês do profissional que efetua o contato telefônico (duas indicações cada); chamada de atenção para a responsabilidade dos pais e “O filho é meu, eu faço a vacina quando quero” (uma indicação cada). Algumas ocorrências estão relacionadas, podendo ser ora causa, ora consequência.

Sob a ótica do gestor, esses aspectos dizem respeito ao princípio do acolhimento. O usuário é acolhido na sala de vacinas. Contudo, no momento em que ele não “cumpre” o fluxo estabelecido pelo programa de imunização, conforme as regras culturais do trabalhador, este deixa a postura de “cuidador” para assumir a de “autoridade” e de “juiz”.

Ainda sob o ponto de vista do gestor, vários aspectos necessitam ser citados: os problemas de comunicação podem estar ocorrendo por que os trabalhadores não foram orientados e nem treinados para realizar a abordagem.

Também pode estar ocorrendo uma supervalorização de situações pontuais de falta de cordialidade (que são poucas, no dia-a-dia). Na visão do gestor, muitos dos au-

xiliares assumiram como suas a “fala de outros”, já que alguns deles verbalizaram ter presenciado situações de conflito, e outros disseram não ter presenciado, mas, sim, ouvido falar.

A limitação na coleta dos dados não torna possível definir com maior clareza o grau de complexidade do problema. Entretanto, demonstra que o problema existe, já que os trabalhadores mencionam dificuldades no relacionamento usuário/trabalhador através das seguintes expressões: “alguns funcionários atendem 100%, outros não”; “existe reclamação de atendimento não cordial”; “alguns profissionais às vezes não atendem com cordialidade”; e “alguns trabalhadores não possuem delicadeza no trato com o usuário” (uma citação cada).

Os dados apontam que o acolhimento e a comunicação precisam ser aprimorados, para que se tenha uma relação mais humanizada.

Em relação à integração trabalhador/trabalhador, os dados demonstram que nove trabalhadores se sentem totalmente aceitos e integrados, dois parcialmente, e um trabalhador não se sente aceito e integrado.

A integração da equipe de trabalho é fundamental para a saúde mental do trabalhador, da mesma forma que para a qualidade do trabalho. Preocupa o gestor o fato de um trabalhador estar manifestando a sua percepção de exclusão. De acordo com Motta (5), estaria ele manifestando resistência aos processos de mudança?

Em relação à motivação do trabalhador com a metodologia de trabalho implantada na sala de vacinas, os dados demonstram que sete trabalhadores sentem-se totalmente e quatro parcialmente motivados, e um trabalhador não.

É importante citar os motivos pelos quais quatro trabalhadores sentem-se parcialmente motivados: não concordar com o fato de que um trabalhador faz os registros e outro administra a vacina; não gostar muito de vacinar; não estar sistematicamente na sala de vacinas; e não poder estar na sala de vacinas.

Cabe dizer que alguns aspectos do processo de trabalho foram modificados, mas o **cuidado ao usuário** continua sendo realizado por tarefas. Um trabalhador de enfermagem realiza parte do cuidado (interpretação do cartão, registros, aprazamento e orientação para o retorno), e outro auxiliar realiza a aplicação da vacina e a orientação propriamente ditas.

O usuário, em nenhum momento, manifestou descontentamento com essa divisão de tarefas. Sob o ponto de vista do gestor, essa metodologia de trabalho apresenta restrições. São elas:

- prejuízo da integralidade da assistência;
- orientações aos pais podem ser dadas duas vezes, ou não dadas;

- identificação do técnico responsável é difícil, no caso de ocorrerem reações vacinais ou registros inapropriados;

- trabalhador possui domínio restrito do processo como um todo;

- contribui para aplicação de vacinas trocadas;

- parte dos trabalhadores prefere trabalhar por tarefas, pois opta por realizar a atividade que tem maior habilidade. Parece estar chegando o momento oportuno de rediscutir a melhor forma de prestar o cuidado.

Dois outros trabalhadores se sentem parcialmente motivados. Um por atuar ocasionalmente na sala de vacinas. Caso estivesse lá todos os dias, gostaria da metodologia. O outro gosta muito de atuar na sala de vacinas, porém, sua saída foi necessária, devido a restrições funcionais/readaptação funcional. Novamente, um trabalhador manifesta a sua desmotivação.

Motta (5) afirma que o objetivo da mudança é trazer satisfação e harmonia ao ambiente de trabalho, tanto como fatores de realização e progresso pessoais como causadores de eficiência. Neste sentido, os dados permitem concluir que a grande maioria dos trabalhadores sente-se motivada com o processo de trabalho, e os usuários estão satisfeitos com a interação usuário/trabalhador.

Na perspectiva estratégica, a totalidade dos usuários apontou como não sendo de responsabilidade da UBS comunicar aos pais sobre o atraso da vacina de seus filhos, mas nove deles gostariam de ser comunicados sobre o atraso, caso ele ocorra. Um usuário referiu não ser necessário, mas não se incomodaria se a UBS fizesse o contato.

Parte dos trabalhadores (seis) considera como sendo responsabilidade da UBS comunicar aos pais sobre o atraso vacinal das crianças. Uma parte significativa de trabalhadores (quatro) é parcialmente favorável. Houve um posicionamento contrário, e novamente um trabalhador não emitiu parecer. Nove trabalhadores gostariam que a UBS lhes comunicasse sobre o atraso vacinal de seus filhos, e três não gostariam.

Existe uma diferença de três respostas entre os trabalhadores que consideram ser responsabilidade da UBS comunicar os pais (seis) e os que gostariam de ser comunicados se seus filhos estivessem com a vacina atrasada. Tal fato pode ser explicado, já que alguns trabalhadores que são parcialmente favoráveis demonstraram interesse em que a UBS fizesse contato com eles. Isso demonstra a percepção de que as ações, quando voltadas para o outro, têm um significado e, quando voltadas para nós, adquirem um valor diferente. Talvez seja esta a pergunta-chave que envolve as mudanças nas questões de saúde: como eu gostaria que fosse o atendimento prestado a mim e aos meus filhos?

Analisando as afirmativas, que representam as perspectivas estratégica e cultural, percebe-se que se vive um conflito de origem cultural que é um nó crítico para a gestão (perspectiva estratégica), pois o Princípio de Vigilância Sanitária e o Manual de Normas Técnicas Sobre Vacinação estabelecem como atribuição das UBS realizar a busca de faltosos à vacina. Contudo, alguns trabalhadores apresentam resistência a essa ação, pois não concebem como responsabilidade sua realizar tal ação. Alguns trabalhadores, em conversas informais, caracterizam algumas ações como “paternalistas”. Cabem aqui algumas reflexões:

- É possível cumprir a missão/os princípios sem violar os princípios individuais de cada trabalhador?

- Como realizar ações com dedicação e qualidade se o trabalhador não crê nelas?

- Será que a totalidade dos trabalhadores que informaram que é responsabilidade das UBS comunicar aos pais acredita nisso realmente ou aceitou uma definição estabelecida *a priori*, por conveniência, evitando, com isso, um cenário de disputa?

As afirmativas na perspectiva cultural demonstram que todos os usuários entrevistados entendem que é sua a responsabilidade de cuidar da vacinação dos filhos. Entre os trabalhadores, 10 entendem que a responsabilidade é conjunta, dos pais e da UBS, e dois trabalhadores entendem que a responsabilidade é eminentemente dos pais.

Na perspectiva cultural, existe um grau de discordância nas respostas dos trabalhadores. Pode estar evidenciado aqui que alguns dos princípios do SUS e do Protocolo de Saúde da SMS não foram incorporados ou não são conhecidos.

A Constituição Federal de 1988 (6), em seu Artigo 196, delimita a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A legislação brasileira demonstra que a responsabilização do cuidado com as crianças é dos cidadãos e, portanto, também dos trabalhadores de saúde.

O Protocolo de Saúde da SMS (3) refere-se ao vínculo e à responsabilização da seguinte forma:

“[...] significa que o paciente se vincule a uma determinada equipe – a ‘sua equipe’. Uma equipe que tenha o entendimento de que é responsável pelos seus pacientes/usuários e pela integralidade da atenção que lhes é dispensada – o que é diferente de ser responsável pela conduta ou pelo procedimento que realiza.”

No tocante à perspectiva política, seis usuários afirmaram que a qualidade da vacinação do serviço público é igual à do privado. Quatro usuários não soube-

ram informar. Entre os trabalhadores, oito disseram que a qualidade da vacinação é superior, três disseram ser igual, e um não soube informar. Os trabalhadores e usuários que não souberam informar nunca realizaram vacinas no serviço privado.

As percepções descritas acima geram dois tipos de sentimentos: um de **satisfação** pelo reconhecimento da qualidade e do esforço dos profissionais envolvidos no processo de vacinação; e outro de **inquietação**, pois, tradicionalmente, a vacinação é um dos procedimentos mais antigos do setor público em saúde, o qual deveria apresentar elevada qualificação em relação ao serviço privado.

Alguns fatores podem estar contribuindo para a qualificação do serviço privado em relação ao público. A rede privada possui vacinas associadas que a rede pública não possui e administra rotineiramente vacinas de composição acelular, enquanto a rede pública administra em situações especiais. Para finalizar, resta ainda a reflexão de qual seria o papel da Vigilância Epidemiológica em relação aos serviços privados de vacinação. Teria ela um papel regulador?

Quanto aos métodos de mudança, todos os trabalhadores afirmavam que o processo de mudança implantado na sala de vacinação foi construído coletivamente. Entre eles, 10 trabalhadores informaram que a construção foi totalmente coletiva, e dois que foi parcialmente coletiva. Tal resposta deve-se ao fato de que alguns trabalhadores não participaram de todas as reuniões.

Cabe ainda dizer que a maioria das reuniões para a construção do processo de trabalho foi realizada durante o horário de atendimento externo à população, e, portanto, parte dos trabalhadores estava em reunião, e outra estava na assistência. As reuniões finalizadoras ocorreram após o expediente externo (após as 17 horas). Essa metodologia foi uma opção do gestor, considerando a dificuldade dos trabalhadores em permanecer após o horário de trabalho e o interesse em dar maior agilidade para o projeto. Para Motta (5), “a descentralização e a modulação da empresa, concedendo maior liberdade individual na execução das tarefas, resultam também em uma maior responsabilidade individual.”

Os trabalhadores referem que conhecem a missão e os princípios. Entre eles, 10 não conhecem com profundidade (já ouviram falar), e dois conhecem o tema com profundidade. Para o gestor, essa é uma informação valiosa, já que demonstra a necessidade de retomar a discussão sobre o tema (em 1999, realizou-se um fórum de discussão com os trabalhadores, e, em 2002, o tema foi retomado para a elaboração dos planos locais). Os servidores que ingressaram após 2002 informaram que conhecem total ou parcialmente o modelo técnico

assistencial adotado pela SMS, o que leva a crer que tal fato tenha ocorrido em função da leitura individual do protocolo (cada trabalhador recebeu um exemplar), uma vez que nenhuma capacitação/discussão formal foi organizada sobre o tema pelo gestor local depois de 2002. Motta (5) recomenda como “elemento indispensável à mudança a análise profunda e sistemática da ambiência na qual a empresa opera. Para isso, é necessário tornar o público interno mais consciente sobre o propósito da instituição (ter consciência sobre a missão)”.

Os resultados das afirmativas na perspectiva técnica demonstram que todos os usuários receberam orientação no ato da vacina, e nenhuma criança apresentou problemas inesperados após a aplicação da vacina. Os dados permitem concluir que a assistência prestada pela equipe de enfermagem é qualificada.

No que se refere à capacitação, oito trabalhadores sentem-se parcialmente capacitados para realizar as atividades administrativas de orientação e de administração das vacinas, enquanto que quatro sentem-se capacitados.

Tal fato deve-se aos fatores citados a seguir:

- vários auxiliares de enfermagem, em média seis, não assumem as atividades da sala de vacinas diariamente, o que gera a “perda da rotina do dia-a-dia”;
- preferência dos profissionais em realizar a assistência e/ou as atividades administrativas, não se sentindo motivados, portanto, a realizar o “que menos gostam”.

Na ótica do gestor, essa situação é motivo de reflexão e dúvidas, pois:

- o Programa Nacional de Imunização e o Conselho de Enfermagem não possuem critérios definidos para o dimensionamento de enfermagem em sala de vacinas;
- a UBS não possui quantitativo de pessoal suficiente para fixá-los permanentemente na sala de vacinas;
- fixar auxiliares de enfermagem significa realizar movimentos repetitivos inúmeras vezes. Isto não poderia gerar lesões por esforços repetitivos?
- a fixação de profissionais acarretaria um elevado grau de especialização. Tal fato não contribuiria para diminuir a percepção sistêmica do funcionamento da UBS?

Motta (5) refere que a perspectiva tecnológica enfatiza a divisão do trabalho, a especialização de funções e a racionalidade do processo produtivo. A área da saúde, atualmente, questiona estes conceitos e vem tentando resgatar a lógica da integralidade. A própria Lei Orgânica da Saúde aponta a “integralidade” da assistência como uma das diretrizes do SUS.

Todos os trabalhadores referiram que o processo implantado possibilitou total ou parcialmente a coleta de dados para realizar pesquisas. No processo de traba-

lho anterior, era possível identificar o número de doses de vacinas aplicadas por faixa etária. A reorganização do processo tornou possível identificar:

- crianças que deveriam ter sido vacinadas e não o foram;
- tipo de vacina não realizado;
- tempo de atraso vacinal;
- motivos de não comparecimento do usuário à UBS;
- e o número de crianças cuja vacina foi resgatada.

A equipe de enfermagem refere que não está sendo possível coletar todas as informações desejadas, pois alguns pais não são localizados, outros não fornecem informações confiáveis, e, por vezes, existem falhas de registro na UBS.

Apesar das limitações apontadas, foi possível vacinar várias crianças após a busca, contribuindo, dessa forma, para o aumento da cobertura vacinal.

Os dados obtidos revelam que a equipe possui elevado grau de exigência em atingir as metas propostas. A equipe gostaria de poder localizar todos os pais faltosos e fica descontente por não conseguir fazê-lo. Contudo, não percebe que conseguir quantificar o número de pais faltosos é, por si só, uma informação extremamente preciosa para o serviço de saúde, que, até bem pouco tempo atrás, não a possuía. Caberia ao gestor motivar essa equipe e demonstrar que os avanços são gradativos.

As afirmativas na perspectiva estrutural demonstram que sete trabalhadores referem que a divisão de tarefas ocorreu considerando a afinidade e o interesse pessoal de alguns auxiliares, sem disputa de interesse. Quatro trabalhadores referem que houve consenso no momento da divisão de tarefas. Um trabalhador não soube informar como foi realizada a divisão de tarefas. Assim, retoma-se a afirmação de que “para mudar uma organização, é necessário se alterar a forma pela qual se distribuem formalmente a autoridade e a responsabilidade” (5).

Os dados permitem concluir que a equipe de enfermagem fez um exercício de distribuição da autoridade e da responsabilidade; contudo, o processo pode não ter sido suficientemente transparente, e/ou alguns trabalhadores não quiseram entrar “em cena” para realizar a “disputa”.

Os aspectos estruturais relativos ao papel formal dos trabalhadores não foram discutidos, pois as condutas técnicas estão explicitadas no Manual de Normas Técnicas de Vacinação, e os aspectos relativos ao “jeito de fazer o cuidado” estão descritos no protocolo de ações/saúde e foram discutidos nas demais observações ou perspectivas, pois estas parecem estar imbricadas.

Em relação aos aspectos a serem melhorados, 19 citações referem-se à perspectiva humana, 20 à pers-

pectiva estratégica, quatro à perspectiva técnica e uma à perspectiva estrutural.

Na perspectiva humana, os dados apontam para a necessidade de realizar melhorias no espaço físico e aquisição de equipamentos. Essas melhorias tornariam o ambiente mais agradável e funcional e, portanto, mais humanizado, tanto para o trabalhador quanto para o usuário. Os aspectos relativos à melhora da postura profissional e ao aprimoramento do acolhimento estão sendo apontados provavelmente para humanizar a relação usuário/trabalhador, salientando-se que o objetivo da mudança é trazer satisfação e harmonia ao ambiente de trabalho, além de fatores de realização e progresso pessoais como causadores de eficiência (5).

Para se mudar uma organização, necessita-se alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação dos indivíduos. Isso envolve, por exemplo, desde intervenções sociopsicológicas de pequenos grupos para incentivar a colaboração, passando pela revisão de práticas de motivação, liderança e distribuição de poder, até a reconstrução do sistema de recompensas, de carreira e de aperfeiçoamento pessoal.

Na perspectiva estratégica, o aspecto mais apontado pelos trabalhadores é a necessidade de ordenar o fluxo de entrada e saída do usuário. O atual fluxo na sala de vacinas é um fluxo cruzado: transitam pelo mesmo espaço usuários que entram para serem vacinados e usuários que saem após a vacinação. Esse fluxo está causando desconforto aos trabalhadores e aos usuários, pois estes apontam o “acúmulo de gente na sala”, na perspectiva humana, como aspecto a ser melhorado. Cabe aqui uma reflexão: por que os trabalhadores continuam mantendo o fluxo cruzado se a área física possui duas portas distintas, podendo ser uma utilizada para a entrada e outra para a saída? Será que eles estão aguardando uma atitude normativa/prescritiva do gerente ou das enfermeiras da UBS que lhes diga como deve ser feito?

A perspectiva técnica possui dois aspectos a serem melhorados, com quatro indicações apontadas pelos trabalhadores. O aspecto mais citado é a necessidade de informatização: as unidades básicas não possuem computadores. Todos os cadastros e seus controles são realizados manualmente, através de um fichário rotativo. Para introduzir a informatização na sala de vacinas, seria necessário rever processos, estudando uma a uma cada tarefa que compõe cada processo, reavaliá-los e propor novas formas de executá-los. Para Motta (5), o objetivo imediato da informatização é eliminar desperdícios, reduzir a fadiga humana, redistribuir tarefas e controlar todos os fatores que concorram para o aumento da eficiência e qualidade.

Na perspectiva estrutural, é apontado um aspecto a melhorar, com uma citação dos trabalhadores. O as-

pecto a ser melhorado é o não uso do incenso. Não há, hoje, regras institucionalizadas para o uso ou não de incensos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se constatar que:

- Os motivos que levam o usuário a procurar a UBS estão relacionados, predominantemente, à facilidade de acesso (perspectiva estratégica) e à qualidade do atendimento (perspectiva técnica).

- As respostas às questões relativas à perspectiva humana mostraram que o usuário sente-se muito bem atendido. Os trabalhadores de enfermagem, por sua vez, deixaram evidente que a relação trabalhador/usuário e o vínculo necessitam ser aprimorados.

- Os dados da perspectiva estratégica demonstraram diferentes percepções entre os usuários e os trabalhadores de enfermagem sobre ser responsabilidade da UBS comunicar aos pais o atraso vacinal de seus filhos. Também existem percepções discordantes entre os trabalhadores de enfermagem sobre tal assunto.

- As afirmativas, na perspectiva cultural, evidenciaram que existem percepções distintas entre trabalhadores de enfermagem e usuários no que se refere à responsabilidade de cuidar do esquema vacinal. Um grupo considera que seja dos pais, outro grupo considera que seja da UBS e dos pais.

- Pôde-se constatar, na perspectiva política, que a vacinação do serviço público é igual ou melhor que a do serviço privado. A construção coletiva foi a metodologia utilizada para implantar o processo de mudança na sala de vacinas. A missão e os princípios do modelo "Em Defesa da Vida" são parcialmente conhecidos pelos trabalhadores de enfermagem e, portanto, necessitam ser aprofundados.

- As afirmativas, na perspectiva técnica, demonstraram que os usuários foram atendidos com a técnica adequada. Os trabalhadores de enfermagem sentem-se parcialmente capacitados para assumirem todas as tarefas na sala de vacinas. Os dados comprovam que o processo de trabalho implantado contribuiu para a realização de pesquisas e para o aumento da cobertura vacinal.

- Na perspectiva estrutural, pôde-se constatar também que a divisão de tarefas na sala de vacinas ocorreu por afinidade de interesse pessoal dos trabalhadores de enfermagem. Os usuários não foram abordados sobre este aspecto.

- Os trabalhadores de enfermagem e usuários apontaram vários aspectos na perspectiva humana que necessitam ser melhorados. A grande maioria deles está relacionada à infra-estrutura do prédio e dos materiais, aos fluxos de trabalho e relação trabalhador/usuário. Os trabalhadores de enfermagem incluíram sugestões de melhorias relacionadas às perspectivas estratégica, técnica e estrutural. As tabelas trazem descrições belíssimas, que contribuem, em especial, para a humanização do cuidado com o usuário e com o trabalhador de enfermagem.

Este trabalho permitiu a aproximação com o cotidiano da sala de vacinas. Estreitou laços com o trabalhador de enfermagem. Por fim, foi um dispositivo para que a escuta fosse realizada, aproximando o gestor do usuário e dos colegas de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saude* 2003;12(3):147-53.
2. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Programação pactuada integrada: epidemiologia e controle de doenças (PPI-ECD). Normas Técnicas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2004.
3. Capra MLP. Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde; 2000. Disponível em: <http://www.caxias.rs.gov.br>
4. Silva Jr. AG. Modelos técnicos assistenciais em saúde. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
5. Motta PR. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2001.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 2.ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

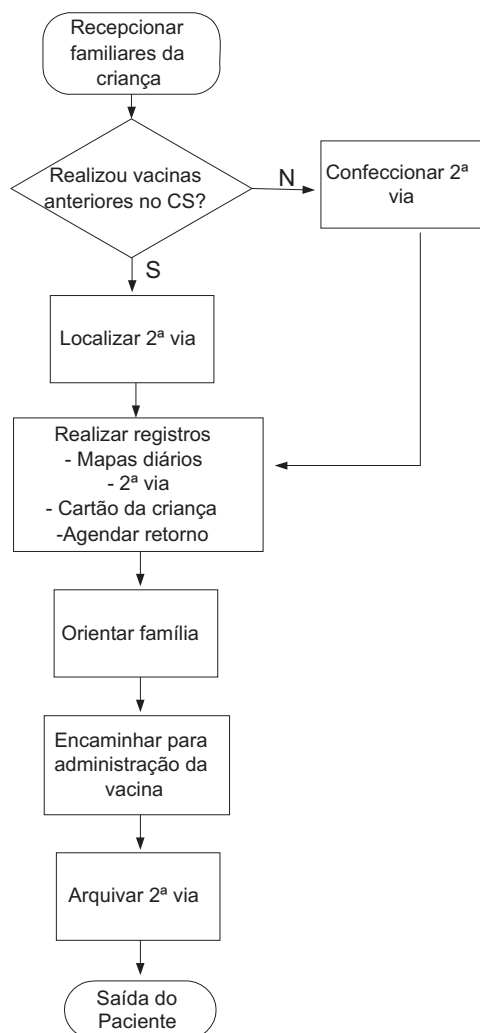


Figura 1. Fluxograma da assistência na vacinação anterior ao processo de mudanças implantadas (anterior a julho de 2003).

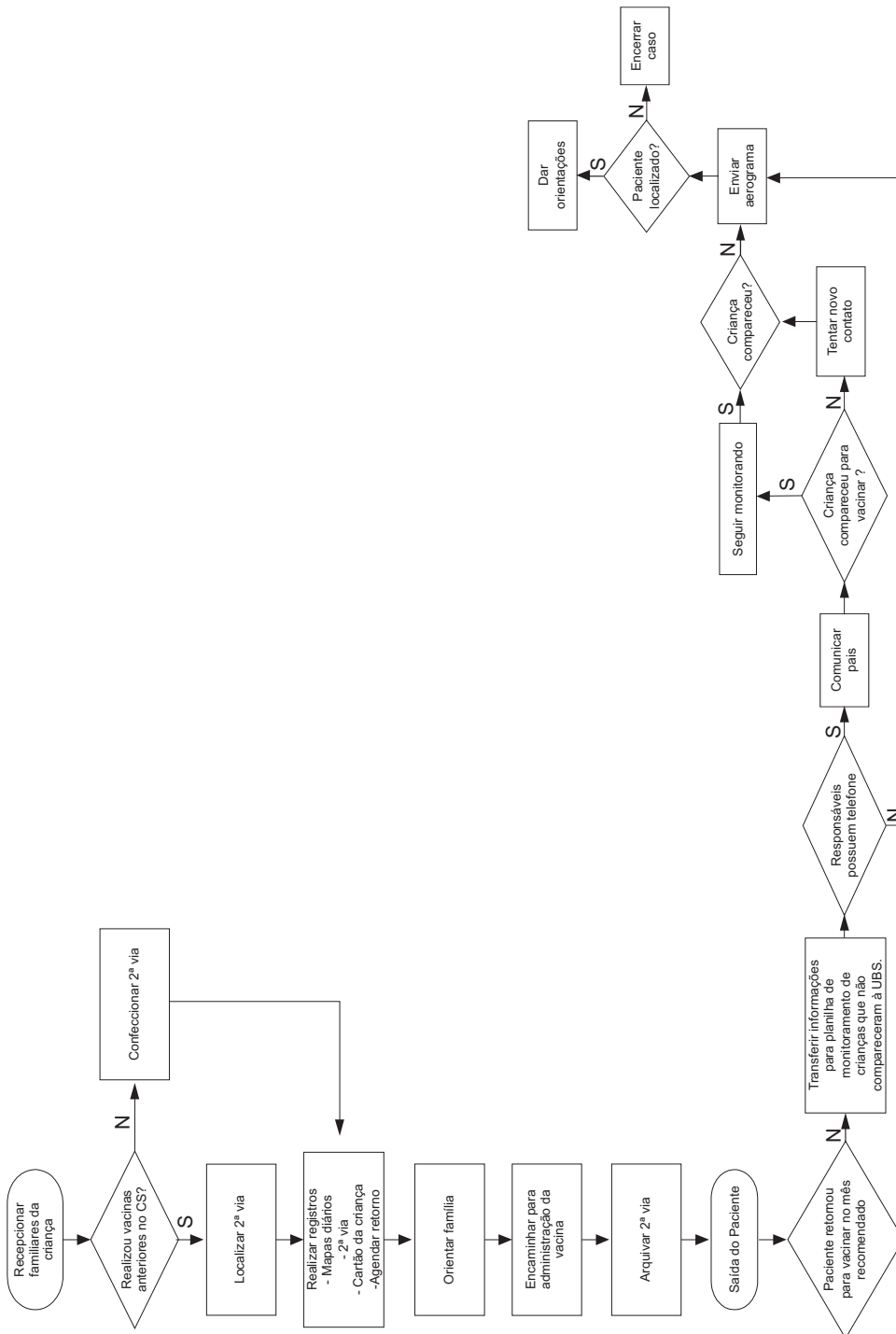


Figura 2. Fluxograma atual da assistência na vacinação.

CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: A EXPERIÊNCIA DOS ESTAGIÁRIOS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE DE PORTO ALEGRE (RS)

CONSTRUCTION OF A SPACE FOR PROFESSIONAL TRAINING: TRAINEES' EXPERIENCE DURING THE DENGUE FEVER CONTROL PROGRAM IN PORTO ALEGRE, SOUTHERN BRAZIL

Dóris Soares Blesmann¹, Roger dos Santos Rosa²

RESUMO

O setor de saúde tem absorvido progressivamente mais estudantes para compor seu quadro de recursos humanos como forma de adequar-se às crescentes demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva-se apresentar como algumas mudanças do setor de saúde têm impactado a formação profissional, exigindo articulações entre as esferas de gestão, de atenção à saúde, de ensino e de controle social. Para verificar como os estudantes estão percebendo sua inserção no SUS, foi realizada uma pesquisa com estagiários do Programa Municipal de Controle da Dengue da Prefeitura Municipal de Porto Alegre no ano de 2004. Utilizou-se a técnica de grupos focais para a discussão de quatro temas: processo saúde-doença, saúde pública, inserção no SUS e intersectorialidade. Os resultados demonstraram dificuldades na articulação entre trabalho e ensino e na inserção das práticas de estágio no SUS. As transformações decorrentes dessas constatações demandam mudanças na própria estruturação dos estágios.

Unitermos: Recursos humanos em saúde, desenvolvimento de recursos humanos, treinamento em serviço, ensino superior.

ABSTRACT

The health care sector has been absorbing a progressively increasing number of students as a way of fulfilling the needs of the Brazilian public health care system (SUS - Sistema Único de Saúde). The main goal of the present study is to show how some changes in the health sector affect professional development, demanding joint efforts from areas such as management, attention to health, education and social control. To assess how students perceive their insertion in the SUS, a research was carried out in 2004 with trainees from the Dengue Fever Control Program of the City of Porto Alegre, southern Brazil. The technique of focal groups was employed in the discussion of four issues: health-illness process, public health, insertion in the SUS and integration among different sectors. The results evidenced several difficulties in integrating work and education and establishing good training practices within SUS, thus, we conclude that changes must be considered in the in-service training structure.

Key words: Health manpower, staff development, in-service training, higher education.

¹ Especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS. E-mail: dorisbl@terra.com.br.

² Doutorando em Epidemiologia; Mestre em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Professor Assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Correspondência: Prof. Roger dos Santos Rosa, Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-5245. Fax: (51) 3316-5327. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido atenção especial sobre a formação de recursos humanos, pois demanda profundas transformações tanto no campo da saúde quanto no da educação. Na visão predominante atual, a saúde vem sendo considerada de um ponto de vista biologista, tendo a doença como foco, o indivíduo como centro da atenção e a tecnologia como recurso dominante. Na educação, os modelos têm refletido a vinculação com a concepção tradicional, com prática pedagógica centrada no professor e na transmissão de conhecimentos por vezes desvinculados da realidade.

Ao contrário, os movimentos pela Reforma Sanitária Brasileira e por mudanças na formação de profissionais de saúde têm como paradigma a construção social da saúde que, para Feuerwerker & Lima (1), refere-se ao “fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, nas ações intersetoriais e na progressiva autonomia das pessoas e populações em relação à saúde”. Na área da educação, o novo modelo é fundamentado na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática e na participação ativa do estudante no seu aprendizado, segundo as autoras citadas.

Conforme Machado (2), a aquisição do diploma ou certificado profissional não corresponde mais à premissa de uma adequada qualidade dos serviços. A saúde é uma área de serviços essenciais, na qual é exigida de seus profissionais qualificação formal para atuarem, e a regulação da formação deverá estar associada às necessidades da população e ao modelo assistencial. É necessário que a acumulação do saber e a prática acadêmica sejam compartilhadas com o mundo real dos serviços, para que haja uma política direcionada às necessidades de profissionais e especialistas de saúde para o SUS. No modelo atual, a formação é direcionada aos conhecimentos específicos de cada área e não utiliza o processo de trabalho em saúde e a inserção das diferentes categorias profissionais como eixo integrador.

Para Feuerwerker & Marsiglia (3), a construção de um sistema de saúde público, universal e descentralizado exige o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional e a incorporação da causalidade social na explicação do processo saúde-doença e do cuidado-qualidade de vida. Ou seja, uma proposta diversa da formação centralizada na especialização, na qual questões como acolhimento aos usuários e humanização dos serviços não são discutidas, permanecendo a hospitalização como idéia central e uma visão autoritária da educação em saúde.

A construção de cenários favoráveis às mudanças, e para que essas sejam generalizadas, exige ações que não podem se limitar ao campo interno das instituições de ensino superior (1). Há fatores externos a elas que contribuem diretamente na organização das práticas profissionais, na conformação do perfil profissional e na orientação das linhas de investigação, interferindo nas possibilidades de mudanças. São necessárias ações estratégicas no plano de políticas amplas.

Este trabalho objetiva apresentar como algumas mudanças do setor de saúde têm impactado a formação profissional, exigindo articulações entre as esferas de gestão, de atenção à saúde, de ensino e de controle social. Serão apresentadas estratégias de mudanças, seguidas do percurso metodológico e dos resultados alcançados a partir da visão de estagiários do Programa Municipal de Controle da Dengue da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

AS ESTRATÉGIAS DE MUDANÇAS

Desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco para a introdução do SUS na Constituição Federal de 1988, alguns princípios em relação à política de recursos humanos estão sendo delineados. Entre eles, a educação permanente e a formação dos profissionais de saúde, com adequação da educação à regionalização e à hierarquização do sistema de saúde (4).

A Lei nº 8080/90, que regulamentou o SUS, prevê a formulação e execução da política de recursos humanos para o SUS em todos os níveis de ensino pelas diferentes esferas de governo, o que gerou diversas formulações subsequentes (5).

Na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, a primeira após a criação do SUS na Constituição Federal, foram previstas, entre outras medidas em relação aos recursos humanos, a necessidade de assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos, em articulação com os órgãos formadores; a manutenção dos programas de residência médica, com ampliação de vagas e abrangência das demais categorias profissionais da área de saúde; e a regulamentação do Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal, que atribui ao SUS a incumbência de ordenar a formação de recursos humanos (4).

Essas questões avançaram na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, na qual, entre suas deliberações, consta a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS; a reestruturação dos programas de residência médica e estágios, com vistas à sua adequação às necessidades do SUS; o fortalecimento dos vínculos com universidades, com promoção de articula-

ções intersetoriais, visando capacitar para a atuação na atenção integral à saúde, individual e coletiva; a garantia de um intercâmbio entre as instituições de ensino e serviço, através da utilização das unidades e serviços do SUS como espaço privilegiado para a formação de trabalhadores em saúde, com a supervisão das duas (4).

Na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram aprovadas recomendações em relação à formação de profissionais, à regulação e ao papel da universidade. Entre elas, encontramos: garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de sua população; estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização de serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de atenção à saúde. Nessa conferência, foi reafirmada a deliberação da X Conferência quanto à revisão dos currículos mínimos, com a participação dos gestores e do Conselho Nacional de Saúde (4).

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de “currículo mínimo” pelo de “diretrizes curriculares” para as graduações dos cursos da área da saúde. Nas novas diretrizes curriculares, evidencia-se que a saúde coletiva e os princípios do SUS são elementos fundamentais na articulação da política de educação superior com a política de gestão da saúde (6). Um importante avanço para a transformação do perfil profissional foi a homologação, pelo Ministério da Educação, das Diretrizes Curriculares para a Formação Médica, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em outubro de 2001. Nessas diretrizes, o perfil profissional delineado é de um médico comprometido com a realidade social, que atue não só com competência técnica, mas também com ética e humanismo, e que utilize um modelo integral de assistência à saúde. A essas novas perspectivas curriculares, seguiram-se, inicialmente, as dos cursos de Enfermagem e Nutrição, estendendo-se, posteriormente, para os outros cursos da área da saúde (7).

Os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica para Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), aprovados em 2002 pelo Ministério da Saúde, prevêm, para as três esferas de gestão, o favorecimento para mudanças curriculares, com a inclusão de abertura de campos de estágio. Os convênios entre as instituições de ensino e os gestores devem construir em conjunto a metodologia pedagógica, focando o trabalho como eixo central da aprendizagem. Além disso, têm como responsabilidade preparar os trabalhadores dos serviços para receberem os estagiários, e os profissionais

do quadro com cursos de especialização e mestrado, entre outros, deverão ser aproveitados como formadores (8).

Em junho de 2003, entrou em vigor uma nova estrutura regimental básica no Ministério da Saúde, criando, entre outras, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o objetivo de realizar a gestão de educação para o SUS. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde definiu como um de seus desafios a construção dos novos paradigmas para a atuação em saúde, contemplando a integralidade da atenção, a intersetorialidade e a atuação em equipe de saúde. A gestão federal do SUS prevê a necessidade de aproximação ensino-gestão-control social-serviço (9). Entre os projetos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, está o Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS/BRASIL). É uma das estratégias do Ministério da Saúde e do movimento estudantil para promover a vivência dos estudantes universitários da área da saúde na realidade da organização dos serviços de saúde.

O VER-SUS está sendo construído a partir da constatação de que a formação acadêmica destes estudantes não contempla esta perspectiva do SUS, pois os estágios profissionais restringem-se às áreas próprias de cada profissão e são centrados na assistência e na rede de serviços. Após a graduação, os profissionais atuam num complexo sistema de serviços de saúde sem terem tido a vivência e o conhecimento de sua organização e funcionamento (10). Este projeto foi desenvolvido no Rio Grande do Sul em 2002, através do VER-SUS/RS, e foi uma das primeiras iniciativas que introduziu a questão da vivência-estágio como política de recursos humanos para a implementação do SUS (6).

Em setembro de 2003, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde a instituição da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, instituídos em fevereiro de 2004 pelo Ministério da Saúde, são considerados a maior estratégia para a implementação da política de formação e desenvolvimento do trabalho no SUS. Os pólos deveriam constituir-se em núcleos de articulação entre gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social e representação estudantil, tendo como função principal proporcionar um amplo debate dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação dos trabalhadores e demais atores sociais da saúde.

Entre as linhas de apoio aos projetos dos pólos, está prevista para a área de graduação em saúde a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que tor-

nem possíveis a problematização da realidade como estímulo para a aprendizagem, a diversificação dos cenários de práticas a partir do início dos cursos e o trabalho em equipe multidisciplinar, garantindo integralidade e continuidade da atenção, além de produzir conhecimentos relevantes para o SUS (9).

A XII Conferência Nacional de Saúde (11), em dezembro de 2003, reafirmou a necessidade de formação dos profissionais de saúde, apontando que a expansão do Programa de Saúde da Família tem evidenciado um estrangulamento na consolidação do SUS, principalmente em relação à atenção básica, ao trabalho em equipes transdisciplinares e às ações intersetoriais, não garantindo a atenção integral à saúde qualificada e resolutiva (12).

É no município que a maior parte das ações de saúde se concretizam e se inserem docentes e estudantes na prática de ensino-aprendizagem, de acordo com a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS (9).

Se o conceito-chave da educação permanente em saúde, e que lhe dá existência, é a articulação entre educação e trabalho, entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, o município é o lugar-sede da concretização deste ato político. Por essa razão, os municípios devem cumprir um papel fundamental na mudança da formação profissional e um papel ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento (conteúdo e metodologias) e na formulação de demandas para a produção e disseminação de conhecimento.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada com abordagem metodológica qualitativa. A amostra foi composta por 19 estudantes do curso de Biologia e um do curso de Medicina Veterinária que realizaram estágio, em 2004, no Programa Municipal de Controle da Dengue, do Núcleo de Controle de Roedores e Vetores da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O número total de estudantes universitários vinculados ao programa era de 78 no período de maio a junho de 2004, oriundos de todas as faculdades ou universidades de Porto Alegre e região metropolitana que possuem o curso de Ciências Biológicas, tanto licenciatura como bacharelado, e de uma universidade da região metropolitana que oferece o curso de Medicina Veterinária.

O Programa Municipal de Controle da Dengue, da Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal

de Porto Alegre, ao contrário dos outros programas do país, trabalha com estagiários de curso de nível superior como agentes de saúde.

A coleta dos dados foi realizada por meio de grupos focais, com análise de quatro temas: processo saúde-doença, saúde pública, inserção das atividades do estágio no SUS e relações com as outras ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foram criados três grupos, cujos componentes possuíam três períodos de desenvolvimento do estágio: até 6 meses, de 6 meses a 1 ano e meio e a partir de 1 ano e meio. Era esperado que estudantes em diferentes etapas do estágio apresentassem diferentes concepções sobre os temas abordados, conforme as práticas de estágio e capacitações realizadas, o que não ocorreu. Dessa forma, não indicamos na discussão dos resultados esse dado.

Os encontros foram agendados junto à coordenação do Programa Municipal de Controle da Dengue nos meses de maio e junho de 2004 e realizados nas dependências da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde.

Por fim, este artigo se constitui em versão reduzida de trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os campos de estágio no SUS visam a formação de recursos humanos capazes de adquirir uma adequada interpretação do processo saúde-doença e cuidado-qualidade de vida, compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, ter competência para o planejamento e a gestão de processos, realizar avaliação dos sistemas e serviços, além de identificar os recursos mais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas.

Ao ingressar nos estágios, a maioria dos estudantes conhece a realidade de uma maneira bem diversa da universidade, em seu sistema acadêmico, o que tende a provocar aprendizagens inovadoras, mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento (6). Essa realidade, diversa daquela conhecida pelos estudantes, provoca um novo nível de exigências de aprendizado quando é confrontada com a realidade da universidade.

Ao refletirmos sobre essa dicotomia entre serviços de saúde e universidade, deparamo-nos, durante a pesquisa, com o desconhecimento pelos estudantes do que é saúde pública, na maioria das vezes percebida como de responsabilidade do poder público, por meio da assis-

tência através de unidades de saúde e hospitais, apesar do conceito de saúde ambiental ser um dos eixos conceituais no campo de estágio. A universidade sofreu críticas por não contemplar a saúde pública no currículo, apesar de o estágio abrir novos cenários de aprendizagem.

Os estudantes expressaram críticas à visão hegemônica atual, em que o paradigma da saúde é biologista, tendo a doença como foco e a assistência centrada no indivíduo. Ao focarem nas dimensões da realidade quais os fatores que condicionam o processo saúde-doença, indicaram aqueles relacionados ao meio ambiente e à falta de campanhas educativas adequadas por parte do poder público. As práticas adequadas de higiene e os hábitos considerados saudáveis, principalmente relacionados à alimentação e à assepsia, apareceram como cuidados em relação ao ambiente. Como no modelo higienista, o enfoque da promoção da saúde aparece ligado a comportamentos individuais. A causalidade social, apesar de apontada, não aparece como relacionada à falta de promoção, para a maioria. As condições socioambientais e culturais foram apontadas por alguns estudantes, que citaram também a educação como básica para uma melhor qualidade de vida, mas também como um comportamento individual, desarticulado de outras políticas públicas.

Para Ceccim & Armani (13), a compreensão do processo saúde-doença e cuidado-qualidade de vida constitui um dos desafios mais importantes na formação de recursos humanos pelo SUS. Ao não se fazer mais promoção da saúde com imposição de medidas higienistas sobre indivíduos, grupos e populações, ela se realiza com colaborações e alianças, na aprendizagem de cuidados e com o potencial inventivo de cada indivíduo.

Para os estudantes, as concepções do processo saúde-doença, apesar de associadas a fatores do meio e não só biológicos, aparecem fragmentadas e desvinculadas das condições condicionantes, reduzindo o cuidado com a saúde à assistência por parte do poder público ou a hábitos e atitudes individuais.

A especificidade do conhecimento do biólogo é apontada como enriquecedora no entendimento dos fatores que levam ao adoecimento, ao apontarem o meio ambiente como um dos condicionantes. No entanto, muitos estudantes não conseguiram perceber qual o papel da vigilância da saúde no SUS, por associarem o sistema à assistência.

Do mesmo modo, as ações intersetoriais foram percebidas como intervenções focais de diferentes órgãos do poder público, mas não como políticas integradas em relação ao meio ambiente. A intersetorialidade foi percebida como presente no discurso e ausente na

prática, mas não houve reflexão sobre as dificuldades de implementação de políticas de desenho intersetorial, o que muitas vezes ocorre por barreiras burocráticas e corporativas, por resistência a transferências de recursos humanos, financeiros e técnicos (14). As políticas públicas estão organizadas por setores com objetivos próprios, mas complementares entre si. É necessário que o processo de diferenciação das ações nos setores se transforme num processo de integração, para que as ocorrências sejam compreendidas na sua totalidade. É na intervenção comum que o modelo explicativo é construído e ensejará novas demandas (9).

Para Feuerwerker & Lima (1), é importante redefinir e ampliar o espaço de interação entre universidades e serviços de saúde, de modo a inserir a questão da formação profissional na agenda das diferentes instâncias do SUS e a Reforma Sanitária na agenda das escolas, mas é fundamental uma política nacional e regional, para facilitar e estimular esse processo de integração. De outro lado, evidencia-se a necessidade de que também os profissionais e serviços do SUS redefinam suas estruturas e práticas, para que favoreçam a formação de novos recursos humanos.

O trabalho em saúde, conforme Offe (apud 15), possui algumas especificidades, caracterizando-se pelas incertezas oriundas da indeterminação das demandas, pelas descontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento a todos os casos. Para Deluiz (15), as características do processo de trabalho em saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade decorre, entre outras causas, da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários e das condições e formas de organização do trabalho. A heterogeneidade aparece na diversidade dos processos de trabalho, que têm, muitas vezes, uma organização própria e sem articulações entre si. A fragmentação pode ser técnica, conceitual e social, ou seja, apresentando dicotomia entre pensar e fazer, presença de profissionais cada vez mais especializados e estabelecimento de relações rígidas de hierarquia. Essas características conduzem a práticas repetitivas e acríticas, descontextualizadas da realidade e sem comprometimento ético com a saúde da população.

Além disso, a estrutura corporativa e tradicional das categorias profissionais implica em um frágil processo de diálogo entre as partes (16). Não apenas reforça as práticas inerentes de cada profissão, como também conduz à reprodução do modelo hegemônico de saúde.

Essas reflexões, principalmente em relação à estruturação do estágio, sem articulação com outros serviços e com a universidade, foram importantes para a equipe repensar o estágio, que reproduzia a fragmentação do trabalho em saúde que ainda encontramos nas

equipes do SUS. A reformulação das práticas de estágio, que passaram a ser inseridas em alguns Programas de Saúde da Família, a inserção e as capacitações contemplando não apenas as questões teóricas e técnicas, mas também a gestão e estruturação do SUS, com o entendimento do papel do controle social, e a articulação com as universidades, através da discussão e participação em eventos promovidos pelas mesmas, constituíram um primeiro movimento para que a formação profissional se tornasse mais adequada às necessidades de recursos humanos para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos saberes e práticas das diferentes áreas de conhecimento dos profissionais que atuam no SUS, deparamo-nos com processos de trabalho fragmentados e desconectados da realidade. Os resultados da pesquisa apontam para a reprodução dessas concepções e práticas no campo de estágio pesquisado.

A pesquisa sinaliza que, também, a falta de compreensão dos estudantes sobre a estrutura e a gestão do SUS faz com que as ações no estágio apareçam descontextualizadas. Na verdade, reproduzem as práticas ainda existentes de compartimentalização de saberes e corporativismo dos profissionais que atuam no SUS.

As diretrizes curriculares para os cursos de Ciências Biológicas, apesar de descreverem um perfil profissional aberto a novas áreas de conhecimento, não contemplam a área de saúde, e a formação profissional dos estudantes pesquisados reflete essa realidade, pois é no campo de estágio que se deparam com a complexidade da gestão e das demandas da área da saúde.

Há falta de conhecimento e compreensão sobre a Reforma Sanitária Brasileira para a contextualização histórica das práticas ainda vigentes e do processo de construção das concepções do SUS, incluindo o controle social, que não foi referido por nenhum grupo, provavelmente por nenhum possuir conhecimento sobre o modelo de gestão.

É necessário focar o trabalho como eixo do aprendizado, e este deve nortear-se pelos princípios e diretrizes do SUS, apontando para o fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, das autonomias individual e coletiva, através de equipes multidisciplinares e ações intersectoriais.

São necessárias, também, articulações com as instituições de ensino, não só para integração da gestão dos programas de estágio, mas para que se possa fortalecer a atuação conjunta entre serviços e academia. Desta forma, as universidades poderão colaborar mais intensamente nas demandas de formação necessárias para

o SUS, respeitando as diferenças regionais e locais. Finalmente, articulações com o próprio Movimento Estudantil poderão compor a base para o início de uma mudança integradora.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker L, Lima V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Machado MH. Gestão pública e ética no trabalho. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Feuerwerker L, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de recursos humanos com base nas experiências IDA/UNI. *Divulg Saude Debate* 1996;12:24-8.
4. Ceccim R, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2002;7(2):373-83.
5. Brasil. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990. Pp. 18:055-9.
6. Ceccim R, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg Saude Debate* 2001;23:30-56.
7. Stella RCR. Estratégias de mudança na formação de profissionais de saúde e mecanismos de sustentação: a formação médica. *Olho Mágico* 2002;9(1):19-20.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde, pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto Ver-Sus Brasil. Brasília, 2003.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional

- de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
12. Brasil. Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos. In: XII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.12conferencia.com.br/inc/library/1,8.doc>. Acessado em 30 de abril de 2004.
 13. Ceccim R. Inovação na preparação de profissionais de saúde e na novidade da graduação em saúde coletiva. Bol Saude 2002;16(1):9-36.
 14. Vianna ALD. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. Rev Adm Publica 1998;32(2):23-33.
 15. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil, Ministério da Saúde. Seminário sobre certificação de competências para a área de saúde: os desafios do PROFAE. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 16. Machado MH. As profissões e o SUS - arenas conflitivas. Divulg Saude Debate 1996;14:44-7.

DANDO VOZ AOS USUÁRIOS: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL (RS)

GIVING VOICE TO USERS: EVALUATION OF SERVICES OFFERED AT TWO BASIC HEALTH UNITS IN CAXIAS DO SUL, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Paulo Cesar Delayti Motta¹, Aneli Marques Pellenz²

RESUMO

Neste artigo, apresentamos uma avaliação do acesso aos serviços de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Foram entrevistados 120 usuários dessas Unidades Básicas de Saúde, que responderam um questionário com perguntas abertas e fechadas, onde foi solicitado expressar a sua satisfação com o acesso aos serviços e com a oferta dos mesmos. A análise dos resultados mostrou um alto grau de satisfação, tanto com a oferta dos serviços de saúde como com o acesso a eles nas duas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas. Entretanto, embora os respondentes tenham se declarado satisfeitos, eles também declararam, quando perguntados sobre o que gostariam de ter em termos de serviços de saúde, que gostariam que houvesse mais profissionais de odontologia, de pediatria e de ginecologia, e também horários de atendimento mais flexíveis.

Unitermos: Avaliação de serviços de saúde, Unidades Básicas de Saúde, acesso, satisfação do usuário.

ABSTRACT

This article presents an evaluation of the access to health services in two Basic Health Units (BHU) in Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. One hundred and twenty users of these BHU were interviewed and answered a questionnaire with close and open questions in which they were asked to express their opinion towards the health care services and access. The answers showed a high degree of satisfaction with both the offer of, and the access to, the existing health care services at the two BHU analyzed. Nevertheless, although the respondents have declared being satisfied, when asked about what they would like to have in terms of health services, they also declared that they would like to count on a higher number of professionals, as well as on more flexible timetables in areas such as dentistry, pediatrics, and gynecology.

Key words: Evaluation of health services; health basic units; access; user's satisfaction.

¹ Professor Adjunto, Escola de Administração (EA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

² Enfermeira, Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, RS.

Correspondência: Prof. Paulo César D. Motta, Rua Washington Luis, 855, Centro, 90010-460, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-3536. Fax: (51) 3316- 3991. E-mail: pcdmotta@ea.ufrgs.br.

O contexto de transições e inquietações da descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) implica invariavelmente a revisão das práticas de saúde e de reorganização social, além da qualificação da produção do cuidado. Assim, os municípios precisaram

buscar formas de ofertar e produzir os serviços, implantando o modelo tecnoassistencial que se adapte às suas propostas de políticas de saúde.

Em Caxias do Sul, a partir de 1996, com a Gestão Plena do Sistema de Saúde, foi adotado o modelo de

atenção “Em Defesa da Vida”, que tem por finalidade o aumento do grau de autonomia dos usuários. A idéia coloca como centro do sistema de saúde a rede básica e as necessidades reais dos seus usuários e desafia a reconstrução dos processos de trabalho com vistas a uma produção de cuidados pautada pela ênfase no trabalho em equipe, a projetos terapêuticos interdisciplinares e ao resgate da clínica com valorização das tecnologias das relações humanas. Esta nova disposição visa garantir o acolhimento humanizado do usuário, o acesso a serviços mais resolutivos, o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, com clara definição de responsabilidades, a organização de fluxos mais eficazes entre os serviços dos diferentes níveis de atenção e o pleno exercício do controle social. Todos estes fatores estão associados a um conjunto de princípios de gestão, como a descentralização político-administrativa, concretizada pelo gerenciamento por territórios sanitários, pela elaboração de planos locais de saúde, pela democratização da gestão com controle social, exercido pelo Conselho Municipal de Saúde e pelos Conselhos Locais de Saúde, e pela existência de instâncias e espaços colegiados permanentes de decisão, para gerar e garantir uma nova organização de toda a rede estratégica.

Como todo serviço, o serviço de saúde também necessita de avaliação quanto ao seu desempenho, para, dessa forma, fornecer aos gestores indicadores de qualidade. Os serviços de saúde possuem várias informações que são fruto dos sistemas de informação; porém, uma avaliação a partir da ótica do usuário do sistema de saúde pode acrescentar informações que os sistemas não contemplam. Dessa forma, este artigo tem a pretensão de avaliar o acesso aos serviços de saúde pela ótica do usuário, identificando as facilidades e as dificuldades encontradas pelos mesmos ao procurar os serviços e a sua satisfação com o serviço ofertado.

Os serviços de saúde são, na sua essência, serviços entre pessoas. Apesar da necessidade de domínio tecnológico e científico, tanto em equipamentos quanto em conhecimento, é necessário que os recursos humanos tenham outras habilidades para a produção de uma relação eficiente tanto com os usuários, seu principal instrumento de trabalho, quanto com a própria equipe, que reúne profissionais das mais diversas categorias e áreas de formação.

Os serviços de saúde diferem de outros trabalhos, pois não seguem um modelo de produção único, em série; consideram a relação interpessoal existente, cada atendimento e cada informação são cercados de particularidades próprias dos atores envolvidos nesse contato. As pessoas, dessa forma, tornam-se o foco central de atenção.

Conforme Heimann (apud 1), com a descentralização do SUS, os municípios assumiram o con-

trole total da gestão do sistema de saúde, incluindo a definição de políticas, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação do âmbito dos seus territórios.

Cabe aos gestores, desta forma, implementar, acompanhar e avaliar os serviços oferecidos à população, identificando a sua efetividade e as necessidades da população.

Segundo Dussault (apud 1, p.17), “a natureza da definição das necessidades é social e, portanto, cabe à comunidade a identificação das necessidades e avaliação dos serviços”. Assim, este artigo avalia o acesso dos usuários aos serviços de saúde e a satisfação com a atenção recebida em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul: a UBS Desvio Rizzo e a UBS Mariani. A pesquisa foi realizada nestas UBS com a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas, num período de 4 dias, nos dois turnos, manhã e tarde. Foram entrevistados aleatoriamente 120 usuários (60 em cada UBS) que buscaram os diferentes serviços de saúde nestes estabelecimentos durante o período de 2 a 5 de agosto de 2004. Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados, e os resultados foram confrontados com as premissas da política de saúde implantada pela Secretaria Municipal da Saúde.

PROCESSO E PRINCÍPIOS DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O setor de saúde tem como característica na sua organização uma produção não individual, mas coletiva, reunindo um contingente de trabalhadores que produzem em equipe. Para Nogueira (2), o processo de trabalho em saúde deve considerar três aspectos fundamentais: primeiro, é um exemplo de processo de trabalho geral, compartilhando características comuns com processos de trabalho de outras áreas. Envolve tanto instrumentos e força de trabalho como questões econômicas e técnicas, além da dinâmica das trocas; segundo, é um serviço, pois a assistência à saúde é um serviço; terceiro, é um serviço pautado numa intensa inter-relação pessoal, pois não se realiza sobre objetos, e sim sobre pessoas, onde ocorre a contribuição do consumidor, e o mesmo estabelece os valores de uso necessários ao processo de trabalho.

Para Azevedo (apud 3), o conceito de produção nos serviços de saúde pode ser pouco definido, uma vez que é uma atividade composta de diversos processos de trabalho que incluem ações, algumas de maior padronização e outras de difícil padronização. O resultado/produto a ser alcançado, a saúde, é de difícil mensuração e generalizado.

Dessa forma, o serviço de saúde produz vacinações, cirurgias, consultas; porém, a expectativa da população é a melhora do seu estado de saúde, diminuindo o risco de determinadas doenças. Por outro lado, os trabalhadores dos serviços de saúde, por sua vez, são fornecedores de conhecimentos, habilidades, capacidades, entre outros.

Os modelos tecnoassistenciais de saúde se pautam em fundamentos, pressupostos e estabelecem uma configuração de conceitos e aspirações técnicas e políticas. Nesse sentido, Capra (4, p.12) explica que “político porque inclui um ideário que retrata interesses, necessidades e direitos da sociedade, e técnico porque a implementação de um projeto de política social exige um diálogo permanente com o saber técnico”. Nesse contexto, o modelo tecnoassistencial “Em Defesa da Vida” defende os seguintes princípios: acesso e acolhimento; vínculo e responsabilização; responsabilidade sanitária; resolutividade; e gestão democrática e social.

Como esses princípios constituem o pano de fundo da pesquisa aqui relatada, torna-se imprescindível apresentar as suas características essenciais.

Acesso e acolhimento

Estes princípios implicam garantir acesso imediato ao serviço de saúde e aos recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida, em que ações e serviços estejam disponíveis para todos, durante todo o período na rede. Significa portas abertas para os diferentes tipos de demandas. O acesso às informações também deve ser garantido desde o ponto de vista individual até o coletivo, e o tratamento deve ser igualitário, sem qualquer tipo de discriminação.

O acolhimento é o produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários que vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” do conceito usual do dicionário. Passa pela subjetividade, pela escuta qualificada das necessidades do sujeito, pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo (4).

Vínculo e responsabilização

Significa que o paciente deve se vincular a uma determinada equipe, que tenha o entendimento de que é responsável pelos seus pacientes/usuários e pela integralidade da atenção que lhes é dispensada (diferentemente de ser responsável pela sua conduta ou pelo procedimento que realiza). O vínculo entre o usuário e a equipe é uma relação personalizada que responsabiliza

cada membro da equipe no atendimento, conforme a sua atribuição.

As equipes de saúde (que podem ser mais de uma na UBS) são consideradas referências para um determinado número de usuários a elas vinculados/adscritos voluntariamente, tanto no que se refere aos cuidados individuais de monitoramento das condições de saúde, quanto na assistência às intercorrências, nos momentos de incômodo, dor e sofrimento (4).

Responsabilidade sanitária

Esta responsabilidade está reportada a uma área de abrangência (o território), na qual quem faz a vigilância à saúde é a própria UBS.

Trata-se de uma prática sanitária interdisciplinar que integra diferentes fazeres e saberes intra e extra-setoriais, organizados pela lógica epidemiológica, para o enfrentamento de problemas concretos. A vigilância à saúde, através do instrumental epidemiológico, encarrega-se das práticas de saúde coletivas, das ações de controle do meio ambiente físico-biológico e social e da assistência a grupos populacionais priorizados segundo o enfoque de risco (4).

Resolutividade

A concepção de resolutividade está associada ao atender com agilidade e qualidade as necessidades em saúde, da forma como elas são sentidas pelos usuários, e, também, ao impor a melhora das condições de saúde da população de um determinado território.

O território é um sistema rede-básico-cêntrico em que a UBS é responsável por resolver os problemas de saúde dos seus usuários, somente podendo encaminhar para outras instâncias as situações que ultrapassem as suas possibilidades tecnológicas (4).

Gestão democrática e controle social

O município de Caxias do Sul, inicialmente, dentre as opções preconizadas pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 (5) (gestão incipiente, semiplena e plena), assumiu a gestão incipiente na sua municipalização da saúde, o que o colocou como mero prestador do serviço do sistema gerenciado em nível central, não permitindo significativas modificações na organização do SUS em nível municipal. Nesse modelo de gestão, os recursos financeiros da União eram pagos pela produção de serviços.

Com a edição da NOB SUS 01/96, publicada como anexo à Portaria 2.203 (6), de 5 de novembro de 1996,

foi disponibilizada aos municípios e estados uma nova proposta para a habilitação em duas condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. A NOB 01/96 é um importante instrumento do SUS, apresentando avanços nas relações intergestores, na política de financiamento, na definição de papéis para cada nível de governo no processo de gestão e nas transferências diretas fundo a fundo.

No caso de Caxias do Sul, pela sua característica de pólo regional, foi pactuada a habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal. Já foram negociadas com municípios da região ações em termos de integração, consórcio, convênio e/ou controle de alguns dos serviços de saúde de Caxias do Sul, como atendimentos na Central de Exames Complementares, na Central de Marcação de Consultas Especializadas e no Hemocentro, entre outros.

A descentralização da gestão, a avaliação sistemática e a democratização da decisão são os vértices de um triângulo de uma proposta de gestão democrática do SUS. Para isso, é importante garantir acesso às informações do processo político-institucional dos serviços, criar um banco de dados/informações sobre o sistema de saúde aberto a todos os interessados, apoiar o Conselho Municipal de Saúde, criar Conselhos Locais de Saúde e outros mecanismos de participação da população nos diferentes territórios.

A relação instituição/usuário deve permitir o controle social, viabilizado pela garantia de espaços de participação, com a atuação efetiva dos diversos segmentos sociais na definição da direção da política de saúde (4).

ESCOPO DA ANÁLISE

A avaliação dos serviços de saúde é uma área já consolidada nas suas várias linhas de abordagem. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde, como acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos e resultados, entre outros, é hoje reconhecida e amplamente divulgada desde as observações de Silva & Formigli (7).

Segundo estas autoras, a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde pode proporcionar aos gestores informações importantes e necessárias para a definição das estratégias de intervenção.

Por outro lado, grande parte das informações dos serviços de saúde, registradas rotineiramente pelos serviços, não é utilizada para análises da situação, para a definição de metas, para estabelecer prioridades ou sequer para orientar as práticas locais. Assim, avaliar atributos

como acesso e satisfação dos usuários diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. Essa percepção quanto ao atendimento a ele dispensado e a forma como este acontece são fatos que tornam relevante incorporar essa forma de avaliar à qualidade dos serviços ofertados.

Dado esse contexto, este artigo tem o seu foco na avaliação do acesso e no acolhimento dispensado em duas UBS.

Acesso é conceituado por Donabedian (apud 8, p.75) como “a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente”. Para Malta & Merhy (8, p.75), “a acessibilidade permite aprender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-los”. Segundo Capra (4, p. 26), “implica em acesso imediato ao serviço de saúde e aos recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida, em que ações e serviços estejam disponíveis para todos, durante todo o período de funcionamento da rede”. Significa ainda estar de portas abertas para os diferentes tipos de demandas, espontâneas ou já vinculadas, sendo as primeiras consideradas matéria-prima para a adesão e o atendimento da população no serviço, como forma de incorporação e de vinculação dos mesmos à rede do SUS.

Donabedian (apud 1, p. 36) categoriza a avaliação dos serviços de saúde sob três aspectos: estrutura, processo e resultado, sendo que este último é citado como um elemento novo que avalia “a adaptação dos cuidados junto aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias, dependendo, portanto, de avaliações subjetivas do paciente”. Esse conjunto de aspectos vai gerar medidas e indicadores de satisfação dos usuários com os serviços disponíveis. Essa satisfação está referida tanto a aspectos diretos (expectativas, necessidades, demandas e desejos), quanto a indiretos (acesso, adesão, continuidade, retorno, etc.). Então, a satisfação pode ser entendida como um elo entre estrutura, processo e resultado.

Foram investigadas duas UBS, 60 usuários em cada serviço, quais sejam:

a) UBS Mariani: está vinculada à Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul e atende a comunidade dos loteamentos Mariani e Cidade Nova I e II. A UBS foi uma conquista da comunidade através do Orçamento Participativo e está localizada no loteamento popular Mariani Fase 1. O bairro Mariani abrange os loteamentos Residencial Lorandi, Cidade Nova I e II e Mariani Fase 1 e 2, contando com uma população aproximada de 9.129 habitantes.

A UBS Mariani tem uma área física de 600 m², funciona das 7h30min às 17h30min e presta atendimento em: clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia,

enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia, contando ainda com agentes comunitários de saúde.

Esta unidade, após discussão no Colegiado Gestor, foi escolhida como uma das primeiras onde seria implantada a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), agregada ao modelo tecnoassistencial vigente no município. A implantação do programa na rede é regida por alguns critérios, como risco social da população, percentual de população dependente do SUS, além de a implantação ocorrer por territórios, no caso do Mariani; por extensão, o programa foi implantado também na UBS Reolon.

b) UBS Desvio Rizzo: abrange 32 loteamentos, o próprio bairro e uma área rural (Conceição da Linha Feijó). A maioria da população de 29.452 habitantes (estimativa, FIBGE, 2003) é usuária do SUS, de baixo poder aquisitivo, assalariada, além de apresentar um número bastante elevado de desempregados. Por ser uma região industrializada, atrai migrantes de outros bairros e municípios, contexto que favorece o crescente aumento da população, a maioria em loteamentos irregulares, o que acarreta prejuízo à saúde desta população.

A área física da unidade é de 137 m², com horário de atendimento das 7 às 17 horas, nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, nutrição, serviço social e odontologia.

RESULTADOS

O perfil dos usuários

As tabelas apresentadas neste item mostram o perfil dos usuários que responderam o questionário nas entrevistas realizadas nas UBS Desvio Rizzo e Mariani.

Distribuição dos respondentes por sexo

A tabela 1 mostra o percentual, por sexo, de usuários que buscaram os serviços nas UBS e que responderam o questionário.

O fato marcante nesta tabela é a predominância de usuários do sexo feminino, com 85,8% do total, sendo que na separação por UBS o fenômeno se repete, com 81,7% de mulheres na UBS Desvio Rizzo e 90,0% na UBS Mariani. Esses dados reforçam a tese que predomina entre os agentes do SUS de que há uma procura maior dos serviços públicos de saúde pelas mulheres. Como as UBS oferecem, dentre outros serviços, consultas de ginecologia, pediatria e vacinas, esses são normalmente mais utilizados pelas mulheres, se não para uso próprio, para o acompanhamento dos filhos ou netos. Já clínica geral, curativos e dentista são serviços de uso comum procurados por ambos os sexos.

Tabela 1. Distribuição dos respondentes por sexo

UBS	Distribuição				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	11	18,3	49	81,7	60	100,0
Mariani	6	10,0	54	90,0	60	100,0
Total	17	14,2	103	85,8	120	100,0

Distribuição dos respondentes por faixa etária

A tabela 2 mostra a distribuição da amostra por faixa etária dos usuários.

Pode-se observar, nesta tabela, que em ambas as UBS predomina a faixa etária correspondente a adultos jovens, compreendida entre 20 e 39 anos, com 60 e 46,7% respectivamente, seguida pela de adultos na faixa etária de 40 a 59 anos, com 25 e 43,3%. Esses dados demonstram que os adultos predominam na procura

pelos serviços das UBS. Deve-se ressaltar que, neste grupo, estão incluídos os adultos que responderam pela utilização dos serviços relativos à criança, que representam respectivamente 28,4% na UBS Desvio Rizzo e 23,3% na UBS Mariani.

A terceira faixa etária com maior frequência é diferente nas duas UBS. Na UBS Desvio Rizzo, aparece o público adolescente, de 12 a 19 anos, com 10% de representação, enquanto que, na UBS Mariani, aparece o público idoso, de 60 anos ou mais, com uma re-

apresentação de 6,76%. Esse baixo percentual de idosos em ambos os serviços é compreensível, uma vez que uma série de atividades dedicadas a esta faixa etária, como grupos de convivência, ginástica, entrega de medicamentos mensais, entre outras, ocorre em espaço físico externo às UBS, semanalmente, em virtude da falta de espaço na estrutura física das UBS, que não comportam a demanda. Portanto, observou-se, na fase da coleta de dados, que esses usuários somente procuraram as UBS para consultas de revisão ou, eventual-

mente, no caso de necessidade por outros motivos.

A faixa etária que compreende os adolescentes, em terceiro lugar na UBS Desvio Rizzo, é composta por mães adolescentes que buscam atendimento para os seus filhos, uma vez que os serviços específicos que abrangem a população adolescente são de pouca oferta nas duas UBS, não existindo atividades específicas voltadas para esta faixa etária, com exceção do atendimento odontológico que, no município, é ofertado para as crianças, os adolescentes até 19 anos e as gestantes.

Tabela 2. Distribuição dos respondentes por faixa etária

UBS	Distribuição								Total	
	12 a 19		20 a 39		40 a 59		60 ou mais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	6	10,0	36	60,0	15	25,0	3	5,0	60	100,0
Mariani	2	3,3	28	46,7	26	43,3	4	6,7	60	100,0
Total	8	6,6	64	53,4	41	34,2	7	5,8	120	100,0

Distribuição dos respondentes por grau de escolaridade

A tabela 3 mostra a distribuição dos respondentes de acordo com o seu grau de instrução.

Observa-se que, entre os 120 respondentes, predominam os usuários com ensino fundamental incompleto, com 60 e 56,7% nas UBS Desvio Rizzo e Mariani, respectivamente, correspondendo a mais da metade do total de respondentes. Os níveis de escolaridade que aparecem em segundo lugar diferem nas duas UBS. Enquanto na UBS Desvio Rizzo os usuários com ensino médio completo representam 16,7%, na UBS Mariani são os com ensino fundamental completo que aparecem com 23,3%. Em terceiro lugar estão os usuários com ensino médio

incompleto, com o mesmo percentual de 10% nas duas UBS.

Esses dados demonstram que a procura pelos serviços das UBS tende a ser feita por pessoas com baixa escolaridade. No entanto, deve ser ressaltado que as áreas onde se localizam as UBS, apesar de diferirem na sua criação e formação, receberam, e ainda recebem, populações de nível socioeconômico precário. A UBS Desvio Rizzo se caracteriza pela grande leva de migrantes vinda de outros municípios e até de outros estados, principalmente de localidades interioranas, onde o acesso à educação ainda é precário; o bairro Mariani surgiu de projeto do governo para o assentamento de famílias com poucos recursos e residentes em áreas de risco do município.

Tabela 3. Distribuição por grau de escolaridade

UBS	Grau de instrução										Total			
	Analfabeto		1º incompleto		1º completo		2º incompleto		2º completo				Superior	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	0	0,0	36	60,0	8	13,3	6	10,0	10	16,7	0	0,0	60	100,0
Mariani	2	3,3	34	56,7	14	23,3	6	10,0	4	6,7	0	0,0	60	100,0
Total	2	1,7	70	58,3	22	18,3	12	10,0	14	11,7	0	0,0	120	100,0

AValiação dos serviços prestados em unidades básicas de saúde de Caxias do Sul

Distribuição dos respondentes por tempo de uso dos serviços

A tabela 4 mostra a distribuição dos usuários que responderam o questionário por tempo de utilização dos serviços das UBS.

Essa tabela revela que, entre os 120 usuários que responderam o questionário, predominam aqueles que utilizam os serviços das UBS há mais de 6 anos, com 38,3 e 36,7% respectivamente. Deve ser lembrado que a UBS Mariani existe há apenas 5 anos, e que existia anteriormente uma unidade básica no território, a UBS

Reolon, e esses usuários migraram para a Mariani a partir da sua criação, em 1999.

Chama a atenção o fato de que, na UBS Desvio Rizzo, aparece em segundo lugar a utilização dos serviços há menos de 1 ano; foi ainda identificado um percentual expressivo, em torno de 18%, observado no momento da pesquisa, de usuários que referiram estar utilizando o serviço pela primeira vez. Na UBS Mariani, observa-se que mais de 60% utilizam o serviço há mais de três anos, identificando-se, assim, um baixo percentual de migração dos usuários neste local.

Tabela 4. Distribuição por tempo de uso dos serviços de saúde

UBS	Tempo de utilização								Total	
	Até 1 ano		De 1 a 3 anos		De 3 a 6 anos		Mais de 6 anos			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	17	28,3	12	20,0	8	13,3	23	38,3	60	100,0
Mariani	11	18,3	12	20,0	16	26,7	21	36,7	60	100,0
TOTAL	28	23,3	24	20,0	24	20,0	44	36,7	120	100,0

Distribuição dos respondentes por frequência de utilização dos serviços

A tabela 5 mostra a distribuição da frequência de utilização dos serviços das UBS pesquisadas.

Fica evidenciado na tabela 5 que a ida mensal é

a que ocorre com maior frequência, com 50 e 43,3%, respectivamente, nas duas UBS. Também é expressivo o percentual de usuários que utiliza os serviços eventualmente, com 40% em ambos os serviços, prevalecendo a utilização dos mesmos em até quatro vezes por ano.

Tabela 5. Distribuição da frequência de utilização dos serviços

UBS	Tempo de utilização														Total	
	Diária		Semanal		Quinzenal		Mensal		Eventual até 4/ano		Eventual mais de 4/ano		Primeira consulta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	0	0,0	0	0,0	1	1,7	30	50,0	19	31,7	4	6,7	6	10,0	60	100,0
Mariani	1	1,7	4	6,7	5	8,3	26	43,3	16	26,7	8	13,3	0	0,0	60	100,0
Total	1	0,8	4	3,3	6	5,0	56	46,7	35	29,2	12	10,0	6	5,0	120	100,0

Análise dos serviços de saúde oferecidos

Esta análise visa identificar os serviços mais procurados pelos usuários e, dentre os ofertados pelas UBS, quais têm maior dificuldades de acesso.

Os serviços demandados

A tabela 6 mostra a distribuição do tipo de serviço buscado pelos usuários junto às UBS.

Os dados desta tabela mostram que existe uma diferença significativa nos tipos de serviços buscados nas UBS. Enquanto na UBS Desvio Rizzo predomina a busca por consultas em clínica geral, com 41,7%, na UBS Mariani encontramos a predominância (36,7%) da busca por outros serviços, dentre os quais se destacaram a verificação de pressão arterial e a busca por medicamentos. Em segundo lugar, estão as consultas ginecológicas na UBS Mariani e as pediátricas na UBS Desvio Rizzo.

Tabela 6. Distribuição por tipo de serviço buscado/utilizado

UBS	Serviço demandado														Total	
	Clínica geral		Ginecologia		Pediatria		Odontologia		Curativo		Vacina		Outros			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	23	38,3	5	8,3	12	20,0	9	15,0	1	1,7	4	6,7	6	10,0	60	100,0
Mariani	6	10,0	15	25,0	11	18,3	2	3,3	1	1,7	3	5,0	22	36,7	60	100,0
Total	29	24,2	20	16,7	23	19,2	11	9,1	2	1,7	7	5,8	28	23,3	120	100,0

Sucesso no atendimento

A tabela 7 mostra a distribuição dos usuários ao avaliar se a busca pelo serviço teve sucesso ou não.

A análise da tabela 7 mostra que, dos 120 usuários que responderam o questionário de pesquisa,

90% deles, em ambos os serviços, conseguiram acessar o serviço buscado junto àquelas UBS. Isso demonstra um índice bastante favorável ao serviço de saúde, que consegue, dessa forma, atender praticamente todas as demandas dos usuários que procuraram os referidos serviços.

Tabela 7. Percentual de sucesso no acesso ao serviço buscado

UBS	Sucesso no atendimento				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	54	90,0	6	10,0	60	100,0
Mariani	54	90,0	6	10,0	60	100,0
Total	108	90,0	12	10,0	120	100,0

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

Tempo de espera para o atendimento

A tabela 8 mostra o tempo de espera para acessar o serviço procurado nos serviços de saúde ofertados pelas UBS Desvio Rizzo e Mariani.

Observa-se que, entre os usuários que responderam o questionário, ocorrem diferenças no tempo de espera para o acesso ao serviço. Enquanto na UBS Desvio Rizzo 73,3%, praticamente 3/4 dos respondentes, conseguiram o acesso para o mesmo dia, o mesmo não

foi observado na UBS Mariani, onde 50% dos usuários conseguiram acessar o serviço para o mesmo dia.

Chama a atenção o percentual de usuários da UBS Mariani que necessita esperar uma semana ou mais para conseguir acessar o serviço procurado, o que pode ser motivado pela forma de organização do trabalho, que é diferente em cada serviço. Esse aspecto da forma de trabalho será discutido no item sobre a estruturação do atendimento nas UBS.

Tabela 8. Tempo de espera para ser atendido

UBS	Atendimento para										Total	
	Hoje		Amanhã		Durante a semana		Mais de uma semana		Não conseguiu			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	44	73,3	4	6,7	3	5,0	3	5,0	6	10,0	60	100,0
Mariani	30	50,0	5	8,3	11	18,3	8	13,3	6	10,0	60	100,0
Total	74	61,7	9	7,5	14	11,7	11	9,1	12	10,0	120	100,0

Velocidade do atendimento na recepção

A tabela 9 mostra a avaliação do atendimento da recepção dos serviços de saúde.

Nesta tabela, observa-se que se sobressai um aten-

dimento da recepção de forma rápida, com 76,7 e 83,3% respectivamente. Isso mostra que a maioria dos usuários está satisfeita com o tempo de atendimento da recepção dos serviços de saúde nas duas UBS, não considerando a espera como problema.

Tabela 9. Avaliação do atendimento da recepção

UBS	Atendimento foi										Total	
	Muito lento		Lento		Regular		Rápido		Muito rápido			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	1	1,7	4	6,7	7	11,7	46	76,7	2	3,3	60	100,0
Mariani	0	0,0	4	6,7	5	8,3	50	83,3	1	1,7	60	100,0
Total	1	0,8	8	6,7	12	10,0	96	80,0	3	2,5	120	100,0

Avaliação da qualidade dos serviços prestados

A tabela 10 mostra a avaliação dos serviços das UBS pelos usuários.

No quesito avaliação do serviço prestado, observa-se uma situação bastante confortável para o serviço de saúde, uma vez que 95 e 88,3%, respectivamente, consideraram os serviços ofertados na rede como bons

serviços de saúde, relatando bom atendimento. Somente 5 e 11,7% dos usuários das UBS citaram o serviço como ruim ou regular, e alguns se basearam, conforme observado no momento da entrevista, em problemas ocorridos em um eventual atendimento prestado, e não no serviço de saúde como um todo, conforme será detalhado mais à frente através de algumas afirmações dos usuários.

Tabela 10. Avaliação do serviço ofertado

UBS	Qualidade dos serviços						Total	
	Boa		Regular		Ruim			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	57	95,0	1	1,7	2	3,3	60	100,0
Mariani	53	88,3	4	6,7	3	5,0	60	100,0
Total	110	91,8	5	4,1	5	4,1	120	100,0

As maiores dificuldades de acesso

A tabela 11 mostra os serviços que, segundo os usuários da amostra, têm a maior dificuldade de acesso.

O serviço de atendimento odontológico é o mais citado, com 40 e 36,7%, respectivamente, em cada UBS. Chama a atenção, em ambas as UBS, que em segundo

lugar aparece o fato de os usuários responderem que não têm dificuldades para acessar os serviços ofertados nessas UBS. Em terceiro lugar, aparece a consulta clínica, pois essa abrange, na ausência da especialidade, todas as faixas etárias que buscam os serviços de saúde; deve ser ressaltado, no entanto, que os mesmos são insuficientes para o atendimento da demanda.

Tabela 11. Serviços com dificuldade de acesso

UBS	Serviço com maior dificuldade de acesso												Total			
	Dentista		Clínico		Ginecologista		Pediatra		Nenhum		Especialidades				RX	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desvio Rizzo	24	40,0	6	10,0	4	6,7	0	0,0	23	38,3	2	3,3	1	1,7	60	100,0
Mariani	22	36,7	8	13,3	3	5,0	0	0,0	27	45,0	0	0,0	0	0,0	60	100,0
Total	46	38,3	14	11,7	7	5,8	0	0,0	50	41,7	2	1,7	1	0,8	120	100,0

Necessidade de outros serviços nas UBS

A tabela 12 mostra a necessidade de outros serviços serem implantados nos locais.

Observa-se, pelos dados constantes da tabela 12, que não há necessidade premente de outros serviços na UBS Mariani, uma vez que 73,3% dos usuários responderam “não”. Já na UBS Desvio Rizzo, ocorreu um percentual mais elevado de usuários (46,7%) que solicita a implantação de outros serviços no local.

Na mesma questão, foi solicitado que os usuários citassem, em caso afirmativo, qual o serviço que deveria ser oferecido na UBS. Os serviços mais citados foram os apresentados na tabela 13.

Nesta tabela, aparecem os serviços mais citados pelos usuários entrevistados. Na UBS Desvio Rizzo, des-

taca-se o atendimento odontológico, com 25% das respostas. Deve ser ressaltado que este serviço já é ofertado nesta UBS, com dois profissionais de 20 horas semanais (um está em licença-prêmio); o serviço, porém, não é ofertado a toda a população, pois é restrito a crianças, adolescentes até 19 anos e gestantes. Para o restante da população, são reservadas três vagas diárias somente para urgências. Como existe uma grande procura por este serviço pelo público em geral, a solicitação, portanto, é que este serviço seja ofertado a toda a população, independentemente de idade. Na UBS Mariani, este serviço não é o mais citado porque desde maio de 2004 existe um profissional de 8 horas diárias. Neste local, aparece como mais citado o serviço de psicologia, com 5% das respostas, serviço já existente no local, porém, com demanda reprimida.

Tabela 12. Necessidade de oferta de outros serviços nas UBS

UBS	Necessita outros serviços				Total	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Desvio Rizzo	28	46,7	32	53,3	60	100,0
Mariani	16	26,7	44	73,3	60	100,0
Total	44	36,7	76	63,3	120	100,0

Tabela 13. Serviços que deveriam ser disponibilizados na rede

UBS	Tipo de serviço			
	Odontológico	Psicológico	Especialistas	Coleta de material para exame
Desvio Rizzo	15	2	3	2
Mariani	2	3	0	0

O discurso dos usuários

A análise do discurso obtido através das entrevistas teve como objetivo qualificar os dados da pesquisa, pois a fala daqueles que utilizam os serviços de saúde dá um caráter avaliativo à pesquisa, além de ter um valor e uma riqueza que só o discurso oferece.

Em relação à utilização dos serviços, observa-se que um percentual alto de usuários se considera satis-

feito, tanto com os serviços ofertados como com o seu acesso aos mesmos, como foi mostrado nas tabelas 7, 8, 9 e 10 e como se percebe em algumas das suas afirmações, conforme é destacado a seguir.

“Aqui considero bom, sempre usei aqui.” (usuário da UBS Desvio Rizzo)

“Eu adoro muito. Gosto muito de verdade.” (usuário da UBS Mariani)

“Bom, ótimo, dinheiro de plano é dinheiro jogado fora.” (usuário da UBS Mariani)

“Acho que até pra posto tá bom demais, bem diferente do INAMPS.” (usuário da UBS Mariani)

“Gosto do atendimento, não gosto é da fila.” (usuário da UBS Desvio Rizzo)

“Só acho ruim agendar para dali a 4, 5 dias; os médicos e enfermeiros são ótimos.” (usuário da UBS Mariani)

Já entre os usuários que classificaram a qualidade dos serviços ofertados como ruim e regular, que representam 5% na UBS Desvio Rizzo e 11,7% na UBS Mariani, conforme mostrado na tabela 10, alguns, nos seus depoimentos, relacionaram a avaliação a acontecimentos eventuais, como:

“Já tive vezes que considerei ruim, mas não é sempre.” (usuário da UBS Desvio Rizzo)

“Teve épocas que foi bom, teve outras que foi ruim.” (usuário da UBS Desvio Rizzo)

“Já tive problemas, o encaminhamento demorou.” (usuário da UBS Mariani)

Alguns depoimentos relacionam a avaliação com a forma de estruturação do serviço:

“Só acho ruim agendar para dali a 4 ou 5 dias, os médicos e enfermeiros são ótimos.” (usuário da UBS Mariani)

“Ruim é a marcação. Às vezes vem, tem pressa e demora.” (usuário da UBS Mariani)

“Deviam dar prioridade aos velhos. Não são atendidos primeiro. Não tem estatuto que diz isso?” (usuária da UBS Desvio Rizzo)

“Mais ou menos; antes era melhor porque se levantava cedo já que tava ruim, senão ia pra frente. Agora tá pior.” (usuária da UBS Mariani)

“Antes tava melhor, chegava aqui doente e conseguia consulta.” (usuária da UBS Mariani)

Considerando os resultados analisados, em que ficaram evidenciadas diferenças nas formas de atendimento nas duas UBS, torna-se necessário fazer um breve relato quanto à estruturação do atendimento em cada UBS pesquisada. Com essa análise, será possível entender o discurso de alguns usuários a respeito do processo de trabalho, pois alguns se mostraram descontentes com a forma de acesso aos serviços.

A estruturação do atendimento nas UBS

As formas operacionais das duas unidades são estruturadas, conforme o modelo tecnoassistencial adotado no município, por ciclo vital, centradas numa lógica de definição e de ordenamento de procedimentos realizados por serviços ou categorias profissionais, procurando focalizar os cuidados de acordo com as peculiaridades em cada estágio do ciclo, desde a concepção até o idoso, com as equipes identificadas, definidas pelo

grupo, normalmente formadas pelo profissional médico da área e um auxiliar de enfermagem – por exemplo: equipe da criança (pediatra + auxiliar), mulher (gineco + auxiliar), etc. Os profissionais estão divididos em dois turnos, tendo a maioria dos médicos 20 horas semanais e número definido de consultas diárias, pactuadas com o gerenciamento local.

Em 2003, em convocatória pública nacional do Ministério da Saúde, através da Portaria 347/GM (9), de 27 de março de 2003, o município de Caxias do Sul decidiu aderir ao PSF. Esta proposta surgiu como um dispositivo que viria auxiliar a operacionalização do processo de trabalho, com objetivos diversos, entre eles, o de ampliar e facilitar o acesso dos usuários com uma cobertura mais ampla, principalmente dos médicos, já que este programa exige uma carga horária de 8 horas diárias, recebendo o município subsídios financeiros dos governos estadual e federal.

A UBS Desvio Rizzo continua ainda com o processo de trabalho por ciclo vital, estruturado da seguinte forma: dois clínicos de 20 horas semanais, um deles com horas extras, atendendo em média 56 consultas/dia; um ginecologista com 20 horas, com horas extras em 3 dias da semana, atendendo em torno de 29 consultas/dia; dois dentistas de 20 horas, sendo que um atende só a comunidade escolar, e o outro atende a demanda 3 dias por semana, aberta, conforme relatado, somente para crianças, adolescentes de até 19 anos, gestantes e urgências (três vagas/dia); um pediatra de 20 horas, atendendo 24 consultas/dia, mais hora extra três vezes por semana, o que aumenta o número de consultas em 16; uma assistente social, com quatro turnos por semana de 4 horas, sendo que em dois turnos a agenda é fechada, pois atende um grupo de saúde mental e um grupo de crônicos, e dois turnos são abertos para o atendimento do público em geral; e, ainda, dois enfermeiros e cinco auxiliares, distribuídos em dois turnos, além de dois agentes comunitários.

Na UBS Mariani, desde março de 2004, com a implantação do PSF, o grupo de trabalho está estruturado com duas equipes de PSF, cada uma com um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, esses com carga horária de 40 horas semanais. Conta ainda com uma equipe chamada de “apoio”, formada por um ginecologista, um pediatra, uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social, todos com carga horária de 20 horas semanais, além de uma equipe de saúde bucal, que conta com duas auxiliares de consultório dentário (ACD) e um odontólogo atendendo 40 horas semanais.

Na UBS Desvio Rizzo, segundo dados do Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB), ocorrem, em média, 197 atendimentos/dia. Um aspecto im-

portante é que, em muitas ocasiões, conforme observado nos momentos da pesquisa, nem todos os atendimentos foram registrados nos formulários próprios, em virtude da demanda aumentada em alguns horários, principalmente nos primeiros horários da manhã, quando os usuários aguardam em filas para a marcação dos serviços. Na UBS Mariani, segundo os registros do SIGAB, ocorrem 94 atendimentos/dia.

O processo de agendamento é diferenciado nas duas unidades. Na UBS Desvio Rizzo, ainda predomina a fila de marcação no início da manhã, enquanto que a UBS Mariani tem agendamento prévio, ficando abertas somente algumas vagas para atendimentos de urgência, onde, segundo relato dos profissionais, são priorizados os atendimentos às crianças.

Considerações sobre estrutura, processo e resultado

Para encerrar a pesquisa, foi feita uma pergunta aberta que dava ao usuário a oportunidade de escolher/citar três “pedidos” para a UBS, colocada no questionário da seguinte forma: “Se você pudesse fazer três pedidos para a UBS, quais seriam?”.

Nesta questão, houve as mais diversas interpretações: desde usuários que relacionaram a falta ou o au-

mento dos serviços oferecidos até aqueles que queriam mais atenção e diálogo. Sobressai-se, em ambas as UBS, a solicitação de mais profissionais, sendo que os mais citados foram dentistas e médicos, com a oferta de maior número de consultas. A seguir, houve uma preocupação muito grande em relação à falta de medicamentos ou a um maior número de ofertas dos mesmos em ambos os locais.

As respostas deste bloco foram agrupadas em três categorias: estrutura, processo e resultado. O quadro 1, a seguir, mostra a distribuição dos resultados.

Observa-se que, em relação à **estrutura** do processo de trabalho, aparecem 30 citações na UBS Desvio Rizzo e 35 na UBS Mariani; dessa forma, acredita-se que, apesar das diferentes formas de atendimento, as observações quanto à estrutura do serviço são parecidas.

Como as mudanças na forma de atendimento entre os dois serviços ainda são muito recentes, fica difícil avaliar a efetividade da mudança com a implantação do dispositivo do PSF em relação à estrutura.

Na categoria **processo**, aparecem citações diversificadas, sendo 34 citações na UBS Desvio Rizzo e 45 citações na UBS Mariani, sendo o item “remédios” (sua falta ou aumento da oferta) o mais citado em ambos os serviços. Sabe-se que a política de assistência farmacêutica de um município do porte de Caxias do Sul é

Quadro 1. Distribuição dos aspectos relevantes, por categoria

Categorias	Aspectos	UBS Desvio Rizzo	UBS Mariani
Estrutura	Mais profissionais	24	20
	Área física	04	0
	Coleta de exames	02	0
	Serviços para idosos	0	01
	Serviços para adolescentes	0	02
	Mais funcionários	0	04
	Mais segurança	0	08
	Processo	Agendamento	04
Senhas para atendimento		01	0
Paciência; diálogo; atenção		03	07
Mais horários/mais consultas		05	02
Atendimento de urgência; ambulância		03	09
Mais remédios; não faltar remédios		08	18
Melhor atendimento; mais rapidez		04	04
Atendimento no dia que procura		01	04
Resultado	Mais agilidade nas especialidades	05	01
	Não saberia dizer; nada	07	12
	Continuar bem; continuar assim	02	13
	Pacientes colaborarem; mais conscientizados	0	02

de difícil manejo e planejamento, inclusive por ser este um setor que está sendo estruturado no município há poucos anos. Além disso, não há um sistema de informações com uma série histórica que possa subsidiar esta área, já que todos os anos as variáveis diferem, pois são dependentes, na sua maioria, de movimentos não controláveis pelo serviço, como clima (frio, calor, chuva, etc.), migração, empobrecimento populacional, aumento do número de marcas e de produtos no mercado farmacêutico, entre outros.

Na categoria **resultado**, aparecem as expressões “continuar bem” ou “continuar assim” como as mais citadas pelos usuários, com duas citações na UBS Desvio Rizzo e treze citações na UBS Mariani. Nesta categoria, já se observa o que pode ser considerado como uma sutil diferença, um indício de melhoria nos resultados obtidos com a utilização do dispositivo do PSF nos serviços de saúde, com a geração de satisfação pelos serviços ofertados.

Encontra-se ainda um elevado número de usuários que não fez nenhuma observação, usando a alternativa “nada” ou “não saberia dizer”. Fica difícil avaliar se estas respostas podem ser atribuídas a uma satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço, a um desconhecimento do serviço ou ainda porque não tem maiores necessidades. Para avaliar com mais profundidade estes posicionamentos, haveria a necessidade de um aprofundamento nesta questão, talvez a reformulando ou mudando a forma de abordagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde das UBS, observamos um nível elevado de satisfação acerca dos serviços ofertados. Dentre eles, destaca-se o alto índice de usuários que buscaram serviços nas UBS e conseguiram acessá-lo, além da média de atendimento no mesmo dia, onde ocorreu um percentual superior a 60% dos usuários questionados.

Outro aspecto que teve um alto índice de satisfação foi o atendimento dos usuários na recepção dos serviços de saúde, com índices de atendimento rápido superior a 75% do total dos respondentes.

Os serviços ofertados nas UBS investigadas têm aprovação da maioria dos usuários, colocando-se como satisfeita, considerando bons os serviços ofertados, afirmando, inclusive, a não necessidade de implantação de novos serviços nesses locais.

A dificuldade de acesso ao serviço odontológico é o item que gera maior insatisfação junto aos usuários participantes da pesquisa. Como o serviço não é ofertado a toda a população, mas somente para crianças, adolescen-

tes de até 19 anos e gestantes, fica somente o atendimento de urgência, com poucas vagas, para a população em geral. Considerando que mais de 75% dos usuários entrevistados estão nas faixas etárias intermediárias (de 20 a 59 anos), percebe-se que esta população busca, legitimamente, uma solução para este atendimento.

Esta é uma questão que merece cuidado, pois os níveis de insatisfação são médios. Dessa forma, não adianta ter oferta de serviços e índices de dentes cariados, perdidos e obturados abaixo da média nacional (1,41%) na faixa etária dos 12 anos, se o serviço não tiver continuidade nas fases adulto e idoso, pois, no final da idade madura, a população chegará com os mesmos problemas odontológicos enfrentados por grande parte da população brasileira, o que justifica o diagnóstico de “país dos desdentados”.

Quanto aos atributos das dimensões dos serviços propostos por Donabedian (apud 1), **estrutura**, **processo** e **resultado**, este trabalho identificou, na visão dos usuários, a necessidade de **mais profissionais**, sendo os mais citados os profissionais **dentista**, **pediatra** e **ginecologista**, em ambos os serviços, no atributo **estrutura**.

Em relação à necessidade de outros serviços, vimos que, na UBS Desvio Rizzo, predominou a solicitação por mais profissionais da área da odontologia, enquanto que, na UBS Mariani, é citada por maior número de usuários a necessidade de atendimento na área da psicologia. Isso pode se justificar pela forma como está estruturado o processo de trabalho, pois, na UBS Desvio Rizzo, apesar de haver dois profissionais de 20 horas cada, um fica prestando atendimento restrito à comunidade escolar, e o outro só atende a demanda três vezes por semana, enquanto que, na UBS Mariani, o profissional é de 40 horas semanais e conta com o auxílio de duas ACD, o que agiliza o atendimento. Este serviço, porém, aparece em primeiro lugar como o de maior dificuldade de acesso pelos usuários, conforme foi mostrado na tabela 13, com 40% de citações na UBS Desvio Rizzo e 36,7% na UBS Mariani.

No atributo **processo**, houve uma maior insatisfação dos usuários no quesito **mais remédios (oferta)/não faltar remédios**. Esta é uma questão que merece a atenção da gestão dos serviços, pois mostra a insatisfação do público com a sua falta ou pouca oferta, pois um pedido não atendido gera insatisfação. Desse modo, não adianta o serviço oferecer a consulta nas várias áreas se o medicamento não é fornecido após a mesma para a efetivação do tratamento. O fornecimento da medicação para a população é tão importante quanto a prestação do atendimento.

Um dado que chamou a atenção dos pesquisadores nos locais pesquisados foi que, na UBS Desvio Rizzo, os usuários solicitavam outra forma de agendamento que não a fila da manhã, enquanto que, na UBS Mariani,

onde já existe o agendamento, os usuários relataram descontentamento com esta forma, avaliando a marcação pela fila matinal como método preferencial.

Observa-se, com isto, que existe uma demanda reprimida na área odontológica, pois este é um serviço que não tem cobertura por nenhum plano de saúde privado ofertado no município, além de ainda ser um serviço com alto custo de manutenção na clínica privada.

Em relação ao atributo **resultado**, houve uma satisfação em parcela considerável dos respondentes; porém, a maioria não se posicionou quanto a pensar como poderia ou deveria ser o seu serviço de saúde.

Segundo Junqueira & Auge (apud 1), os parâmetros de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços são subjetivos e, dessa forma, dependem da experiência de vida. Assim, a avaliação dos serviços baseada na percepção dos usuários tem limitações, pois não se pode aferir o resultado a todos os serviços ofertados (se outros serviços fossem pesquisados, os resultados seriam outros).

Ressalta-se, aqui, a existência de uma proposta inicial da Secretaria Municipal da Saúde para implantar formas de avaliação das UBS onde está implantado o PSF. A proposta incluía a avaliação dos trabalhadores pelas equipes de apoio da Secretaria e pela própria equipe, além de uma avaliação do serviço pelo usuário. Ficou definido, no final, somente a avaliação periódica dos trabalhadores, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 11.843, de 26 de junho de 2004 (10), que cria o Sistema de Avaliação Funcional dos servidores e profissionais contratados do Projeto PraVIDA Caxias - Saúde da Família. Pela proposta original, possivelmente, teríamos avaliações mais ricas, pois muitas vezes as equipes, por influência da ética profissional, acabam limitando a possibilidade de uma visão mais aprofundada da atuação da equipe no serviço. No entanto, pelo observado e analisado, mesmo com as dificuldades apresentadas no sistema público de saúde e a impossibilidade de cobrir toda a demanda, foi identificado um usuário satisfeito com o acesso e com o serviço ofertado, atendendo desta forma às expectativas e necessidades do público.

Em relação ao SUS, pode-se observar que a descentralização que atribuiu ao município a responsabilidade pela gestão do sistema é uma forma de torná-lo responsável por garantir o direito à saúde aos seus municípios.

Finalmente, salientamos que, considerando as limitações deste estudo, sugerimos que outros atributos possam ser estudados, ampliando, dessa forma, a avaliação dos sistemas de saúde municipais.

REFERÊNCIAS

1. Silva CC. A satisfação dos usuários e dos trabalhadores da saúde no município de Porto Alegre: um estudo de caso no Centro de Saúde Modelo [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
2. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. Texto adaptado apresentado no Seminário O Choque Teórico, promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venância, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1991. Texto mimeografado.
3. Dal Paz MR, Pierantoni CR, Varella TC. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. Texto mimeografado elaborado para a OPAS. Junho de 1997.
4. Capra MLP, org. Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde; 2000.
5. Brasil Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/93. Gestão incipiente, semiplena e plena. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996 GM/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Silva LMV, Formigli VL. Avaliações em saúde: limites e perspectivas. Cad Saude Publica 1994;10:80-91.
8. Malta DC, Merhy EE. In: Experiências inovadoras no SUS: produção científica, doutorado e mestrado. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Projeto REFORSUS; 2002. Pp. 69-101.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 347/GM, de 27 de março de 2003. Convocatória pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Caxias do Sul, Prefeitura Municipal. Decreto-Lei nº 11.843 de 26 de junho de 2004. Cria o Sistema de Avaliação Funcional dos servidores e profissionais contratados do Projeto PraVIDA Caxias – Saúde da Família. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal; 2004.

AS PRÁTICAS DE GESTÃO FINANCEIRA NO PROGRAMA DST/AIDS
DE URUGUAIANA (RS): REFLEXÃO SOBRE ENTRAVES
ADMINISTRATIVOS

FINANCIAL MANAGEMENT PRACTICES IN THE STD/AIDS PROGRAM IN
URUGUAIANA, SOUTHERN BRAZIL: SOME CONSIDERATIONS ON
ADMINISTRATIVE IMPEDIMENTS

Ana Paula Benites Parraga¹, Roger dos Santos Rosa²

RESUMO

A importância dos programas de DST/AIDS, a localização estratégica do município de Uruguaiana (RS) em área de fronteira e a excessiva burocracia presente nas rotinas da administração pública brasileira motivaram-nos a comparar duas formas de operacionalização de recursos na área da saúde. Foram analisadas: (a) a modalidade *shopping*, utilizada nos acordos que envolvem recursos do Banco Mundial; e (b) a modalidade tradicional, na qual a aplicação dos recursos se sujeita à Lei nº 8.666/93. Através da aplicação de questionários a oito informantes-chave de diferentes esferas de governo e de análise documental, identificaram-se elementos facilitadores e dificultadores da administração em saúde para ambas as modalidades. Sugere-se a formação de um núcleo administrativo-financeiro para gerenciar recursos específicos na Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana/RS.

Unitermos: Administração e planejamento em saúde, AIDS, administração financeira, administração pública, serviços de saúde, Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

The importance of the STD/AIDS programs, the strategically location of the City of Uruguaiana, southern Brazil, in a frontier area, and the bureaucracy routines of the Brazilian public administration motivated this study, which compared two forms of health resources management. We analyzed: (a) the "shopping" modality, used in agreements that involve resources from the World Bank, and (b) the traditional modality, in which resource application is subjected to Federal Law 8.666/93. Questionnaires were applied to key informants from different government departments and a profile for both modalities was outlined after analysis. An administrative-financial nucleus is suggested to manage specific resources in the City Department of Health of Uruguaiana/RS.

Key words: Health administration and planning, AIDS, financial administration, public administration, health services, Rio Grande do Sul.

¹ Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, Programa Municipal de DST/AIDS, Uruguaiana, RS.

² Doutorando em Epidemiologia; Mestre em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor Assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Correspondência: Prof. Roger dos Santos Rosa, Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br.

INTRODUÇÃO

No quadro da AIDS no Brasil, o Ministério da Saúde registrou mais de 310.000 casos desde o início da epidemia nos anos 80. Atualmente, a AIDS representa uma das principais causas de morte e de perda de vida produtiva entre adultos de 15 a 49 anos, numa proporção de uma mulher diagnosticada para cada 1,8 homens. As regiões Sudeste e Sul concentram 85% dos casos, porém, a desaceleração do número de casos no Sul apresenta menor velocidade em relação às demais regiões.

Em Uruguaiana, município com 130.000 habitantes situado na fronteira do Rio Grande do Sul, a 630 km da capital, o Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/AIDS iniciou as atividades em fins de 1995. Foi implantado um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que oferece testagem anti-HIV gratuita para a população, bem como desenvolve atividades de educação em saúde.

Com base em parâmetros desenvolvidos por equipe multiprofissional e dados epidemiológicos, o Programa Estadual de DST/AIDS do Rio Grande do Sul selecionou Uruguaiana para participar do Projeto AIDS II, integrado por apenas 13 cidades. O Plano Operativo Anual 2000 foi elaborado com previsão de recursos no valor de R\$ 260.000,00. Foram contempladas as necessidades específicas do município conforme as três diretrizes gerais do programa nacional: prevenção, diagnóstico/assistência e fortalecimento institucional. O município de Uruguaiana executou dois subprojetos no âmbito do AIDS II, cujos recursos e gestão seguiam normas do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

Ao aproximar-se o prazo final do Acordo de Empréstimo com o BIRD, a Coordenação Nacional de DST/AIDS articulou a destinação de uma forma específica e permanente de recursos da União ao Programa Nacional de DST/AIDS. Com o término do Projeto AIDS II, foi implantada a Política Nacional de Financiamento das Ações em DST/AIDS – contemplando a elaboração de um Plano de Ações e Metas (PAM). A negociação foi concretizada conforme normas brasileiras que prevêem transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. A operacionalização desses recursos para a aquisição de bens e de serviços rege-se pela Lei nº 8.666/93, de licitações e contratos (1).

O Brasil é um país com reconhecidos entraves burocráticos em seus sistemas de gestão, tanto públicos quanto privados. É notório e reconhecido o quanto essas dificuldades administrativas contribuem de forma negativa para o processo de evolução e desenvolvimento do país. A burocracia no sentido weberiano desenvolveu-se para proporcionar uma administração competente do aparelho es-

tatal. Entretanto, o excesso de regulação tornou-se componente importante no acréscimo dos custos operacionais e sociais. Na esfera pública, a demora na execução dos procedimentos administrativos e a circulação lenta de documentos e informações fazem parte do cotidiano de muitas administrações municipais. Tais entraves, freqüentemente, constituem-se em fatores determinantes do fracasso de projetos que poderiam proporcionar um incremento na qualidade de vida da população.

Acreditando na possibilidade de racionalizar a otimização de tempo e recursos, objetiva-se analisar a operacionalização administrativo-financeira da aplicação de recursos, conforme normas do BIRD e normas brasileiras. Busca-se identificar fatores que facilitam e dificultam o gerenciamento dos recursos de acordo com o tipo de norma adotada. Este objetivo considera também que Uruguaiana é município de fronteira e que existe um processo de negociação em andamento para a concretização de serviço integrado de saúde para os países do Mercosul.

MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido com base em revisão e análise bibliográfica, com posterior aplicação de questionário a 10 informantes-chave. Foram selecionadas pessoas que, de forma direta ou indireta, participaram das duas modalidades de financiamento. Através de uma técnica de amostragem intencional, buscou-se contemplar as três esferas governamentais, com ênfase na instância municipal, incluindo Uruguaiana e mais três cidades gaúchas. Os questionários foram enviados e respondidos por e-mail na maioria dos casos. Oito informantes-chave retornaram os questionários; os dois questionários encaminhados para integrantes do nível estadual não foram respondidos em tempo hábil para a conclusão do estudo. O questionário, com 13 questões descritivas, foi pré-testado antes de sua aplicação.

Este estudo consiste em versão reduzida do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, realizado no âmbito de Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

O CONVÊNIO COM O BIRD – PROJETO AIDS II

O BIRD foi criado com o objetivo de ajudar os países devastados pela guerra, assim como os países em

desenvolvimento, financiando projetos econômicos e sociais para os seus países-membros.

O Segundo Projeto de Controle das DST/AIDS – Projeto AIDS II foi resultado do Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR, firmado em 1998 entre o governo brasileiro e o BIRD. O acordo buscou continuar as atividades e ações desenvolvidas durante o Acordo de Empréstimo BIRD 3659/BR – Projeto AIDS I. O Projeto AIDS II teve um valor total de US\$ 300 milhões, dos quais US\$ 165 milhões do BIRD e US\$ 135 milhões de contrapartida nacional, englobando as contrapartidas federal, estaduais e municipais de todas as entidades executoras. O acordo integra a dívida externa brasileira e foi negociado com 15 anos de prazo total. Destes, 5 anos são de carência, e 10 anos são de amortizações de US\$ 16,5 milhões cada, com juros de 7,5% ao ano e taxa de permanência de 0,75% ao ano, pagos anualmente desde o seu início. A previsão de pagamento total até o ano de 2013 é de US\$ 280 milhões (2).

O Ministério da Saúde foi o agente responsável pelo acordo de empréstimo que formaliza convênios com governos estaduais, prefeituras e consórcios intermunicipais de saúde. Estes promoveriam a implementação do Projeto AIDS II, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma descentralizada e participativa. A programação dos produtos e atividades de cada secretaria de saúde foi realizada em conjunto com as três instâncias do SUS, com base no Plano Operativo Anual que, uma vez aprovado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, foi submetido em forma consolidada à consideração do BIRD.

Os acordos de empréstimo firmados entre o BIRD e a União estabelecem as condições para a execução integral do projeto de financiamento, as quais devem ser obedecidas nas realizações das licitações para aquisições de bens e para contratação de consultores. Para a concessão do financiamento, o BIRD exige que sejam obedecidas suas regras próprias.

As diretrizes do BIRD para aquisições e contratações baseiam-se em princípios específicos de economia, transparência e eficiência. Todos os princípios da legislação brasileira pertinente estão atrelados a um ou outro desses princípios, razão pela qual a aplicação das diretrizes é juridicamente coerente. A Lei nº 8.666/93 (1), com redação dada pela Lei nº 8.883/94, apresenta dispositivo que permite a utilização das diretrizes do BIRD nos procedimentos licitatórios de aquisição de bens e serviços pelos municípios:

“Art. 42

§ 5º Para a realização de obras, prestação de serviços ou aquisições de bens com recursos provenientes de financiamento ou doação oriundos de agência oficial de

cooperação estrangeira ou organismo financeiro multilateral de que o Brasil seja parte, poderão ser admitidas na respectiva licitação as condições decorrentes de acordos, protocolos, convenções ou tratados internacionais, aprovados pelo Congresso Nacional, bem como as normas e procedimentos daquelas entidades, inclusive quanto ao critério de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração, o qual poderá contemplar, além do preço, outros fatores de avaliação, desde que por elas exigidos para a obtenção do financiamento (...).”

Todas as constituições federais brasileiras anteriores e, em especial, a de 1988, mencionam especificamente os tratados internacionais firmados pela União:

“Art. 5º

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

Os princípios da Convenção de Viena (da qual o Brasil é integrante) consideram que os tratados internacionais são hierarquicamente superiores às leis internas ordinárias. Isto significa que os acordos internacionais, depois de aprovados, ingressam na ordem jurídica do Brasil, em nível hierárquico acima das leis ordinárias.

OPERACIONALIZAÇÃO RECENTE DA POLÍTICA NACIONAL PARA DST/AIDS

Com o término do convênio entre o Ministério da Saúde e o BIRD, ao final de 2002, houve necessidade de formulação e implantação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST/AIDS. As características territoriais e a ação descentralizada e integrada das três esferas de governo, além de se constituírem em diretrizes do SUS, foram vistas como essenciais para a garantia da equidade e do acesso de toda população. Através da Portaria nº 2.314/2002 (3), o Ministério da Saúde instituiu o PAM, instrumento de programação para atuação em DST/AIDS. O plano contemplou as ações nas áreas de: (a) promoção, prevenção e proteção à saúde; (b) diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas vivendo com o HIV/AIDS; e (c) desenvolvimento institucional e gestão, para o enfrentamento da epidemia.

Os objetivos desta política foram ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS e outras DST. Pretendiam ainda garantir a transparência e o fluxo contínuo de recursos para os programas estaduais e municipais, por meio de repasse direto, em conta específica, acrescido da aplicação de recursos locais. Uma outra finalidade foi aprimorar o processo

de participação e controle social em âmbito local e reforçar as parcerias com as organizações da sociedade civil, responsabilizando as secretarias pelo co-financiamento das ações de combate, controle e assistência às DST/HIV/AIDS, garantindo o controle social e fortalecimento do SUS nos níveis federal, estadual e municipal.

A partir destes três objetivos, foi estabelecido um conjunto de estados, Distrito Federal e municípios, incluindo as 26 Secretarias de Estado da Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e 411 Secretarias Municipais de Saúde, que representavam 95% dos casos de AIDS no país e que se constituiriam na clientela potencial para o incentivo.

O Ministério da Saúde ficou encarregado de observar as políticas e diretrizes resultantes de pactuações entre os três níveis de governo, de modo a possibilitar maior integração do Política Nacional de DST/AIDS com o desenvolvimento do SUS.

O processo de qualificação dos municípios ocorreu a partir da análise dos PAM, com propostas relacionadas ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, em especial aquelas voltadas às populações mais vulneráveis e de risco acrescido, redução de danos, diagnóstico do HIV, controle das DST, combate ao HIV/AIDS e outras DST. Deveria considerar a complexidade e o comportamento da epidemia no território do município, a sua capacidade gerencial, técnica e organizacional e a capacidade instalada de serviços especializados no respectivo atendimento.

O financiamento foi previsto para ser realizado por transferência de recursos fundo a fundo, sob a forma de incentivo, com período de execução de 12 meses. Este financiamento refletiria as diferentes capacidades técnicas e gerenciais das secretarias de saúde, os compromissos por elas assumidos e os diversos níveis de complexidade da epidemia nos seus territórios. A aplicação dos recursos, incluindo os recursos próprios de estados, Distrito Federal e municípios, deveria estar estabelecida nos PAM.

No que se refere à execução orçamentária e financeira do incentivo das ações em DST/AIDS, a Portaria nº 2.314/2002 (3) estabeleceu que a liberação financeira ocorreria em 12 parcelas mensais, e as despesas programadas no PAM deveriam estar previstas no orçamento, neste caso, municipal. Sequencialmente, o Plano de Aplicação de Recursos, baseado no PAM, deveria ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde. Enquanto a fonte de recursos financeiros do incentivo é exclusivamente federal, e a conta corrente é aberta pelo Fundo Nacional de Saúde, o responsável pela execução dos recursos é o gestor local, que, por exemplo, também deve incorporar ao balanço patrimonial os equipamentos adquiridos. Todos os procedimentos relativos à aquisição

de bens, serviços e contrato de pessoal devem obedecer à Lei nº 8.666/93 (1).

Nos recursos repassados pelo SUS, através do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, a prestação de contas dá-se por meio de Relatório de Gestão Anual. As auditorias serão realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

O FINANCIAMENTO NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL

O município de Uruguaiana, situado na região oeste do estado do Rio Grande do Sul, faz fronteira com a Argentina, sendo a Ponte Internacional, através do rio Uruguai, a ligação com a cidade de Paso de los Libres. Até 1995, fazia fronteira com o Uruguai, quando a Barra do Quaraí se emancipou. A Barra é um município pequeno, que ainda busca em Uruguaiana recursos para suprir suas maiores necessidades.

As principais fontes econômicas são a agricultura e a pecuária. O comércio equilibra-se de acordo com a variação cambial entre os países limítrofes. Outra fonte de renda é o transporte internacional – Uruguaiana é o maior porto seco da América Latina.

A situação de fronteira é um dos aspectos mais relevantes da caracterização do município: o tráfego intenso de caminhões carrega consigo graves problemas, como o tráfico de armas, drogas e prostituição, fatores estes determinantes na vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Contribui também o empobrecimento da região, devido à crise da atividade agropecuária e à inexistência de indústrias.

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente responsabiliza-se integralmente pela assistência em nível primário, através de 19 unidades básicas de saúde, sendo cinco situadas no interior do município. Recentemente, implantou a primeira equipe de Programa de Saúde da Família.

A integração das atividades de saúde no Mercosul vem sendo discutida e regulamentada nas áreas administrativas e técnicas dos países que o compõe. Até 2003, existiam 274 registros de normas em saúde no compêndio legislativo deste mercado. Observa-se que as estratégias de integração dos sistemas de saúde dos países que compõem o Mercosul, inclusive com relação ao financiamento, devem considerar os contextos sociais, históricos e econômicos, da mesma forma que a caracterização da condição dos sistemas e da saúde desses países. A identificação de prioridades entre os países

permitirá uma análise detalhada de possíveis arranjos no cenário de financiamento da atenção à saúde e da otimização dos fluxos interfronteiras.

Um tema atual no Mercosul é a regionalização do financiamento público da saúde. O bem ou serviço público regional é aquele onde o conceito de bens públicos se estende para além das fronteiras nacionais, considerando um bloco de países identificados no contexto regional. São públicos porque a apropriação dos benefícios se dá de forma coletiva; são regionais porque os benefícios se estendem sem fronteiras – como, por exemplo, a luta contra as doenças transmissíveis e o tráfico de drogas.

Apesar de não haver tratado algum explicitando a questão de reciprocidade dos sistemas públicos de proteção à saúde e portabilidade de seguros de saúde entre as nações envolvidas, os serviços de saúde públicos nacionais ou locais atendem casos de emergência para estrangeiros, sem a existência de acordos prévios ou mecanismos de compensação financeira. Com estas discrepâncias entre os níveis de financiamento e oferta de serviços de saúde, poderão ocorrer incentivos perversos, na ausência de regulação internacional, que levem a desequilíbrios nas condições de financiamento (4).

Ao se analisar as demandas internacionais de saúde nas regiões de fronteira, é possível constatar um número significativo de atendimentos a pessoas de outros países nos municípios limítrofes, através de um fluxo informal que evidencia sub-registro. O atendimento a esta população tem características de rede, comum em grandes centros brasileiros, estabelecida para atender as demandas oriundas de regiões com menor infraestrutura de serviços.

Neste caso, um consórcio poderia aumentar os padrões atuais de financiamento, inclusive na captação de fontes externas, para a região da fronteira e para a definição de prioridades no uso dos recursos adicionais, principalmente por meio dos fundos de financiamento. Os países consorciados poderiam estabelecer as fontes de recursos, próprios e captados de cooperação, bem como os instrumentos de acompanhamento e a estrutura de gestão desses recursos.

Segundo o Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde, “(...) é necessário estabelecer mecanismos de financiamento, com acordos de cooperação entre países limítrofes com o Brasil, assegurando recursos adequados para a atenção básica em municípios localizados em regiões de fronteira, considerando especificidades como: extensão da fronteira, população abrangida, assim como a garantia de mecanismos de referência e contra-referência para acesso da população à atenção de média e alta complexidade (5).”

Do ponto de vista unilateral, algumas medidas vem sendo tomadas para normalizar e aumentar a equidade no acesso aos serviços em regiões de grande movimento de população entre as fronteiras. Como o governo brasileiro tem a política de saúde mais ofensiva da região neste momento, tem tomado algumas medidas, como a distribuição gratuita de vacinas contra febre amarela na Bolívia, exigindo, em contra-partida, que a população daquele país apresente atestado de vacinação contra esta enfermidade quando em visita ao Brasil. Da mesma forma, o governo brasileiro vem realizando o envio de esforços para regularizar a atenção médica na região da tríplice fronteira (Argentina, Paraguai e Brasil), onde passam diariamente muitos migrantes, e há riscos de transmissão de enfermidades. A adoção de medidas sanitárias comuns, que aumentam o controle de enfermidades transmissíveis e a prevenção de doenças crônicas, é rapidamente visível. As campanhas sanitárias conjuntas entre países ajudam a erradicar doenças de regiões que não se limitam às fronteiras geopolíticas.

Diversos pontos deverão ser aprofundados no processo de integração e otimização de recursos. A identificação de prioridades entre os países facilitará a elaboração de um modelo de financiamento que integra de forma adequada os sistemas de saúde dos municípios de fronteira e países do Mercosul.

No entanto, devemos observar que o risco de criar pressões para aumentar os investimentos em saúde com ajuda bilateral e multilateral, especialmente nos países mais pobres, sem que existam recursos orçamentários para manter tais investimentos, pode levar ao desperdício de iniciativas e à volta a parâmetros anteriores de produção.

ELEMENTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES NO GERENCIAMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS

A modalidade *shopping* (comparação de preços), utilizada pelo BIRD em todos os seus projetos no mundo, visa facilitar e acelerar os processos de aquisições e contratações. Desta forma, foi a modalidade definida para o Projeto AIDS II para valores de US\$ 0,01 até US\$ 100 mil, de maneira prática e direta.

Na modalidade *shopping*, elabora-se uma solicitação de proposta para encaminhamento ao fornecedor, detalhando-a de acordo com o grau de complexidade do bem ou serviço. A solicitação de proposta é feita contendo as especificações técnicas e características principais do bem ou do serviço e enviada via fax ou entregue diretamente aos fornecedores. Sempre deve haver três

propostas válidas dos fornecedores, e a proposta é considerada válida quando for cotado o valor do bem ou serviço solicitado. Para aquisições de maior complexidade ou com critério de julgamento onde for necessária a avaliação técnica ou de qualidade/segurança, a solicitação de proposta de preço é mais detalhada, indicando critérios de julgamento e avaliação, além das características próprias do bem ou serviço.

O prazo para o fornecedor apresentar as propostas do *shopping* é de cinco dias, podendo ser reduzido ou ampliado a critério da comissão de aquisição, sempre indicado na solicitação de proposta. As cotações devem ser recebidas por escrito, o que inclui a possibilidade de também serem enviadas por fax.

Não há necessidade de reunião de abertura de propostas com representantes dos fornecedores presentes ou apresentação das propostas a todos os fornecedores participantes. Uma vez recebidas as propostas, é elaborado o quadro de comparação de preços, e o processo é encaminhado para a comissão de licitação e para a procuradoria do município para análise. Após a aprovação, é homologado pelo secretário de administração e encaminhado para empenho.

O julgamento das propostas pode ser feito por comissão de licitação, constituída no âmbito da secretaria ou da coordenação local, ou concedida a devida competência para uma única pessoa. A coordenação local da Política Nacional de DST/AIDS, por exemplo, poderia executar os procedimentos de *shopping*, inclusive adjudicar e homologar, desde que tenha recebido a competência para o desempenho dos respectivos atos.

A agilidade, com a nomeação de um profissional para acompanhar o *shopping* em todos estes “caminhos”, faz diferir este de um processo comum. Em pouco tempo, o material é entregue, e o pagamento é efetuado pela área fazendária.

As respostas aos questionários sobre as normas do BIRD, no que se refere à aquisição de bens e serviços, enfatizam que “são de longe mais ágeis que as da Lei nº 8.666/93 (1). A elaboração dos *shoppings*, cuja ausência de trâmites administrativos elimina a morosidade dos processos, atribuiu ao agente executor autonomia administrativa (...)” (questionário 1). Além disto, mencionam que “a legislação própria para a execução dos recursos financeiros proporcionava agilidade maior para a execução das metas propostas” (questionário 5), ou que “a operacionalização se dá através do órgão interessado, no caso, o Serviço de AIDS. (...) O repasse financeiro é feito, no máximo, em três parcelas, possibilitando aquisições de equipamentos de maior valor. Os fornecedores não precisam apresentar documentos nem ter cadastro para enviar propostas de preço” (questionário 6).

As diretrizes do BIRD não indicam nenhuma documentação a ser apresentada pelo fornecedor antes ou depois do julgamento/homologação. É necessária a apresentação da nota fiscal, fatura, recibo ou outro documento que tenha o registro da empresa ou da pessoa física, nos níveis federal, estadual ou municipal, conforme o caso.

O objetivo das licitações financiadas com recursos do BIRD é obter a maior participação possível de prováveis fornecedores, pois quanto maior a atratividade de uma licitação, maior é o número de concorrentes e maior seria a competição, o que diminuiria os preços praticados ou apresentados.

Com relação ao pagamento, o BIRD estabelece o prazo de 10 dias após a entrega do material adquirido, o que estimula mais fornecedores a participarem do *shopping*, e, com isso, o bem adquirido tem o valor de mercado, diferente do que acontece com as licitações onde os fornecedores são quase sempre os mesmos, e o custo dos bens adquiridos muitas vezes são mais elevados que os de mercado. Nas palavras dos informantes-chave, “esta modalidade facilita os processos de aquisição de materiais e serviços, é rápida e evita trâmites burocráticos, e seu pagamento é garantido em um curto prazo, o que não acontece com outras modalidades” (questionário 3), ou “os contratados por este sistema ficam satisfeitos pela rapidez com que recebem os pagamentos, normalmente demorados em outras modalidades” (questionário 7).

Os fornecedores podem interpor recursos, devendo o julgamento e a resposta serem relativos especificamente à proposta do fornecedor do recurso, sem informar ou mostrar as propostas dos demais fornecedores. Não se discute as propostas dos outros fornecedores, somente a de quem apresentou o recurso. A resposta ao proponente que apresentou o recurso deve referir-se aos motivos de não-aceitação de sua proposta e aos procedimentos de comparação de preços, sem comentários sobre as propostas dos demais fornecedores.

Em relação à modalidade tradicional, o financiamento das ações da Política Nacional de DST/AIDS dá-se através de recursos específicos nacionais, cuja sistemática foi estabelecida pela Portaria nº 2.314/2002 (3), após término do convênio com o BIRD. A operacionalização das transferências de recursos e prestação de contas é idêntica à de outras áreas da saúde.

Esta sistemática foi discutida e pactuada junto às instâncias representativas dos gestores – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Favorece a sustentabilidade do desenvolvimento de uma política nacional, uma vez que os recursos repassados são exclusivamente nacionais e in-

serem-se nas formas regulares de financiamento do SUS. Para qualificação do estado/município, tornou-se necessária a participação e a aprovação dos respectivos conselhos de saúde, da Comissão Intergestores Bipartite no âmbito estadual e da Comissão Intergestores Tripartite no âmbito federal. A sociedade civil participa na construção do PAM através dos conselhos de saúde.

Segundo um dos informantes-chave, “é a forma de financiamento habitual do SUS; não cria a excepcionalidade dentro das estruturas de apoio para a sua viabilização, já que não introduz legislação diferenciada; a prestação de contas é pelo relatório de gestão, como nas outras políticas de saúde” (questionário 5). Ainda assim, houve opiniões como “não vejo elementos facilitadores” (questionário 6).

Em todos os questionários, foi citado como elemento dificultador da operacionalização de recursos o desconhecimento das normas do BIRD pelos profissionais dos setores envolvidos na execução das aquisições e contratos. Como foi registrado: “Minha experiência não foi muito gratificante, pois só conseguimos executar um plano operativo anual. Houve muita dificuldade de entendimento da prefeitura em relação às normas, por considerá-las diversas à Lei nº 8.666/93. Apesar da possibilidade de agilidade do sistema de *shopping*, no nosso caso manteve-se sempre a morosidade” (questionário 2).

Já em relação à modalidade tradicional, a grande dificuldade encontrada no financiamento fundo a fundo é a imensa carga burocrática enfrentada no desempenho das atividades, considerando a necessidade de inter-relações e dependência de outros setores da mesma esfera de governo, tais como procuradoria, secretaria de fazenda, coordenadoria de licitações e compras, secretaria de administração ou semelhantes, que resultam num engessamento dos serviços.

A Lei nº 8.666/93 (1), um instrumento essencial de gestão, preconiza procedimentos que geralmente acarretam morosidade e distorções no planejamento, o que provoca dificuldades para o gestor em saúde – e muitas vezes prejuízo e queda na qualidade dos serviços. A alteração e a adequação da mesma é um antigo anseio de muitos gestores.

Um dos informantes assim descreveu o processo:

“As licitações são realizadas pela secretaria de administração, que, além das compras pertinentes à área da saúde, acumula mais licitações das demais secretarias (...), todas numa fila única, sendo geralmente morosa a execução. Depois desta etapa, continua a ‘via-crúcis’. Passamos algum tempo no departamento jurídico para adjudicação e homologação do processo e, logo após, estacionamos no fazendário, que também acumula serviços de todas as secretarias (...). Penso que, quando

elaborada [a Lei nº 8.666/93], os legisladores consideraram em primeiro lugar o critério ‘evitar fraudes’, pois o excesso de precauções é explícito. Com isso, engessaram a lei, resultando em processos morosos e repletos de dispositivos administrativos, demandando prazos e mais prazos intermináveis, atormentando a vida dos agentes e dos gestores” (questionário 1).

Alguns conflitos, velados ou não, com outros setores da administração pública que não o de saúde, surgiram em manifestações como “não há nenhum comprometimento ou priorização de nada por estes setores. Por exemplo, se o setor de compras não conseguir orçamentos para um material solicitado, ele não avisa para o coordenador [da Política Nacional de DST/AIDS]. Ele aguarda até que o coordenador procure saber a situação do processo, para então comunicar que não conseguiu. De igual forma, nos outros setores, se andar o processo, andou; caso contrário, fica esquecido. Desta forma, não basta solicitar algo que está no plano de forma adequada com os recursos disponíveis e etc.” (questionário 2).

Estas disfunções burocráticas evidenciam a concentração demasiada de poder ou de informação, o que torna o processo decisório muito lento e dá à simples atividade um aspecto altamente formal. Tal situação pode comprometer a motivação dos agentes envolvidos, gerando um clima desfavorável ao desenvolvimento da organização.

Outra dificuldade encontrada é o recebimento dos recursos em 12 parcelas de igual valor. Foi mencionado que “(...) o fracionamento dos repasses financeiros obriga o agente a acumular várias parcelas, aguardar vários meses até iniciar licitação, sob pena de ser apontado por fracionamento de despesa” (questionário 1). A uniformidade e simetria do critério de liberação de 1/12, correspondente a cada mês do ano, já foram criticadas por não encontrarem respaldo na prática administrativa (6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A burocratização constitui uma tendência secular de nossa administração pública, que encontra suas causas mais profundas na sedimentação de hábitos e preconceitos herdados de nosso passado colonial e incorporados à cultura do serviço público. Referimo-nos especialmente à centralização, ao formalismo e à desconfiança que, invariavelmente, presentes ou subjacentes em nossas leis e regulamentos, transformaram-se em responsáveis pelo emperramento e pela burocratização da administração pública brasileira (7).

A Lei nº 8.666/93 orienta todos os processos públicos envolvendo aquisições e contratações. Os programas de DST/AIDS ainda têm algumas dificuldades

para sua utilização, pois, anteriormente, durante os Projetos AIDS I e II, a legislação própria do BIRD permitia otimização dos recursos de forma mais independente. Acreditamos que os obstáculos ainda existentes poderão ser diminuídos com a maior “familiarização” com a Lei nº 8.666/93 e sua utilização, inclusive dos “pregões” nela previstos.

Estão sendo discutidos os impactos e benefícios da implantação de compras governamentais nos países do Mercosul. Para a efetivação destes acordos, terão que ser estabelecidos vários critérios, desde a modalidade de financiamento destes serviços até a modalidade de aquisição dos bens em questão, de forma a agilizar estes processos, com intuito de prestar atendimento de qualidade tanto aos brasileiros quanto aos estrangeiros. A criação de mecanismos que possam dar transparência a essas ações se constitui num elemento importante no conceito de mobilização de recursos.

Já foi mencionado que diversas análises, inclusive do próprio BIRD, apontam que a lei brasileira cria muitas fases dentro do processo licitatório (fase de recursos durante a abertura do envelope de habilitação, fase de recursos após a análise técnica, fase de recursos após a apresentação de preços). Já foi sugerida a adoção de uma única fase final e a introdução do conceito de uma fase saneadora.

Além da legislação, podem-se apontar a dificuldade de intersetorialidade, o aparente descaso de alguns setores na prefeitura, que são necessários para execução dos processos, e até mesmo dos agentes, além da vontade política. Os serviços de saúde têm características próprias, que geram exigências particulares em termos de organização e de gestão. Atendem necessidades complexas e variáveis, com várias dimensões. Porém, as atuais estruturas organizacionais de nível federal, estadual e municipal seguem um modelo verticalizado e hierarquizado, que não estimula e nem possibilita inovações, reduzindo os gerentes a cumpridores de normas e determinações superiores e abrindo caminhos para que, através dessas “determinações superiores”, instalem-se o patrimonialismo e o clientelismo nas organizações (8).

Mobilizar recursos significa a capacidade de demonstrar o trabalho realizado, as mudanças obtidas e a utilização dos recursos gerados e captados. Os serviços de DST/AIDS têm demonstrado sua imensa capacidade de gestão e, juntamente com as secretarias de saúde, têm que buscar sua autonomia, não esquecendo que a intersetorialidade é importante, mas ampliando suas possibilidades de agilidade e eficiência no trabalho prestado.

A Secretaria de Saúde e Meio Ambiente de Uruguiana tem recursos estruturais e humanos para

ampliar suas ações de planejamento, contratações e pagamentos. Como proposta a ser estudada, sugere-se a formação de um núcleo administrativo-financeiro para gerenciar recursos específicos e (por que não?) executar seus processos de compras através de uma lei futuramente menos burocratizada, que facilite a fluidez dos serviços. Para isso, devemos, em todas as instâncias governamentais, revisar procedimentos burocráticos, para eliminar os excessos e propor medidas de desburocratização nas nossas respectivas áreas, com o objetivo de melhor atender o cidadão.

Todo processo de mudança gera inicialmente entraves, pois modifica uma forma de condução que já vinha sendo empregada. Certamente, as duas formas de financiamento possuem aspectos positivos e negativos, aos quais temos que nos adaptar e, dentro das possibilidades, viabilizar as metas. São desafios que a epidemia do HIV/AIDS nos coloca, os quais não podem ser banalizados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.666. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de julho de 1993.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Características do Programa Nacional de DST/AIDS: Segundo Projeto de Controle das DST e AIDS, Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.314. Norma Técnica - Incentivo ao HIV/AIDS e outras DST nº 01. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Medici AC, Barros BW. Políticas de saúde e blocos econômicos (versão preliminar). Março de 2004. 36p.
5. Brasil. Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Rosa RS. Gestão previdenciária e descompasso orçamentário-financeiro. Porto Alegre: Dacasa; 1996.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Comitê de Desburocratização. Desburocratização em defesa da saúde do cidadão: relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Junqueira L, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Rev Admin Publica 1992;26:20-31.

INTERNAÇÕES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VALORES PAGOS
NA REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE (RS), 1998 A 2003

HOSPITAL ADMISSION FOR TRAFFIC ACCIDENTS IN
THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: EXPENDITURES IN
THE METROPOLITAN AREA OF PORTO ALEGRE, STATE OF RIO GRANDE DO
SUL, BRAZIL

Cristiane Bergmann Fantinel¹, Ronaldo Bordin²

RESUMO

São apresentados os gastos médico-hospitalares das internações em acidentes de trânsito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na região metropolitana de Porto Alegre/RS no período de 1998 a 2003. Foram encontradas 21.094 internações. Do total de US\$ 6.528.904,43 pagos, 59% foram referentes a serviços hospitalares (US\$ 3.863.381,81), 15% a serviços profissionais (US\$ 1.002.856,85), 13% a órteses e próteses (US\$ 860.841,73), 8% a Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) (US\$ 548.464,14) e 4% a sangue (US\$ 249.577,24). Os valores pagos para recém-nascido (US\$ 11,37) e transplantes (US\$ 3.771,29) não obtiveram representação percentual relevante na composição dos valores. O total pago em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de US\$ 799.523,18. Concluiu-se que os valores pagos estão concentrados em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 10 aos 39 anos, em hospitais universitários, e que as internações que evoluíram ao óbito apresentam maior gasto médio, justificado pela retirada de órgãos para transplante.

Unitermos: Acidentes de trânsito, economia da saúde, financiamento em saúde.

ABSTRACT

This work presents public health expenses with hospital and medical care provided to patients admitted in hospitals for traffic accidents, in Porto Alegre, Brazil, and cities nearby from 1998 to 2003 (n = 21,094 admissions). From a total spending budget of US\$ 6,528,904.43, 59% were with hospital care services (US\$ 3,863,381.81), 15% with staff services (US\$ 1,002,856.85), 13% with orthoses and prostheses (US\$ 860,841.73), 8% with services of support to diagnoses and therapy and 4% with blood products (US\$ 249,577.24). Expenses concerning newborns and transplantations were of minor relevance in the total budget. The total expense for intensive care units was US\$ 799,523.18. Male patients aged 10 to 39 years-old and admitted in university hospitals accounted for the greatest expenses. For patients who died, admissions had increased average costs due to extraction of organs for transplant donations.

Key words: Traffic accidents, health care economy, health care financial

¹ Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde.

² Médico, Doutor em Administração. Membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). Professor Adjunto, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Correspondência: Prof. Ronaldo Bordin, Depto. Medicina Social/UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-5245. Fax: (51) 3316-5327. E-mail: bordin@famed.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, com comando único em cada esfera de governo. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Seus princípios são a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade e a igualdade da assistência, sendo o único que garante a assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população.

As internações realizadas vão das de menor complexidade (internações de crianças com diarreia, por exemplo) até as mais complexas (para a realização de transplante de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras, que envolvem alta tecnologia e custo). Esta área foi organizada num sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (1,2).

A Constituição Federal determina, no Parágrafo Único do Artigo 198, que "o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes". Além disso, a Lei Federal nº 8.080/90, no Artigo 26, determina ser de competência da União a definição de valores da tabela do SUS, especificando também ser de sua competência a definição das formas de reajuste e de pagamento, garantindo a efetiva qualidade dos serviços.

A maioria dos estudos encontrados sobre os acidentes de trânsito são relativos à análise de dados da morbimortalidade, incluindo os potenciais anos perdidos de vida (3,4), e, na esfera da economia, relativos à saúde, onde são contabilizados os impactos sociais e econômicos causados, mensurados principalmente pelos custos da perda de produção, que é a interrupção permanente ou temporária das atividades produtivas; pelo custo previdenciário, que são despesas com pensões e benefícios em função da impossibilidade de trabalho; e pelo custo médico-hospitalar, que são os recursos humanos, os materiais de atendimento e tratamento das vítimas, entre outros.

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (5) avaliou os custos totais dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras em R\$ 5,3 bilhões. O custo médico-hospitalar representaria 13,3% desse total, sendo superado pelo custo da perda de produção (42,8%) e pelo custo de danos a veículos (28,8%). O custo previdenciário foi elencado em 6º lugar, representando 2,4% da composição do custo total.

Já entre os estudos com enfoque nos dados de morbimortalidade, são exemplares, entre outros, os de Ott et al. (6), que caracterizaram as vítimas e lesões em

acidentes de trânsito na área metropolitana do Rio Grande do Sul, observando a predominância do sexo masculino, a concentração dos acidentados na faixa etária dos 20 aos 39 anos e a frequência com que a cabeça é acometida. Scalassara et al. (7), em estudo similar na cidade de Maringá, no estado do Paraná, encontraram resultados semelhantes com relação à predominância do sexo masculino na faixa etária dos 20 aos 49 anos, entre pedestres, usuários de motocicleta e ciclistas. Observaram que os acidentes ocorreram principalmente no início da tarde e da noite, nos cruzamentos das avenidas de maior fluxo. Andrade & Mello-Jorge (8), em estudo sobre a avaliação da cobertura policial e validade dos dados registrados na cidade de Londrina, no estado do Paraná, concluíram a necessidade de melhor investimento na melhoria da qualidade dessas informações, principalmente nos níveis de internação e óbito.

No período 1988-2003, no Rio Grande do Sul, ocorreu um aumento progressivo do número absoluto de óbitos por homicídios (de 1.510 em 1998 a 1.883 em 2003) e acidentes de trânsito (de 1.760 em 1988 a 1.984 em 2003), bem como dos coeficientes de mortalidade por homicídios (15,3 em 1998 a 17,9 em 2003) e acidentes de trânsito (17,8 em 1998 a 18,9 em 2003) (9). Neste mesmo período, ocorreu um incremento da prevalência dos acidentes de trânsito, que representam a maior taxa de mortalidade entre as causas externas, sendo caracterizado como uma epidemia negligenciada (10) e merecendo atenção do Secretário Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, em seu discurso pelo Dia Mundial da Saúde de 2004.

Neste contexto, este estudo objetiva descrever os valores pagos por internações conseqüentes de acidentes de trânsito em serviços vinculados ao SUS, na região metropolitana de Porto Alegre/RS, no período 1988-2003.

MÉTODOS

Foram empregados os dados do SIH/SUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde em sua Bulletin Board System (BBS).

Foram inseridas no estudo todas as internações hospitalares que apresentaram como Classificação Internacional de Doenças (CID) secundária os agrupamentos de A01.0 a V89.9, relacionados aos acidentes de transporte terrestre, do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10 - 10ª Revisão da Classificação, implementada a partir de janeiro de 1998).

Para fins deste estudo, definiu-se região metropolitana de Porto Alegre, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde (1), como sendo integrada pelos municípios: Alvorada,

Arambaré, Araricá, Arroio do Sal, Arroio dos Ratos, Balneário Pinhal, Barão, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier, Butiá, Cachoeirinha, Camaquã, Campo Bom, Canoas, Capão da Canoa, Capela de Santana, Capivari do Sul, Caraá, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Cidreira, Dois Irmãos, Dom Feliciano, Dom Pedro de Alcântara, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Harmonia, Igrejinha, Imbé, Itati, Ivoti, Lindolfo Collor, Mampituba, Maquiné, Maratá, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Morrinhos do Sul, Morro Reuter, Mostardas, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Osório, Palmares do Sul, Pareci Novo, Parobé, Poço das Antas, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, Santa Maria do Herval, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Leopoldo, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Taquara, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Coroas, Três Forquilhas, Triunfo, Tupandi, Viamão e Xangri-Lá. Totalizam 86 municípios e uma população de 4.468.089 habitantes.

A rede hospitalar do SUS é composta por hospitais públicos, filantrópicos, universitários e privados. Para identificar as internações ocorridas, foram pesquisados os 75 hospitais da região metropolitana. Nem todos estes hospitais apresentaram valores de internações em acidentes de trânsito. Os que regularmente apresentaram internações em acidentes de trânsito no período estudado foram: Hospital Nossa Senhora das Graças, no município de Canoas; Hospital Municipal São Camilo, em Esteio; Hospital Bom Pastor, em Igrejinha; Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Policlínica Santa Clara, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica (PUCRS), Hospital Independência, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital de Pronto Socorro Municipal, em Porto Alegre; Hospital Mário Totta, em Tramandaí; e Hospital Dr. Oswaldo Diesel, em Três Coroas.

Para padronização dos valores pagos, os mesmos foram convertidos em dólares americanos, cotação do último dia do mês de apresentação da autorização de internação hospitalar (AIH). Esta conversão foi necessária no triênio 1998-2000. Já para o triênio 2001-2003, os valores constavam no arquivo reduzido da AIH (RDAIH). O valor médio do dólar no período de 1998 a 2003 foi de US\$ 2,29.

Uma observação importante com relação às internações em causas externas, que inclui os acidentes de trânsito, é a dupla classificação dos diagnósticos. Se-

gundo a CID-10, estes podem ser classificados no capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) ou no capítulo XX (causas externas de morbidade e de mortalidade). Há portaria indicando que, para causas externas, o diagnóstico principal deve ser classificado pelo capítulo XIX e o secundário pelo capítulo XX. Nos arquivos reduzidos da AIH, o diagnóstico secundário constou a partir do mês de julho de 1997, fato que justifica o presente estudo ser realizado a partir de 1998.

RESULTADOS

Na tabela 1, observa-se que, no final do período, ocorreram 21.094 internações hospitalares por acidentes de trânsito pagas pelo SUS no Rio Grande do Sul, representando 1% do total das internações na região metropolitana neste período, que somaram 1.933.559. Ocorreram 1.147 internações em 1998 e 5.262 em 2003 – um acréscimo percentual de 358%, enquanto o total de internações aumentou apenas 9%. Em 2001, observou-se um decréscimo de 10% nas internações em acidentes de trânsito – que pode ser justificado pela publicação, pelo Ministério da Saúde, da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências -, mas gradativamente aumentando nos anos seguintes.

Tabela 1. Número de internações em acidentes de trânsito na região metropolitana de Porto Alegre de 1998 a 2003

Ano	Internações	Evolução %
1998	1.147	-
1999	2.800	144
2000	4.102	4
2001	3.689	-10
2002	4.094	11
2003	5.262	28
Total	21.094	

Fonte: Ministério da Saúde, arquivos reduzidos da AIH.

Na tabela 2, são apresentados os valores pagos pelos acidentes de trânsito e, na figura 1, a composição destes valores. Do total de US\$ 6.528.904,43, 59% do valor foi pago a serviços hospitalares, 15% a serviços profissionais, 13% a órteses e próteses, 8% a Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e 4% a sangue. Os valores pagos para recém-nascido e transplantes não

INTERNAÇÕES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO SUS

obtiveram representação percentual relevante na composição dos valores. O total pago em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de US\$ 799.523,18.

Tabela 2. Total de valores pagos (US\$) pelas internações em acidentes de trânsito na região metropolitana de Porto Alegre de 1998 a 2003

Valores pagos 1998-2003	US\$
Serviços hospitalares	3.863.381,81
Serviços profissionais	1.002.856,85
Órteses e próteses	860.841,73
SADT	548.464,14
Sangue	249.577,24
Recém-nato	11,37
Transplantes	3.771,29
UTI	799.523,18
Total US\$*	6.528.904,43
Gasto médio	309,51

Fonte: Ministério da Saúde, arquivos reduzidos da AIH.

*Sem UTI.

O valor médio da AIH em acidentes de trânsito neste período foi de US\$ 309,51, superando em aproximadamente 13% o valor médio das internações na região metropolitana (US\$ 274,30) e em 44% o valor médio das internações no Rio Grande do Sul (US\$ 214,30).

Entre os hospitais que apresentaram internações durante este período, cinco destacam-se pelo maior número de internações e valores pagos para acidentes de trânsito: Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, Hospital Cristo Redentor, Hospital Nossa Senhora das Graças, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Policlínica Santa Clara e Hospital Independência; com exceção do Hospital Nossa Senhora das Graças, situado no município de Canoas, região metropolitana, os demais situam-se em Porto Alegre, capital do Estado.

Sistematizados por sexo, as internações do sexo masculino representaram 70% dos valores pagos (US\$ 2.810.173,82), para 30% (US\$ 1.053.207,99) do feminino. Do total de internações, 72% (15.118) são do sexo masculino, para 28% (5.976) do sexo feminino. Apesar das internações do sexo masculino representarem o maior número de internações e maior valor pago, o maior gasto médio é o das internações do sexo feminino (US\$ 323,12), superando o gasto médio global (US\$ 309,51) em aproximadamente 4,4%.

O valor pago referente a recém-nascido (US\$ 11,37) refere-se a uma internação ocorrida no ano de 1999, onde o procedimento realizado foi um parto normal em adolescente vítima de acidente de trânsito.

As internações de indivíduos do sexo masculino consumiram também os maiores valores de UTI, representando 75% (US\$ 598.231,10) do total pago e 59% (US\$ 2.210,15) dos valores pagos para retirada de órgãos para transplantes.

A distribuição percentual dos valores pagos pelas internações de acidentes de trânsito segundo a faixa etária evidenciam uma maior prevalência em indivíduos na faixa etária dos 10 aos 39 anos, representando 52% (US\$ 3.402.717,29) do valor pago; representam, ainda, 57% (11.997) do número total de internações. A maior parte dos valores gastos em UTI concentra-se na faixa dos 10 aos 49 anos, representando 64% (US\$ 508.539,05) do valor total pago, e os maiores valores pagos pela retirada de órgãos para transplantes estão concentrados principalmente na faixa dos 30 aos 39 anos, representando 65% (US\$ 2.467,25) do valor total pago a transplantes.

O maior gasto médio é representado por indivíduos maiores de 70 anos, superando em 56% (US\$ 484,25) o gasto médio global.

As internações de acidentes de trânsito com evolução do paciente ao óbito representaram 8% (US\$ 511.006,89) do valor pago e 3,5% (n = 734) do número total de internações. O gasto médio dessas internações supera em 125% (US\$ 696,19) o gasto médio global, em função dos procedimentos para retirada de órgãos para transplantes.

Já a distribuição dos valores pagos pelas internações de acidentes de trânsito segundo o vínculo do prestador com o SUS apontam os hospitais universitários como destinatários de 75% (US\$ 4.874.425,58) do valor pago, concentrando 72,5% (15.289) das internações. O gasto médio dos hospitais universitários totaliza US\$ 318,95, superando em 3% o gasto médio global. Apesar da concentração das internações em hospitais universitários, observa-se maior gasto médio nos hospitais próprios, que superaram em 43% (US\$ 441,60) o gasto médio global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os recursos financeiros para o setor de saúde brasileiro têm sido um tema recorrente, tanto por parte da academia quanto por parte dos gestores da saúde. Esta relevância deve-se ao fato de que eles impactam diretamente na qualidade e quantidade de serviços de saúde oferecidos à população. Mesmo assim, existem poucas publicações com dados de custo de acidentes de trânsito.

to no Brasil. Os trabalhos disponíveis foram feitos a partir de estatísticas oficiais e estimativa de custos, empregando métodos diversos e gerando resultados discrepantes, com grande diferença entre valores (11).

O acidentado de trânsito geralmente consome recursos financeiros consideráveis, utilizados para a remoção, realização de procedimentos de alto custo e complexidade e recursos para a reabilitação. Se levarmos em conta que as estimativas apontam que, em 20 anos, os acidentes de trânsito representarão a terceira maior causa mundial de mortes, é necessária a formulação de políticas públicas específicas para este caso.

Neste sentido, a utilização da mídia para campanhas de conscientização, prevenção e educação no trânsito, que é um espaço de vida pública, é um bom instrumento, mas que, por si só, não tem sido suficiente. Este estudo encontrou uma concentração das internações por acidentes de trânsito em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 10 aos 39 anos.

Objetivando demonstrar com melhor precisão o total dos custos médico-hospitalares dispendidos, para estudos futuros sugere-se avaliar os custos relativos ao resgate e à reabilitação das vítimas e, ainda, os acidentes que não necessitaram internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Plano diretor de regionalização. Porto Alegre: SES/RS; 2002.
2. Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Foro de Europa Y las Américas sobre reforma del sector salud. Málaga, Espanha, 24-27 de fevereiro de 2002.
3. Iunes RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Rev Saude Publica* 1997;31(4º supl):38-46.
4. Barros MDA. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saude Publica* 2001;35(2):142-9.
5. IPEA. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras – relatório executivo. Brasília: IPEA; 2003. Disponível em www.ipea.gov.br. Acessado em 7 de maio de 2004.
6. Ott EA, Favaretto AL, Neto AFP, et al. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região sul do Brasil: caracterização da vítima e das lesões. *Rev Saude Publica* 1993;27(5):350-6.
7. Scalassara MB, Souza RKT, Soares DFPP. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 1998;32(2):125-32.
8. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e qualidade dos dados. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1449-56.
9. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Sistema de informação sobre Mortalidade.
10. Bobek PR. Acidentes de trânsito, uma epidemia negligenciada [trabalho de conclusão do curso de capacitação de médico perito examinador responsável pelo exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores]. Canoas: Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET), Universidade Luterana Brasileira (ULBRA); 2004.
11. IPEA. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras. Custos médico-hospitalares. Brasília: IPEA; 2003.

RELAÇÃO ENTRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REDE BÁSICA E OS ÍNDICES DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

HEALTHCARE PATTERNS IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE AND RELATIONSHIP WITH RATES OF TEENAGE PREGNANCY

Gisélle Ribeiro Stacowski¹, Ana Cecília Bastos Stenzel²

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as possíveis relações entre o índice de gravidez na adolescência e o(s) modelo(s) de atenção à saúde vigente(s) na rede básica de Santiago (RS), visando subsidiar a proposição de alternativas de intervenção. Trata-se de pesquisa qualitativa, com entrevistas realizadas junto a profissionais de saúde e da educação da rede pública do município, que atuam diretamente com adolescentes e/ou com ações de planejamento familiar, e também a adolescentes gestantes que freqüentam os serviços de saúde da rede municipal. Na análise, os dados foram agrupados em eixos temáticos, com base no referencial teórico. Como resultado, foi possível compreender a lógica das ações de saúde que o município disponibiliza com relação à prevenção da gravidez na adolescência: são ações de cunho centralizantes, não resolutivas e sustentadas em modelos de atenção tradicionais. Estes elementos propiciaram reflexões e considerações acerca do fazer na atenção básica e da importância de repensar como os processos de gestão de sistemas e serviços de saúde legitimam estes modelos de atenção não resolutivos para os problemas da comunidade, como o caso da gravidez na adolescência.

Unitermos: Gravidez na adolescência, modelo de atenção, parcerias interinstitucionais.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the possible relationships between the rates of teenage pregnancy and the healthcare patterns of the primary healthcare system in the municipality of Santiago, state of Rio Grande do Sul, so as to provide support for the proposal of intervention alternatives. This qualitative research study carried out interviews with healthcare and education professionals from the public sector of the municipality who work directly with adolescents and/or in family planning projects, in addition to teenage pregnant girls who attend the primary healthcare service. In the analysis, data were grouped in thematic axes, based on the published literature. As a result, it was possible to understand the logic of the healthcare practices of the municipality in what concerns the prevention of teenage pregnancy: centralized, non-solving practices, based on traditional care patterns. These elements gave rise to reflections and considerations about what should be done in the primary healthcare system and about the importance of rethinking how the management processes of healthcare systems and services legitimate these non-solving care patterns for the problems of the community, such as the case of teenage pregnancy.

Key words: Teenage pregnancy, care pattern, interinstitutional partnership

¹ Especialista em Gestão em Saúde, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Santiago, RS.

² Mestre em Saúde Coletiva, professora colaboradora da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Correspondência: Gisélle Ribeiro Stacowski, Rua Flores da Cunha, 1277, Centro, 97700-000, Santiago, RS. Fone: (55) 251-3067/9975-2944. E-mail: giselle@santiagonet.com.br.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Sistema de Informações de Nascimentos (SINASC) do Ministério da Saúde, no quadriênio 1999-2003, 28% dos partos ocorreram em menores de 18 anos, com 49,1% dessas gestações sendo indesejadas (1-4).

Há um grande número de publicações sobre o tema da gravidez na adolescência, que vinculam esse problema a diversos fatores, como baixo nível de escolaridade, associado à baixa condição socioeconômica; início precoce da vida sexual, associado ao aumento da liberdade sexual dos jovens; influência e/ou estímulo da mídia; e causa familiar, com falta de diálogo, violência doméstica e assim por diante (5,6).

A diminuição da idade da menarca no decorrer dos últimos 50 anos tem sido apontada como uma das causas principais, bem como a iniciação sexual cada vez mais precoce, apresentando no Brasil variações regionais e entre áreas urbanas e rurais (5). Os estudos com adolescentes evidenciam o despreparo destes jovens para evitar uma gravidez não planejada (6).

Em um país de grande heterogeneidade cultural, social e regional como o Brasil, o discurso em torno da "adolescente grávida" é usualmente regulador e moralista, colocando as jovens mulheres como culpadas da própria ignorância ou inconseqüência. O fato é que a experiência da gravidez afeta, de modo profundo e completo, a vida das mulheres que a vivenciam, assumindo um significado especial quando ocorre entre os 10 e 19 anos, em uma fase de intensas modificações de ordem física e emocional. Quando a gravidez ocorre durante a adolescência, o que acontece em todos os estratos sociais, exige dos jovens responsabilidades e comportamentos que, na maioria das vezes, não estão preparados para assumir, devendo ser tomada como um problema institucional inclusive em função dos agravos que estão associados a essa população tão vulnerável (7).

Na concepção de Cano & Ferriani (8), a sexualidade é um assunto que deve ser discutido e debatido entre os pais, educadores e profissionais da saúde, com o objetivo de encontrar a melhor forma de esclarecer e orientar os adolescentes para uma iniciação sexual mais tardia, de forma que os mesmos tenham responsabilidade e auto-estima, praticando o sexo com segurança. Para Graña (7), a gravidez na adolescência está associada com a necessidade de auto-afirmação, porém, trazendo o desejo de realização profissional.

De acordo com Paim (9-11), os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades

de saúde individuais e coletivas. Um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde, mas deve ser entendido como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Já para Raggio & Giacomini (12), um modelo de saúde pode ser entendido como um conceito com dimensões políticas, administrativas e técnicas. Diz respeito à concretização das diretrizes finalísticas da política de saúde que os setores democráticos vêm buscando implementar no Brasil: "Deve traduzir-se num arranjo jurídico, organizacional e técnico, apto a enfrentar uma determinada realidade epidemiológica e a responder ao conjunto de aspirações da população acerca da saúde" (p. 9).

Assim, pensar no modelo de atenção impõe pensar na organização e na gestão de ações, serviços e práticas, no grau de autonomia e articulação que existe no exercício das práticas e serviços, ou seja, no trabalho desenvolvido, a fim de que as políticas de saúde sejam viabilizadas para atender as necessidades e aspirações da população. Implica pensar nos agentes das práticas de atenção e de gestão, no que informa à prática desses agentes, de modo a possibilitar ações mais efetivas sobre os problemas de saúde.

Elias (13) apresenta uma crítica ao termo "modelo" a partir de diferenças epistemológicas em relação ao termo "modalidades" assistenciais. Para esse autor, o termo "modelo" traz consigo uma conotação de já pronto, acabado, passível de reprodução e de cópia; já o termo "modalidades" evoca uma potencialidade criativa. As modalidades de atenção não são totalmente definidas *a priori*, como os modelos, mas são construídas a partir das condições locais, e seria necessário pensar, então, nas estratégias de construção de modalidades que são gerais e singulares ao mesmo tempo.

Nesse sentido, a formulação de políticas e estratégias de mudança, ou transformação, da(s) modalidade(s) de atenção vigente(s) no âmbito do sistema de saúde brasileira deve tomar como ponto de partida a identificação e análise das dinâmicas e necessidades das diversas realidades regionais e locais, evitando o efeito de "engessamento" dos programas verticalizados formulados em âmbito nacional. O olhar a partir do prisma das modalidades assistenciais requer pensar quais estratégias têm maior ou menor poder de construir/modificar/reconstruir modalidades de atenção hegemônicas.

É necessário rever e aprofundar o exame crítico das ações assistenciais no que diz respeito aos modelos

que as balizam; pensar em modalidades assistenciais numa perspectiva criativa, que possibilite o redirecionamento das ações para uma concepção integradora, com novas articulações intersetoriais/interinstitucionais e onde cada pessoa é abordada na sua cidadania plena. É também pensar como se articulam e potencializam as condições de resposta social à situação em cada local, como se definem os espaços e as relações entre usuários e prestadores de serviços, como se planejam e priorizam as ações de atenção à saúde, para quem e para que são pensadas essas ações.

As propostas de mudança amparam-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pois para este sistema não existe um único modelo de atenção à saúde, já que construir modalidades de atenção de acordo com os princípios e diretrizes do SUS implica em planejar as ações a partir do contexto e necessidades locais, adotando soluções de acordo com a diversidade do território, dar atenção às necessidades individuais e coletivas e articular ações intersetoriais (14).

Esse exercício de pensar modalidades assistenciais alternativas é marcado pela tentativa de desconstruir/superar a idéia, ainda persistente, de que há um padrão assistencial fundante do “verdadeiro SUS”, cujo modelo hegemônico encontra-se nas ações programáticas determinadas em nível nacional. A mudança requer incentivos à criatividade nas instâncias gestoras dos serviços, ultrapassando os muros das unidades de saúde, dos territórios limitados, da visão unidisciplinar. Implica, conforme Paim (15), em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas” (modos de vida, valores, expectativas, prioridades, vínculos) dos diversos grupos sociais.

Este estudo busca compreender a gravidez na adolescência em sua relação com o modelo de atenção à saúde de um sistema municipal, incorporando uma proposta teórico-crítica em torno da gestão de serviços e sistemas de saúde. Procura conhecer, da maneira mais aproximada possível, os fatores decorrentes da ação (ou omissão) dos serviços da rede básica quanto à gravidez na adolescência. Assume o pressuposto de que a lógica dominante na gestão e na atenção à saúde dos serviços da rede básica poderia estar influenciando os índices de gravidez na adolescência e os problemas daí decorrentes.

O objetivo geral desse estudo foi, então, analisar as possíveis relações entre o índice de gravidez na adolescência e o(s) modelo(s) de atenção à saúde vigente(s) na rede básica de Santiago (RS), visando subsidiar a proposição de alternativas de intervenção. Os objetivos específicos foram: (a) identificar o número de adoles-

cente atendidas no programa de anticoncepção da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santiago e o número de partos de mães adolescentes ocorridos nos últimos anos; (b) verificar qual a percepção dos profissionais de saúde quanto às ações que desenvolvem frente à gravidez na adolescência; (c) descrever a percepção das gestantes ou mães adolescentes sobre a atuação dos serviços de saúde em relação à gravidez precoce; (d) identificar os pontos críticos das atuais ações de saúde voltadas à gravidez na adolescência; e (e) investigar as possibilidades e limites na criação de parcerias entre escolas e serviços de saúde para enfrentar o problema da gravidez indesejada entre os adolescentes.

MÉTODOS

O município de Santiago localiza-se às margens da BR-287, a 150 km da fronteira com a Argentina (ponte São Borja/São Tomé) e a 240 km da fronteira com o Uruguai (Rivera), situando-se na região centro-oeste. Possui 50.527 habitantes (FIBGE, 2002), e a Secretaria Municipal de Saúde encontra-se habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica em Saúde desde 1996.

As ações de saúde ofertadas na rede básica do município foram implantadas com base nos programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA), Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Tuberculose/Hanseníase, Vigilância Epidemiológica, Programa Primeira Infância Melhor, Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Programa Cuca Legal e o Programa Municipal de Atenção Integral à Saúde do Escolar (PMAISE). É importante esclarecer que estes programas não são disponibilizados em todos os postos de saúde da rede básica.

O PAISM e o PAISCA são ofertados somente no Centro Materno-Infantil, desenvolvendo ações de coleta para exame preventivo do câncer de colo do útero, exame de palpação de mama, aconselhamento do exame de anti-HIV às gestantes e ações de planejamento familiar. Para planejamento familiar, são atendidas individualmente, por livre demanda, cerca de 200 mulheres por mês, com orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais (pílulas, preservativos, colocação de DIU). Até o mês de maio de 2004, para entrega dos anticoncepcionais às mulheres cadastradas, era exigida uma nova consulta médica ou de enfermagem, dificultando o acesso e originando a formação de filas. Foram realizadas entrevistas com seis profissionais que atuam

com a população de adolescentes, considerados informantes-chave. Na área da saúde, foram entrevistados: um médico gineco-obstetra, que atua há 30 anos no serviço da Secretaria Municipal de Saúde, escolhido pela sua atuação e boa aceitação da comunidade; a enfermeira coordenadora do PACS; e uma agente comunitária de saúde, que atua na comunidade há 8 anos. Na área da educação, uma nutricionista que atua no PMAISE e duas professoras, com aproximadamente 20 anos de atuação na rede escolar, uma delas há 2 anos atuando como “agente escolar” do PMAISE. Também foram entrevistadas duas gestantes adolescentes com história recente de atendimento, selecionadas aleatoriamente entre as 42 gestantes atendidas no PAISM nos últimos meses (junho e julho de 2004), na faixa etária de 10 a 19 anos.

Em 2004, o município de Santiago apresentou um índice de 19,3% de mães adolescentes, um pouco abaixo da média estadual de 20,2% (4).

Este estudo utilizou uma estratégia de pesquisa qualitativa, por considerar que permitiria melhor compreender a complexidade que envolve a problemática da gravidez na adolescência na sua correlação com os serviços de saúde. Consiste em versão reduzida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, no âmbito de Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), e oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

As entrevistas foram agendadas previamente, sendo realizadas de forma individual e gravadas, após consentimento dos informantes. A entrevista seguiu um roteiro semi-estruturado, abordando tópicos como fatores determinantes e significados da gravidez na adolescência, atuação dos serviços frente ao problema, critérios para organização das ações de saúde e parcerias entre serviços de saúde e educação.

Na análise das entrevistas, buscou-se identificar a idéia principal dos informantes em relação aos tópicos abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 2.500 mulheres cadastradas para planejamento familiar no Centro Materno-Infantil, 116 (4,64%) se encontram na faixa etária de 10 a 19 anos. Patamar percentual reduzido, se for considerado que o município de Santiago apresenta um índice de mães adolescentes de 19,3%.

As entrevistas apontaram para o fato do público beneficiado ser restrito às mulheres que conhecem e já

têm vínculo com o serviço, seja através da consulta durante seu pré-natal ou via consulta ginecológica. Nas demais unidades da rede básica, as ações limitam-se à consulta médica e procedimentos de enfermagem, como curativos, nebulizações, verificação de pressão arterial, não havendo nenhuma ação efetiva de prevenção da gravidez e muito menos voltada para a adolescente.

O modo centralizado como os serviços de saúde se organizam no município dificulta radicalmente a entrada do adolescente. Além disso, há pouca divulgação na comunidade de que os métodos de prevenção da gravidez estão disponíveis: faltam ações junto às escolas, informativos circulando nos meios de concentração de jovens e divulgação através da mídia local. Os serviços encontram-se totalmente engessados dentro das unidades de saúde, à espera dos usuários, e não têm ações voltadas para a problemática da gravidez na adolescência.

Por outro lado, as estratégias inovadoras para mudança de modelo de atenção à saúde, como o PACS, não têm impactado a lógica hegemônica da atenção e gestão em saúde. O PACS existe no município há 8 anos, atendendo 18 microáreas e desenvolvendo ações de prevenção, levantamento e encaminhamento de problemas aos serviços especializados de saúde, trabalhando na formação de grupos, atividades educativas e participação comunitária. O trabalho é dirigido a gestantes, crianças de 0 a 4 anos e idosos, porém, não atua em momento algum com ações específicas para o público adolescente, principalmente na prevenção da gravidez, limitando-se ao encaminhamento e acompanhamento da gestante.

Na área da educação, destacam-se as ações do Centro de Atendimento ao Educando (CAE), da Secretaria Municipal de Educação, que surgiu em 1996, a partir de um projeto de base multiprofissional (médico, psicólogo, dentista, terapeuta-ocupacional, agente de ambientes). Com o aumento do número de escolares, sentiu-se a necessidade de criar a figura do “agente da saúde do escolar”, para desenvolver ações coletivas de prevenção na área de saúde. Há um agente escolar em cada uma das 35 escolas do município, porém, não desenvolvem ações específicas para prevenção da gravidez na adolescência.

Fatores e significados da gravidez na adolescência

Questionados sobre quais os principais fatores que levam aos elevados índices de gravidez de adolescentes no município, tanto os profissionais da saúde como os da educação destacaram a atuação da família, que deixa de exercer seu papel, omitindo informações, muitas

vezes pelo próprio desconhecimento e tabus, possibilitando uma gestação indesejada.

“Eu vejo uma omissão, falta de diálogo entre a família” (professora).

“A desestruturação familiar influencia no aumento da gravidez na adolescência” (enfermeira do PACS).

“A princípio, eu acho a falta de diálogo na família (tabus), fazer sem saber” (agente de saúde escolar).

Essa percepção coincide com a visão de Gaiarsa (16), para quem “as informações e os esclarecimentos prestados pelos pais aos jovens, ainda hoje, quase sempre se limitam a uma série de noções mais ou menos descosidas, de avisos mais ou menos incoerentes a uma série de sustos mais ou menos”.

A família cumpre um papel determinante na socialização e desenvolvimento da personalidade (17), donde se conclui que não bastam mudanças nos serviços de saúde e educação, é fundamental trazer ao serviço também os pais dos adolescentes, para orientá-los no sentido de não se omitirem de falar sobre sexualidade, desmistificando a idéia de que falar irá incentivar os jovens a iniciarem relações sexuais precocemente.

Outro fator apontado é a desinformação sobre os métodos anticoncepcionais, associada à irresponsabilidade própria da imaturidade do adolescente, para quem a gravidez não faz parte de seus medos e perigos:

“Nem conhecem métodos anticoncepcionais” (gestante).

“Muitas querem ficar grávida, desconhecem os métodos anticoncepcionais” (gestante).

“Desconhecimento dos métodos anticoncepcionais e seu difícil acesso [...]. Não vê ligação da gravidez com ele, adolescente, ele nunca acredita que isso possa acontecer com ele” (ginecologista).

“Não pensam no depois, pra eles não vai acontecer a gravidez” (nutricionista).

A percepção destes profissionais se confirma em Tomás & Cosme (18), para quem a força do relógio biológico faz os adolescentes assumirem a sua sexualidade e procurarem conhecer e experimentar as novas sensações e capacidades do seu corpo, isentos de qualquer responsabilidade. Entretanto, os profissionais entrevistados não relacionam o desconhecimento dos métodos anticoncepcionais à falta de divulgação dos mesmos por parte dos serviços de saúde e educação, nem à falta de ações para superar o desinteresse dos jovens em buscar essa informação.

Quanto aos significados da gravidez na adolescência (Pergunta 2), destaca-se a compreensão das grandes transformações que estas jovens sofrem:

“A adolescência representa um período na vida que acontecem profundas transformações somáticas,

endócrinas e psicológicas, e estas também ocorrem na gravidez, e quando estas duas situações se superpõem em um mesmo movimento da vida, estes fatos tornam-se críticos e podem provocar grandes perdas neste indivíduo” (ginecologista).

Os discursos, neste primeiro momento, revelaram a preocupação dos entrevistados com a problemática da gravidez na adolescência, a percepção sobre a omissão das famílias na questão da sexualidade e uma falta de consciência dos profissionais quanto à ausência de ações em seus serviços para enfrentar o problema.

Atuação dos serviços de saúde e das escolas frente à gravidez na adolescência

Nas entrevistas, foram formuladas oito perguntas com o objetivo de conhecer a opinião dos entrevistados sobre a atuação dos serviços de saúde e das escolas frente à problemática da gravidez na adolescência, bem como sobre as ações de prevenção, especificamente a distribuição de métodos contraceptivos. Além disto, buscou-se verificar qual a percepção dos entrevistados sobre a lógica que determina a organização e implementação das ações de saúde nas unidades básicas do município.

Questionados de uma forma geral sobre as ações para prevenção da gravidez na adolescência na rede básica de serviços, a opinião dos profissionais da saúde e da educação variou entre aqueles que entendem que não existe nenhuma ação específica para o público adolescente e aqueles que entendem que existem ações voltadas para esse fim, mas reconhecem que são precárias e insignificantes:

“Não tem nenhuma ação voltada diretamente para a prevenção da gravidez” (enfermeira coordenadora do PACS).

“Sinceramente, acho que não existem serviços voltados à prevenção da gravidez na adolescência” (agente de saúde do PACS).

“Na minha opinião, são insignificantes, não alcançam o público-alvo, que são os adolescentes” (ginecologista).

“Eu acho que são precárias [...]. Eu acredito que tanto a parte da escola como a da saúde não têm um trabalho que atinja o adolescente” (professora).

Já as mães adolescentes entrevistadas informaram conhecer os serviços de prevenção da gravidez oferecidos no município, mas não os utilizaram. Até porque, segundo uma delas, não acreditavam na possibilidade de gravidez:

“Acho que existem bons programas e que são bem encaminhados” (gestante).

“Sabia, só que eu não tinha idéia de que iria engravidar na segunda relação” (gestante).

O desinteresse na utilização dos serviços de anticoncepção pode estar associado à ausência de ações específicas que estimulem os jovens a buscar esses serviços. Questionadas se as ações dos profissionais da saúde e da educação são voltadas para as necessidades da adolescente quando grávida, a enfermeira e a agente de saúde informaram existir ações que atendam esta gestante, mas não com diferencial por ser ela uma adolescente.

“A meu ver, depois que estão grávidas, participam mais de palestras, de formação de grupos [...], além do que a gente fala, no grupo reforça-se o que a gente diz” (agente de saúde do PACS).

“Falta um trabalho para o adolescente, dirigir ações com grupo” (enfermeira do PACS).

Embora não exista uma abordagem dirigida para essas jovens, existe a percepção de que as adolescentes, quando grávidas, mudam de comportamento, passando a participar mais do que é oferecido pelos serviços.

Outro aspecto relativo à adequação dos serviços de saúde às necessidades das adolescentes grávidas foi a necessidade de um profissional de saúde mental atuando junto à equipe:

“Eu acho que falta mais, deveria ter uma psicóloga dando um suporte. Aí deveria ser trabalhado” (gestante).

“Eu preciso de acompanhamento de outro profissional, como o psicólogo, assim eu vou ter mais conhecimento sobre isso” (gestante).

“Na minha opinião, a atitude médica com relação à adolescente grávida vem se fazendo de forma correta, tanto no pré-natal como na assistência ao parto, embora tenha consciência de que muito tenha a melhorar ainda, principalmente no preparo psicológico” (ginecologista).

Segundo Granã (7), diante da mãe adolescente, “temos uma criatura contendo aspectos infantis ainda muito presentes, confrontando-se com aspectos adultos que procuram se estabelecer. O conflito é inevitável”. O despreparo para assumir uma gravidez se manifesta mais intensamente porque, na grande maioria dos casos, a gestação não foi planejada nem desejada, sendo comum, neste momento, a adolescente esconder a situação dos familiares (19).

Também em relação às escolas, a opinião é de que não existe nenhuma ação específica frente aos índices de gravidez na adolescência, nem mesmo para a evasão escolar, que freqüentemente acompanha esse quadro (20):

“Para ser franca, não vejo nenhuma ação na escola” (agente de saúde).

“A escola não desenvolve nada” (enfermeira do PACS).

“A escola não falava sobre prevenir a gravidez” (gestante).

“Só trabalha-se superficialmente a sexualidade na 8ª série, sendo que o despertar da sexualidade dá-se a partir da 4ª, 5ª série” (professora).

“Não. A gente atribui a responsabilidade à família e à saúde e recebe o problema” (agente escolar).

Entretanto, quando questionados especificamente sobre o papel da escola na prevenção da gravidez na adolescência, todos os entrevistados consideraram que a escola deve assumir o papel de prevenção, sendo necessário haver capacitação dos professores:

“Tem obrigação de fazer um serviço de prevenção” (agente de saúde).

“Eu acho que a escola tem que falar mais em como prevenir” (gestante).

“O público-alvo encontra-se nas escolas” (ginecologista).

“Os profissionais da educação devem capacitar-se” (enfermeira do PACS).

Está claro que a escola é o local de maior concentração do público adolescente. De acordo com Zaminsky (19), “se quisermos trabalhar uma nova orientação sexual e de vida para os adolescentes, é na escola que deve delinear-se a base”.

Quando solicitados a identificar quais as ações de prevenção da gravidez na adolescência desenvolvidas no município e qual a sua opinião sobre as mesmas, os entrevistados foram unânimes em reconhecer o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) da Secretaria Municipal de Saúde, que desenvolve palestras nas escolas sobre sexualidade e o uso de preservativos na prevenção de DST/HIV.

“Um dos trabalhos são as palestras nas escolas e a distribuição de preservativos” (gestante)

“Existe o programa de distribuição de preservativos masculinos e palestras nas escolas” (enfermeira do PACS).

“As atividades em Santiago, como em todo o Brasil, ainda são muito tímidas e consistem principalmente na prevenção de DST/HIV, na distribuição de anticoncepcionais nas unidades e em algumas palestras nas escolas” (ginecologista).

Também foi mencionada a oferta de anticoncepcionais através do PAISM.

“Eu só tinha conhecimento do comprimido” (gestante).

“Conheço a pílula, a camisinha e as palestras” (nutricionista).

Questionados especificamente sobre a distribuição de métodos contraceptivos (Pergunta 6), os profissionais de saúde acreditam que o serviço seja de qualidade, mas insuficiente para dar cobertura à população que utiliza o SUS:

“Na minha opinião, é necessário, mas não suficiente, pois o grupo alcançado é muito pequeno” (ginecologista).

“Se não fosse esse programa, os índices seriam muito mais altos” (enfermeira do PACS).

Os profissionais da educação entendem que o serviço é pouco divulgado e sugerem a descentralização do mesmo para as demais unidades da rede básica, visto que vem sendo realizado unicamente no Centro Materno-Infantil.

“Nem é falado nas escolas” (professora).

“Sugiro uma descentralização dos métodos anticoncepcionais” (agente de saúde).

Quanto às gestantes, informam que tinham conhecimento da distribuição dos métodos contraceptivos através de familiares, porém, uma delas destaca que havia comentários sobre a má qualidade das pílulas anticoncepcionais:

“Minha sogra falou-me” (gestante).

“Falavam que era ruim e que engravidavam com as pílulas” (gestante).

Tais depoimentos sugerem que o trabalho de divulgação do serviço é fundamental também para promover a credibilidade e confiança no mesmo.

Os depoimentos evidenciam a lógica dos programas verticalizados, como o PAISM e PACS, que disponibilizam ações de modo uniforme, independentemente do caráter da demanda, sem contemplar suas necessidades e vulnerabilidades. Além disso, são implantados de forma isolada, centralizada e setorializada, não se fazendo presentes junto ao público vulnerável e deixando de trabalhar o conjunto de fatores relativos ao problema da gravidez na adolescência, que envolvem inúmeras informações, obtendo um resultado mínimo.

Esses “novos programas de saúde”, segundo Schraiber (21), apesar da maior utilização de profissionais não médicos e do foco sobre o coletivo, ainda atuam de forma parcial e verticalizada sobre a realidade e necessidades de saúde da população local, e, para Paim (10), não contemplam a integralidade das ações, nem incentivam uma maior equidade dos serviços.

Uma maior efetividade de ações para prevenção da gravidez na adolescência poderia ser viabilizada caso os serviços buscassem desenvolver modalidades de ações que rompessem com padrões tradicionais de conceber saúde. Para isso, além de rever a questão do acesso, seria necessário rever qual o eixo conceitual, político e ideológico das ações ofertadas, pois “é no âmbito do município, como o espaço que a população tem acesso aos serviços, onde seus problemas se manifestam, que a articulação das políticas sociais se viabiliza, dando maior eficácia à sua gestão” (22).

Essa interpretação é confirmada nas respostas à pergunta que procura saber qual o conhecimento e a compreensão dos entrevistados sobre os critérios utilizados para a organização dos serviços e implementação das ações de saúde no município, sobre como é feito o planejamento e como são definidas as prioridades de ação (Pergunta 7). Embora alguns entrevistados manifestem desconhecimento, a maioria dos profissionais entende que tais critérios partem das esferas de governo estadual e federal:

“Eu acredito que seja seguimento de secretarias, estadual/federal” (agente escolar).

“Ações específicas para isso não existem. As ações vêm do Estado” (enfermeira coordenadora do PACS).

“Eu vejo que os programas, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação, são ações prontas do governo federal, e os profissionais não buscam outros conhecimentos” (professora).

O reconhecimento explícito de que as ações de saúde desenvolvidas no município são determinadas via programas propostos pelas esferas de governo mais centralizadas significa que o processo de descentralização apregoado pela Reforma Sanitária está comprometido. Segundo Teixeira (23), para viabilizar a Reforma Sanitária no Brasil, deve ser considerada a diversidade de situações de saúde nas várias regiões, estados e municípios do país. Os princípios e diretrizes gerais podem até ser adotados centralmente, mantendo a “unidade na diversidade”, mas as modalidades de atenção à saúde devem ser construídas a partir das condições concretas de cada município e estado (p. 5).

O depoimento dos profissionais que desenvolvem o PACS torna flagrante a contradição entre a proposta do programa, que preconiza a organização das ações a partir dos dados levantados localmente, e sua implantação, descolada das questões locais.

Competências e possibilidade de parcerias no enfrentamento da problemática da gravidez na adolescência

Com a finalidade de levantar as possibilidades de parceria entre os envolvidos na questão, perguntou-se aos entrevistados a quem competia organizar e implementar ações de prevenção da gravidez na adolescência. Foram enumerados a família, a escola e os serviços de saúde como responsáveis:

“Todos os segmentos, família/escola/saúde” (agente escolar).

“Em primeiro lugar a família, depois a escola” (agente escolar).

“Conversar com os filhos, dar conselhos, mais a escola e saúde” (nutricionista).

“Todos os profissionais têm que se envolver com isso” (enfermeira do PACS).

“Na minha opinião, através da escola” (ginecologista).

“Aos serviços de saúde do município” (gestante).

Nessas respostas, está contida a noção de que a problemática da gravidez na adolescência requer uma atitude conjunta dos serviços de saúde e educação, sem esquecer a importância da família. Ribeiro & Uhling (24) afirmam que o contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido tem um papel fundamental, propiciando valores, regras, expectativas e os meios concretos para o adolescente viabilizar seu projeto de vida.

A seguir, os entrevistados foram questionados diretamente sobre a possível contribuição de uma parceria entre escola e saúde na prevenção da gravidez na adolescência (Pergunta 11). Os depoimentos de todos os entrevistados foram altamente positivos, constituindo-se numa perspectiva dessa parceria:

“Me parece que este seja o grande caminho” (ginecologista).

“Sim. Mais parceria. Não responsabilidade da Secretaria de Saúde, mas a escola com comprometimento” (enfermeira do PACS).

“Com certeza, mais fortalecimento e conhecimento” (agente de saúde do PACS).

A parceria entre políticas de saúde e educação é uma das formas mais eficientes de fazer a prevenção da gravidez na adolescência, pois a população-alvo está na escola, e o serviço de saúde estará descentralizando através da mesma suas ações, alcançando essa população que hoje não busca o serviço oferecido nas unidades de saúde. Para Junqueira (22, p.1), “uma alternativa de otimizar ações numa gestão é integrar as diversas políticas sociais na solução do problema”. Na mesma direção, Maia & Rocha (20, p.1) afirmam que “o binômio Educação/Saúde sempre foi utilizado como condição fundamental no desenvolvimento de qualquer sociedade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas de saúde que são de natureza diversa - social, educacional, econômica, cultural, dentre outras - exigem ações também de diversas naturezas. A gravidez na adolescência, sendo um problema de saúde pública, requer programas integrados, envolvendo instituições como família, escola, serviços de saúde, conselhos comunitários, dentre outros órgãos que respondem direta ou indiretamente por esta problemática. As parcerias intersetoriais, as redes de interação de pessoas,

instituições, famílias, municípios, surgem como estratégias alternativas que têm potencial de viabilizar ações mais efetivas para a promoção da qualidade de vida da população, principalmente dos grupos mais marginalizados e excluídos do sistema.

A idéia de parceria entre serviços tem uma dimensão conceitual e um sentido instrumental. É tanto uma proposta de ação como um modo de funcionamento do social, um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída, onde os processos rígidos e estereotipados cedem lugar a outros mais criativos, inventivos e emancipatórios (22). Pensar alternativas de prevenção da gravidez na adolescência a partir de ações em parcerias intersetoriais é uma construção social que depende da sensibilização dos diversos atores sociais para um objetivo comum, que melhor se viabiliza através da integração entre serviços, estabelecendo-se relações interpessoais e interinstitucionais que preservam as diferenças e as especificidades de cada componente na construção de uma proposta de intervenção.

Conclui-se que as ações direcionadas à prevenção da gravidez na adolescência na rede básica são praticamente inexistentes, mudando muito pouco ou quase nada os índices de gravidez na adolescência no município. As adolescentes desconhecem as ações oferecidas pelo serviço de saúde, e na escola, onde passam grande parte de sua vida, não recebem orientações que possam contribuir para prevenir a gravidez. Na grande maioria das vezes, são atendidas no momento em que procuram atendimento de pré-natal, quando a gestação, se não foi desejada e planejada, torna-se um problema.

O serviço oferecido está engessado em ações centralizadas, realizando atividades isoladas dentro das unidades de saúde, sem estabelecer relações intersetoriais, especialmente com as escolas, cuja parceria seria fundamental na abordagem da problemática da gravidez na adolescência. Os profissionais da saúde e da educação têm consciência da falta de qualquer ação efetiva para a prevenção do problema, entretanto, não têm senso crítico sobre a lógica do modelo que orienta seus serviços.

A proposta de uma nova modalidade assistencial se faz urgente, para semear novas ações dirigidas a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 1997/1998. Porto Alegre; 1999. Pp.238.
2. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde Estatísticas de

- Nascimento: nascidos vivos 1999/2000. Porto Alegre; 2001. Pp.207.
3. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2001. Porto Alegre; 2002. Pp.208.
 4. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2002. Porto Alegre; 2003. Pp.177.
 5. Ferraz EA, Ferreira IQQ. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Vieira EM, et al. Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998.
 6. Costa M (org.) 100 dúvidas sobre sexo que você gostaria de resolver. 3ª ed. São Paulo: Editora Gente; 1993.
 7. Granã RB (org.) Técnica psicoterápica na adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 8. Cano MAT, Ferriani MGC. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm* 2002;10:408-14.
 9. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo - Rio de Janeiro; 1993. Pp.187-220.
 10. Paim JS. Construção de um modelo de atenção a saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo. Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS, Porto Seguro, Bahia, 11/6/98.
 11. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*, 5ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999b. Pp.489-503.
 12. Raggio A, Giacomini CH. A permanente construção de um modelo de saúde. *Div Saude Debate* 1996;16:9-16.
 13. Elias P. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. *Saúde e Sociedade* 2002; 11.
 14. Organização da atenção à Saúde. “Vamos resgatar o ativismo na saúde esquecido desde a 8ª”. *Radis. Comunicação em Saúde*; 2004.
 15. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994b. Pp. 455-466.
 16. Gaiarsa JA. O ritual da comunhão. São Paulo: Editora Gente; 1995.
 17. Guia de Orientação Sexual: Diretrizes e metodologia da pré-escola ao 2º grau. Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e reprodução e Reprodução Humana. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
 18. Tomás PM, Cosme P. Compreender a sexualidade. São Paulo: Paulinas; 1999.
 19. Zaminsky B. Gravidez precoce. As adolescentes são maior grupo de risco [série online]. Disponível em: <http://www.educaomoral.hpg.ig.com.br/aprende/aprende8.htm>. Acessado em 16 de julho de 2004.
 20. Maia D, Rocha S. Saúde na escola [série online]. Disponível em: <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2002/seq/teimp/htm>. Acessado em 21 de junho de 2004.
 21. Schraiber LB. Epidemiologia em Serviços: Uma tecnologia de que tipo? In: MS. FNS.CENEPI. Informe Epidemiológico do SU 1993;2:5-32.
 22. Junqueira L. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. Anais do IX Colóquio Internacional sobre o Poder local, Salvador, junho 2003.
 23. Teixeira CF, Paim JS, Vilas Boas AL. SUS: Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998;7(2).
 24. Ribeiro ACL, Uhling RFS. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. *Div Saude Debate* 2003;26:30-6.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DE CAXIAS DO SUL (RS)

STRATEGIC PLANNING AND INFANT MORTALITY REDUCTION: THE EXPERIENCE OF CAXIAS DO SUL, SOUTHERN BRAZIL

Rosane de Castro Vebber¹, Paulo Eduardo Mayorga Borges²

RESUMO

A mortalidade infantil, indicador que reflete a qualidade de vida da população, vem sofrendo poucas variações no município de Caxias do Sul nos últimos anos. Apesar da ampliação dos recursos com a construção de unidades básicas, contratação de profissionais de saúde, de serviços especializados e complementares, incremento de leitos hospitalares em unidades pediátricas, gineco-obstétricas e de terapia intensiva, além de investimentos crescentes na assistência farmacêutica, o coeficiente se mantém flutuante. Em 2003, apresentou aumento, sofrendo variação de 2,4/1.000, partindo de 13,06/1.000 NV, no ano anterior, para 15,46/1.000 NV. Mais de 70% dos óbitos decorreram de causas consideradas evitáveis. Este trabalho apresenta uma proposta para o enfrentamento dos problemas relacionados aos óbitos precoces e pretende intervir nos fatores de risco e nas causas evitáveis, visando o controle e a redução da mortalidade infantil. Foram adotadas as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus. No estudo dos fatores determinantes e conseqüentes da mortalidade infantil no município, foram identificados os nós críticos. A seguir, foi elaborado plano de ações para cada nó crítico, definidas as operações a serem desenvolvidas, os recursos necessários, bem como responsabilidades, apoio e prazos para sua concretização. O plano foi formatado para cada área de atuação, quer sejam a assistência pré-natal, a atenção ao parto, o acompanhamento da criança e a assistência ao adolescente. O trabalho foi concluído com a análise das motivações dos atores sociais envolvidos, na busca de viabilizar as ações planejadas e possibilitar a execução do plano.

Unitermos: Planejamento estratégico, planejamento em saúde, administração e planejamento em saúde, mortalidade infantil.

ABSTRACT

Infant mortality, an indicator of the population quality of life, has not changed very much in the city of Caxias do Sul in the last years. In spite of the increased availability of resources: health centers, health care services, pediatric and obstetric hospital beds, neonatal intensive care units and pharmaceutical assistance; neonatal mortality remains relatively stable. In 2003, neonatal mortality increased from 13.06/1,000 in 2002 to 15.46/1,000. More than 70% of deaths were considered to be from avoidable causes. This work proposes a plan to neonatal mortality by risk factors management and intervention control of avoidable causes of deaths. The "Strategic Situation Planning" methodology, proposed by Matus, was used to identify the determinants and consequences of infant mortality; and to identify the critical related nodes in the health service process. Based in this analysis an action plan was developed for each critical node including: key

¹ Médica pediatra, especialista em saúde da família e gestão de sistemas e serviços de saúde, coordenadora do Núcleo de Ações em Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria de Saúde da Caxias do Sul, RS.

² Farmacêutico, mestre e doutor em ciências farmacêuticas, diretor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência: Paulo Eduardo Mayorga Borges, Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, UFRGS, Av. Ipiranga, 2752, 90610-000, Porto Alegre, RS. E-mail: mayorga@farmacia.ufrgs.br.

services, resources requirements, responsibilities, support and an implementation schedule. Each part of the plan: prenatal assistance, perinatal services and delivery, child and adolescent health services was developed principally by the sector responsible for those services. The article concludes with an analysis stake-holders motivation to implement and operationalize the plan.

Key words: Strategic planning, health management, administration and planning in health, infant mortality.

INTRODUÇÃO

A definição de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como completo bem-estar físico, mental e social abandona o paradigma limitado da ausência de doença. Apesar do conceito ampliado de saúde e de uma formulação positiva, a avaliação das condições de saúde de uma população ainda se vale dos parâmetros opostos. O conhecimento do nível de saúde de um povo implica na identificação das doenças que o acometem e dos agravos que o matam.

O grupo materno-infantil apresenta significativa vulnerabilidade, por características próprias, merecendo especial atenção. Para tal, torna-se fundamental, para subsidiar decisões do planejamento e nortear a política de saúde, o estudo pormenorizado das causas e fatores de risco relacionados à mortalidade infantil, transformada, para fins de análise, no coeficiente de mortalidade infantil (1) – um dos mais sensíveis indicadores para avaliar as condições de vida de uma população. Representa o risco que a população de nascidos vivos tem de morrer antes de completar o primeiro ano de vida (2).

A análise das causas de óbito infantil e de seus fatores determinantes demonstra variações de acordo com a faixa etária no primeiro ano de vida. Por este motivo, a mortalidade infantil é dividida de acordo com a idade em dois componentes: mortalidade neonatal e mortalidade pós-neonatal (3).

A mortalidade neonatal é influenciada principalmente pelas condições da gestação e do parto, portanto, a assistência pré e perinatal têm fundamental importância no controle dos óbitos nos primeiros 27 dias de vida. Destacam-se como principais causas de óbitos nesta faixa etária as afecções perinatais e as anomalias congênicas (4). No período pós-neonatal, observam-se como principais causas de óbitos as doenças diarréicas, respiratórias e infecto-contagiosas. Dessa forma, à medida que as condições de vida da população se alteram positivamente, observa-se redução do componente pós-neonatal na mortalidade infantil, já que o mesmo é substancialmente vulnerável aos fatores ambientais (4-8).

O Brasil convive com contrastes marcantes. Grandes diferenças no perfil de saúde das diversas regiões

acompanham as desigualdades socioeconômicas. Ao mesmo tempo, numa região, ou mesmo em microrregiões, desigualdades também se verificam e geram diferenças na qualidade de vida, conseqüentemente nas condições de saúde, refletindo-se, dessa forma, nos indicadores de saúde (9).

Apesar da constatação de elevadas taxas de mortalidade infantil nas regiões subdesenvolvidas, observa-se que sua redução independe em alguns momentos de significativas alterações socioeconômicas. Isto demonstra que ações que interferem nos fatores ambientais, bem como na ampliação do acesso aos cuidados de saúde, são capazes, por si só, de influenciar positivamente, sem que mudanças macroestruturais sejam sentidas.

Não obstante a grande variabilidade observada nos níveis de mortalidade infantil entre as diversas regiões do Brasil, é evidente a tendência ao declínio, sendo que o gestor estadual tem como meta um coeficiente inferior a 10/mil nascidos vivos em 2006. Salienta-se que, entre 1980 e 2002, houve uma inversão na proporção dos componentes da mortalidade infantil no estado: número de óbitos neonatais passou de 46,5, em 1980, para 61,6% do total de óbitos em menores de 1 ano em 2002.

Ações com vistas à ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde vêm sendo desenvolvidas no município de Caxias do Sul, intensificadas particularmente a partir de 1998. Apesar dos esforços em qualificar a assistência à gestante e à criança, não se observou proporcional redução no coeficiente de mortalidade infantil, que vem se mantendo flutuante.

MODELO TECNOASSISTENCIAL ADOTADO EM CAXIAS DO SUL

Em Caxias do Sul, com a gestão plena do sistema de saúde a partir de 1998, iniciou-se um processo de reestruturação das bases gerenciais e funcionais do município. A definição e demarcação dos territórios de saúde e identificação dos recursos de saúde existentes em cada área territorial apontaram para a necessidade de criação e/ou ampliação dos recursos disponíveis (10).

Investiu-se, então, na qualificação das instalações físicas, com reforma, ampliação e construção de unidades básicas de padrão diferenciado, e na contratação de profissionais de saúde e áreas afins. Esse processo se fez acompanhar da implementação e formalização de convênios com hospitais e serviços de terapia e diagnose, e do investimento na implantação de um centro regional de hemoterapia e de serviço próprio de apoio diagnóstico e na implementação de pronto-atendimento 24 horas e de centro especializado de saúde (11).

O município adotou projeto político-assistencial originário do modelo "Em Defesa da Vida", proposto por profissionais de saúde vinculados ao Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA). Este modelo amplia a concepção de unidade básica, propondo ações de vigilância à saúde através da identificação e controle de risco (ações programáticas) e incorporando a necessidade da atenção imediata, garantida a partir do vínculo e acolhimento (11).

Dentre as estratégias implementadas com vistas a consolidar o modelo e efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, consideraram-se fundamentais: a elaboração do Protocolo das Ações Básicas de Saúde - Uma Proposta em Defesa da Vida e o Processo de Capacitação Gerencial (11).

A concepção do protocolo teve como eixo norteador os ciclos vitais, definindo as necessidades e particularidades de cada etapa da vida. Este recurso não se limita à busca da padronização de condutas; referindo-se à concepção da integralidade das ações e da interdisciplinaridade, propõe uma reorientação do processo de trabalho, com valorização do trabalho em equipe e da vigilância da saúde orientada pela epidemiologia (11,12). Prevê ações na garantia da equidade na assistência, através de projetos terapêuticos individualizados, especialmente nas situações de risco.

Na busca da ampliação do acesso e qualificação dos serviços, tendo identificado o crescimento da doença respiratória como causa de óbito infantil entre 1996 e 1998, o município implantou ambulatório pediátrico especializado em doenças respiratórias. Em 1998, a reestruturação do ambulatório contou com a incorporação de um pneumologista pediatra e definição clara dos critérios de encaminhamento e acompanhamento.

Em 1998, foi criado o ambulatório de DST/AIDS, que, desde então, entre suas ações, mantém equipe multidisciplinar na assistência pré-natal às gestantes HIV positivo e no acompanhamento aos seus filhos, disponibilizando suporte nutricional e medicamentoso. Neste mesmo ano, também foi implantado um ambulatório para atendimento dos recém-nascidos de alto risco, assistidos nas unidades de terapia intensiva e que necessitam de acompanhamento periódico e contínuo por equipe multidisciplinar.

Em 1999, o município implantou o Programa "Acolhe o Bebê", com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil. Este programa prevê a captação precoce e vinculação da gestante ao pré-natal e o acompanhamento do recém-nascido pela rede básica de saúde. Entre suas ações, estão previstas: o agendamento da puérpera e do recém-nascido para a primeira consulta na unidade onde foi realizado o pré-natal (10); gineco-obstetra e pediatra em 36 das 38 unidades básicas de saúde (UBS) do município; garantia da consulta a partir de agendamento antes da alta hospitalar, por profissional de saúde capacitado para fornecer orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido; acompanhamento do bebê pela UBS, com a primeira consulta entre 7 e 10 dias de vida ou, se necessário, imediatamente após a alta hospitalar.

O programa baseia-se na identificação do risco perinatal e na adoção de estratégias de controle e redução de danos desde a concepção, através do monitoramento das gestantes e das crianças recém-nascidas em todos os níveis de atenção. Vale-se de intervenções com foco primordial na prevenção e visa subsidiar a organização dos serviços básicos e hospitalares (10). O vínculo se dá com a UBS, e o acompanhamento da criança prossegue segundo padrões estabelecidos pelo protocolo, ou conforme projeto terapêutico individualizado e implementado por equipe multidisciplinar.

O município aderiu ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, e através dos indicadores do SISPRENATAL, sistema de informações que gerencia o referido programa, observa-se que houve um incremento da ordem de 9,4 pontos percentuais, entre 2002 e 2003, no que se refere à captação precoce para o pré-natal nas UBS.

O SUS municipal presta assistência ao parto em 55 a 60% das gestantes. Portanto, existe parcela significativa que não procura os serviços públicos ou o faz de forma irregular, dificultando a adoção e concretização de rotinas instituídas e incorporadas pela rede básica. Essa constatação assumiu especial importância quando a análise dos componentes da mortalidade infantil no município apontou a mortalidade neonatal como o que mais tem contribuído para o aumento da mortalidade infantil.

Em 2003, visando expandir os métodos de planejamento familiar, o município credenciou instituição hospitalar para desenvolver programa de esterilização cirúrgica e instituiu fluxo que prevê vínculo e encaminhamento através das UBS. O programa oferece aos usuários do sistema laqueadura tubária e vasectomia. A referência ao ambulatório de esterilização cirúrgica impõe participação dos interessados em atividades educativas junto à UBS, o que se mostra como fator de incentivo ao desenvolvimento dessas ações em nível local.

A Secretaria Municipal de Saúde, motivada pelo aumento da mortalidade infantil em 2003, implantou, em abril de 2004, a Comissão de Prevenção e Controle da Mortalidade Infantil. Constituída por técnicos da Vigilância em Saúde, do Sistema de Informação da Mortalidade e da Coordenadoria de Ações em Saúde (médicos, enfermeiros e assistente social), objetiva, a partir da análise e investigação dos óbitos em menores de 1 ano, propor ações para o enfrentamento da mortalidade infantil.

A PROPOSTA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

Apesar da busca constante de subsídios ao planejamento e efetivação de ações para redução da morbimortalidade, o coeficiente de mortalidade infantil vem resistindo à redução no município de Caxias do Sul. Nesse contexto, tornou-se fundamental o uso de ferramentas que potencializassem as ações implementadas de promoção da saúde e prevenção dos agravos ao binômio mãe-bebê e que propusessem novas ações com vistas a ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

Surge como ferramenta o PES, que, ao reconhecer a existência de vários planos, formulados por diferentes atores sociais, serve de potente instrumento de gestão para o enfrentamento das incertezas no campo da saúde.

O PES se vale da identificação do problema e procura sua explicação a partir de diferentes olhares, processo denominado de análise situacional (13,14). Essas diferentes visões são carregadas de subjetividade, já que ator social não se apresenta como mero espectador; seu interesse no jogo impregna sua explicação da realidade. Outros aspectos importantes do PES estão na análise das oportunidades e ameaças e na construção da viabilidade política de um plano.

Segundo Matus, o processamento dos problemas proposto pelo PES se realiza em quatro momentos: (1) explicação do problema; (2) elaboração de planos para atacar as causas do problema através de operações; (3) análise da viabilidade política do plano e a construção de sua viabilidade; (4) execução do plano através das operações desenhadas (13-16).

A explicação do problema e seus determinantes, que se faz no primeiro momento da elaboração do PES, é denominada de momento explicativo. Consiste na descrição do problema e na identificação das causas e conseqüências diretas e indiretas (14-16). Dentre as causas, há que se identificar os "nós críticos", as causas que têm maior peso no problema, que, se enfrentadas e

resolvidas ou amenizadas, terão grande influência na solução do problema em questão.

Nesse momento, também se procede à descrição do problema, que consiste na enumeração dos fatos que comprovam a sua existência. Pode-se verificar a eficácia do plano ao longo de sua execução, através da análise de seu efeito sobre os descritores do problema.

No segundo momento do PES, o momento normativo, desenham-se as operações a serem executadas. É a hora da definição do conteúdo propositivo do plano. Deve-se elaborar planos concretos para enfrentamento de cada nó crítico, definindo as operações e os recursos necessários, bem como os produtos e resultados esperados (16).

Nesse momento, tornam-se prioritárias a construção dos possíveis cenários onde o plano será executado e a análise da trajetória das operações propostas em cada cenário, com vistas a diminuir a vulnerabilidade do plano.

O PES se configura em dois outros momentos: momento estratégico e momento tático-operacional. O momento estratégico tem como função avaliar e preparar a viabilidade do plano. É hora da análise de cenários e reconhecimento dos diversos atores sociais envolvidos e suas motivações diferenciadas, que terão influência positiva ou negativa sobre a execução das operações desenhadas. Nesse momento, identificam-se ameaças e oportunidades, o que pode favorecer a realização do plano com máxima eficácia (16).

O momento tático-operacional é o de pôr em prática o plano. Nesse momento, é fundamental propor debate sobre o sistema de gestão da organização, seus recursos de poder e interesses na execução das estratégias definidas. Deve-se criar ferramentas gerenciais de avaliação e formular mecanismos de participação democrática na condução do plano (16).

É o momento de monitorar e apreciar a resolutividade do plano através de indicadores de avaliação de impacto sobre os descritores do problema. A avaliação, ao longo do processo de execução do plano, cria condições de redirecionamento de ações e redefinição de estratégias a partir das alterações verificáveis na realidade.

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DO PES

No processo de planejamento de ações para redução da mortalidade infantil em Caxias do Sul, aplicou-se a ferramenta do PES, trabalhando com a equipe multidisciplinar do Núcleo de Investigação dos Óbitos Infantis, constituído por pediatras, ginecologista obstetra, enfermeiras e auxiliar de enfermagem.

O resultado final foi apresentado como monografia de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, convênio OPAS/MS/Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este artigo expõe uma versão resumida do que foi construído durante as fases do processo.

O trabalho se desenvolveu em quatro momentos. No primeiro momento, a equipe do planejamento estratégico se reuniu, procurando, inicialmente, sistematizar os conhecimentos sobre a mortalidade infantil no município. Partiu das causas identificadas como imediatas e buscou os fatores de risco associados, visando chegar às causas básicas do problema.

Os encontros, na busca das explicações da mortalidade infantil no município, tiveram como resultado a elaboração de sua árvore de problemas em Caxias do Sul.

Esquematizada, a árvore de problemas forneceu, de forma ilustrativa, subsídios para identificação dos pontos onde se faziam necessárias intervenções. Embora os conhecimentos acumulados viessem apontando para alguns deles, a árvore possibilitou a identificação das relações existentes entre as causas, do raio de ação de cada uma delas e das possíveis repercussões que o seu controle poderia determinar.

Foram identificadas três áreas de intervenção: a assistência pré-natal, a assistência ao parto e a assistência pós-natal. A atuação nas duas primeiras visa o controle da mortalidade infantil no seu componente neonatal, em especial.

No que se refere à assistência pré-natal, observa-se a inexistência de padronização no acompanhamento da gestação de risco, considerando que a gestante acompanhada na UBS é atendida por equipe multidisciplinar, e que o calendário mínimo de consultas, definido no Protocolo de Ações Básicas, prevê mensalmente consulta médica com ginecologista até 32 semanas completas de gestação (12). A seguir, consultas quinzenais e, a partir da 36ª semana, consultas semanais, além de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos garantido em toda a rede básica. Acredita-se que, definidos os critérios, as UBS detêm os recursos necessários ao acompanhamento da gestação de risco. Caberia apenas o encaminhamento da gestação de alto risco e das gestantes HIV positivo aos serviços de referência.

Outra questão a se considerar é que a gestante, ao ser encaminhada, perde o vínculo com a equipe que a referenciou. Desta forma, fica difícil certificar-se de que a mesma esteja realmente tendo o acompanhamento adequado, já que a continuidade do atendimento nos serviços de referência depende da procura da usuária.

O monitoramento do pré-natal desenvolvido na rede básica é realizado rotineiramente em nível central através do SISPRENATAL, e a equipe que gerencia o sistema, semanalmente, envia as pendências às UBS. As pendências quali-quantitativas demonstram que o monitoramento do pré-natal em nível local ainda é incipiente e difere significativamente nas diversas unidades e territórios.

Sabe-se que a gestação, período de vulnerabilidade maior à saúde da mulher e do conceito, é acompanhada, em alguns casos, de risco ampliado. Observa-se que as situações que motivam maior atenção das equipes de saúde se referem àquelas onde são identificados riscos de natureza biológica, e que os riscos sociais não são igualmente valorizados.

Outro dado que se identifica em relação à assistência pré-natal é que a desenvolvida pela rede privada não sofre o monitoramento do setor público, apesar da sua influência nos indicadores de saúde do município.

Na investigação de eventos, tais como óbitos em menores de 1 ano, especialmente no período neonatal, e casos de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência adquirida, observa-se que o seguimento de um protocolo pelos profissionais da rede privada, no acompanhamento do pré-natal, é insuficiente.

A rede básica se orienta através do Protocolo das Ações Básicas de Saúde, em consonância ao protocolo do Ministério da Saúde, embora as informações acessadas através do SISPRENATAL demonstrem, em algumas circunstâncias, deficiência na sua utilização, especialmente no que se refere aos exames laboratoriais de rotina e aos momentos específicos para sua solicitação, bem como à agenda mínima de consultas no pré-natal e puerpério.

Observa-se que as ações preventivas que apresentam atuação significativa, tanto na assistência pré-natal como no acompanhamento da criança (assistência pós-natal), e cujo carro-chefe é a educação em saúde, mostram-se extremamente dependentes do perfil da equipe local. O investimento em ações de educação em saúde se dá, outrossim, de forma descontinuada.

Na área da assistência ao parto, verifica-se que o monitoramento do trabalho de parto se faz de forma inadequada. Os hospitais conveniados ao SUS possuem como documento obrigatório no prontuário o "partograma", instrumento desenvolvido especificamente para o monitoramento do trabalho de parto, mas o mesmo não se verifica nos hospitais da rede privada. Dessa forma, a identificação de alterações na evolução do parto e a definição, quando necessária, do momento adequado para intervenção ficam comprometidas (17).

No acompanhamento da criança através das consultas de puericultura, é possível identificar desvios da

normalidade no crescimento e desenvolvimento (18-21). O primeiro ano de vida, período onde o crescimento se processa de forma acelerada e onde distúrbios no desenvolvimento poderão ter grandes repercussões futuras, exige atenção diferenciada das equipes de saúde; porém, há que se identificar quais os fatores que devem exigir olhares mais intensivos.

Ações preventivas, tais como vacinações, incentivo ao aleitamento materno, higiene alimentar e acidentes na infância, devem ser desenvolvidas nas visitas programadas, definidas pelo calendário mínimo de consultas, bem como nas eventuais consultas motivadas por intercorrências na criança (12,21).

Também em relação ao acompanhamento da criança, observa-se que o enfoque de risco não é utilizado rotineiramente, o que por vezes impede que os recursos sejam empregados de forma equânime.

Em Caxias do Sul, o desmame precoce confirma-se como fator de risco à morbimortalidade infantil. Este é um tema, portanto, que merece investimento substancial, sob pena de que as ações, amplamente desenvolvidas na área da atenção à saúde, não venham a gerar o impacto desejado na redução da mortalidade infantil, no seu componente pós-neonatal.

A investigação dos óbitos no município demonstra que a gravidez indesejada é fator de risco tanto para os óbitos neonatais quanto para aqueles ocorridos a partir do 28º dia de vida. Este fator mostra-se determinante na motivação da mulher à procura de assistência pré-natal, bem como sua adesão ao acompanhamento oferecido nos serviços de saúde. Dessa forma, apresenta significância na redução do óbito neonatal, especialmente nos que ocorrem nos primeiros dias de vida, que têm relação com a qualidade da assistência pré-natal e da atenção ao parto.

O município, a partir de outubro de 2003, passou a oferecer aos usuários do sistema de saúde tanto os métodos anticoncepcionais reversíveis quanto os irreversíveis. Homens e mulheres podem se submeter à esterilização cirúrgica desde então. Verifica-se, porém, que o acesso a métodos anticoncepcionais não se expandiu na mesma medida em todas as faixas etárias.

As jovens, cuja iniciação sexual vem ocorrendo cada vez mais precocemente, são vítimas freqüentes da gravidez indesejada. Também apresentam risco maior de complicações na gestação e, como agravante, nessa situação, mantêm-se afastadas dos serviços de saúde. Engrossam, portanto, a lista das mulheres que não fazem o pré-natal, ou o fazem de maneira irregular, procurando a assistência tardiamente.

Verifica-se também que a gravidez na adolescência contribui significativamente para o abandono esco-

lar da jovem e, conseqüentemente, irá repercutir no cuidado com sua prole futuramente. Sabe-se que a baixa escolaridade da mãe é fator de risco para o óbito no primeiro ano de vida (22).

O consumo da droga e do álcool interfere na vida de uma criança desde a concepção. Quando a gestante é consumidora, a morfogênese pode sofrer desvios, e o feto pode apresentar malformações, que podem determinar abortamento espontâneo e até mesmo, no caso da gestação seguir seu curso, tornar a vida fora do útero inviável. Além disso, é mais freqüente a ocorrência, no recém-nascido, de distúrbios metabólicos e infecções de transmissão vertical, o que aumenta a morbidade no período neonatal.

Se as repercussões da droga e do álcool não se fazem sentir na vida intra-uterina ou nos primeiros dias de vida, o mesmo não acontece durante os meses seguintes. Os filhos de famílias cujos pais são consumidores destas substâncias estão sujeitos, por cuidados insuficientes e indevidos, a adoecimento mais freqüente e maior risco de óbito.

Verifica-se que muitos dos fatores determinantes da mortalidade infantil necessitam, para sua reversão, de ações intersetoriais; porém, a intersetorialidade ainda se faz de forma desarticulada no município.

De posse da análise situacional da mortalidade infantil no município, identificados os pontos-chave através da árvore de problemas, a equipe do PES se reuniu para elaborar plano de ação para o enfrentamento de cada nó crítico, constituindo o segundo momento.

Foram definidas as operações a serem executadas. A partir dessa definição, as operações foram tornadas factíveis através de um roteiro de ações. E, para cada ação, foram enumerados os recursos necessários, os resultados esperados, além dos indicadores para a avaliação de desempenho.

A previsão de cenários se mostrou desnecessária, já que o panorama, quer em nível municipal, quer em nível estadual, vem, nos últimos 5 anos, confirmando a tendência observada de poucas variações anuais no comportamento da mortalidade infantil, apesar de investimentos crescentes na assistência.

As áreas consideradas críticas através da análise situacional e que exigem intervenção foram a assistência pré-natal, a assistência ao parto e a assistência pós-natal.

Além dessas áreas críticas, outro ponto-chave foi identificado. O mesmo apresenta interface com o acompanhamento da gestação e do puerpério e deve permear a vida fértil da mulher, bem como o período reprodutivo mais extenso do homem. Trata-se do planejamento familiar, tema que deve ser abordado e desmitificado na gravidez e no puerpério. O planejamento familiar é tema

que transcende a atenção à saúde, e como tal deve ser tratado. A constatação de que a vida sexual do jovem tem iniciado cada vez mais precocemente reclama a intersectorialidade como estratégia de enfrentamento. Há que se firmar parcerias para que a informação e os recursos possam chegar ao jovem, incentivando hábitos e comportamentos saudáveis.

A garantia da captação precoce da gestante impõe ações que visem tanto a identificação quanto a busca das gestantes faltosas e deve se valer dos recursos da área, tais como agentes comunitários de saúde, escolas, associações de bairro, associações religiosas, entre outros.

É fundamental que o período perinatal seja monitorado adequadamente. No que se refere ao trabalho de parto, especificamente, o partograma é peça-chave no acompanhamento, na identificação de intercorrências durante a evolução e na definição do momento no qual se faz necessária a intervenção. E, como tal, sua utilização deve ser incentivada nas maternidades do município, sejam elas conveniadas ou não ao SUS.

O atendimento ao recém-nascido representa área de grande importância na qualificação da assistência ao parto. Os pediatras e as equipes de enfermagem que assistem o recém-nascido em sala de parto devem estar devidamente treinados em reanimação neonatal. O investimento em capacitação nessa área tem repercussão positiva, por prevenir seqüelas e proporcionar a utilização dos recursos das unidades de terapia intensiva no atendimento a recém-nascidos com melhores prognósticos.

A assistência hospitalar durante o período perinatal é determinante na saúde da criança. O Projeto Nascer - Maternidade, implantado no Hospital Geral de Caxias do Sul, deve ser expandido a todas as maternidades do SUS. Caberia ao município, então, criar condições para que todas as parturientes e seus recém-natos tenham acesso às medidas profiláticas previstas no projeto. E promover o acompanhamento dessas crianças, bem como das que estejam contaminadas pelo HIV, por equipe de saúde comprometida e capacitada.

É nesse sentido que se propõe discussão de calendário diferenciado no acompanhamento das crianças filhas de mães HIV positivo e articulação entre o ambulatório de DST/AIDS, que vem acompanhando integralmente essas crianças no primeiro semestre de vida, e as UBS.

A incorporação da estratégia de saúde da família pelo município determinou a contratação, em 2004, de médicos gerais comunitários, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para trabalharem junto à rede básica de saúde, no programa Pra Vida Caxias. Esses profissionais devem passar por processo de capacitação permanente e se integrar aos profissionais que atuam nas UBS.

No que se refere à atenção da criança, devem estar aptos na identificação de situações de gravidade e no manejo dos casos. Para tal, adotar-se-á, nas capacitações das equipes do Pra Vida Caxias, a metodologia Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

O incentivo ao aleitamento materno é outra ação que necessita de investimento permanente. Considera-se necessária a criação de Unidades Amigas da Criança, UBS que têm na promoção do aleitamento materno um de seus principais objetivos no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida.

Na assistência pós-natal, deve-se levar em conta a necessidade do desenvolvimento de ações específicas para o adolescente. E no que se refere à redução da mortalidade infantil, deve-se atuar com medidas preventivas da gravidez na adolescência, das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis e a AIDS, e do uso de álcool e drogas.

A constatação de que os adolescentes têm baixa frequência aos serviços de saúde e que apresentam tendência à identificação e apoio no seu grupo social motivou a estratégia de implementação da parceria serviço de saúde/escola e do investimento em formação de jovens multiplicadores.

O momento estratégico do PES teve como ponto de partida a identificação dos atores sociais envolvidos e de suas reais motivações. Iniciou-se em consonância à elaboração do plano de ação, já que a identificação dos recursos necessários e das responsabilidades na efetivação de cada ação contribuiu para esclarecer as intenções de alguns dos atores sociais envolvidos no processo.

No campo da saúde, em Caxias do Sul, e com envolvimento em pelo menos uma das ações propostas, foram identificados os seguintes atores: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Nossa Senhora de Pompéia, hospitais privados, profissionais de saúde das UBS e dos serviços especializados próprios e contatados, profissionais de saúde que atuam nos hospitais e estudantes da rede municipal de ensino (fundamental e médio).

Reconhecidos os atores, utilizou-se uma matriz de motivações no estudo dos interesses de cada um deles. Foram analisadas, separadamente, as motivações dos diversos atores para cada operação definida no plano de ação. Não foi identificado, entre os atores, nenhum opositor, apesar do grau de motivação diverso entre eles.

A mortalidade infantil mobiliza os interesses públicos. Observa-se, através da matriz de motivações, o valor significativo conferido por todas as instâncias de

governo ao problema. Isto se reflete nas políticas públicas que vêm priorizando a atenção à saúde da mulher e da criança.

Em relação à atenção ao adolescente, em especial ao incentivo de políticas educacionais que estimulem efetivamente a inclusão de temas de saúde de forma transversal no currículo, verificam-se, no município, iniciativas ainda restritas, embora perceba-se nas esferas educacionais, em todos os níveis, um alto valor conferido à questão.

A Secretaria Municipal de Educação tem grande poder e abrangência nas questões do adolescente, devendo ser, portanto, sensibilizada a participar da captação de gestantes. Sabe-se que a escola é espaço social freqüentado por grande parte dos jovens, e que lá se refletem problemas não apenas da esfera educacional. É possível que uma gravidez seja de conhecimento da escola antes mesmo da família ter ciência do fato. Além disso, atividades desenvolvidas na escola podem influenciar comportamentos; portanto, a Secretaria Municipal de Educação é ator fundamental para que ações propostas na atenção ao adolescente se efetivem e tenham continuidade.

Há necessidade de dobrar esforços no sentido de resgatar as contra-referências dos serviços especializados que prestam atendimento às gestantes de risco. Cabe ao gestor municipal solicitar dessas instituições as informações necessárias e criar fluxo de rotina para o fornecimento dos dados referentes ao acompanhamento pré-natal nestes serviços. Só assim poderá ter noção mais exata da assistência pré-natal desenvolvida na rede pública.

Os profissionais que atuam na rede básica de saúde mostram-se sensíveis à necessidade do acompanhamento diferenciado nas situações de risco que envolvem a criança, a gestante, a puérpera e a família; porém, a dificuldade de manejo dessas questões diminui o valor por eles conferido ao trabalho nessa linha. Acredita-se que investimentos em capacitação e discussões na elaboração de critérios de risco locais possam vir a contribuir no sentido de fornecer os instrumentos necessários à atuação da equipe de saúde, qualificando a assistência.

O momento da execução e monitoramento das ações, momento tático-operacional, iniciou-se ainda durante a elaboração do plano. Foram implementadas ações nas áreas do acompanhamento da criança. Priorizou-se a capacitação, já que a incorporação à rede de novos profissionais para atuarem no Pra Vida Caxias demandou investimento nesta área. Foram concluídos treinamentos para os agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Os encontros procuraram fornecer instrumentos para identificação do

risco biológico na criança. Avançou-se também com os profissionais que atuam na rede básica, nas discussões sobre situação de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil é problema multifatorial e, como tal, deve ser enfrentada através de implementação de políticas sociais, de saúde e de educação.

O estudo demonstra, nas várias etapas de desenvolvimento, do momento explicativo ao estratégico, a necessidade de articulação de parcerias intersetoriais para o controle da mortalidade infantil no município.

Ações que promovam o desenvolvimento social e econômico, como programas de geração de renda, de educação para jovens e adultos e de prevenção do uso de álcool e drogas, através de atividades culturais e de esporte e lazer, refletem-se na melhoria da qualidade de vida e têm conseqüências na redução da mortalidade infantil.

O modelo de atenção adotado pelo município considera a UBS como centro do sistema e preconiza o vínculo permanente do usuário a esse serviço. Há que se resgatar a proposta de responsabilização das equipes locais, que não transferem sua responsabilidade ao lançarem mão dos recursos necessários ao cuidado.

A estrutura dos serviços de saúde dispõe de recursos para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do SUS municipal. Deve-se, porém, investir em mudanças na sua organização e no processo de trabalho, para que os recursos disponíveis possam ser empregados de forma eqüânime e ter a efetividade alcançada.

É importante lembrar que a atenção à saúde não é exclusividade do poder público, mas cabe a ele desenvolver políticas que venham garantir à população acesso a cuidados de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, a Comissão Municipal de Controle e Prevenção da Mortalidade Infantil pretende tornar público estudo desenvolvido no primeiro semestre de 2004, conclamando os atores sociais que possam fazer a diferença. E, através de esforços conjuntos entre poder público, iniciativa privada, profissionais de saúde e população, trabalhar no sentido da prevenção dos óbitos precoces.

O momento é de se implementar o plano e pôr em prática as ações nele propostas. O monitoramento contínuo é ferramenta fundamental para o redimensionamento e a reprogramação das operações, mantendo a dinâmica do planejamento estratégico. O plano não está pronto; ele se faz e se refaz continuamente.

Pretendeu-se, com este trabalho, além de propor ações de controle dos óbitos infantis, consolidar nova ótica de enfrentamento dos problemas que afligem a comunidade, através da utilização de metodologia participativa.

REFERÊNCIAS

1. Novaes HMD, Almeida MF, Ortiz LP. Redução da mortalidade infantil. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS; 2002.
2. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA, ed. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 33-55.
3. Pinheiro RS, Escsteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, ed. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 361-9.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
5. Rosen G. Uma história da saúde pública. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp, Hucitec/Abrasco; 1994. [Tradução de MFS Moreira et al.]
6. Nery MES, Vanzin AS. Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
7. Almeida VL. Saúde e cidadania: a experiência de Icapuí, CE. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
8. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, et al. Infecções respiratórias em crianças. Washington, DC: OPAS; 1998.
9. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Teixeira MGLC, Mendes CMC. A mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saude Publica. 2003;699:706-37.
10. Caxias do Sul, Secretaria Municipal de Saúde. Projeto acolhe o bebê. Caxias do Sul: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
11. Claus SM, Capra MLP. Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica. In: Ferla AA, Fagundes SMS. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa; 2002. Pp. 67-85.
12. Caxias do Sul, Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde; Capra MLP, org. Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul: Solar Editoração e Design; 2000.
13. Matus C. Como não se pode planejar. In: Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1996. Vol. II. Pp.35-53.
14. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993. Vol. II.
15. Huerta F. A primeira pergunta: “como explicar a realidade?”. In: Huerta F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP; 1996.
16. Huerta F. A terceira pergunta: “como tornar viável a realidade?”. In: Huerta F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP; 1996.
17. De Toni J. O planejamento estratégico e situacional. In: Brose, Markus, orgs. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2001.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Temática da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde DF; 2004.
22. Bertelli MIE. Mortalidade infantil em Caxias do Sul nos primeiros anos do novo milênio, 2000 – 2001 [monografia]. Caxias do Sul; 2002.

COBERTURA VACINAL NO RIO GRANDE DO SUL: NOVOS INSTRUMENTOS DE BUSCA DE INFORMAÇÕES PARA AMPLIAR A AÇÃO GERENCIAL

VACCINATION COVERAGE IN RIO GRANDE DO SUL: NEW INFORMATION SEARCHING TOOLS AND THE WIDENING OF HEALTH MANAGEMENT

Mariana Porto¹, Roger dos Santos Rosa²

RESUMO

A necessidade de informações consistentes, atualizadas e abrangentes para subsidiar a tomada de decisão quanto às populações-alvo e vacinas disponibilizadas pelo Programa de Imunizações brasileiro aponta para a possibilidade de incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório. O objetivo deste estudo é analisar a introdução de outros métodos além do indicador clássico, para contribuir na melhoria da avaliação das coberturas vacinais no estado do Rio Grande do Sul. Realizou-se revisão bibliográfica em livros, artigos de revistas especializadas e publicações oficiais no período de 1994 a 2004, totalizando 2.096 referências. As avaliações realizadas pelo método estatístico permitem a obtenção de dados mais fidedignos, uma vez que os resultados não são influenciados pela invasão ou evasão de demanda, pelo sub-registro de doses aplicadas e pela duplicidade de registro. Entretanto, o método de estimativa rápida, a abordagem geográfica e a utilização de tecnologias de imagens devem ser considerados quando se buscam métodos para avaliação ágil, confiável e válida, questão central na gestão em saúde. Conclui-se que estudos para estimar coberturas vacinais com outras metodologias, além da tradicional, podem garantir rapidez, baixo custo e facilidade de realização, permitindo a identificação de problemas no Programa de Imunizações e a adoção tempestiva de medidas corretivas.

Unitermos: Serviços de saúde, vigilância epidemiológica, vacinação, indicadores de saúde, Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

The necessity of consistent and up to date information to support the decision-making process as to target population and vaccines of the Brazilian Immunization Program highlights the importance of knowing new evaluation methods. The objective of this study is to analyze methods different from the classic one and to contribute to the improvement of the vaccination coverage evaluation in southern Brazil. Books, articles of specialized journals and publications from 1994 to 2004 were reviewed, accounting for a total of 2,096 references. The statistical method allowed to reach more reliable data, as results would not be affected by demand invasion or evasion, sub-registration of applied doses, and register duplication. However, the method of fast estimate, the geographic approach, and the use of imaging technologies must be considered when searching methods for agile, trustworthy and valid evaluation, a core issue in health management. We concluded that studies about vaccine coverage with other methodologies but

¹ Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Programa Estadual de Imunizações, Divisão de Controle de Doenças Transmissíveis Agudas, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

² Doutorando em Epidemiologia, UFRGS. Mestre em Administração, UFRGS. Professor assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS. E-mail: roger.rosa@hcb.gov.br
Correspondência: Mariana Porto, Rua José de Alencar, 1198/501, 90880-480, Porto Alegre, RS. E-mail: mraporto@terra.com.br

the traditional can guarantee agility, low cost and easiness of accomplishment, allowing for the identification of problems in the Immunization Program and timely adoption of corrective measures.

Key words: Health services, epidemiologic surveillance, vaccination, health status indicators, Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO

O Programa de Imunizações, hoje, é voltado a toda a população, não somente para crianças, mas também para adolescentes, jovens, adultos, idosos e segmentos da população identificados como de risco para determinadas doenças imunopreveníveis. A criança ainda é prioridade, mas existem novas propostas, como eliminar a síndrome da rubéola congênita e a ocorrência de tétano neonatal, controlar a hepatite B e a febre amarela silvestre (garantindo a erradicação de sua forma urbana), reduzir os riscos de complicações conseqüentes da *influenza* na população com mais de 60 anos e vacinar os povos indígenas e os indivíduos em situações clínicas especiais, dentre outras.

O conhecimento da cobertura vacinal tem grande importância para a programação das ações de saúde, uma vez que torna possível o acompanhamento do acúmulo de suscetíveis na população e também estimar até que ponto a imunidade de massa representa uma barreira efetiva para a interrupção da cadeia de transmissão de doenças imunopreveníveis.

Classicamente, a cobertura vacinal tem sido expressa pelo percentual da população vacinada em um determinado período. Essa cobertura pode ser calculada por cada vacina, pelo número de doses completadas, por grupo de idade e por áreas geográficas.

No entanto, os dados obtidos através do indicador clássico apresentam distorções relativas à invasão ou evasão da demanda, ao sub-registro de doses aplicadas e à duplicidade de registro. Tais informações são suficientes apenas para que se tenha uma idéia de quantas são as pessoas vacinadas, o que é claramente insuficiente para uma boa prática de gestão em saúde.

Avaliações através de levantamentos de campo permitem a obtenção de dados mais fidedignos, uma vez que seus resultados não são influenciados pelos fatores anteriormente mencionados.

Conforme o documento da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), "Concepção e Estruturação", a disponibilização adequada e oportuna de indicadores sobre as condições de saúde e suas tendências proporciona o aperfeiçoamento da capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas voltadas para a qualidade de saúde e de vida da população (RIPSA, 2004) (1).

A necessidade de informações consistentes, atualizadas e abrangentes, subsidiando a tomada de decisão quanto às novas populações-alvo e vacinas disponibilizadas pelo Programa de Imunizações, aponta para a possibilidade de incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório.

Sabendo-se da necessidade de subsídios para a tomada de decisão adequada quanto às novas populações-alvo e vacinas a serem disponibilizadas, é possível a incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório do gestor estadual?

Este trabalho objetiva analisar a introdução de outros métodos, além do indicador clássico, na avaliação das coberturas vacinais no estado do Rio Grande do Sul. Busca também identificar os métodos existentes na literatura que possam contribuir para melhorar a avaliação das coberturas vacinais e analisar aspectos da incorporação de outros métodos que, aliados ao indicador tradicional, permitam melhorar a definição de estratégias de intervenção.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O levantamento bibliográfico inicial foi realizado através de busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME/OPAS/OMS e Sistema LILACS, e através da busca manual, no período de 1994 a 2004, totalizando 2.096 referências. Também foram efetuadas leituras sobre epidemiologia, avaliação em saúde, definição de prioridades em saúde e saúde e espaço: métodos e técnicas de análise.

Com respeito ao processo decisório, revisaram-se materiais de autores nacionais e internacionais sobre gestão contemporânea, sistemas de informação gerencial e comportamento administrativo, em livros, trabalhos de conclusão de curso e dissertação de mestrado com capítulos sobre o assunto. Todo o material data de 1965 a 2000 e estava disponível na Biblioteca da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Consiste em versão resumida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convê-

nio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e operacionalizado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DE COBERTURA VACINAL

Segundo Vermelho et al. (2), é crescente a necessidade de se desenvolver instrumentos de avaliação da situação de saúde que sejam sensíveis às mudanças de curto prazo, para relacioná-los com mudanças na saúde e qualidade de vida das populações.

Para os mesmos autores (2), a identificação de indicadores com maior ou menor capacidade de discriminação e aplicáveis de maneira universal a todo o grupo populacional é necessária, assim como o esforço permanente de redefinição conceitual e de incorporação de metodologias mais adequadas para captar a dinâmica das mudanças. Vem sendo proposto amplamente, portanto, que aos tradicionais indicadores de saúde sejam incorporados novos que considerem os elementos propostos anteriormente.

Para Dantas et al. (3), sob o aspecto econômico, estudos em todo o mundo demonstram que o baixo custo das vacinas e o pessoal necessário para o desenvolvimento de programas de imunização são altamente compensadores, considerando-se o elevado custo dos atendimentos médico-hospitalares para tratamento, reabilitação, absenteísmo, e, o mais importante, “frente ao

sofrimento e angústia a que está sujeita a população com a doença, incapacidade e morte de custo inestimável”.

A dinâmica das transformações do setor de saúde tem sido considerada também como uma oportunidade de garantir que os programas de imunização promovam a equidade das ações. Por recomendação da OPAS, os indicadores de imunizações devem ser utilizados para monitorar o desempenho dos serviços de saúde.

A análise dos dados deve gerar a informação necessária para demonstrar a situação de proteção das populações, impondo definições que envolvam a discussão e a elaboração de microplanos para a correção de problemas.

A avaliação da cobertura de vacinação por meio do método administrativo é feita através da análise das informações obtidas no sistema de registro dos serviços de saúde. A gestão da informação ganha, assim, um papel importante.

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) é integrado, entre outros, pelo *software* Avaliação do Programa de Imunizações (API), que tem como objetivo permitir o acompanhamento sistemático do quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de possibilitar o controle dos indicadores de cobertura e taxas de abandono. A cobertura vacinal pode ser obtida diretamente através do API, para menores de 1 ano, para crianças com 1 ano de idade no caso da vacina tríplice viral, para gestantes, para mulheres em idade fértil e para a população com 60 anos ou mais no caso da vacina contra a *influenza*.

O cálculo da cobertura vacinal é obtido diretamente a partir do API ou através da seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura vacinal} = \frac{\text{Número de vacinados no grupo etário com determinada vacina}}{\text{Número de pessoas no grupo etário}} \times 100$$

Moraes et al. (4), considerando a cobertura vacinal em menores de 1 ano, porém, com princípios aplicáveis às demais faixas etárias, entendem por esquema completo a aplicação de todas as vacinas preconizadas, cujas doses foram aplicadas nas idades corretas (adequação epidemiológica) e com os intervalos corretos (adequação imunológica).

Para Malta et al. (5), uma das estratégias que os serviços de saúde dispõem para a avaliação dos serviços prestados à população é a possibilidade da utilização do inquérito domiciliar, que, com base populacional, é uma fonte de informação importante para conhecimento da situação de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde pela mesma, fornecendo subsídios ao planeja-

mento local e avaliação destes. Pode ainda ser instrumento disparador de processos de maior aproximação e vinculação entre os serviços de saúde e a população usuária dos mesmos.

Para os dados de produção, os problemas relacionam-se ao numerador e ao denominador, enquanto que, nos inquéritos domiciliares, os dados necessários para o cálculo – numerador e denominador – são ambos provenientes da mesma fonte.

No Rio Grande do Sul, desde o início de 2004, é utilizado como denominador do indicador de cobertura vacinal o número de nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), em resposta ao problema decorrente do uso

de estimativas populacionais. Neste caso, a população-base é composta pelos nascidos vivos que sobrevivem aos primeiros meses de vida, pois a maioria dos esquemas de vacinação inicia-se no segundo mês. Os nascidos vivos nos últimos meses do ano serão vacinados nos primeiros meses do ano seguinte, se os responsáveis procurarem os serviços na época correta para o esquema vacinal. Assim, os menores de 3 meses de idade que se vacinam no início do ano-calendário pertencem, em sua maioria, à coorte de recém-nascidos do ano anterior. Em outras palavras, é fundamental precisar a coorte de nascidos vivos e fazer um trabalho de seguimento.

Permanece como problema do denominador a determinação da parcela da população que utiliza a rede pública para ações de vacinação, sempre que os dados do numerador se refiram às vacinas aplicadas pelos serviços públicos. O comportamento da população que utiliza os serviços públicos de saúde está determinado por múltiplos fatores, dentre os quais estão a disponibilidade e acessibilidade aos mesmos. Dados originados nos próprios serviços de saúde não contemplam, em sua totalidade, as informações de usuários atendidos em clínicas particulares, convênios, etc. A não-utilização dos serviços pelos moradores de determinada área de abrangência da unidade sanitária ou a utilização por usuários que residem em outras áreas geográficas interferem no cálculo da cobertura real, uma vez que os dados não são consolidados por local de origem do usuário. Desta forma, o indicador de cobertura vacinal pode ser subestimado ou superestimado.

Outra alternativa para melhor se avaliar a situação vacinal é, segundo Marchionatti (6), recomendada pela OPAS. Trata-se da utilização de um instrumento de Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV) como forma de supervisão das estratégias de vacinação, para detectar bolsões de faltosos e conhecer os motivos para a não-vacinação. As informações obtidas devem subsidiar o planejamento e as ações locais de vacinação. Sabe-se, entretanto, que poucos municípios fazem uso dessa metodologia na rotina administrativa.

Na atualidade, um dos principais desafios para o PNI diz respeito à busca de uma maior homogeneidade nos municípios. De acordo com Fausto (7), "assim como a política de saúde, o PNI expressa em seus números a discrepância dos índices de acesso aos recursos disponíveis em saúde entre a população e a manutenção das desigualdades próprias do setor". O PNI recomenda que se alcance a homogeneidade de coberturas vacinais em menores de 1 ano, para todas as vacinas do calendário básico, em 70% dos municípios.

Outro problema a ser reparado diz respeito ao sistema de informações que mantém como base de regis-

tro o local de aplicação da vacina, e não o local de residência do usuário.

A manutenção um sistema seguro e confiável de estatísticas de vacinação torna possível uma avaliação segura da situação vacinal da comunidade. Um sistema de informações deve ser sólido e completo e gerar informações confiáveis, que auxiliem as pesquisas em saúde e o planejamento, monitoramento e avaliação de programas.

Pedrazzani et al. (8) ressaltam que uma base de dados organizada e completa sobre a população atendida, a incorporação da informatização e a existência de bancos de dados trazem várias possibilidades de avaliação. Para os mesmos autores, a organização de banco de dados para a consolidação das informações em um registro único, nominal, possibilita o acompanhamento de cada usuário através da condição vacinal, em diferentes unidades de saúde.

Para os mesmos autores, no âmbito da administração e do planejamento em saúde, há que se estimular a organização de banco de dados que permitam o monitoramento da qualidade dos serviços.

Estudo realizado por Oliveira et al. (9), no município de Londrina, estado do Paraná, buscou verificar a real situação vacinal de crianças de 0 a 5 anos de idade na área de abrangência do Posto de Saúde São Lourenço. A metodologia utilizada foi a de amostragem simples ao acaso, um método de se obter uma amostra representativa e aleatória da população de crianças que utiliza o posto. O trabalho concluiu que a maioria das crianças de 0 a 5 anos de idade (89,2%) tem seus esquemas de vacinação completo ou atualizado (no caso dos menores de 6 meses). Para os autores, a principal falha encontra-se no registro dos dados. A partir do momento em que a criança recebe a primeira dose de vacina, ela terá seus dados lançados naquele primeiro posto em que se vacinou. Se acontecer da criança receber a próxima dose em qualquer outro posto, ela constará como faltosa. Este trabalho fortalece a necessidade de comunicação e de informatização em toda a rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Medronho & Werneck (10), "desde as civilizações primitivas até os tempos modernos, mapas têm sido utilizados para retratar dados espaciais". A análise da distribuição espacial dos eventos relacionados à saúde é de interesse para a gestão há muito tempo.

Para Dantas et al. (3), a tendência recente dos processos de reterritorialização contidos nos movimentos de descentralização vem impondo uma demanda técnica e política no sentido de ter uma caracterização cada vez mais exata dos espaços onde devem operar as lógicas e os processos de decisão.

No setor de saúde, especificamente, busca-se com cada vez mais rigor e variedade de ferramentas conferir

precisão e exatidão às avaliações e diferenciais de risco entre áreas geográficas, seja em escala de municípios e regiões, seja em termos de novos territórios – os distritos sanitários – e, dentro deles, as microáreas.

De acordo com Medronho & Perez (11), o conceito de espaço deve incorporar não apenas as características geográficas, naturais e sociais de um lugar, mas também “a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”; assim, a teoria do espaço não se reduz apenas a questões do ambiente físico, mas também a processos sociais. A configuração territorial não é, por si só, um dado “natural”, mas o testemunho de processos históricos passados, que continuam atuando na atualidade. Esses processos atuam diferentemente em momentos históricos distintos, influenciando e sendo influenciados pela ação do homem.

Os trabalhos sobre a relação entre o espaço, a saúde e o planejamento têm adquirido, nos últimos anos, novos estímulos a partir dos estudos sobre mapeamento dos diferenciais sociais e de morbimortalidade.

O espaço é definido em virtude dos processos que o integram e que o constituem: processos sociais, interações, atores. A idéia de territorialidade inclui a interação entre os atores sociais e os usos políticos, econômicos e de gestão em determinado espaço geográfico.

A lógica de organização dos serviços, tendo por base a configuração espacial, atua em pelo menos dois sentidos: o primeiro, como racionalidade técnica, visando um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis – eficiência e eficácia; o segundo, político, vinculado à representação dos interesses em conflito (3).

Para Malta et al. (5), ao se falar em microárea, refere-se à atuação com grupos socialmente definidos e trabalha-se com o conceito de chances de vida, que se refere às probabilidades que as pessoas têm de poder satisfazer suas necessidades e vontades de acordo com a sua localização na sociedade (fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, genéticos, biológicos, ambientais).

As chances de vida diferenciam-se da análise de risco pela abrangência do enfoque trabalhado. Enquanto na análise de risco a determinação se deve a fatores biológicos de cada indivíduo, a análise de chances de vida leva em conta o ambiente ecológico e social de grupos socialmente definidos, o que proporciona uma integração das atividades de saúde, levando em conta a intersetorialidade, diferentemente da análise de risco que se restringe à implementação de programas verticais de saúde.

Malta et al. (5) reforçam o conceito de microárea, onde os moradores de uma região delimitada compartilham de características socioeconômicas e de condições ambientais e de vida semelhantes, tais como renda familiar, nível de instrução, moradia e instalações sanitárias.

Segundo Aronoff (12), a partir da década de 70, com a crescente disponibilidade de dados ambientais e socioeconômicos, associada à necessidade de diversas áreas de planejamento estudarem os recursos disponíveis da Terra, envolvendo mudanças ocorridas no meio ambiente, no decorrer do tempo, “gerou-se a necessidade de combinar dados sobre uma representação cartográfica com a finalidade de realizar análises georreferenciadas, de acordo com critérios estabelecidos pelo usuário”.

O desenvolvimento de um instrumental metodológico específico para a análise espacial é recente. Tal desenvolvimento deve-se ao avanço dos recursos computacionais, em especial das técnicas de geoprocessamento. Este surgiu a partir do desenvolvimento da informática e da conseqüente ligação entre a coleta automática de dados, a análise e a apresentação de informações geográficas relacionadas.

No campo do geoprocessamento, várias propostas de ferramentas só se tornaram possíveis a partir da redução de custos de várias tecnologias, como a cartografia digital, o gerenciamento de banco de dados e o processamento digital de imagens. Dentre essas ferramentas, a que combina todas elas com técnicas de análise e manipulação de dados geográficos é denominada Sistema de Informações Geográficas (SIG).

Pina (13) chama a atenção para a utilização incorreta dos dois termos – geoprocessamento e SIG – como sinônimos. Para a autora, “os SIG podem ser entendidos como a mais completa das técnicas de geoprocessamento, uma vez que podem englobar todas as demais”. É possível afirmar que todos os SIG são técnicas de geoprocessamento, mas nem sempre a recíproca é verdadeira.

As áreas de aplicação do SIG têm uma extraordinária amplitude, por ser um tipo de programa que trabalha com dados espaciais e com grande volume de informações de natureza diversa. Seu uso não é restrito da geografia, envolvendo várias áreas e demandando a organização do trabalho através de equipe multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a discussão coletiva dos problemas e a consecução de objetivos comuns.

As técnicas de geoprocessamento, em especial os SIG, podem ser consideradas um poderoso recurso tecnológico a serviço do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Os avanços e a disponibilidade de tecnologias de microeletrônica e de informação têm priorizado recortes intra-urbanos. No entanto, abordagens como o geoprocessamento e medidas de diferenciais interáreas nem sempre têm sido utilizadas para propostas de intervenção no sistema de saúde.

Com relação à oferta de tecnologias de informação e de imagens para os estudos dos eventos de

morbimortalidade, é importante que se considere como elas vêm sendo incorporadas pelo sistema de saúde. Segundo Dantas et al. (3), são “expressas em acesso desiguais e na falta de recursos humanos capacitados para o manejo das mesmas”. Tais limitações não devem servir de justificativa para o imobilismo, tornando inexecutável a construção de sistemas de informações locais.

A associação da medicina com a geografia é muito antiga. Os mapas foram intensamente utilizados no Império Romano, diminuindo com o declínio deste. No século XVIII, seu uso voltou a se intensificar na Europa, devido à necessidade dos governantes da época de terem um mapeamento sistemático de suas terras. Segundo Medronho & Werneck (10), originam-se desse período os primeiros mapeamentos de doenças. Em 1768, o médico escocês James Lind publicou um livro com o título *An Essay on Diseases Incidental to Europeans in Hot Climates: with the Method of Preventing their Fatal Consequences*. No século XIX, o estudo de John Snow utilizou técnicas de mapeamento para analisar a epidemia de cólera ocorrida em 1854, em Londres.

A abordagem geográfica e a utilização de tecnologias de imagem devem ser consideradas quando se buscam métodos para serem usados como instrumentos de avaliação ágil, confiável e válida, questão central na gestão em saúde.

Os dados sobre saúde e doença têm dimensão espacial, e a distribuição geográfica deve ser uma das primeiras características a ser avaliada. Por outro lado, as séries estatísticas completarão a visão espacial, dando aos fatos a dimensão temporal.

No Rio Grande do Sul, é comum encontrar, em uma dada região, grupos sociais distintos (favelas e áreas nobres), o que torna cada indicador em estudo uma média entre grupos populacionais diferentes. Para Carvalho & Cruz (14), diferenciar grupos populacionais segundo os agravos à saúde que sofrem, os riscos potenciais e o acesso aos equipamentos e serviços é uma das principais questões da prevenção em saúde, apontando para a necessidade de desenvolver um tipo de análise que aumente o poder de discriminação e possibilite um tratamento integrador dos vários conjuntos de dados que exprimem diferentes aspectos da vida urbana. Ou seja, as unidades de coleta e de análise da informação devem apresentar a resolução adequada ao fenômeno que se pretende estudar.

A importância da microlocalização para a vigilância em saúde é evidente. No planejamento e na administração em saúde, localizar a origem e o destino dos usuários, segundo a residência, a patologia ou demanda, indica alternativas para a assistência.

Evidencia-se, desta forma, que o indicador clássico de cobertura isoladamente é insuficiente para uma

avaliação adequada, sobretudo considerando a existência de novas metodologias.

INCORPORANDO NOVOS MÉTODOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL

Uma análise da situação de saúde que possa servir de base ao planejamento de ações e serviços inclui as características da população, o modelo de gestão, o financiamento, o modelo de atenção e os recursos existentes.

Corroborando com a consolidação do processo de descentralização do SUS, ao se transferir a execução de ações para o nível local, deve-se também estimular o desenvolvimento e divulgação de experiências inovadoras, a utilização de novas metodologias científicas e a análise mais freqüente dos dados epidemiológicos produzidos nos serviços.

A importância do uso dos estudos de avaliação de programas e políticas permite que a tomada de decisão acerca dos programas seja dotada de maior racionalidade técnica e gerencial (15).

É possível determinar três grandes grupos de avaliação: pesquisa de avaliação, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal é a produção de conhecimento. Tal conhecimento serve de base para a decisão quando se colocam questões de viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa. Dizem respeito, basicamente, à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas.

Na avaliação para decisão, o objetivo principal é que ela se constitua em um elemento capaz de participar de processos de tomada de decisão. A prioridade é dada ao reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para sua compreensão, identificação dos problemas e alternativas de solução possíveis.

A avaliação para gestão tem como objetivo preponderante a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. A informação produzida é voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposta de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

O desejo de maior racionalidade técnica e gerencial através destes três grandes grupos de avaliação, contudo, pode provocar efeitos indesejados. Para Kliksberg

(16), “ao buscar racionalidade de curto prazo em contextos instáveis e turbulentos, os gerentes tendem a inibir-se de inovar”. Para este autor, a inovação é essencial para uma organização sobreviver. Para inovar, é preciso flexibilidade, descentralização e participação.

Para Monks (17), os indivíduos não precisam ser gerentes natos para fazerem um bom trabalho. Adquirir conhecimentos e domínios de técnicas pode ressaltar a capacidade de uma pessoa de tomar decisões boas e lógicas; entretanto, não se deve esquecer que o pensamento demasiadamente técnico pode ser um prejuízo para a função gerencial.

Segundo Motta (18), a arte de pensar e julgar que caracteriza a gerência exige maior amplitude e lateralidade de pensamento. Por isso, é recomendado aos dirigentes que adquiram mais conhecimentos ou mesmo formação avançada para estimular a sua mente e curiosidade, na busca de novos horizontes e perspectivas sobre a realidade em que estão inseridos.

Conforme Luciano (17), tomam-se decisões em todos os níveis da organização, “sendo as decisões tomadas em níveis estratégicos as de maior complexidade e risco”. Bretas Pereira (17) salienta que a tradicional figura do gerente estratégico, própria da alta direção, não existe mais. Atualmente, todos os gerentes são estratégicos e tomam decisões transformadoras.

Para Motta (18), gerência é o exercício de uma atividade que exige mais de uma pessoa para exercê-la; precisa de um objetivo comum; requer uma ação calculada ou uma racionalidade de meios para se alcançar os fins; necessita de cooperação e coordenação entre indivíduos, para que um não atue em detrimento ou oposição ao outro.

Considerando-se a informação como um instrumento para a gestão do SUS, faz-se necessária sua utilização e a criação de novas possibilidades de análise dos problemas existentes. Entretanto, Bretas Pereira (17) afirma que o excesso de informações pode confundir e atrasar o processo de mudança. Na mesma linha, Jarroson (17) cita que discernir entre o que é realmente importante e o que são detalhes insignificantes é um desafio.

De acordo com Elster (17), “há um risco em agir cedo demais, com informação de menos, e um risco de protelar até que seja tarde demais”. Simon (17) ainda acrescenta: “o ótimo é inimigo do bom”.

No mundo atual, complexo, ambíguo e de mudanças extremamente rápidas, os dirigentes não podem desprezar as análises racionais proporcionadas pelo planejamento estratégico e pelo uso de técnicas administrativas. Ao mesmo tempo, não podem se sujeitar inteiramente às suas previsões racionais, mas revê-las e complementá-las com julgamento estratégico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na rotina dos serviços de saúde, os dados de cobertura vacinal são estimados a partir de dados de produção e estão sujeitos a uma série de imprecisões relacionadas ao registro correto das doses de vacinas aplicadas e das idades das crianças vacinadas.

Muitas vezes, os registros rotineiros não são suficientes para explicar os fenômenos que vêm ocorrendo ou não permitem uma tomada de decisão de forma segura. Para solucionar estas situações, ao menos de forma parcial, informações adicionais são obtidas, aplicando-se outros métodos, como, por exemplo, os inquéritos epidemiológicos. Os inquéritos de cobertura vacinal são extremamente importantes para monitorar o Programa de Imunizações, detectando áreas de alto risco pelas baixas coberturas e problemas de gestão.

A utilização do instrumento de MRV é recomendada pela OPAS como forma de supervisão das estratégias de vacinação, detectando bolsões de faltosos e conhecendo as razões para a não-vacinação. Municípios que não alcançam ou superam os indicadores de cobertura deveriam ser alvos de monitoramento, para que fique demonstrada a tendência da situação vacinal da população-alvo.

A elaboração de modelos para análise rotineira de cobertura vacinal, considerando outros denominadores, como doses aplicadas de BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) e primeira dose de DPT (difteria, pertussis ou coqueluche e tétano), poderia auxiliar na garantia do sucesso da implementação do Programa de Imunizações.

A análise espacial dos eventos de saúde também pode ser um importante instrumento na gestão. Entretanto, só mais recentemente foi desenvolvido um instrumental metodológico específico para este fim. Tal desenvolvimento deve-se ao avanço dos recursos computacionais, em especial das técnicas de geoprocessamento, que permitem a rápida atualização de mapas. A incorporação de métodos estatísticos para a análise de dados espaciais tornou o geoprocessamento uma importante ferramenta para o estudo do espaço na produção e disseminação de doenças.

Os SIG oportunizam facilidades na execução de atividades como planejamento, análise, gerenciamento e monitoramento, especialmente quanto à manipulação de dados gráficos e não-gráficos. Destaca-se que o SIG não é um sistema de produção de cartografia, pois supera em muito a manipulação de mapas digitais, permite a análise espacial e é um importante instrumento de apoio à tomada de decisões.

Além disto, o potencial de uso de um SIG em saúde se caracteriza pela multidisciplinaridade, cujo processo de integração intersectorial e/ou interinstitucional em saúde é, infelizmente, ainda incipiente em nosso país.

Apesar das limitações das decisões exclusivamente racionais, a ampliação da capacidade técnico-operacional dos municípios, com o objetivo de fortalecer o processo de decisão/ação e de desenvolvimento das atividades de rotina, aliada à ampliação da capacidade de análise da situação de saúde, é fundamental para o aprimoramento da gestão em saúde.

A transferência das ações para o nível local não se limita a aspectos técnicos e operacionais, mas também a um real compromisso e responsabilização com as condições de saúde da população da região em que se opera. Assim, os profissionais que atuam nesse cenário têm o desafio de procurar desenvolver estratégias para soluções de problemas, tendo como referência a realidade local. Isso possibilita que os profissionais sintam-se parte operante de todo o processo, responsáveis pelas ações executadas, e não só executores de tarefas pré-determinadas.

A evolução do meio social, econômico e político provoca alterações nas organizações de trabalho. Formas anteriormente rígidas e precisas são substituídas por formas ambíguas e flexíveis. Tais alterações tornam mais complexa a gerência e exigem que gerentes de nível intermediário e local tenham o mesmo tipo de conhecimento, antes destinado apenas a dirigentes de níveis hierárquicos mais elevados.

O treinamento e a educação continuada em serviço são essenciais para um elevado padrão de qualidade. A reciclagem dos profissionais da sala de vacinas, acompanhada da supervisão, auxilia no combate ao sub-registro ou à duplicidade de dados.

A estratégia do MRV e os inquéritos de cobertura vacinal devem ser realizados com maior frequência; os funcionários das salas de vacinação precisam ser treinados para que preencham de maneira satisfatória os dados de vacinação; e é necessário também intensificar a divulgação do calendário de vacinação aos profissionais de saúde e à comunidade e facilitar o acesso da população aos serviços.

Fundamentada na idéia de que o estado de saúde é heterogêneo, a organização e atuação dos serviços locais também não deveriam ser uniformes. Assim, cada local deve ser estimulado a analisar suas possibilidades de utilização de metodologias de apoio à análise de situação de saúde.

REFERÊNCIAS

1. RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Concepção e estruturação. Relatório da 3ª Oficina Interagencial. Disponível em: <http://URL://www.datasus.gov.br/rtnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>.
2. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 33-34.
3. Dantas MBP et al. Espaço e planejamento em saúde: algumas reflexões. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 93-104.
4. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saude*. 2003;12:147-53.
5. Malta RF, Mishima SM, de Almeida MCP, Pereira MJB. Atualização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em micro-áreas: analisando a situação vacinal de menores de um ano. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002;10:28-33.
6. Marchionatti CRE. Monitoramento rápido de vacinação em municípios da 12ª CRS. *Boletim Epidemiológico* 2003;5(1).
7. Fausto MCR. A política de imunizações no Brasil: avanços e dilema na descentralização. In: Negri B, Vianna ALA. *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio*. Brasília: Sobravime; 2002. Pp. 113-134.
8. Pedrazzani ES et al. Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2002;10:831-6.
9. Oliveira RA. Diagnóstico da situação vacinal das crianças de 0 a 5 anos de idade, São Lourenço - Londrina/PR. *Semina* 1994; 15(ed. especial):55-57.
10. Medronho RA, Wernerck GL. Técnicas de Análise Espacial em Saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 427-446.
11. Medronho RA, Perez MA. Distribuição das doenças no espaço e no tempo: técnicas de análise espacial em saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 59.
12. Strauch JCM, Souza JM. Uma metodologia para implantação de sistemas de informações geográficas. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 109-122.
13. Pina MFRP. Potencialidades dos sistemas de informações geográficas na área da saúde. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 125-132.
14. Carvalho MS, Cruz OG. Análise espacial por microáreas: métodos e experiências. In: Araujo A, editor. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1998. Pp. 79-88.

15. NEPP – UNICAMP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas). Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários - Relatório Final. Campinas; 1999. Pp. 10-51.
16. Junqueira LAP, Inojosa RM. Em busca de uma lógica da eficácia: gestão dos serviços públicos. Revista de Administração Pública 1992;26:20-31.
17. Luciano EM. Mapeamento das variáveis essenciais ao processo decisório nas empresas gaúchas do setor industrial alimentar [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
18. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1997.

LUTA ANTIMANICOMIAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ALEGRETE (RS)

THE FIGHT AGAINST MENTAL HOSPITALS AND THE MENTAL HEALTH POLICY IN ALEGRETE, SOUTHERN BRAZIL

Maria do Horto Salbego¹, Maria Ceci Misoczky²

RESUMO

Esse artigo faz um breve relato sobre a história da saúde mental coletiva em Alegrete, relacionando-a com o movimento da Luta Antimanicomial, e sobre como essa luta se expressou e contribuiu para a criação de uma política de saúde mental, inserida na Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, passa-se rapidamente pela reestruturação da saúde no município, sua relação com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica. Logo a seguir, entra-se no período da implantação do serviço de saúde mental em Alegrete, situando a disputa entre o modelo manicomial e a orientação da Reforma Psiquiátrica. Depois, aborda a inovação, como estratégia de acumulação, fazendo referência ao controle social e ao novo desenho da Política de Saúde Mental em Alegrete.

Unitermos: Reforma do setor de saúde, saúde mental, psiquiatria.

ABSTRACT

This article outlines the history of the collective mental health in the town of Alegrete, southern Brazil, associating it with the fight against mental hospitals and how it contributed to the creation of a policy for mental health management. The authors briefly report on how health care services were restructured in the town, and the relation with the sanitary and psychiatric reforms. The period of implantation of the mental health service in Alegrete, when there was a dispute between the model of mental hospital and the orientation of the psychiatric reform, is also described. Finally, innovation is approached as an accumulation strategy, and the social control and the new design of the mental health policy in Alegrete are presented.

Key words: Health sector reform, mental health, psychiatry.

¹ Especialista em Saúde Mental Coletiva e em Serviços e Sistemas de Saúde. Assistente Social, Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete, RS.

² Médica sanitarista. Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Doutora em Administração. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e do Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência: Maria do Horto Salbego, Rua General Vitorino, 678/403, 97542-311, Alegrete, RS. Fone: (55) 422-3968. E-mail: mhorto@ibest.com.br

INTRODUÇÃO

A necessidade de transformação no campo da saúde mental surge no Brasil na década de 70, mas é nos anos 80, articulada ao processo da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência de Saúde Mental, que ela passa a ser representada pelo movimento da Luta Antimanicomial e traz para os profissionais da saúde uma

reflexão sobre o tratamento psíquico e a forma de se ver a loucura.

Os hospitais psiquiátricos integravam um espaço, legitimamente constituído, para o exercício da exclusão social. Em contraposição a uma prática de segregação e separação do cidadão portador de sofrimento psíquico do convívio na comunidade, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial apresentaram como eixo de sua

ação a desinstitucionalização, tendo como base a inclusão social e o resgate da cidadania. A proposta da Reforma Psiquiátrica consiste, assim, em superar o modelo hospitalocêntrico, materializado na forma de atenção centrada nas grandes instituições que separam a pessoa do convívio social, negando o direito à cidadania. Neste sentido, a mudança na qualidade de vida e o compromisso com uma prática emancipatória passam a ser a razão e o fundamento da saúde mental.

Entendendo o município como o lugar potente para a transformação da prática da exclusão, o Rio Grande do Sul foi o primeiro ente federado nacional a estabelecer uma legislação afinada com a proposta de Reforma Psiquiátrica.

O município de Alegrete se inseriu no processo de luta da Reforma Psiquiátrica ao final da década de 80, após intensa discussão com os coordenadores da Política de Saúde Mental do estado do Rio Grande do Sul. Em 1989, iniciou uma primeira organização de suas ações em saúde mental. A partir desse momento, com intensa militância na Luta Antimanicomial, através do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, fortaleceu o compromisso com a mudança da realidade da exclusão e com a luta por uma sociedade sem manicômios.

Este artigo narra como se instituiu a Política de Saúde Mental em Alegrete, como ela foi gerando acumulação e mudando o comportamento dos profissionais de saúde e da comunidade. Consiste em versão resumida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde e operacionalizado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

ALEGRETE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

O movimento da Reforma Sanitária foi um marco para a reestruturação da saúde em nosso país. Viveu-se, no território nacional, uma disputa que, em Alegrete, também teve seu desenho e sua impressão. Até esse período, a exemplo de muitos municípios brasileiros, Alegrete apresentava como meio para prover atenção à saúde a compra de serviços, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os segurados da Previdência, ou o atendimento médico no centro de saúde para a população sem vínculo empregatício. Na luta pela democratização da atenção à saúde, algumas organizações do setor sindical, do movimento comunitário e dos trabalhadores em saúde

denunciavam a precariedade existente e reivindicavam uma nova estrutura de atendimento. Estes atores, junto ao legislativo municipal de Alegrete, terminaram por organizar a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

Em meio a esse processo, em 1987, foi criada a então Secretaria Municipal de Saúde, Meio Ambiente e Ação Social. Logo em seguida, ocorreu a assinatura do convênio de descentralização, já no âmbito do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), entre Prefeitura Municipal, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Esse período foi marcado pelo início da estruturação da rede de atenção municipal, sendo implantados vários postos de saúde e descentralizado o atendimento. Também nascia um esboço das ações interdisciplinares, que, em 1989, com a realização do primeiro concurso público municipal na área de saúde, se fortalece. A mobilização resultou, em 1992, na “municipalização da saúde” em Alegrete: primeiro município da fronteira oeste e um dos primeiros do Rio Grande do Sul a organizar uma rede própria de atenção à saúde. E, desta forma, a história da Reforma Sanitária em Alegrete está em muito vinculada à da saúde mental.

A ORIENTAÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

O processo de abertura e democratização que o país viveu na década de 80, marcada pelo movimento das Diretas Já (1985), pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988, fez-se presente também em Alegrete. E nessa caminhada emergiram novos atores sociais, surgindo, em julho de 1989, o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete (SAISMENTAL), naquela época um ambulatório de atenção para doentes mentais. Para tanto, foram realizados uma investigação dos recursos existentes no município e um planejamento das ações necessárias no campo da saúde mental.

A intenção de adotar uma prática diferenciada da conhecida até então, centrada na exclusão da pessoa do convívio familiar e social, estava presente ao menos em parte da equipe. Uma das primeiras atitudes empreendidas foi a busca de auxílio externo, participando de um encontro organizado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental e pela Coordenação Estadual da Política de Atenção à Saúde Mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

Desde o início das ações de saúde mental, apareceram os princípios da descentralização, formação, participação e integralidade como parte do fazer em saúde mental. Os primeiros planos municipais de saúde men-

tal já traziam suas propostas estruturadas a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (1).

Um aspecto fundamental, neste momento, é a capacitação dos profissionais da rede municipal de atenção, um dos marcos estratégicos na implementação da Política de Saúde Mental do município. Em 1990, integrantes da equipe participaram de vários momentos importantes: o IV Curso de Administração em Saúde Mental Coletiva, o IV Encontro Estadual de Saúde Mental (Porto Alegre) e o II Seminário Internacional de Saúde Mental Coletiva (Santa Maria). Em 1991, uma psicóloga fez o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e, no triênio 1992-1994, alguns integrantes da equipe realizaram o Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva na Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé).

Em 1996, conseqüente a propostas nascidas do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, é aprovado o projeto de lei municipal que regulamenta a Política de Saúde Mental, Lei nº 2662/96 (2), e realizado um curso de Administração em Políticas Sociais e Municipalização, financiado pela Prefeitura Municipal de Alegrete, com 10 vagas, e direcionado aos trabalhadores da saúde, da educação e membros do Conselho Municipal de Saúde. Fabricio & Salbego (3) referem-se a esse período como o de “lutar pelo direito à existência, momento de sair da clausura enquanto técnico e usuário, de constituir-se cidadão, de ser reconhecido pelos outros, de lutar por um lugar na comunidade”; de ter direito a ter idéia, rosto e corpo, do adocimento não significar a exclusão, concretizada na forma de atenção hospitalocêntrica (4). Fagundes & Oliveira (5) referem a importância da participação da sociedade no processo de transformação da atenção em saúde mental, apresentando o município como o lugar potente para essa transformação.

Nesse momento, o desafio foi utilizar estratégias que contribuíssem no processo de acumulação, para tornar a inovação na forma de atenção uma nova “regra básica” (6) e, assim, instituir um serviço onde o foco da atenção à saúde fosse o sujeito.

O contexto é do início dos anos 90. As diferentes concepções de abordagem no campo da saúde mental tornaram-se evidentes: uma, centrada no hospital psiquiátrico e no modelo médico hegemônico; a outra, no sujeito, onde o cuidado exige também estar inserido em seu local de vida. A orientação adotada seguiu a proposta contida na Reforma Psiquiátrica. Essa disputa vem a público no debate realizado na I Conferência Municipal de Saúde Mental (1991), onde circulou como proposta transformar um antigo hospital regional de tuberculose em hospital psiquiátrico, proposta essa derrubada na plenária. A estratégia utilizada foi mostrar que, em muitas situações, as pessoas com sofrimento psíquico já eram cuida-

das em Alegrete, além do que a internação em manicômio gerava precarização na qualidade de vida.

VESTINDO A CAMISETA: CONSTRUINDO O TERRITÓRIO

Quando foi criado o Ambulatório de Saúde Mental (1989), o primeiro lugar a abrigá-lo era sede de três grandes referências para a saúde na fronteira oeste: o Centro de Saúde de Alegrete, a 10ª Delegacia Regional de Saúde e o Hospital Alexandre Lisboa. Ocupou o local da 10ª Delegacia Regional de Saúde, que se mudou para o antigo centro de saúde, local instituído para atendimento da população considerada indigente. O estado não mais se ocuparia da atenção à saúde, pois essa prerrogativa estava passando a ser atribuição do município.

A recepção naquele local se deu com uma aposta, de um dos médicos do antigo centro de saúde, de que a existência da saúde mental não passaria de 6 meses. Na verdade, ficou-se pouco tempo naquele local, mas a territorialidade foi construída a partir daquela inserção.

Como tentativa de qualificar o trabalho, em 1991, buscou-se uma atuação conjunta ao Centro de Bem Estar do Menor (CEBEM) Agrícola (local que atendia crianças de 7 a 14 anos), transferindo para lá a praxiterapia, almejando formar um centro de convivência. Essa experiência durou cerca de 1 mês, pois havia dificuldade de acesso, o local era distante, sem transporte para os usuários. Retornou-se ao centro de saúde, sendo iniciado um trabalho descentralizado nas unidades de saúde da periferia e na zona rural. O foco do trabalho era a promoção da saúde. O projeto incluía reuniões com a comunidade para realização de feiras de produtos, cursos, debate de assuntos ligados à saúde, etc.

Em 1992, com a municipalização da saúde já efetivada, o Serviço de Saúde Mental passou a funcionar no prédio do INAMPS, hoje sede da Secretaria Municipal da Saúde. Nesse período, a oficina de criação começou a ganhar fôlego: trabalhava-se com oficina do corpo, de artesanato e de familiares desmistificando a doença mental, abordando as internações psiquiátricas e a necessidade de transformar essa prática.

Mais duas alterações de local ocorreram: para o bairro Joaquim Milano, em 1993, e para o antigo Hospital Alexandre Lisboa, em 1998.

A INOVAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ACUMULAÇÃO

Seguindo a orientação da proposta de Reforma Psiquiátrica, as ações empreendidas visavam superar o

modelo hospitalocêntrico – “mudando a ênfase, da atenção em grandes instituições carcerárias, para uma atenção mais aberta e flexível na comunidade” (7) – e construir um novo projeto para saúde mental, com um enfoque desinstitucionalizante da doença e do sujeito, reorientando o modelo assistencial.

Novas formas de atenção foram sendo construídas a partir da inserção na Luta Antimanicomial. Para melhor ilustrar esse momento, faz-se necessário recorrer a Matus (8) e seu conceito de situação e de contexto situacional do ator, e, assim, entender como foi se instituindo a prática em saúde mental.

“A situação fala por si mesma e completa a linguagem formal, conferindo-lhe um significado livre de equívocos. O contexto situacional completa o texto da linguagem nas conversações, do mesmo modo como o contexto situacional completa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação vital. O significado não existe fora da situação” (8).

Nesta época, a equipe de saúde vivenciou um período de intensa construção/desconstrução/reconstrução de suas vidas. A saúde mental não representava apenas um serviço, uma forma de cuidar de quem estava sofrendo psicologicamente. Neste momento, ela transparecia um modo de ver a vida, de viver a vida. A equipe tinha adquirido clareza sobre o projeto que se propunha construir, e a comunidade já tinha certa cumplicidade e participava das ações, dos debates, das festas. As assembleias decidiam questões comuns ao serviço e à comunidade em seu entorno.

A conjuntura era de participação, de debates e questionamentos. A construção, responsabilidade de todos. Essa era a estratégia: articular conhecimentos, acumular poder, exercer o controle social.

Esse era o ritmo da equipe, dos familiares, dos usuários e dos amigos da saúde mental. A mudança para uma comunidade de bairro marca a existência dos atores que participavam desse processo, proporcionando um outro tom à prática. O tom deixou de ser solitário e tornou-se coletivo, frente à necessidade de consenso, a ser construído de forma coletiva. O que era uma ameaça transformou-se em potencialidade. Assim, o medo que inicialmente a comunidade teve em receber o Serviço de Saúde Mental tornou-se afeto, companheirismo, cumplicidade – características da forma de inserção no bairro Joaquim Milano (“COHAB Restinga”). Esse espaço proporcionou uma trajetória de mão dupla: o grupo (trabalhadores, usuários, familiares e comunidade) se constituía enquanto sujeitos, atores sociais, e construía um serviço de atenção integral.

Esse cotidiano de intimidade com as pessoas e com o local possibilitou que fosse recriada a práxis; tornou-se central na busca de soluções para a vida das pessoas,

na articulação entre os diversos movimentos que privilegiavam a construção da cidadania, na transformação da prática da exclusão. A territorialidade foi sendo construída desde o local, articulada à luta antimanicomial, tendo a desinstitucionalização como eixo estruturante da ação, da reorganização do modelo assistencial.

Então, para falar de um novo modelo de atenção em saúde mental, inserido na Reforma Psiquiátrica e condizente com as necessidades locais, foi fundamental reconhecer o município como espaço onde nos tornamos sujeitos, atores sociais: “o município é território da ação de sujeitos sociais implicados com a produção (...) o processo de produção de bens materiais e imateriais é processo de produção de espaços, de lugares” (9).

Misoczky coloca que não é possível entender qualquer território sem “compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e política” (10).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental adotou o conceito de territorialidade como forma de “dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço de não abandoná-los à própria sorte” (11).

Nessa conjuntura, e entendendo o local e as relações estabelecidas como centrais ao processo, foi se instituindo uma nova forma de cuidado, desmistificando a loucura, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Confrontando o “manicômio mental” (12), foi-se desconstruindo práticas e conceitos, construindo outros. Essa questão dos conceitos foi, e é, imperativa para uma prática em saúde mental que vise a inclusão social. A forma como é nomeado o fazer e os conceitos que o sustentam são fundamentais para a superação do modelo manicomial (13). Afinal, “saúde mental é colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para que se funda num projeto político de transformação para a melhoria da vida de nosso povo” (14).

Para Fagundes, este conceito sustenta a multiplicidade de diálogos, dá suporte a processos criativos e tem vigor para propulsar políticas públicas (14).

É interessante ver como a criatividade foi a semente das novas formas de cuidado, gerando práticas antimanicomiais que produziram novos conhecimentos. Foi assim, inventando um pouco, estudando muito, compartilhando o pensamento, o conhecimento, a ignorância, que se construiu junto à comunidade alegretense a saúde mental coletiva. Para isso, o cotidiano foi trans-

formado, desde o “âmbito íntimo/individual até o sociocomunitário” (14). Viveram-se muitos conflitos, fizeram-se grandes investimentos, passou-se por muita capacitação. Criou-se um novo fazer, mas também se construíram novos conceitos, conceitos que ressignificaram os sujeitos dessa história. Buscou-se um conhecimento que fosse emancipatório, que produzisse novas tecnologias.

Um conceito de saúde mental coletiva, proposto por Fagundes, tem norteado esse processo, tanto no local como na região: “Um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida” (14).

A proposta de atenção tornou-se cada vez mais complexa, e os trabalhadores se capacitaram em saúde mental coletiva para ter condições de enfrentar o cotidiano do trabalho, que certamente exigia mais que a habilidade para o atendimento do usuário. Os usuários e familiares também fizeram essa caminhada na busca de conhecimentos que lhes acenassem com a possibilidade de apropriação de seus direitos, fundamentalmente o direito à linguagem, a romper com o silêncio, silêncio que significava violência, que expropriava o direito à cidadania.

Contudo, viver esses espaços foi um desafio. E foi desafiando, confrontando as dificuldades que o dia-a-dia apresentava, superando limites para construir uma nova técnica, que nasceu outra forma de cuidado. O pensar e o fazer coletivo geraram coesão e propiciaram sustentabilidade às decisões.

Neste período, dentro das formas de atenção, contava-se com consultas individuais e em grupo, domiciliares ou em área hospitalar, grupos de convivência e de criatividade (específico para crianças), assessorias a creches e escolas, oficina de criação, oficina do corpo e da voz. Também se realizava internação psiquiátrica no hospital geral.

O acompanhamento hospitalar construiu-se numa rede de cuidados entre equipe, amigos, familiares e comunidade. Foi pactuado com o gestor municipal que nenhum encaminhamento para internação psiquiátrica pelo SUS sairia do município sem que o familiar passasse por uma entrevista com um dos trabalhadores especializados em saúde mental coletiva. A imagem desse momento ficou retratada num período onde não houve encaminhamento para tratamento psiquiátrico fora do domicílio pelo SUS.

Muitas vezes, para dar conta da complexidade que foi adquirindo a situação, houve mudanças na rotina do serviço. Em alguns momentos, houve transgressão das

normas, sendo necessário suportar medos e incertezas. Segundo Motta “é preciso compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e nos esquemas; portanto, normas são insuficientes e limitadas para direcionar as organizações. Torna-se necessário desenvolver maior relatividade na análise dos problemas organizacionais, e também ter maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para se compreender a realidade além da ótica de uma profissão ou unidade organizacional” (15).

A necessidade desencadeada por uma determinada dificuldade conduzia à criação de uma maneira de dar conta da situação. Todos os grandes avanços foram conquistados dessa forma. Com o enfrentamento das precariedades, foram obtidas acumulações determinantes para a Política de Saúde Mental em Alegrete, como o atendimento ininterrupto em dois turnos, a internação psiquiátrica no hospital geral, os plantões de final de semana e feriados e o trabalho em rede através da assistência social, concretizando uma ação intersetorial.

O plantão começou a funcionar sem a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e só se tornou realidade porque, além do rodízio entre os trabalhadores, os familiares e o movimento social participavam efetivamente, contribuindo na confecção dos alimentos, na limpeza do prédio e nas atividades da oficina. Com o passar do tempo, os setores com os quais o serviço se relacionava também aumentaram, e os plantões passaram a contar sempre com a presença de grupos de jovens da comunidade, com capoeira, pagode, teatro. Em contrapartida, a comunidade do bairro usava o salão da oficina de criação para a realização de festas de confraternização, aniversários, etc.

Para a equipe, foi um momento que permitiu experimentar o não-conhecido, enfrentar os pré-conceitos, superar o sentimento de impotência, defrontar-se com paradigmas assumidos como verdade, pensar na prática, colocar mentes em movimento e, fundamentalmente, acreditar nas potencialidades e adquirir novas habilidades.

O PROCESSO DE ACUMULAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Ao mesmo tempo em que as formas de cuidados e técnicas se transformavam, o movimento social se fortalecia. Em meados de 1992, foi criado o núcleo de Alegrete do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM/Alegrete), que se articulou com diversos setores da sociedade, dando maior abrangência ao debate. Em 1994, esse núcleo organizou a participação da comunidade no II

Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Belo Horizonte, MG). Esse encontro foi estratégico para a consolidação da Luta Antimanicomial no município. A partir desse marco, é crescente o movimento social em torno da saúde mental.

Em 1995, surge como idéia, nas assembléias do FGSM/Alegrete, a formação de uma cooperativa da saúde mental – Qorpo Santo Cooperativa –, concretizada em 1998. Durante esses 3 anos, a cooperativa teve uma agenda de intensa participação: um grupo de mais ou menos 20 pessoas trabalhava para a confecção dos estatutos e, ao mesmo tempo, participava de eventos do campo da saúde mental no município, região, estado, outros estados e também em países da América Latina (Argentina, Paraguai e Uruguai). Além disso, eram realizadas oficinas de geração de renda, com lucro dividido entre os sócios que trabalhavam, ou com o objetivo de custear alguma participação nos encontros da Luta Antimanicomial.

Um dos momentos importantes da Qorpo Santo Cooperativa foi quando assumiu a confecção de 2.000 pastas para o III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Porto Alegre. Estava em processo de formação, a estrutura era mínima, mas a capacidade de utilizar fatos do cotidiano e participar dos jogos que a conjuntura possibilitava era potente. Naquele momento, entrou em cena um importante ator, José Ferrari. Esse ator cede temporariamente uma casa para abrigar a cooperativa e, no processo de participação, começa a montar um livro com “causos gauchescos”, que vinha escrevendo no decorrer de sua vida. Foi lançado através da Qorpo Santo, inclusive com parte dos direitos autorais para a mesma. Sua obra integra cinco livros, todos falando e contando “causos” da vida no pampa gaúcho. Este cidadão alegretense foi um dos amigos que acreditou e contribuiu para que fosse possível a saúde mental ter uma outra história no município.

No ano de 1996, através de todo esse movimento, uma psicóloga concorre a uma vaga na Câmara Municipal de Vereadores, sendo eleita como uma das mais votadas do município, fato esse que, ao mesmo tempo em que fortalece o campo da saúde mental entre a cidadania, também aumenta a disputa pelo poder, e os interesses em jogo se multiplicam. Em 1998, foi criada a Associação de Familiares e Usuários da Saúde Mental como forma de fortalecer o campo da saúde mental.

O processo político na saúde mental abriu espaços de participação e exercício do controle social. Em 1999, houve participação de integrantes da Luta Antimanicomial em plenárias realizadas pela Câmara Municipal de Vereadores para debate da Lei de Diretrizes Orçamentárias do município. Havia a participação de usuários e familiares em arenas decisivas para a saúde

de pública – com cadeira no Conselho Municipal e Regional de Saúde, no Conselho Municipal de Assistência Social e na Comissão Nacional de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Com isso, aumenta a capacidade de produção, de gerar eventos que se acumulam e estruturam, qualificando o processo da saúde mental. Matus coloca que “as fenoestruturas humanas, como habilidades e capacidades acumuladas, potenciam-se ou ponderam-se pelo que esses mesmos jogadores fenoestruturam em posses, no âmbito econômico e político” (8).

O PROCESSO DE ACUMULAÇÃO E O NOVO DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ALEGRETE

Em meados dos anos 90, a saúde mental em Alegrete adquire “acumulação” suficiente para tornar-se uma inovação. Foi quando a população começou a compartilhar do cotidiano, contribuindo com o fazer, criando uma nova atitude em relação ao sofrimento psíquico.

Para Andrade, “o novo que é pretendido para o setor público trilha seus caminhos pelo processo da descentralização, pela concessão de autonomia e responsabilidade para os governos locais no desenvolvimento de políticas públicas. Mas também pela participação de diversos atores sociais na renovação e legitimação das ações públicas” (16).

É importante dizer que a inovação só chegou porque não havia outra forma de propor uma prática antimanicomial. A inovação se fez necessária tanto na atenção como na gestão; uma nova forma de cuidar não prescindia de uma nova organização e de uma outra forma de administrar.

Com isso, a organização do trabalho, da equipe multiprofissional e da abordagem interdisciplinar, reorganizando as ações técnica, política e administrativa, foi fundamental para romper com a burocracia profissional (17).

A necessidade de compartilhar práticas e saberes coloca-se de frente com a interdisciplinaridade e com a intersetorialidade. A atenção não pode mais servir de monopólio de uma disciplina ou setor, ela envolve muito mais que a assistência focada numa profissão, ou mesmo no setor. Assim, no cuidado em saúde mental, além da atenção psicossocial, a equipe também começou a se ocupar de outras necessidades dos usuários, como a falta de moradia, a gerência de recursos para a sua sobrevivência, a organização do espaço doméstico, etc. Junqueira alerta que “apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política”, sendo que

a intersectorialidade “constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (18).

É necessário salientar que o SAISMENTAL tinha certa autonomia. Essa autonomia e a cumplicidade da grande maioria da equipe – cumplicidade aqui entendida também como compromisso – possibilitaram avanços que levaram à substituição do Modelo de Atenção à Saúde Mental no município. Assim, o compromisso e a autonomia são fundamentais para o exercício do novo, já que a “inovação pede flexibilidade, descentralização e participação” (19).

Entendendo que a prática em saúde mental se instituiu no município de Alegrete como inovadora e gerou acumulação suficiente para mudar o comportamento é que vai se falar do crescimento da rede institucional de cuidados. Para melhor compreender como foi ocorrendo a acumulação, recorre-se à formulação de Matus sobre o processo e produção social, sobre como esse processo gera acumulação, ou seja, ganhos que vão mudando as relações de poder. Dependendo do resultado de uma determinada situação, acumulamos ou perdemos poder. As acumulações podem consolidar as regras instituídas pelo sistema social ou transformá-las, superando a ordem vigente, criando uma nova ordem, uma nova “regra básica” (8).

Para Matus, com exceção da natureza intocada, tudo que existe foi criado pelo homem, a partir de todo e qualquer tipo de recursos, “o poder político, os conhecimentos, as capacidades organizacionais, os recursos econômicos e o tempo, dentre outros. O ator desse processo de produção social é o homem, que se expressa mediante organizações e indivíduos que se destacam na luta para alcançar objetivos (...)” (8).

Esse processo une atores que nem sempre possuem os mesmos interesses. “O processo de produção social é um jogo competitivo entre desiguais, sujeito a regras que, por serem historicamente cumulativas, ao mesmo tempo em que impedem o caos do processo, regulam as vantagens adquiridas por uns em detrimento de outros” (8).

As regras do jogo podem ser alteradas durante o processo, a realidade é dinâmica e produz outras realidades como resultado da anterior.

“Os recursos que dispõem os jogadores aumentam, diminuem ou mudam de qualidade conforme seus acertos (...). Os movimentos ou jogadas constituem o meio que os jogadores utilizam para mudar suas acumulações, do mesmo modo que os atores sociais mudam a situação mediante ação humana” (8).

Matus coloca ainda que a capacidade de produção dos jogadores é adquirida na prática do jogo (8).

No jogo da saúde mental, entendendo que a mudança deveria estar articulada entre o técnico, o admi-

nistrativo e o político é que foi possível trabalhar com outra concepção do sofrimento psíquico, que não fosse a da segregação e da exclusão.

Participando da Luta Antimanicomial, debatendo nas conferências (saúde, assistência, meio ambiente, direitos humanos, etc.), nos encontros e seminários, inserindo-se nos diversos movimentos sociais, atuando na técnica e na política, foi-se gerando acumulação. É importante salientar que o município conta com uma lei que institui a Política de Saúde Mental, e hoje conta com uma rede de cuidados, com a organização de um Sistema de Saúde Mental. O SAISMENTAL integra o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), e deu origem a outros serviços. Além do SAISMENTAL, o município conta com um serviço para crianças e adolescentes (Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi), com a residência terapêutica, com leitos psiquiátricos no hospital geral. Alegrete também conta com um serviço para dependentes químicos, que foi proposto a partir de um Encontro Municipal da Saúde.

Ainda hoje a saúde mental coletiva em Alegrete conta com representação na Câmara Municipal. Também tem participado do jogo político, com candidaturas aos poderes Executivo e Legislativo estadual.

SAÚDE MENTAL: OUTROS TRAÇADOS DA HISTÓRIA

O processo da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul, nos últimos anos, avançou muito. Alegrete se inseriu nesse processo. Hoje, falar em saúde mental nesse território necessariamente é falar da luta pela inclusão social, de um cotidiano que teve que ser recriado. Esse processo de criação e recriação está presente em toda a comunidade, na forma como ela compartilha seu viver com o dito “louco”, e na forma como ele, o dito “louco”, briga por seus direitos, em especial seu direito à liberdade, ao convívio social, à diferença, numa sociedade que exige de todos a mesmice. Para Pelbart (12), é direito à desrazão, a “uma modalidade inédita entre pensar, viver e desarrazoar”.

É importante a reflexão sobre uma nova prática em saúde mental que respeite as diferenças, que garanta o direito ao tratamento e à sua recusa, que o adoecimento psíquico não signifique a exclusão concretizada numa internação em hospital psiquiátrico, e que, acima de tudo, acredite-se que uma vida digna é direito de todos.

Tem-se convicção de que muito conseguiu-se na saúde mental no município, que foram geradas acumulações suficientes para mudar comportamentos. Também tem-se a convicção de que a saúde mental, para

poder continuar sua trajetória e não congelar sua ação, necessita buscar novos conhecimentos, articular-se à comunidade, desde o local até a amplitude que é compartilhar o viver com outros povos.

Acredita-se que, para conquistar a Reforma Psiquiátrica, apontando para a emancipação do sujeito, é imprescindível a existência de atores sociais comprometidos com o **jogo**, com capacidade de articulação e estratégias de ação. Atores sociais que redesenhem a história da saúde mental e a própria história. Para isso, são necessários um esforço contínuo e a superação das contradições e conflitos. É preciso apropriar-se da história para construir uma nova realidade, sabendo que o passado está agindo em nós.

Para Ortega y Gasset, “esse passado não é passado porque passou para outros, mas porque forma parte de nosso presente, do que somos na forma de haver sido; em suma, porque é nosso passado. A vida como realidade é presença absoluta: não podemos dizer que algo existe se não for presente, atual. Portanto, se há passado, terá de existir como presente e agindo agora entre nós. Em face da razão pura físico-matemática existe, portanto, uma razão narrativa. Para compreender algo humano, pessoal ou coletivo, é preciso contar uma história. Esse homem, essa nação, faz tal coisa e é assim porque antes fez tal outra e foi de tal outro modo. A vida só se torna um pouco transparente ante a razão histórica. A vida humana é o que é em cada momento, em vista de um passado que no presente perdura e per-atua” (8).

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Mental. Alegrete; 1995.
2. Alegrete. Lei n.º 2662, de 16 de maio de 1996. Dispõe sobre a política de atenção integral a saúde mental no município de Alegrete. Alegrete: Câmara Municipal; 1996.
3. Fabricio M, Salbego MH. Alegrete: o diálogo. Revista FGSMC 1995;2:8-11.
4. Fagundes S. Exigências Contemporâneas. Revista FGSMC 1995;2:2-4.
5. Fagundes S, Oliveira D. Brasil: fio da navalha. Revista FGSMC 1992;1:8.
6. Misoczky MC. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002.
7. OMS/OPAS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasil, 2001;77:106.
8. Matus C. Adeus, Senhor Presidente: governantes governados. São Paulo: FUNDAÇÃO; 1996.
9. Righi LB. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. Revista CEBES 2001(24):9-27.
10. Misoczky MC. (Re)Encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção a saúde. In: Misoczky MC, Bech J, orgs. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002. Pp. 77-87.
11. Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região. Trancar não é tratar - liberdade: o melhor remédio. 2ª ed. São Paulo 1997;60:77.
12. Pelbart PP. Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura [texto]. São Paulo 1989;131:138.
13. Nunes JWA. O pensamento estratégico, a função social e a loucura. Revista FGSMC 1995;2:57.
14. Fagundes S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: Cavalcante MT, Venâncio AT. Saúde Mental – Campos, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPBU; 2001. Pp. 265-275.
15. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 2000.
16. Andrade JA. O processo de inovação nas organizações públicas: integrando conceitos às práticas. In: XXV Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, Anais. Campinas: ENANPAD; 2001. p. 1-12.
17. Mintzberg H. Criando organizações eficazes. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1995.
18. Junqueira L. Descentralização, intersetorialidade e redes. In: Anais de IX Colóquio Internacional Sobre Poder Local. Salvador: 2003. p. 3.
19. Junqueira LAP, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Revista da Administração Pública. 1992;26:20-31.

RESUMOS DE DISSERTAÇÕES DE MESTRADO DEFENDIDAS EM 2004
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

NOME: ANA CRISTINA VIDOR

TÍTULO: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: SITUAÇÃO ATUAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

DATA DA DEFESA: 10/12/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: RONALDO BORDIN

LOCAL: PORTO ALEGRE

A responsabilização do gestor municipal de saúde pelo planejamento e avaliação do sistema de saúde tem aumentado com o processo de municipalização, tornando crescente a necessidade de obtenção de informações adequadas e rapidamente acessíveis ao processo de tomada de decisões gerenciais. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são potenciais apoiadores deste processo, mas poucos trabalhos têm verificado sua adequação às necessidades dos gestores municipais, e municípios pequenos podem ter dificuldades adicionais para disponibilizar recursos materiais e humanos necessários a seu aproveitamento adequado. Procuramos conhecer as necessidades dos 337 municípios gaúchos com menos de 10 mil habitantes, em termos de estrutura, utilização dos SIS e necessidades de informações, através de questionário auto-aplicado.

Retornaram 127 questionários (37%). A falta de estrutura para a utilização dos SIS não apareceu como problema crítico. Todos os municípios possuíam computador para o uso dos SIS (média de três) e 6% não tinham internet. Em 59,1%, há análise de dados com geração de indicadores utilizados no planejamento e gerenciamento local, mas 36,2% têm dificuldades na utilização das informações que retornam do nível central, por não terem acesso ou por não conseguirem compreendê-las. 4,7% acham que os SIS permitem gerar os indicadores necessários, satisfazendo plenamente suas expectativas, e dos que não utilizam ou utilizam muito pouco os dados dos SIS, 10% referem como causa a falta de computadores, 27,5% o treinamento insuficiente dos profissionais, 27,5% referem que não há necessidade de criar indicadores, que vêm prontos do nível central, e 25% que os SIS não permitem trabalhar o banco de dados, apenas sua alimentação. Identificou-se dificuldade na compreensão do termo "indicadores", e foram citados freqüentemente como importantes para o planejamento local os mesmos utilizados nas pactuações com o estado.

O estado precisa fornecer às coordenadorias regionais condições para que possam assumir seu papel de apoiadoras técnicas, auxiliando a organização administrativa dos municípios e o processo de planejamento e tomada de decisões, permitindo que eles identifiquem suas demandas e decidam localmente quais as informações relevantes para apoiar suas decisões.

NOME: DIOGO PILGER

TÍTULO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITO NO SERVIÇO PÚBLICO BRASILEIRO

DATA DA DEFESA: 25/05/2004

PROFESSORA ORIENTADORA: SANDRA COSTA FUCHS

LOCAL: PORTO ALEGRE

Entre as unidades, 70% tinham médicos das áreas básicas (clínico geral, ginecologista e obstetra, pediatra e cirurgião) ou Programa de Saúde da Família (médico de família ou enfermeira), 22% eram centro da referência, e 8% eram as unidades principais na região ou município. As maiorias das unidades eram localizadas fora da região metropolitana (66%). A formação dos profissionais era de nível fundamental (14%) e médio (32%), 28% eram técnicos, e 26% eram graduados, mas somente 14% eram farmacêuticos. Apenas 26% dos profissionais realizaram treinamento em assistência farmacêutica. A principal fonte dos anti-hipertensivos e antidiabéticos pesquisados era do Ministério da Saúde (88%) e do município (80%). O programa oferece sete medicamentos para tratamento de hipertensão e diabetes, que foram investigados nas unidades: hidroclorotiazida (98%), propranolol (94%), captopril (88%), glibenclamida (92%), metformina (76%), clorpropamida (46%) e insulina (74%). A maioria dos locais de armazenamento tinha condições inadequadas para estocar medicamentos, como armários ou estantes, organizados por ordem alfabética (66%) e classe terapêutica (40%), e o controle do estoque era realizado diariamente (30%), semanalmente (16%) ou mensalmente (40%). A dispensação era realizada em balcão (44%) ou em guichê (34%). Mesmo com 100% dos profissionais declarando que prestam alguma informação no momento da dispensação, apenas 48% verificam se o paciente entendeu a prescrição, 44% fornecem informação sobre o que não foi entendido, e 42% escrevem a posologia na caixa do medicamento. Em geral, as orientações limitavam-se a ler (60%) ou explicar a prescrição (68%), não sendo o paciente informado sobre potenciais efeitos adversos, interações com outros medicamentos ou recomendações no caso de esquecimento de tomar uma dose do medicamento.

Em conclusão, a assistência farmacêutica prestada nas unidades de saúde pública do Brasil está longe da ideal. Há um número insuficiente de farmacêuticos, não há rotina para estocagem e dispensação de medicamentos, não há padronização da assistência farmacêutica e não há estímulo à adesão ao tratamento e detecção de efeitos adversos.

NOME: ERICLÉIA SUELY LEÃO ALVES

TÍTULO: FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CO-INFECÇÃO HCV/HIV ENTRE OS CASOS REGISTRADOS DE HEPATITE C EM PORTO ALEGRE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

DATA DA DEFESA: 19/03/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: JAIR FERREIRA

LOCAL: PORTO ALEGRE

Método: Foram avaliados, neste estudo de delineamento transversal, 933 casos de hepatite C. Todos foram investigados através da Ficha de Investigação de Hepatites Virais do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados foram analisados através de razões de prevalência e regressão logística multivariada, tendo como desfecho a co-infecção pelos vírus da hepatite C/vírus da imunodeficiência humana (HCV/HIV).

Resultado: A frequência da co-infecção HCV/HIV foi de 19,7% (IC 95%: 17,2 a 22,4%). A co-infecção HCV/HIV foi significativamente mais freqüente entre: homens (RP: 1,8; IC 95%: 1,4 a 2,5); analfabetos, em relação aos que têm curso superior (RP: 7,5; IC 95%: 2,6 a 21,4); jovens de 12 a 19 anos de idade, em relação aos que estão na faixa de 40 a 59 anos (RP: 3,9; IC 95%: 1,9 a 7,7) e acima de 60 anos (RP: 33; IC 95%: 7,2 a 150,8); usuários de drogas injetáveis (RP: 4,3; IC 95%: 3,1 a 6,0); infectados pelo vírus da hepatite B (HBV) (RP: 2,5; IC 95%: 1,6 a 3,7); e infectados pelo genótipo 3 do HCV (RP: 1,9; IC 95%: 1,1 a 3,2). A análise multivariada por regressão logística mostrou associação positiva da co-infecção HCV/HIV com usuários de drogas injetáveis (UDI) (ORa: 3,4; IC 95%: 1,9 a 5,8) e associação negativa com as faixas etárias de 40 a 59 anos (ORa: 0,1; IC 95%: 0,0 a 0,7) e acima de 60 anos (ORa: 0,0; IC 95%: 0,0 a 0,4); hemotransusão (ORa: 0,4; IC 95%: 0,2 a 0,8); e tratamento dentário (ORa: 0,4; IC 95%: 0,2 a 0,7).

Conclusões: A elevada frequência de co-infecção HCV/HIV entre os casos registrados de hepatite C em Porto Alegre, associada positivamente com hepatite B e uso de drogas injetáveis, confirma o compartilhamento das mesmas rotas de transmissão entre HIV, HCV e HBV, necessitando haver uma maior integração das políticas públicas de prevenção destas infecções.

NOME: IVANA LORAINÉ LINDEMANN

TÍTULO: AVALIAÇÃO NORMATIVA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A PORTADORES DE DIABETES MELITO DE SANTA MARIA (RS)

DATA DA DEFESA: 22/01/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: RONALDO BORDIN

LOCAL: PORTO ALEGRE

Objetivo: Avaliar normativamente o atendimento prestado pelo Programa Municipal de Atendimento a Por-

tadores de Diabetes Mellitus em uso de medicação, para cadastrados na Farmácia Municipal de Santa Maria (RS).

Métodos: É um estudo transversal. A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2003, em uma amostra de 466 usuários do programa. O processo de atendimento prestado foi comparado aos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, *Asociación Latinoamericana de Diabetes e American Diabetes Association*. O programa municipal de atendimento, nas suas características e objetivos, foi descrito a partir de entrevistas com o gestor e com o coordenador.

Resultados: A maioria da amostra estudada era do sexo feminino, média de 54 anos, renda entre um e três salários mínimos, até 8 anos de estudo, não estava trabalhando, era usuária do sistema público de atenção à saúde, usava hipoglicemiante, havia consultado nos últimos 6 meses, sabia ser portadora de diabetes há no máximo 5 anos e referiu diagnóstico de hipertensão, mas não de complicações crônicas. Em consultas motivadas pela doença, no último ano, a maior parte referiu solicitação de exame de sangue e de urina; aferição da pressão arterial, peso e altura, mas não aferição da circunferência do quadril e da cintura; recomendação de dieta, automonitorização, atividade física, autocuidado com os pés, evitar tabagismo e bebida alcoólica. Aproximadamente a metade foi orientada sobre o que é e como tratar a hiperglicemia. Os usuários de insulina receberam orientação sobre como guardar, preparar e aplicar a medicação. Desde o diagnóstico, a maioria foi encaminhada ao oftalmologista, cardiologista e endocrinologista, mas não ao nefrologista.

Conclusão: Frente aos três parâmetros utilizados como ponto de comparação para avaliação do atendimento prestado, em nenhum dos itens avaliados o resultado encontrado foi totalmente satisfatório.

Descritores: Administração e planejamento em saúde; atenção à saúde; política de saúde; epidemiologia; diabetes melito.

NOME: JORGE ALBUQUERQUE BUCHABQUI

TÍTULO: ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DATA DA DEFESA: 11/03/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: JAIR FERREIRA

LOCAL: PORTO ALEGRE

O pré-natal de atenção básica é realizado nos postos de saúde, os quais constituem o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) – sistema público de atenção universal à saúde do Brasil. Quando se identifica uma intercorrência que exige atendimento de maior complexidade, a paciente é encaminhada para um centro de

referência. Contudo, não há uma análise que verifique a qualidade desse referenciamento. O presente trabalho objetivou verificar as causas mais prevalentes e a adequação dos encaminhamentos das pacientes de pré-natal oriundas de Porto Alegre, do anel metropolitano e de cidades do interior. Foram revisados 821 encaminhamentos no período de julho de 1997 a julho de 2000. Destes, 201 (24,5%) foram considerados inadequados. Os resultados obtidos permitem estimar que 20 a 30% dos encaminhamentos realizados não são adequados.

As causas mais comuns de encaminhamento de gestantes foram hipertensão arterial e diabetes. A inadequação foi mais freqüente em gestantes não oriundas da área metropolitana e em gestantes pertencentes a faixas etárias mais jovens (adolescentes). Houve uma alta proporção de encaminhamentos inadequados entre as gestantes referenciadas por apresentarem hemorragia e suspeita de toxoplasmose.

A causa mais freqüente de inadequação (78 casos – 9,5% dos encaminhamentos) correspondeu a encaminhamentos por causas administrativas e por causas não informadas. Os índices kappa, calculados para medir o grau de concordância entre os diagnósticos feitos pelo serviço de referência, foram de 0,28 e 0,41, respectivamente, excluindo-se ou incluindo-se nos cálculos os casos encaminhados sem informação de diagnóstico, revelando, em quaisquer das situações, um grau baixo de concordância.

Os desdobramentos advindos desses resultados podem ter repercussão sobre os custos, além do aspecto humano e social decorrente e atendimentos desnecessários. Indicam ainda uma necessidade de treinamento, para dar maior resolatividade aos serviços de atenção básica, especialmente para os médicos de fora da área metropolitana, e para melhorar a qualidade desses profissionais no que se refere ao reconhecimento das reais situações que necessitam encaminhamentos, com ênfase na interpretação dos exames diagnósticos para toxoplasmose, na discriminação das hemorragias graves e no correto prognóstico de diversas intercorrências clínicas de baixa freqüência.

NOME: JULIANA BALBINOT HILGERT

TÍTULO: ESTRESSE, CORTISOL E PERIODONTITE: ACHADOS CLÍNICOS E BIOLÓGICOS NUMA POPULAÇÃO COM 50 ANOS OU MAIS

DATA DA DEFESA: 22/01/2004

PROFESSORA ORIENTADORA: MARY BOZZETTI

LOCAL: PORTO ALEGRE

Objetivo: Avaliar a freqüência e extensão de periodontite crônica e sua associação com os níveis de cortisol, e o escore obtido com um inventário para avaliação de sintomas de estresse em uma população de indivíduos estressados e não estressados.

Método: Foram avaliados, neste estudo transversal, 235 indivíduos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Os voluntários foram entrevistados através de um questionário e do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), submetidos a três coletas de saliva para análise do cortisol e examinados por dois dentistas treinados independentemente para avaliação de higiene bucal (índice de placa visível - IPV e índice de sangramento gengival - ISG) e periodontite (profundidade de sondagem - PS, sangramento à sondagem - SS e nível de inserção clínica - NIC). Os resultados foram modelados por meio da análise de regressão logística multivariada, tendo como desfecho periodontite grave. Os indivíduos classificados como estressados foram aqueles com níveis de cortisol $\geq 34,94$ nmol/l.

Resultados: Não houve associação entre cortisol e fases de estresse (ISSL).

Estresse (cortisol) foi indicador de risco significativo para os desfechos – média de NIC ≥ 4 mm (OR = 5,1/IC 95% = 1,2-20,7), após ajuste para as variáveis idade, SS, sexo, ser cuidador e última consulta ao dentista; 30% dos sítios com NIC ≥ 5 mm (OR = 6,9/IC 95% = 1,7-27,1), após ajuste para idade, SS, sexo e instrumento de higiene bucal; e 26% dos sítios com PS ≥ 4 mm (OR = 10,7 / IC 95% = 1,9-54,1), após ajuste para idade, SS e ISG.

Conclusão: Os resultados sugerem que níveis elevados de cortisol estiveram associados com maior extensão e freqüência de periodontite crônica em uma população de adultos acima de 50 anos.

NOME: LUCIANA RAMOS VEIGA

TÍTULO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A SATISFAÇÃO COM A PRÓTESE AUDITIVA NA VIDA DIÁRIA EM USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

DATA DA DEFESA: 22/01/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: ÁLVARO CRESPO MERLO

LOCAL: PORTO ALEGRE

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar o nível de satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do Sistema de Saúde do Exército e fatores associados. Foram selecionados adultos e idosos, usuários do convênio de saúde da 3ª Região Militar, que adquiriram prótese auditiva entre os anos de 1998 e 2003, para responderem a um questionário sobre a satisfação com o uso da prótese auditiva.

Este estudo demonstrou que os pacientes estavam consideravelmente satisfeitos com o uso da prótese auditiva. Houve menor satisfação na subescala de fatores negativos do SADL (*Satisfaction with Amplification in Daily Life*), especialmente em relação ao uso do telefo-

ne. Tiveram associação com a satisfação fatores ligados à pessoa, à prótese auditiva e, principalmente, à prótese tecnicamente mais adequada. Tem fundamental importância a implantação de programas de reabilitação auditiva, com experiência domiciliar, orientações e aconselhamento, buscando que o paciente tenha expectativas realistas. É de especial interesse dos serviços públicos de saúde trabalhar com a idéia de que o alto custo com sofisticação tecnológica não é a única solução para evitar desperdícios com o abandono das próteses auditivas adquiridas; programas de apoio e educação podem ser aliados eficientes. Novas pesquisas devem ser realizadas para confirmar quais os fatores determinantes da satisfação do usuário de prótese auditiva, bem como para esclarecer a efetividade dos programas de reabilitação auditiva e a eficiência de seus diferentes modelos.

NOME: ROZANE MÁRCIA TRICHES

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE, PRÁTICAS ALIMENTARES E CONHECIMENTOS EM NUTRIÇÃO DE ESCOLARES DE 8 A 10 ANOS

DATA DA DEFESA: 31/03/2004

PROFESSORA ORIENTADORA: ELSA GIUGLIANI

LOCAL: PORTO ALEGRE

Objetivo: Avaliar a associação da obesidade com as práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares de 8 a 10 anos de idade.

Métodos: Peso e estatura foram medidos em 573 escolares de 8 a 10 anos de idade de todas as escolas municipais de Dois Irmãos e Morro Reuter (RS). Obesidade foi definida como índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95, tendo como referência os dados do *National Center for Health Statistics* (NCHS). Práticas alimentares e conhecimentos em nutrição foram avaliados por questionário auto-aplicado nos escolares. Foi realizada análise de regressão logística simples e ajustada para verificar associações.

Resultados: Mostrou-se associado à obesidade o maior nível de conhecimentos de nutrição e a sua interação com a prática alimentar, indicando que crianças com menos conhecimento e práticas alimentares menos saudáveis tiveram cinco vezes mais chances de serem obesas (OR = 5,3; 1,1-24,9).

Conclusão: As crianças obesas mostraram ter mais conhecimentos em nutrição do que seus colegas. O nível de conhecimento modifica a relação entre obesidade e práticas alimentares, levantando a suspeita de que as crianças que sabem mais sobre nutrição relatam práticas sabidamente mais saudáveis, mas que não são necessariamente as prati-

cadas. As práticas alimentares menos saudáveis, quando considerado o nível de conhecimento em nutrição dos escolares, foram fortemente associadas à obesidade.

NOME: VIRGINIA PETTER

TÍTULO: RELAÇÃO ENTRE DISFONIA REFERIDA E POTENCIAIS FATORES DE RISCO NO TRABALHO, EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL, PORTO ALEGRE (RS)

DATA DA DEFESA: 03/03/2004

PROFESSOR ORIENTADOR: PAULO ANTONIO BARROS DE OLIVEIRA

LOCAL: PORTO ALEGRE

Objetivo: Avaliar a relação entre disфония referida e potenciais fatores de risco no trabalho em processos.

Métodos: Estudo transversal em uma população de professores de 47 escolas municipais do ensino fundamental de Porto Alegre (RS), realizado no período de abril a maio de 2003. A amostra estudada por meio de questionário foi de 385 professores.

Resultados: Do total desses participantes, 207 (53,8%) foram classificados por apresentarem disфония referida. A idade da amostra teve uma média de 42,1, com desvio padrão de 8,5 anos, sendo o sexo feminino predominante (339). A maioria com tempo de serviço de 11 a 20 anos (175) e com carga horária semanal de 40 horas ou mais (236). Referiram dar 2 turnos de aula (260), os quais afirmam ter intervalos de descanso (281). Relataram que o tamanho da sala é adequado (160), mas que a sala é quente (203) e também não tem ventilação (167). Afirmam haver barulho forte (287) e dizem ter poeira na sala (381). Costumam falar alto durante a aula (224) e não tiveram orientação vocal (323). Foi realizada uma análise univariada com cada fator de risco potencial para o desfecho de disфония referida. As variáveis idade e barulho forte apresentam significância estatística, mostrando haver forte efeito de associação com disфония referida. A análise de poeira total direcionada para o pó de giz apresenta-se dentro dos limites de exposição.

Conclusão: A leitura dos dados conduz à conclusão que 53,8% desses professores referem ser disfônicos. Embora idade e barulho forte manifestem associação significativamente estatística com a disфония referida, não se pode negligenciar que as outras variáveis expressam uma condição de trabalho intenso. Assim, estes achados mostram um panorama de uma categoria de trabalhadores sobrecarregada, condições ambientais não favoráveis e sem treinamento vocal adequado para o exercício da profissão.

RESUMOS DE TESES DE DOUTORADO DEFENDIDAS EM 2004
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

NOME: ALICE DE MEDEIROS ZELMANOVICZ

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COMO CO-FATOR ASSOCIADO AO AUMENTO DO RISCO DE CÂNCER DE CÉRVICE UTERINA

DATA DA DEFESA: 19/01/04

PROFESSORA ORIENTADORA: MARIA INÊS SCHMIDT

LOCAL: PORTO ALEGRE

O câncer de cérvix uterina é um problema de saúde pública na maioria dos países em desenvolvimento e também nos países desenvolvidos. Não só porque acomete mulheres relativamente jovens, mas também porque seria prevenível caso um programa de rastreamento fosse factível de ser implantado em grande escala.

Hoje se conhece muito sobre a patogênese deste câncer e de suas lesões precursoras. É reconhecido, por exemplo, que a infecção pelo Vírus Papiloma Humano (HPV) é imprescindível neste processo. Porém, a grande maioria das mulheres infectadas por este vírus não evolui para câncer. Fatores associados, co-fatores, são importantes tanto na resposta ao agente infeccioso e na persistência da infecção, como na evolução de lesões precursoras para lesões invasivas.

Alguns destes co-fatores já são conhecidos: fumo, alta paridade, uso de anticoncepcional oral por um longo período, co-infecção pelo HIV. Outros estão sendo investigados. Um dos fatores menos estudados são as características do hospedeiro e sua capacidade de resposta à infecção e ao processo de malignização. História familiar traduz características genéticas, ambientais e culturais de um indivíduo. História familiar de câncer é fator de risco em maior ou menor intensidade para a maioria dos cânceres. Porém, este co-fator tem sido pouco estudado em relação ao câncer de cérvix.

O objetivo desta tese é examinar a associação entre história familiar de câncer e risco para câncer de cérvix. Apesar de alguns estudos de base populacional e outros em amostras hospitalares terem sido feitos, nenhuma sistematização das publicações disponíveis foi ainda realizada. Uma revisão sistemática dos artigos que analisavam esta associação foi feita e confirmou um excesso de risco aproximadamente duas vezes maior entre as mulheres que tem história familiar de câncer de cérvix entre parentes de primeiro grau. Além disso, foi feita a análise de

dois bancos de dados, um caso-controle na região leste dos Estados Unidos e um estudo transversal em uma região da Costa Rica. Nos dois estudos, foi evidenciada uma associação positiva de história de câncer em familiares de primeiro grau e risco para câncer de cérvix.

Com isso, conclui-se que história familiar de câncer é um co-fator para câncer de cérvix uterina.

NOME: ÁLVARO VIGO

TÍTULO: COMPARAÇÃO DA ESTIMATIVA DE RAZÃO DE CHANCES GERADA PELO MODELO DE ODDS PROPORCIONAIS COM A RAZÃO DE CHANCES GENERALIZADA

DATA DA DEFESA: 17/12/04

PROFESSORA ORIENTADORA: JANDYRA FACHEL

LOCAL: PORTO ALEGRE

Desfechos ordinais são muito comuns em pesquisas médicas e epidemiológicas e devem ser analisados mediante métodos que considerem a estrutura ordenada das categorias. O modelo de *odds* proporcionais tem sido usado com maior frequência para descrever a relação entre um desfecho ordinal e os preditores, mas a razão de chances generalizada também pode ser útil. As simulações Monte Carlo deste trabalho confirmam que, em tabelas de contingência com um desfecho com três categorias ordenadas e um fator explanatório dicotômico, as estimativas da razão de chances produzidas pelo modelo de *odds* proporcionais e da razão de chances generalizada são equivalentes e têm a mesma eficiência. Os métodos são ilustrados mediante os dados do Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional, para investigar a associação da temperatura ambiente e do índice de massa corporal (IMC) com a classificação da hiperglicemia na gravidez. Os resultados evidenciam que existe interação do tipo antagônica entre temperatura e IMC ($p = 0,0268$). Para indivíduos obesos, a chance de classificar um indivíduo como diabético, para uma temperatura ambiente ≥ 25 °C, em relação à temperatura < 25 °C, é igual à RC = 1,94 (IC 95%: 1,56-2,41), enquanto que, para indivíduos não obesos, a razão de chances é RC = 3,03 (IC 95%: 2,18-4,23). Esta comparação empírica mostra que a razão de chances generalizada é equivalente à estimativa da razão de chances do modelo de *odds* proporcionais.

NOME: MARIZA MACHADO KLUCK

TÍTULO: METODOLOGIA PARA AJUSTE DE INDICADORES DE DESFECHOS HOSPITALARES POR RISCO PRÉVIO DO PACIENTE

DATA DA DEFESA: 17/12/04

PROFESSORA ORIENTADORA: JANDYRA FACHEL

LOCAL: PORTO ALEGRE

A prática assistencial deve ser apoiada por sistemas de informação clínica adequados, completos e disponíveis, que garantam a segurança do paciente através do suporte à tomada de decisão diagnóstica e terapêutica, com o objetivo de prevenir eventos e desfechos adversos, corrigir rumos e obter dados e indicadores que permitam medir, avaliar e comparar o grau da qualidade assistencial oferecida à população-alvo.

Vários estudos demonstram que as medidas de desfecho da prática assistencial devem ser ajustadas pela gravidade do caso ou por condições próprias do paciente, em um processo conhecido como "ajuste por risco". O ajuste por risco (ou padronização por severidade) visa minimizar a influência confundidora de potenciais fatores de risco inerentes ao paciente e/ou à sua patologia, permitindo, assim, a comparação da qualidade da assistência, ajustando os desfechos encontrados para o risco prévio do paciente.

Inúmeros estudos têm sido publicados, propondo modelos de ajuste de risco para diferentes desfechos de pacientes, mas esta metodologia ainda não está difundi-

da no Brasil. As razões para isso podem ser a falta de conhecimento da metodologia adequada ou a reduzida disponibilidade de bases de dados clínicas adequadas a este tipo de análise.

O objetivo desta tese é o de propor, testar e validar uma metodologia para ajuste de risco de desfechos hospitalares a partir de dados de prontuário eletrônico de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A metodologia sugerida foi testada em uma amostra de dados de pacientes do HCPA, visando definir um modelo de risco para óbito após realização de laparotomia explorada e validada em outra amostra de pacientes do mesmo hospital.

A tese é composta pela revisão da literatura realizada e por dois artigos que descrevem a metodologia proposta e os resultados de sua aplicação na definição de um índice de risco para mortalidade cirúrgica.

A metodologia mostrou-se adequada para seu propósito e permitiu o desenvolvimento de um índice de risco para mortalidade cirúrgica, que foi validado na amostra de teste com excelentes resultados. A discriminação do modelo, medida pela área sob a curva ROC, foi de 0,89 na coorte de derivação e de 0,90 na coorte de validação. O projeto permitiu também demonstrar a adequação do prontuário eletrônico de pacientes do HCPA a este propósito, em termos de completude, acurácia e fidedignidade das informações, além do fácil acesso aos dados.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista HCPA publica trabalhos na área da saúde. Os artigos enviados para avaliação pelo Conselho Editorial poderão ser submetidos em português, inglês ou espanhol. Todos os artigos serão avaliados pelo Conselho Editorial, com base no parecer de dois revisores.

Informações sobre submissão de artigos e cópias das normas para publicação podem ser solicitadas ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação no seguinte endereço: Revista HCPA, Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

Tipos de colaboração

Editoriais. Esta seção inclui o editorial de apresentação da Revista, assinado pelo Editor, além de editoriais especiais, que compreendem colaborações solicitadas sobre temas atuais ou artigos publicados na Revista.

Artigos originais. São contribuições novas ao campo de conhecimento, apresentadas de forma a possibilitar a avaliação crítica e global e a replicação por outros investigadores. Os artigos originais podem descrever trabalhos observacionais ou experimentais, prospectivos ou retrospectivos, descritivos ou analíticos. Os artigos submetidos nesta categoria não devem exceder 3.000 palavras, com um total de 5 figuras ou tabelas e, no máximo, 40 referências.

Artigos especiais e de revisão. Esses artigos serão solicitados pelo Conselho Editorial e versarão sobre temas atuais ou de interesse permanente, abrangendo políticas de saúde, ensino, pesquisa, extensão universitária e exercício profissional. Também serão considerados nesta categoria artigos clínicos que expressem experiência de grupos ou opinião pessoal de relevância e

profundidade, além de artigos de atualização sobre as mais variadas áreas abrangidas pela linha de divulgação científica e tecnológica da Revista. Os artigos especiais não devem ter mais de 3.000 palavras, com um total de 5 figuras ou tabelas e, no máximo, 40 referências.

Imagens diagnósticas.

Imagens elucidativas de situações médicas, com 2 a 3 imagens acompanhadas de um texto de, no máximo, 20 linhas.

Relatos de casos. Os relatos de casos devem descrever achados novos ou pouco usuais, ou oferecer novas percepções sobre um problema estabelecido. O conteúdo deve se limitar a fatos pertinentes aos casos. Relatos de um caso único não devem exceder 2.000 palavras, com um total de 3 tabelas ou figuras e, no máximo, 25 referências, já que o objetivo dos relatos não é apresentar uma revisão bibliográfica.

Seções anatomoclínicas e grand rounds.

Esta seção publicará uma seleção de assuntos relevantes de seções anatomoclínicas previamente apresentadas no HCPA.

Cartas ao Editor.

Correspondência dirigida ao Editor sobre artigos previamente publicados ou sobre temas de interesse relacionados à linha editorial da Revista. Não devem exceder duas laudas.

Resumos de dissertações e teses de programas de pós-graduação da UFRGS.

Instruções para os autores

A Revista HCPA adota o estilo Vancouver para publicação de artigos (conforme Can Med Assoc J 1997;156(2):270-7). As instruções relativas ao estilo Vancouver também estão disponíveis no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Além disso, detalhes sobre o estilo Vancouver são descritos mais adiante.

Submissão dos trabalhos

Os autores deverão submeter duas cópias da colaboração, juntamente com arquivo em disquete (Word), uma carta de apresentação do artigo dirigida ao Editor e uma cópia preenchida da Lista de Itens para Conferência da Revista HCPA, que pode ser encontrada ao final das Instruções para os Autores. Só serão considerados para publicação artigos

experimentais que documentarem a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição na qual o estudo foi desenvolvido. Os artigos deverão ser submetidos em laudas de tamanho A4 (21 x 29,7 cm), com margens de no mínimo 2,5 cm. O texto deverá ser datilografado em espaço duplo, na fonte Arial 11. Todas as páginas devem ser numeradas, começando pela página de rosto.

A Revista aceitará para avaliação artigos em português, inglês ou espanhol.

Colaborações deverão ser enviadas para o seguinte endereço:

Revista HCPA
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
CEP 90035-903
Porto Alegre, RS, Brasil.

Todos os artigos serão avaliados por pelo menos dois revisores. Quando os revisores sugerirem modificações, os artigos serão reavaliados pelo Conselho Editorial depois da inclusão das modificações sugeridas. Quando um artigo for aceito para publicação o Conselho Editorial requisitará aos autores o envio de uma cópia em disquete da versão final do artigo em Word. O texto em versão eletrônica deverá ser digitado sem formatação (sem estilos), alinhado à esquerda e sem separação de sílabas. O disquete deve ser identificado com data, nome e telefone do autor responsável e título abreviado do artigo.

Direitos autorais

Os autores cederão à Revista HCPA os direitos autorais das colaborações aceitas para

publicação. Os autores poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações desde que indiquem claramente a Revista como o local da publicação original.

Uma cláusula prevendo a cessação dos direitos está incluída na Lista de Itens para Conferência da Revista HCPA, que deverá ser assinada por todos os autores e enviada juntamente com as quatro cópias da colaboração submetidas para avaliação pelo Conselho Editorial.

Página de rosto

As colaborações submetidas à Revista HCPA devem incluir uma página de rosto contendo as seguintes informações:

TÍTULO da colaboração, em português e em inglês (ou em espanhol e em inglês).

NOME completo dos autores, seguidos de credenciais e instituição a qual pertencem. Até CINCO unitermos com tradução para o inglês. Sempre que possível, os autores devem utilizar termos conforme os tópicos listados pelo Index Medicus (MeSH - Medical Subject Headings).

Contagem do NÚMERO DE PALAVRAS do texto do artigo. ENDEREÇO completo, telefone e correio eletrônico do autor responsável pela correspondência.

Resumo

Os artigos originais e as comunicações devem conter obrigatoriamente um resumo estruturado, com tradução para o inglês. Portanto, o resumo deve explicitar os objetivos, métodos, resultados e conclusões e deve dar ao leitor uma descrição exata do conteúdo do artigo.

Os artigos de revisão e outras

colaborações deverão apresentar resumos descritivos dos conteúdos abordados, de até 200 palavras, com tradução para o inglês. Relatos de caso deverão apresentar resumos de até 100 palavras, com tradução para inglês.

Corpo do artigo

Os artigos originais e comunicações devem seguir o formato "IMRAD", ou seja, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão (e, opcionalmente, Conclusões).

A introdução deve incluir o objetivo do trabalho, sua importância, a revisão da literatura pertinente e o desenvolvimento do assunto.

A seção de Materiais e Métodos deve descrever as técnicas, estatísticas e outras formas de análise empregadas, de forma que seja possível a outros autores a repetição do experimento descrito. Os Resultados devem apresentar simplesmente, sem avaliações, os dados obtidos a partir dos experimentos descritos em Materiais e Métodos.

Na Discussão, os autores comentarão os resultados e sua relação com dados da literatura revisada e delinearão suas conclusões (a não ser em artigos em que as conclusões são apresentadas separadamente). Os aspectos novos e originais apresentados pelo artigo devem ser enfatizados. Os dados apresentados em sessões anteriores, como Introdução ou Resultados, não devem ser repetidos em detalhe na Discussão.

Agradecimentos

Uma nota de agradecimentos deve ser incluída no final do

texto sempre que relevante, por exemplo, no caso de financiamento por alguma instituição específica. Pessoas que contribuíram para a pesquisa e para o artigo, mas cuja contribuição não justifica inclusão na lista de autores, devem ser mencionadas nesta seção.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser usadas para identificar a fonte de conceitos, métodos e técnicas derivadas de pesquisas, estudos ou experiências anteriores já publicadas; para embasar fatos e opiniões expressadas pelos autores; e para servir como guia para os leitores interessados em conhecer mais sobre pontos específicos descritos no artigo.

As referências devem ser listadas de acordo com a ordem de citação no texto.

Dentro do texto, as citações deverão ser indicadas entre parênteses: "Vários autores (1, 4, 7) observaram...". As referências que aparecem pela primeira vez em tabelas e figuras devem ser numeradas na seqüência das referências citadas na parte do texto onde a tabela ou a figura aparecem pela primeira vez. A seguir serão exemplificados os formatos para os diversos tipos de citação.

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3. Se o artigo tiver mais de seis autores, apenas os três primeiros nomes serão listados, seguidos de "et al.":

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Organização como autor do artigo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Artigos sem autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Número com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Cartas ou outros tipos especiais de artigos

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347:1337.

Livros e outras monografias

Autor pessoal

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor ou compiladores como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. Pp. 465-78.

Anais de congresso

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Artigo apresentado em congresso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tese ou dissertação

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertação]. St Louis (MO): Washington Univ; 1995.

Outros tipos de materiais

Artigos de jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col 5).

Audiovisuais

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Artigos ou livros no prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. No prelo 1996.

Material eletrônico

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [série online] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5]; 1(1):[24 telas]. Disponível de: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Monografia eletrônica

CDI, clinical dermatology illustrated [monografia em CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Tabelas

As tabelas e quadros devem ser apresentados em folhas separadas e numerados consecutivamente com números arábicos (tabela 1, tabela 2,

etc.). Todas as tabelas devem ser referidas no texto. Abreviaturas devem ser explicadas em notas, no final das tabelas. As notas devem ser indicadas com letras sobrescritas.

Figuras

Devem ser apresentados, em folhas separadas, com suas legendas, em desenho a nanquim, impressão a laser de computador, ou em fotografias que permitam boa reprodução gráfica. As figuras devem ser referidas no texto e numerados consecutivamente com números arábicos (figura 1, figura 2, etc.).

Abreviaturas

O uso de abreviaturas deve ser mínimo, porém, sempre que utilizadas, as abreviaturas devem ser introduzidas imediatamente depois do termo a ser abreviado quando este aparecer pela primeira vez no texto. Em tabelas e figuras, todas as abreviaturas devem ser definidas na legenda. O título não deve conter abreviaturas.

Experiências com seres humanos e animais

Trabalhos submetidos para avaliação pelo Conselho Editorial da Revista HCPA devem seguir os princípios relativos a experimentos com seres humanos e animais delineados nos seguintes documentos: Declaration of Helsinki; e Guiding Principles in the Care and Use of Animals (DHEW Publication, NIH, 80-23).

Além destes documentos internacionais, deverão ser seguidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e as resoluções normativas sobre pesquisa do HCPA.

A compilação destas normas foi baseada em: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7.

LISTA DE ITENS PARA CONFERÊNCIA

Leia com cuidado as Normas para Publicação antes de completar a lista. Esta lista deve ser anexada ao artigo original e à versão revisada.

Nome do autor que recebe correspondência:

Data:

Telefone:

Fax/email:

PÁGINA DE ROSTO

- Título da colaboração;
- Nome completo dos autores, seguidos de credenciais e instituição a que pertencem;
- Endereço completo, telefone e correio eletrônico do autor que recebe as correspondências.

CORPO DO ARTIGO

- Resumos em português e inglês;
- Unitermos em português e inglês;
- Tabelas numeradas com números arábicos. Todas as abreviaturas foram explicadas em notas no final das tabelas e indicadas por letras sobrescritas;
- Figuras numeradas com números arábicos;
- O texto inclui todas as divisões principais: Introdução,

Materiais e Métodos, Resultados e Discussão (e, opcionalmente, Conclusões);

- Nenhuma abreviatura está sendo utilizada no título;
- No texto, termos abreviados são escritos por extenso na primeira vez em que aparecem, seguidos da abreviatura entre parênteses. As mesmas abreviaturas são usadas consistentemente em todo o texto, tabelas e figuras;
- Pacientes são identificados por números, não por iniciais.

REFERÊNCIAS

- Todas as referências são indicadas no texto em números arábicos, na ordem em que aparecem, entre parênteses;
- As referências foram conferidas e formatadas cuidadosamente. Os títulos de

periódicos foram abreviados conforme o Index Medicus;

- O nome de todos os autores foi listado em cada uma das referências. Quando há mais de seis autores, os três primeiros nomes foram citados, seguidos de *et al.*

FORMATO GERAL

- O manuscrito está datilografado em espaço duplo, em folhas de tamanho A4 (21 x 29,7 cm), com margens de no mínimo 2,5 cm;
- Duas cópias do texto, tabelas e figuras estão sendo enviadas à *Revista HCPA*;
- Esta lista foi preenchida, assinada por todos os autores e será enviada juntamente com as três cópias do texto e uma carta de apresentação dirigida ao Editor.

DIREITOS AUTORAIS

Ao assinar este formulário, os autores estarão cedendo os direitos autorais do artigo para a *Revista HCPA*. A republicação ou publicação resumida deste artigo é permitida desde que a *Revista* seja citada, em nota de rodapé, como fonte original de publicação. No espaço abaixo, o nome de todos os autores deve constar de forma legível. Cada autor deverá assinar e datar este formulário.

GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

Revista HCPA publishes works in the medical area. Manuscripts submitted for evaluation by the Editorial Board are accepted in Portuguese, English, or Spanish. All manuscripts will be evaluated by the Editorial Board, based on reviews by two referees.

Information regarding submission and copies of the Guidelines for Manuscript Submission can be obtained from Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-903, Porto Alegre, RS, Brazil.

Contents of the Journal

Editorial. This section includes the Editor's comments regarding the contents of each issue, as well as the opinion of invited contributors regarding current topics or articles published in *Revista HCPA*.

Original articles. These are reports of original research presented so as to allow critical evaluation and duplication by other researchers. Articles submitted to this section can be observational, experimental, prospective or retrospective, descriptive or analytic. Manuscripts should not be longer than 3.000 words, with a total of 5 figures or tables and up to 40 references.

Special and review articles. These will be requested by the Editorial Board from invited contributors. Special articles cover current topics or topics of permanent interest, including health policies, teaching, research, extra-curricular activities, and professional issues; also, clinical papers that express the experience of a group of professionals or the personal opinion of recognized professionals; and state-of-the-art reports on various fields. Special articles are not to exceed 3.000 words, with a total of 5

figures or tables and up to 40 references.

Diagnostic images.

Images suggestive of medical conditions, with 2 to 3 images and a text of up to 20 lines.

Case studies. These describe new or unusual findings, or new insights regarding specific problems. Case studies must be succinct and are limited to a description of the facts observed. These contributions should not be longer than 2.000 words, with a total of 3 tables or figures and up to 25 references. Case studies are not a review of literature.

Grand rounds. This section will bring a selection of relevant topics previously presented in Grand Rounds at Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Letters to the Editor. Letters regarding previously published papers or topics of interest. Not to exceed two pages.

Abstracts of theses and dissertations presented at Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil.

Preparation of manuscripts

Manuscripts submitted to *Revista HCPA* should follow the

Vancouver style (see *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7). The Vancouver Group uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals can also be obtained at the Graduate and Research Group (GPPG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relevant details regarding this style are described in these guidelines.

Submission

Authors will send two copies of the manuscript along with a diskette containing the electronic version of the text (Word), a covering letter addressed to the Editor and a completed checklist. A copy of the checklist can be found after these instructions.

Experimental papers will only be considered if authors include a copy of the written approval by the Ethics Committee of the institution in which the study was carried out. Manuscripts should be typed double-spaced, with 1 in (2.5 cm) margins, on A4 (21 x 29.7 cm) paper. All pages must be numbered, beginning with the face page. If possible, authors should use Arial size 11 font.

Articles can be submitted in Portuguese, English, or Spanish. Collaborations should be mailed to:

Revista HCPA
Grupo de Pesquisa e Pós-
Graduação
Hospital de Clínicas de Porto
Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Zaccaro Faraco
CEP 90035-903 Porto Alegre,
RS, Brazil

All articles will be reviewed by two referees. Articles sent back to the authors for additions will be re-evaluated by the Editorial Board prior to acceptance. After acceptance, the Editorial Board will request an electronic copy of the article. This should be sent in a 3½ inch diskette. Text should be typed in Word for Windows, minimally formatted, aligned at left, without word separation. Diskettes should be labeled with date, name and telephone number of the corresponding author and abbreviated title.

Copyright

The copyright of articles published in Revista HCPA will be held by the journal. A copy of the checklist, signed by all authors, must be attached to all submissions. Authors can use the same results in collaborations submitted to other publications, provided that a footnote on the title page of the secondary version acknowledges that the paper has been published in whole or in part and states the primary reference.

Face page

Manuscripts submitted to Revista HCPA must include a face page with the following information:

TITLE.

FULL name of all authors with credentials and institution of affiliation.

Up to FIVE key words in English

and Portuguese; the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used. If suitable MeSH headings are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used.

WORD COUNT for the main text. Complete ADDRESS, telephone number, and email of the corresponding author.

Abstract

Original articles and communications must include a structured abstract, i.e., the abstract should describe objectives, methods, results, and conclusions, thus enabling readers to determine the relevance of the content of the article. Special articles and other collaborations must include descriptive abstracts of up to 200 words.

Case reports must include abstracts of up to 100 words.

Abstracts must be submitted in English and Portuguese.

Body of the article

Original articles and communications must be organized according the "IMRAD" format: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion.

The introduction must state the objectives of the study being described and its importance; also, a review of relevant literature and the development of the topic must be presented in the Introduction.

In Materials and Methods, authors should describe in detail procedures, statistics, and other forms of analysis employed, so as to allow duplication of the experiment being described by other authors.

Results must present, without comments, the data obtained following the experiments

described in Materials and Methods.

In the Discussion, authors will comment on the results and the relationship with data from the review of literature. Conclusions will be described in this section (unless authors include a separate Conclusions section). New and original aspects presented in the article should be emphasized. Data presented in previous sections such as Introduction and Results should not be repeated exhaustively in the Discussion.

Acknowledgments

These should be included at the end of the manuscript if relevant, e.g., to acknowledge financial support. Persons who have contributed intellectually to the work but whose contributions do not justify authorship should be named in this section.

References

References should be included to identify the source of concepts, methods, and technical procedures previously described and published; to base facts and opinions; and to guide readers interested in learning more about specific points mentioned in the article. References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Inside the text, references will appear in parentheses: "As several authors (1, 4, 7) have noted..." References which appear for the first time in tables or figures must be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure.

GUIDELINES FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

Examples of different types of references are shown below:

Articles in journal

Standard journal article

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

If the article has more than six authors, the first three names should be cited followed by "et al.":

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Organization as author:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No author given

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Volume with supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Issue with supplement

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Letters and other special articles

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's

disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

Books and other monographs

Personal author(s)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor(s), compiler(s) as author(s)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. Pp. 465-78.

Conference proceedings

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Conference paper

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertation

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St

Louis (MO): Washington Univ; 1995.

Other published materials

Newspaper article

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col 5).

Audiovisual material

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Forthcoming publications

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Electronic material

Journal article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Monograph in electronic format

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Tables

Tables should be typed on separate pages and numbered consecutively using Arabic numerals (table 1, table 2, etc.). All tables must be mentioned in the text. Abbreviations should be explained in footnotes at the end of the table. For footnotes, use superscript letters.

Figures

Should be submitted with their legends on separate pages. Figures should be professionally drawn or printed on a laser printer. All figures must be cited in the text and numbered consecutively using Arabic numerals (figure 1, figure 2, etc.).

Abbreviations

Abbreviations should be avoided. However, if used, they should be

introduced in parentheses immediately after the term they stand for, when it appears in the text for the first time. The title should not contain abbreviations. In tables and figures, all abbreviations should be defined in footnotes or in the legend.

Human and animal experiments

Authors should follow the Declaration of Helsinki and the Guiding Principles in the Care

and Use of Animals (DHEW Publication, NIH, 80-23). The editors have the right not to accept papers if the principles described in these documents are not respected.

Compilation of these guidelines was based on: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Can Med Assoc J* 1997;156(2):270-7.

CHECKLIST

Please read the guidelines for manuscript submission before completing this list. Attach the completed list to the original manuscript and to the revised version.

Corresponding author:

Date:

Telephone:

Fax/email:

FACE PAGE

- Title of the article;
- Full names of all authors, with credentials and institutional affiliation;
- Full address, telephone and email of corresponding author.

BODY OF THE ARTICLE

- Abstract and key-words in English and Portuguese;
- Tables are numbered with Arabic numerals. All abbreviations have been explained in notes at the end of the table and indicated with superscript letters;
- Figures are numbered with Arabic numerals;

- The text is organized according to the IMRAD style;
- There are no abbreviations in the title or summary;
- In the text, terms to be abbreviated are written out the first time they appear, followed by abbreviation in parentheses. The same abbreviations are used consistently throughout the article, and in the tables and figures;
- Patients are identified by numbers, not by initials.

REFERENCES

- All citations are indicated in the text with Arabic numerals, in order of appearance;
- References were checked and carefully formatted. Titles of

journals were abbreviated according to the Index Medicus;

- The names of all authors were listed in each reference. When there are more than six authors, the six three names have been listed, followed by *et al.*

GENERAL FORMAT

- The manuscript is typed double-spaced on A4 (21 x 29.7 cm) pages with 2.5 cm margins;
- Two copies of the text, tables and figures are being sent to *Revista HCPA*;
- This list was completed and signed by all authors, and will be included with the copies of the manuscript and a covering letter addressed to the Editor.

COPYRIGHT

When signing this form authors will be transferring copyrights to *Revista HCPA*. Authors are allowed to resubmit or submit a condensed version of this same article to other publications, provided that a footnote on the title page of the secondary version acknowledges that the paper has been published previously and states the primary reference. Below, please write the names of all authors. Each author must sign and date this form.

ANÚNCIO