



1290000684



TCC/UNICAMP D615p



INSTITUTO DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

PARTICIPAÇÃO E QUALIDADE NA SAÚDE:
Um Estudo de Caso

Monografia do aluno Eduardo José Diniz.

pelo Prof. Dr. Jorge Ruben Biton Tapia.

TCC/UNICAMP
D615p
IE/684

CEDOC/IE

Sumário

PROJETO DE PESQUISA	2
OBJETIVOS	2
HIPÓTESES	3
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
JUSTIFICATIVA	8
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
A QUALIDADE DO SERVIÇO	11
INDICADORES DE QUALIDADE	11
<i>GRAU DE RESOLUTIBILIDADE</i>	12
<i>EXAMES POR CONSULTA</i>	13
<i>CUSTO MÉDIO</i>	14
<i>VISITAS DOMICILIARES POR CONSULTA</i>	15
<i>AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</i>	16
<i>ATENDIMENTO EM GRUPO</i>	17
A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE	18
<i>ATENDIMENTO</i>	18
<i>INSTALAÇÕES</i>	21
<i>TEMPO DE ESPERA</i>	23
<i>MOTIVAÇÃO</i>	25
OS CONSELHOS LOCAIS	27
CONCLUSÃO	30
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	35
INDICADORES DE QUALIDADE	35
<i>INDICADORES ESTIMADOS PARA JULHO DE 95</i>	35
<i>SÉRIE DE VALORES REAIS</i>	36
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE	37
REQUERIMENTO À SECRETARIA DE SAÚDE	39
QUESTIONÁRIO	40

Projeto de Pesquisa

Objetivos

Esta pesquisa pretende relacionar o comportamento de duas variáveis, sejam elas: a participação da população beneficiária e dos funcionários na gestão do serviço primário de saúde, via CLS, e a qualidade do atendimento das unidades em questão.

O conceito de qualidade que empregaremos engloba:

1) O nível de eficiência, entendida, como descreve de André (1993):

"(Eficiência) é a capacidade de produção da entidade (garantida uma qualidade constante) de bens e serviços, com o uso, o mais racional possível de um conjunto de insumos necessários a essa produção".

A importância desse aspecto está relacionada à restrição orçamentária grave pela qual vem passando o serviço público de saúde no período recente. Chamamos esse aspecto de qualidade do processo;

2) O cumprimento de metas relacionadas com variáveis relevantes. Como exemplo, usamos anteriormente em nossa argumentação o índice de mortalidade da região de atuação da unidade de saúde. Para o estudo que nos propusemos a empreender, elaboramos um conjunto de índices expostos na seção reservada aos procedimentos metodológicos;

3) A avaliação subjetiva que a população faz da qualidade do atendimento. Colheremos tais impressões através de entrevistas com amostras da população atendida nos postos.

Para estabelecer a relação participação - qualidade recorreremos a uma comparação, no que se refere ao conceito de qualidade tal como definimos e através das variáveis que mencionamos, entre duas unidades de atendimento primário que apresentem conformações distintas no funcionamento dos seus respectivos Conselhos Gestores. Funcionamento este que será avaliado semelhantemente a como Genovez (1993) faz na sua dissertação de mestrado com relação aos Conselhos escolares da cidade de Bauru.¹

¹ A autora confronta as atas das reuniões dos Conselhos escolares da cidade de Bauru com as atribuições para as quais foram criados conforme a lei que os rege. A partir disso, elabora uma classificação para os tipos de reunião verificadas. Tal classificação revela claramente os padrões de funcionamento dos Conselhos o que permite uma análise dos seus resultados como a que pretendemos empreender no decorrer dessa pesquisa.

Nosso objetivo pode ser recolocado, então, em termos mais específicos, da seguinte forma: Por um lado, queremos apontar como são os procedimentos dos CLS que estudarmos. Por outro lado, queremos quantificar, mesmo que precariamente, o nível de qualidade dos postos. E, finalmente, procuraremos relacionar as diferenças na qualidade com as especificidades do funcionamento dos respectivos Conselhos.

Hipóteses

Como hipótese principal assumimos que participação da população beneficiária e dos funcionários na gestão do serviço primário de saúde gera efeitos positivos na qualidade do atendimento das unidades que prestam tal serviço - os Postos ou Centros de Saúde. Além disso, assumimos também que, da forma como está regulamentado seu funcionamento, os Conselhos Locais de Saúde, uma das formas técnico-administrativas em experimentação para envolver os beneficiários e funcionários com a gestão dos serviços públicos de Saúde, representa bons parâmetros para a gestão participativa.

Revisão bibliográfica

O processo de reabertura política tem como uma de suas faces a reconquista de participação por parte da opinião pública. A liberdade de expressão trouxe, junto com a liberdade de imprensa, a reabertura de canais de diálogo e participação dos movimentos populares com as agências estatais, principalmente a partir das eleições estaduais de 82. Naquele momento, uma das grandes formas de articulação das agências com os movimentos foi a criação dos conselhos de participação

Tal processo culmina com a Constituição de 88 definindo os serviços da Seguridade Social, onde inclui-se a Saúde, como "...um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade..."² É bem verdade que desde as eleições estaduais de 82 as agências estaduais vem mudando sua relação com o público³, no entanto, é após 88 que se

² Brasil, Constituição, cap. II, artigo 194

³ Para uma descrição bastante detalhada da luta do movimento de saúde da região leste de São Paulo que culmina na construção de postos de saúde e na implantação de conselhos eleitos pela comunidade para acompanhar seu funcionamento veja o trabalho de Jacobi (1989: 128 e segs.).

dissemina, tornando-se praticamente obrigatório⁴, a figura do Conselho Gestor, também denominado Conselho de Saúde.

Presentes em todos os níveis de governo e podendo ser articulados a nível distrital e até por unidade, os Conselhos são paritários, ou seja, o total dos representantes da população deve ser igual à soma dos representantes dos demais segmentos⁵ e sua atribuição, em termos gerais, assim como o define a Lei nº 8142 artigo 1º parágrafo 2º, é “atua(r) na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...”.

Na Lei Orgânica do Município de Campinas o Conselho Municipal de Saúde, bem como os conselhos locais, estão previstos no artigo 211 e são regulamentados respectivamente pelas leis 6369 de 27 de dezembro de 1990 e 6547 de 02 de julho de 1991.

Em paralelo com o processo de estruturação dos Conselhos Gestores vem se elaborando métodos e conceitos, que têm sido amplamente difundidos no meio empresarial, e que assumiram várias formas mas, sobretudo, a que se denomina Gestão da Qualidade Total. Grosso modo poder-se-ia dizer que são métodos para o controle da variabilidade dos produtos (bens e serviços) que estão sendo produzidos, dados certos padrões técnicos, partindo de uma preocupação explícita em atender as necessidades dos consumidores e através de um envolvimento de todos os funcionários da empresa desde a gerência aos trabalhadores de linha.⁶

Relacionar o conceito de Gestão da Qualidade Total aos serviços de Saúde é tarefa um tanto delicada dadas as especificidades da atividade de saúde, tais como: 1) Uma boa parte dos hospitais e serviços de Saúde não são movidos pela busca do lucro nem estão sobre pressão de alguma concorrente potencial, o que elimina um dos principais fatores que determinam o investimento em GQT; 2) Não há como padronizar o conjunto de atividades clínicas no sentido que cada paciente apresenta um quadro específico sobre o qual médico tem que arbitrar; 3) O grupo de agentes que executam serviços de Saúde é muito heterogêneo resultando em interesses e motivações muitas vezes contrários que dificultam a construção de um espírito de

⁴ A Lei nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990 no seu artigo 4º vincula o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados a cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal a existência de Conselhos de Saúde organizados em cada esfera de governo.

⁵ Lei nº 8142 artigo 1º parágrafo 4º.

⁶ Para uma melhor visão da Gestão da Qualidade Total e síntese do principais autores veja Nogueira, R. (1994: 1-6 e 19-36)

equipe que exige um processo de GQT; 4) Além disso, o consumidor dos serviços de Saúde não está em condições ou não tem conhecimentos técnicos necessários para avaliar a adequação do serviço às suas necessidades.⁷

No entanto, colocando a questão em outros termos, a GQT pode ser pensada como estando voltada para a qualidade como resultado, de tal forma ela não é mais algo pressuposto nos agentes, algo intrínseco à cultura médica. Boa formação e equipamentos *high-tech* não são condições suficientes para a qualidade do ato médico. Ainda que o ato médico não seja padronizável, há estatísticas às quais podem se vincular metas que só serão atingidas com base em um esforço coletivo, como a redução do índice de mortalidade na área de atuação da unidade de Saúde, por exemplo. Por outro lado, a falta de pressão concorrencial pode ser bem compensada por um nível de fiscalização adequado da parte das entidades públicas.⁸ Além disso, a desinformação dos consumidores em relação à técnica médica pode ser compensada por um esforço de informar a comunidade sobre a *práxis* médica. Dessa forma, julgamos possível a implantação de um processo de GQT em unidades de prestação de serviços de Saúde lançando-se mão de metas objetivas baseadas inclusive em metodologias estatísticas específicas e com preocupações subjetivas tais como: 1) Criar e manter consciência entre todos os agentes da unidade de Saúde das propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados; 2) satisfazer as necessidades emergentes e demandas explícitas dos usuários, entre outros.⁹

A figura dos Conselhos Gestores, da forma como foram regulamentados, representam, incontestavelmente, um avanço na gestão da rede de serviços públicos do país. Mais ainda, representam, ou ao menos tem potencial para tanto, o *locus* apropriado para a operacionalização de algo como um processo de GQT nas unidades, no caso dos Conselhos Locais, e mesmo nas outras instâncias do sistema de Saúde pública brasileiro, caso dos demais

⁷ Nogueira, R. (1994)

⁸ Os contratos de gestão são bons exemplos de um controle adequado das entidades públicas, através de compromissos acordados entre o Estado e as mesmas, nos quais o devido cumprimento de objetivos previamente estipulados dentro do período de validade do contrato, sendo o cumprimento avaliado segundo uma série de índices referentes aos conceitos de efetividade, eficácia e eficiência, tem a contrapartida de um aumento da autonomia de gestão para a entidade. Desde 86 existem contratos de gestão no Estado de São Paulo e dentre as unidades que fazem parte do programa figuram, inclusive, entidades de saúde pública. Para saber mais sobre Contratos de Gestão e a experiência da Secretaria Estadual de Planejamento de São Paulo veja o artigo da autora de André, M. (1993) no Boletim de Conjuntura, publicação do IEI-UFRJ, volume 13 número 2 de julho de 93.

⁹ Nogueira, R. (1994)

conselhos. Daqui por diante nessa pesquisa nos limitaremos a tratar dos Conselhos Locais nas suas potencialidades no que se refere à articulação de um processo de implantação da GQT.

Aos Conselhos Locais de Saúde de Campinas, segundo a lei 6547 de 2 de Junho de 91, “... compete o acompanhamento, avaliação, indicação de prioridades para as ações de Saúde a serem executadas pela unidade”.¹⁰ A composição dos CLS será “... tripartite com representação da administração, dos trabalhadores da Saúde e da comunidade, na proporção de 1:1:2, respectivamente”.¹¹ O artigo 8º, que descreve as atribuições dos CLS, é um artigo muito longo e dele destacamos somente os incisos I e III, respectivamente:

São atribuições do CLS: “Acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido pela unidade no seu todo, para cada conjunto ou atividades das equipes com base em parâmetros de qualidades, cobertura e cumprimento das metas estabelecidas, tendo em vista o atendimento das prioridades e necessidades da população local”; e “Estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade no seu todo, para cada conjunto ou atividade, e cada funcionário, e com base em parâmetros de qualidade, cobertura e cumprimento das metas estabelecidas, deliberando-se mecanismos claramente definidos para a correção das distorções, tendo em vista o atendimento das prioridades e necessidades da população local”.

Pode-se argumentar que a participação direta e majoritária da população local na composição do CLS é um mecanismo eficaz para adaptar as práticas da unidade às necessidades dos consumidores o que é mais ainda enfatizado pela forma como o art. 8º expõe o próprio fim último do CLS. Além disso, havendo um canal formal de comunicação entre a comunidade e a unidade de Saúde, pode-se dirigir os serviços de acordo com as especificidades da comunidade, mais ainda, pode-se interceder diretamente ou dar subsídios a outros serviços públicos para que assim o façam, com ações de Saúde preventiva e/ou de saneamento quando e se houver necessidade, dessa forma, contribuindo para a eficiência da unidade. Sem mencionar a forte fiscalização que a comunidade, através do CLS, está apta a exercer sobre a administração.

Por outro lado, a participação dos funcionários no CLS pode ser relacionada a ganhos de qualidade e de eficiência da mesma forma que se faz nos processos de GQT. Os trabalhadores estão aptos a contribuir para identificar as causas de um possível mau desempenho de tal forma que o Conselho pode servir ao propósito tanto de viabilizar a tomada de conhecimento por parte dos funcionários da vontade dos consumidores como, também,

¹⁰ Artigo 2º.

¹¹ Artigo 5º.

servir de canal formal através do qual as sugestões dos funcionários possam vir a ser adotadas pela administração. A motivação para o envolvimento em tal programa pode ser a possibilidade de colocar em discussão demandas próprias tais como melhores salários, benefícios e bem-estar geral no trabalho.

Iniciativas, tais como mobilização e motivação dos trabalhadores, do treinamento necessário, da conscientização sobre a contribuição específica de cada segmento dos trabalhadores e sua importância no processo geral de “salvar vidas” que requer um programa de GQT, são parte das atribuições da administração, o que pode comprometer a realização das potencialidades do CLS nos moldes de um processo de GQT. No entanto, está claro que sem um envolvimento marcante da diretoria também na iniciativa privada fracassam tais programas. Portanto, desconsiderando-se determinantes mais subjetivos, parece claro que as prerrogativas dos CLS em muito se assemelham aos método de GQT.

Na literatura que nos chegou ao conhecimento, até o presente momento, não encontramos senão referências passageiras sobre tentativas de relacionamento dos graus de eficiência e da qualidade do atendimento aos Conselhos Gestores no que se refere ao serviço de Saúde. Há aquelas que relacionam dentre os objetivos dos Conselhos a busca de qualidade, tais como: “Existem objetivos (...) para o Conselho Gestor como (...) organizar os serviços (...) atendendo às necessidades prioritárias da população”.¹² Jacobi, ao descrever a experiência do Jardim Nordeste em São Paulo, expõe o sucesso dos Conselhos através do depoimento de um de seus integrantes: “O posto passou a funcionar direitinho, o médico passou a ficar mais tempo lá e os funcionários atenderam melhor as pessoas...”.¹³

Há ainda uma dissertação apresentada à Faculdade de Educação da UNICAMP da autoria de Genovez (1993), citada anteriormente, à qual devemos parte dos nossos procedimentos metodológicos, que analisa a participação nos Conselhos escolares da cidade de Bauru. A autora lança mão de procedimentos estatísticos para tentar quantificar contribuição dos Conselhos no processo decisório das escolas chegando a algumas conclusões sobre sua influência nas práticas escolares, das quais destaco as seguintes: “...na maioria das vezes (a atuação do Conselho) consistiu de um ritualismo com características meramente formais ou arbitrárias (...) (apenas homologando) decisões ligadas a questões administrativas e pedagógicas”.¹⁴ No entanto, a autora considera que além do “...Conselho (ser) um espaço privilegiado para (...) discussão de problemas e busca de soluções (...) não se pode esquecer ,

¹² Conselho Regional de Saúde da ARS-5.

¹³ Jacobi, P.(1989: 109-110).

¹⁴ Genovez, M. (1993).

que, embora de maneira frágil, a participação ritualística (...) poderá até resultar em divisão de responsabilidades (...) e um 'despertar' para a verdadeira participação".¹⁵ Para tanto a autora considera necessário que se conjuguem esforços no sentido de efetivar os canais participativos haja vista que, como a própria afirma ter concluído em seu trabalho, a simples existência da prerrogativa legal não é capaz de gerar a mudança

Outra referência interessante, no entanto muito generalista, é a do cientista político americano Putnam (1994). Ele defende que nas regiões onde os cidadãos são mais engajados civicamente, ou seja, nas regiões que têm mais "capital social", as instâncias de governo funcionam melhor e embasa tal posição com estudos empíricos desenvolvidos na Itália.¹⁶

Temos, portanto, nestas referências, ainda que escassas, importantes contribuições para o desenrolar dessa pesquisa.

Justificativa

Surgiram no meio científico internacional várias interpretações sobre a participação da sociedade nas esferas de governo. Uma das mais interessantes é a da Escola de Frankfurt cuja contribuição mais notória é a de Habermas (1987). Para o autor o fenecimento da utopia do trabalho provocou uma crise tal na estrutura do Estado porque "...essas relações de cooperação (internas às classes) tem se desagregado tanto quanto possível nesse meio tempo; e é de certa maneira duvidoso que sua capacidade de instituir solidariedade (...) possa ser restaurada".¹⁷ Dessa forma, uma reforma bem sucedida do Estado social deve respeitar os laços de solidariedade que vem se criando na sociedade estruturando-se a arena de competição política e a estrutura de Estado como uma arena de comunicação. Tal paradigma prioriza, portanto, a autonomia dos movimentos populares e a participação vistas como capazes de demarcar uma boa fronteira para "... o intercâmbio entre sistema e mundo da vida".¹⁸

Outra interpretação relevante é aquela de Putnam (1994) descrita acima apenas de maneira muito breve.

¹⁵ Genovez, M. (1993: 99-101).

¹⁶ Putnam, R. (1994)

¹⁷ Habermas, J. (1987: 114).

¹⁸ Habermas, J. (1987: 112).

Além dos pontos que as interpretações mais teóricas ressaltam como relevantes, a participação da comunidade na gestão dos serviços públicos tem sido vista, principalmente, como um meio para racionalização dos serviços públicos.

De fato, várias fórmulas técnico-administrativas foram experimentadas para lidar com o que Machado (1998), em artigo na Revista de Administração Pública, chamou de dificuldades de operacionalização do “agir comunicativo” numa alusão a um conceito do próprio Habermas. Entre elas figuram a municipalização, as comissões de alto, médio e baixo níveis, além dos Conselhos.

Dessa forma consideramos de grande importância a avaliação da validade dos Conselhos enquanto veículos de um processo, além de claramente democrático, de racionalização dos gastos públicos e de garantia de qualidade numa conjuntura de aprofundamento da cultura democrática e rigidez nas contas públicas.

Por outro lado, acreditamos que nossa pesquisa seja relevante, e talvez essa seja sua maior contribuição, porque pretendemos sistematizar uma metodologia de avaliação de eficiência que, segundo afirma de André (1993), é um dos grande problemas em contratos de gestão com entidades de saúde pública, o fato de os contratos “...em geral, não trata(rem) da eficiência de forma clara”.¹⁹

Por fim, gostaria de incluir nessa seção uma justificativa de caráter estritamente pessoal: a preocupação que tenho com a realidade social que me cerca. Tal preocupação em muito contribuiu na escolha do curso de Economia e dentro dele tem me empurrado para temas relacionados às políticas sociais, em especial a Saúde.

Procedimentos metodológicos

Como descrevemos acima, nossa pesquisa se dividirá em duas vertentes paralelas e complementares no cumprimento dos nossos objetivos.

Por um lado, trataremos de avaliar os níveis de qualidade dos postos que estivermos estudando. Para tanto, destacamos os seguintes procedimentos:

1) Pesquisa de campo objetivando coletar dados junto à administração dos postos para o cálculo dos seguintes índices que embasarão nossa inferência sobre a qualidade do

¹⁹ De André, M. (1993: 125).

atendimento: taxas de mortalidade, grau de resolubilidade²⁰ e gasto de material por paciente atendido. Lembramos que podemos incluir outros índices se considerarmos conveniente;

2) Pesquisa de campo através entrevistas com o público das unidades objetivando avaliar a percepção subjetiva da qualidade do atendimento;

3) E cálculo dos índices.

Por outro lado, estamos preocupados em avaliar o processo decisório das unidades em questão, principalmente no que se refere à inserção dos Conselhos neste processo. Para tanto, propomos os seguintes procedimentos:

4) Pesquisa de campo objetivando o acesso às atas das reuniões dos Conselhos;

5) Classificação das reuniões de acordo com a relevância do seu tema relacionado com as funções do CLS como definidas em lei e avaliação do seu funcionamento;

6) Posteriormente, procuraremos relacionar, através da interpretação dos dados que obtivermos, os índices obtidos e o funcionamento verificado dos Conselhos, a participação e a qualidade dos atendimento estabelecendo uma comparação entre as unidades estudadas.

²⁰ Tal índice é citado no artigo "Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida" de Merphy, E.

A Qualidade do Serviço

Indicadores de Qualidade

Para avaliar a qualidade do serviço primário de atendimento de saúde utilizaremos os seguintes indicadores de qualidade:

- Grau de resolubilidade: proporção dos atendimentos que não é encaminhada para outra instância do serviço público de saúde. Trata-se da divisão do número de encaminhamentos para internação, pronto-socorro e consulta em especialidades pelo número total de atendimentos. É utilizado como índice porque demonstra a adequação do serviço de atendimento primário ao perfil de demanda da região de abrangência. No entanto, pode ser questionado²¹ porque privilegia condutas descuidadas seguidas da indicação de medicamentos com um escopo de utilização abrangente, por exemplo, antibióticos.
- Exames por consulta: consiste no número de encaminhamentos para exames dividido pelo total das consultas do ano. É utilizado juntamente com o grau de resolubilidade porque dá subsídios para se inferir sobre a existência de condutas descuidadas.
- Visitas domiciliares por consulta: é o número de visitas domiciliares divididos pelo total de consultas no ano. É utilizado porque representa uma preocupação com um acompanhamento mais próximo do paciente.
- Ações de Vigilância Sanitária por população coberta: Trata-se do número de ações de Vigilância Sanitária dividido pela população da área de abrangência. É utilizado porque representa a preocupação da saúde em tratar preventivamente a comunidade e também porque é o elo de ligação entre a saúde e demais órgãos do serviço público responsáveis pela infra-estrutura sanitária da cidade.
- Atendimento em Grupo por consulta: É o número de pessoas envolvidas em grupos de atendimento dividido pelo total de atendimentos do ano. É utilizado por representar uma relação de proximidade, bem como, de cuidado contínuo com pacientes portadores de doenças que necessitam cuidados contínuos como diabetes, hipertensão, entre outras.

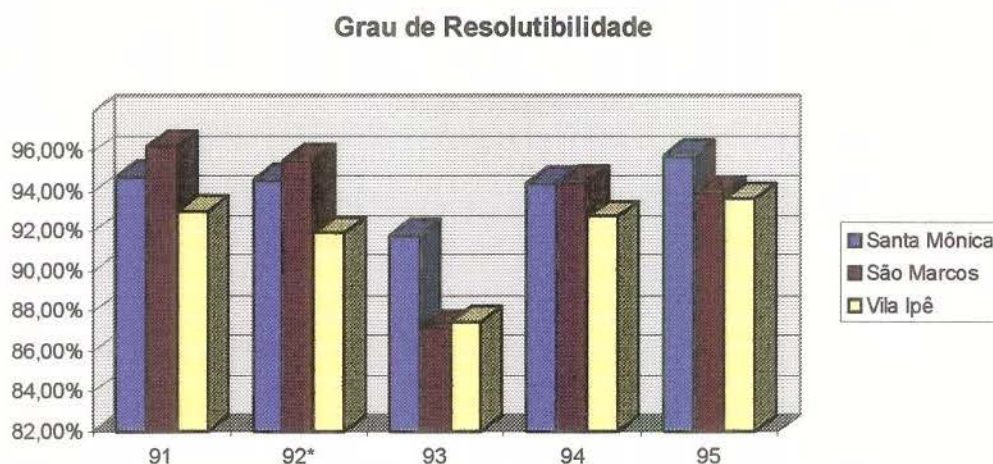
²¹ Agradeço à Dra Haydée essa interpretação. No entanto, redimo-a de qualquer responsabilidade sobre as opiniões aqui expressadas que são de minha inteira responsabilidade.

Esse são os indicadores para os quais pudemos construir séries com os dados de produção reais disponíveis nos arquivos do Departamento de Informação e Desenvolvimento da Secretaria de Saúde de Campinas. Além desses, utilizaremos dados estimados para o custo médio dos CS's discriminados por categorias, a saber: medicamentos por consulta, medicamentos por população na área de abrangência, material de enfermagem por procedimento e material de enfermagem por população. Estes são dados estimados para o mês de Julho de 95 e foram disponibilizados pela Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde. Serão utilizados por darem uma idéia do custo das unidades e por darem subsídio complementar para a inferência sobre as condutas médicas que prevalecem nos CS's abordados quanto à medicação conforme discutido acima.

Utilizaremos gráficos dos resultados dos indicadores durante a análise que se segue. Os dados que deram origem a essas tabelas bem como seus cálculos encontram-se em anexo ao final deste trabalho. Passemos agora à análise dos resultados encontrados para cada índice mencionados acima.

Grau de resolubilidade

Os resultados para este indicador podem ser visualizados no gráfico que se segue:



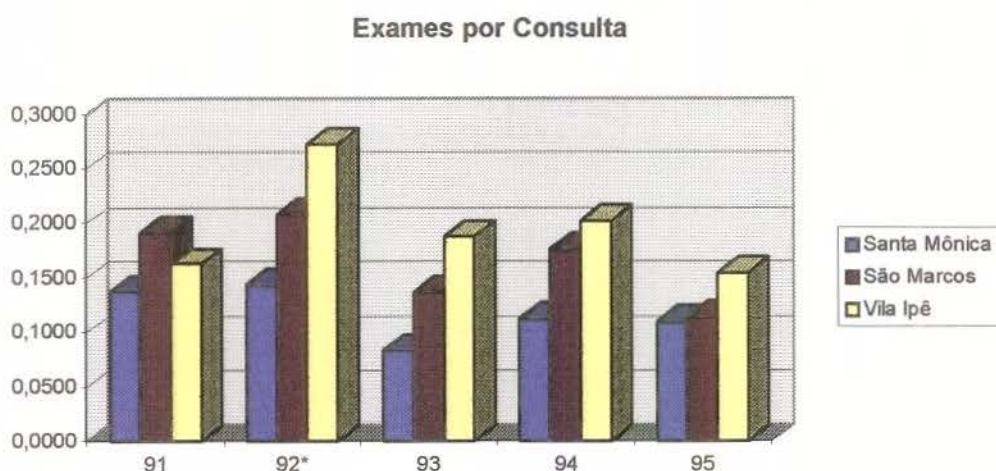
Percebe-se, claramente, uma relativa continuidade nos resultados deste índice, excetuando-se o ano de 93 que é sabido conter um desvio pela mudança no padrão de coleta de dados. Ademais observa-se também uma proximidade entre os valores para os três CS's com o São Marcos e o Santa Mônica, nessa ordem, situando-se num patamar ligeiramente mais elevado que o Vila Ipê, exceção feita à 93 e ao último ano quando o São Marcos cai aproximando-se do patamar da Vila Ipê.

A partir disso, podemos inferir um padrão de resolubilidade melhor para o São Marcos e o Santa Mônica. Pode-se atribuir tal resultado a um perfil de doenças apresentadas de mais simples diagnóstico no São Marcos e no Santa Mônica. No entanto, apesar de alertados sobre as diferenças, principalmente no que se refere à renda e condições sanitárias e de habitação, nas regiões de abrangência dos três CS's, não acreditamos em um desvio muito pronunciado por este motivo já que existem regiões favelizadas na área de abrangência do Vila Ipê. Ademais, a existência de tal especificidade justificaria diferenças entre São Marcos e Santa Mônica com relação ao Vila Ipê e não entre o São Marcos e o Santa Mônica de tal forma que a análise ainda permanece válida.

Como discutimos anteriormente, tal indicador é questionável na medida que este resultado pode representar a existência nos CS's mais bem colocados, São Marcos e Santa Mônica, de uma conduta prevalente de medicação indiscriminada. Para que façamos uma inferência mais clara sobre essa possibilidade vejamos a seguir os indicadores exames por consulta e custo médio estimado.

Exames por Consulta

Os resultados para este indicador encontram-se no gráfico abaixo:



Essa série demonstra haver no Vila Ipê uma preocupação maior com os procedimentos de diagnose seguida do São Marcos e menor no Santa Mônica. Tal resultado corrobora, em se tratando do Vila Ipê, o índice obtido para o grau de resolubilidade. Mesmo sendo correto que a cura seja obtida com mais facilidade a partir de uma diagnose correta o que influenciaria positivamente o grau de resolubilidade, a influência preponderante do índice exames por consulta sobre o grau de resolubilidade tende a ser negativa já que demonstra a menor

ocorrência de medicação indiscriminada, baseada principalmente em medicamentos de grande escopo de utilização.

O caso do São Marcos é diferente. Apesar de manter índices altos de resolubilidade o índice de exames por consulta apresenta-se em um nível médio o que parece descreditar o raciocínio da medicação indiscriminada. É relevante, nesse pormenor, a sensível queda do índice de resolubilidade no ano de 95 aproximando o São Marcos dos patamares mantidos pelo Vila Ipê.

O caso do Santa Mônica parece dar subsídios para a interpretação que problematiza o indicador grau de resolubilidade. O baixo número de exames por consulta pode ser interpretado como uma falha nos procedimentos de diagnose. Isto pode, por sua vez, ser tomado como uma indicação de conduta voltada ao uso de medicamentos de largo escopo de utilização, como antibióticos por exemplo, o que tenderia a gerar um padrão de resolubilidade mais alto.

Preocupante é a trajetória descendente para os três CS's que apresenta o número de exames por consulta. Como cai também em termos absolutos²², pode-se sugerir duas hipóteses para este fenômeno, a primeira é efeito da pressão causada pelo aumento da demanda pelo serviço de atendimento primário plenamente comprovada pela evolução do número de atendimentos²³, e outra é o agravamento geral da crise do sistema de saúde que restringe a oferta de serviços de exame.

Um recurso posterior para essas hipóteses podem ser subtraídos do próximo indicador, o custo médio estimado.

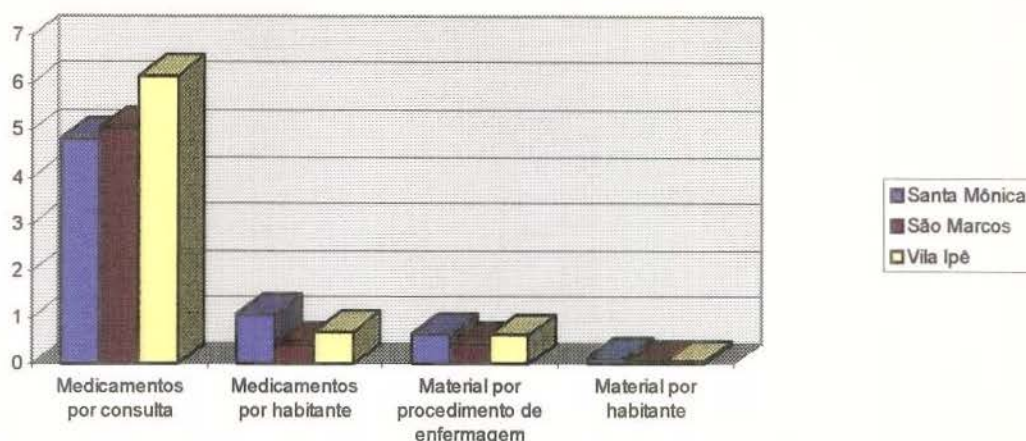
Custo Médio

Os dados dos gráfico a seguir são estimados para Julho de 95:

²² Veja tabela de dados em anexo.

²³ Veja tabela de dados em anexo.

Custo Médio



O gasto em medicamentos por consulta é maior no Vila Ipê seguido pelo São Marcos e pelo Santa Mônica. Quando o divisor é a população da área de abrangência essa relação se inverte com o Santa Mônica em primeiro seguido do Vila Ipê e do São Marcos posto que a população do Santa Mônica é substancialmente menor que os outros dois (sendo o Vila Ipê o primeiro neste quesito).

Quanto ao gasto com material de enfermagem, encontram-se todos no mesmo nível com alguma vantagem para o São Marcos que gasta menos por consulta e o Santa Mônica gastando mais por população efeito, novamente, da sua reduzida população de abrangência.

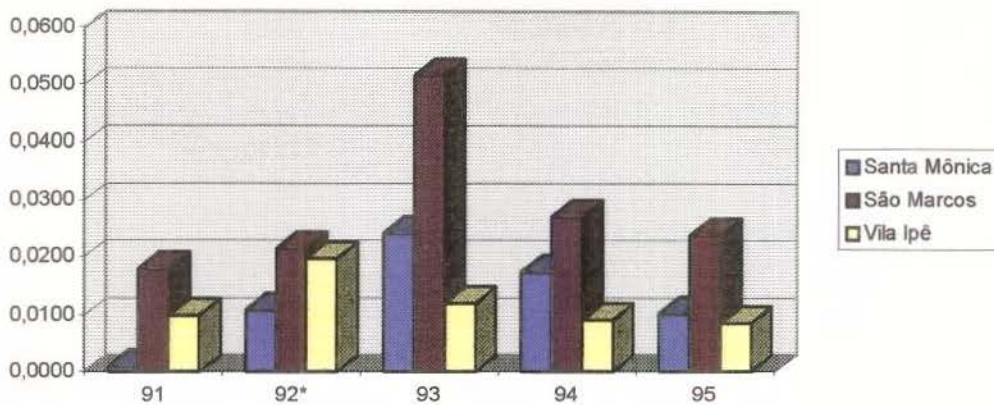
Tais números problematizam a interpretação anterior sobre medicação no Santa Mônica já que gasta menos em medicamento por consulta do que o São Marcos e Vila Ipê. No entanto, a diferença é pequena (R\$ 0,23 a menos por paciente com relação ao São Marcos e R\$ 1,33 com relação ao Vila Ipê). Ademais, o déficit de medicamentos e de atendimento de saúde é grande, como é sabido. Não é por outro motivo que se argumenta que grande parte da demanda da população junto às unidades seja por mais remédio (o que é um dos desvios do modelo de assistência à saúde brasileiro). Por este motivo, acreditamos que, com relação aos medicamentos, não há quase espaço para redução de seu uso diminuindo a importância deste argumento em investigações sobre a qualidade do atendimento.

Passemos agora ao indicador seguinte, Visitas Domiciliares como proporção do número de atendimentos.

Visitas domiciliares por consulta

Os resultados para este índice encontra-se no gráfico abaixo:

Visitas Domiciliares por população atendida



O São Marcos mantém em todos os anos a liderança no atendimento dos pacientes em suas próprias casas. O Santa Mônica e o Vila Ipê revezam-se na segunda colocação. De fato, tal procedimento é privilegiado sob a ótica da atual Coordenadora do São Marcos que, em uma de nossas conversas, disse não poder fazer todas as visitas que acha necessárias já que o CS só uma vez por semana tem um veículo disponível para tal fim.

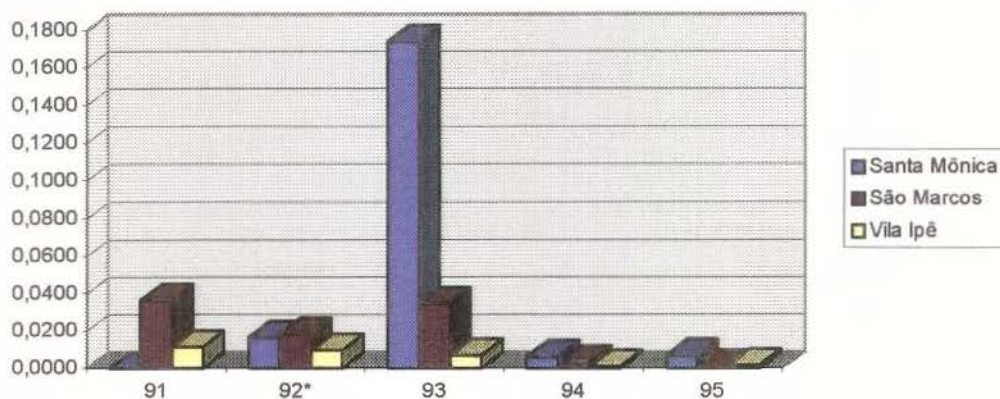
Mesmo não se considerando o desvio no ano de 93, nota-se uma ligeira queda na trajetória deste indicador o que causa novamente uma certa preocupação e reforça a hipótese de ter havido uma queda na qualidade geral do atendimento primário da cidade de 93 para cá.

Há que se notar, por fim, que o número de visitas domiciliares é muito pequena limitando-se em média a dois atendimentos a cada cem consultas realizadas nos CS's.

Ações de Vigilância Sanitária

Os dados para este indicador encontram-se no gráfico abaixo:

Ações de Vigilância Sanitária por população coberta



O primeiro ponto que chama a atenção quando analisa-se este indicador é a dramática queda que sofre durante o período. Tal queda é mais dramática no que se refere ao São Marcos que de líder neste quesito cai ano após ano até o número absoluto de 17 ações de vigilância sanitária no ano de 95. Os outros dois CS's apresentam um ligeiro acréscimo nos seus índices de 94 para 95.

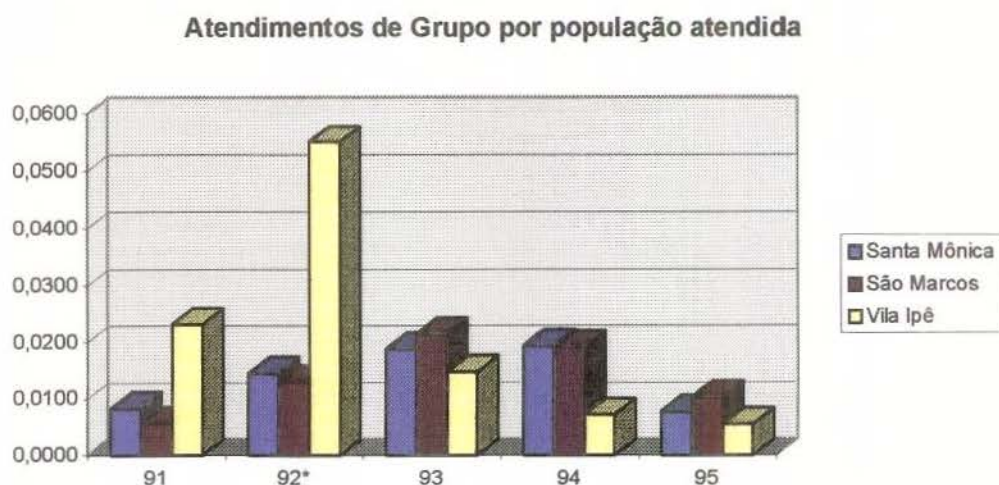
Há que se ressaltar que tal queda é ainda mais dramática se levarmos em conta que o número de pessoas na área de abrangência é uma estimativa referente ao ano de 95. Considerando-se que a população vem mantendo, de fato, uma trajetória ascendente durante o período o número relativo de ações de vigilância cai ainda mais acentuadamente com, de um lado, a queda em seus valores absolutos e, de outro, o crescimento populacional.

Há que se dizer que neste indicador o Santa Mônica mantém liderança principalmente resistindo à queda verificada em geral embora o pico verificado no ano de 93 ser possivelmente causado pela mudança no padrão de coleta de dados. O São Marcos, por sua vez, apresenta uma queda bastante acentuada e o Vila Ipê sofre uma queda, porém, menos dramática.

Novamente, como no caso do indicador para Visitas Domiciliares, o número de Ações de Vigilância Sanitária é muito baixo variando entre 3 ações para cada 100 habitantes nos melhores anos e 3 ações para cada 1000 no ano passado.

Atendimento em Grupo

Os valores para o indicador atendimentos em grupo por população atendida encontram-se no gráfico abaixo:



Há uma clara predominância desse tipo de atendimento no CS Vila Ipê até 92. Já em 93, o Vila Ipê passa ao terceiro lugar neste indicador. A partir de então o São Marcos mantém

uma certa liderança à exceção de 94 quando empata com o Santa Mônica em números relativos.

Observa-se novamente a queda geral neste índice fato que é verdadeiro mesmo em números absolutos, ou seja, mesmo não considerando-se o aumento do número de atendimentos.

A Percepção da Qualidade

Para trabalhar a percepção subjetiva da qualidade entre os usuários dos CS's abordados aplicamos o questionário que encontra-se em anexo em uma amostra de 20 pessoas em cada CS.

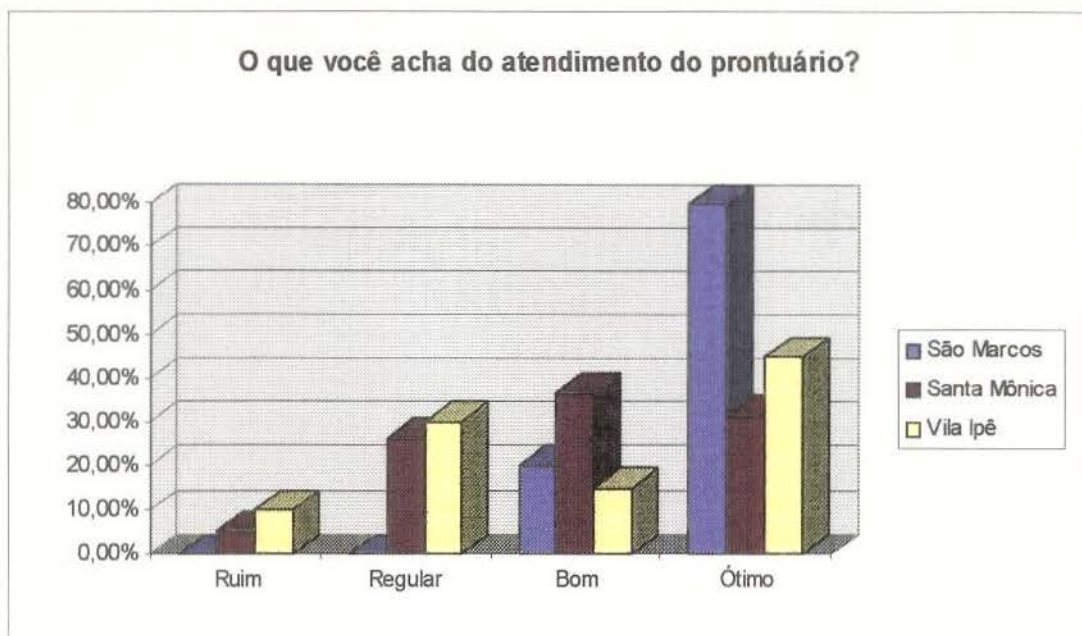
A análise que se segue abrange a percepção da qualidade através das principais questões presentes no questionário em quatro vertentes, sejam elas:

- O atendimento: dos atendentes do prontuário, das enfermeiras, dos médicos e da farmácia (incluindo aí a controversa questão dos medicamentos);
- As instalações: da sala de espera, do consultório e a limpeza geral do CS;
- O tempo de espera: para agendamento de consulta e para o atendimento na data da mesma e;
- A motivação: por que procura o serviço e se o indicaria aos conhecidos.

Passemos agora à análise do resultado das entrevistas.

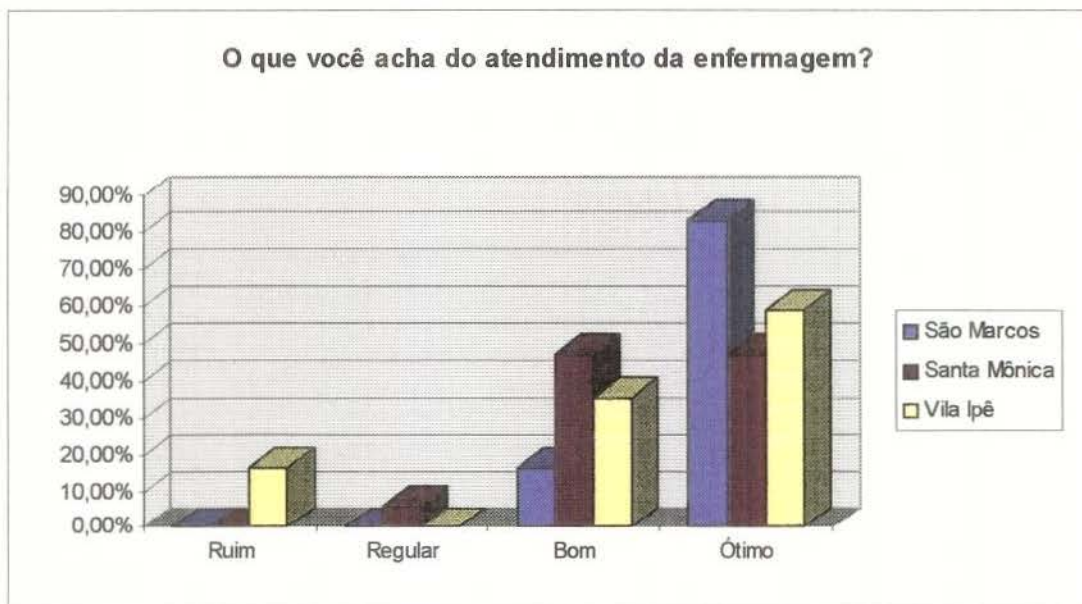
Atendimento

O gráfico abaixo traz os resultados para o atendimento do prontuário:



Claramente percebe-se que o São Marcos vence este quesito. O Vila Ipê aparece em segundo em número de "ótimos" mas é superado pelo Santa Mônica em "bons". Como o Vila Ipê aparece em primeiro em "ruim" e "regular" sua posição com relação ao Santa Mônica é controversa. De fato, comentou-se que o atendimento noturno do Vila Ipê é ruim, o que pode ter causado este resultado.

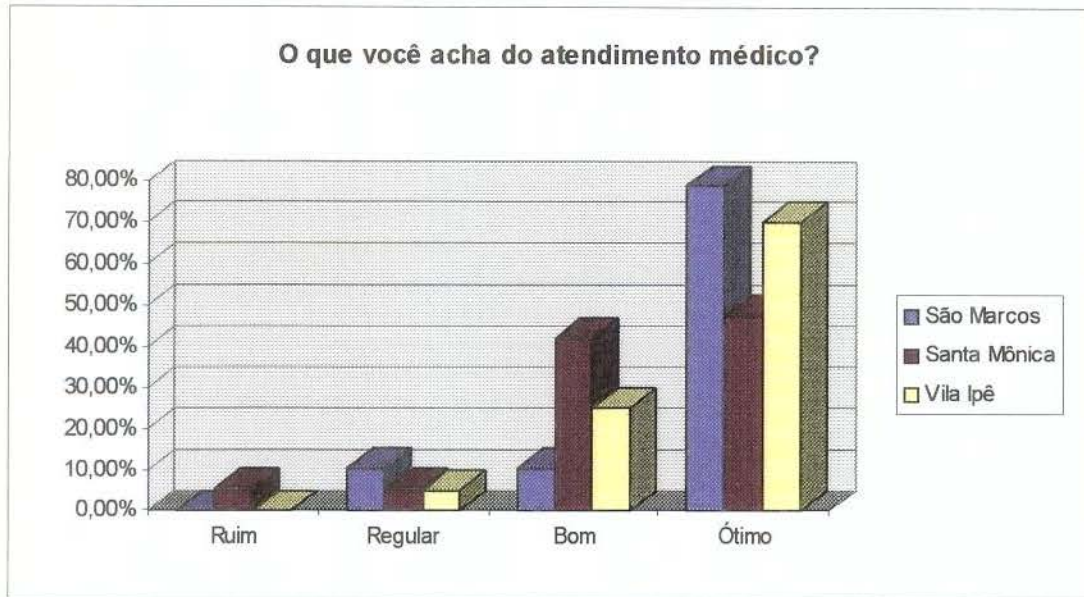
O gráfico seguinte trás dados sobre o atendimento da enfermagem:



Novamente o São Marcos aparece em primeiro lugar. O Vila Ipê segue em segundo em número de ótimos mas é também superado pelo Santa Mônica em número de "bons". Enquanto isso, o Vila Ipê é considerado ruim por quase 17% dos entrevistados enquanto o

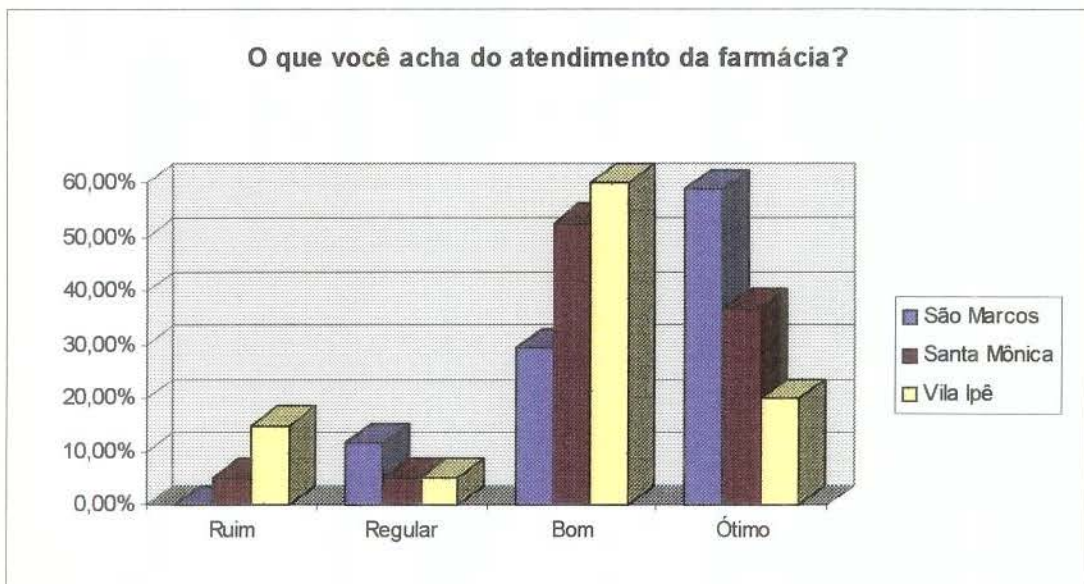
Santa Mônica tem perto de 6% considerando-o regular. Novamente uma posição controversa entre os dois.

A seguir apresenta-se os resultados sobre o atendimento médico:



O São Marcos novamente aparece em primeiro lugar mas, dessa vez, é indicado como "regular" por 10% dos entrevistados. O Vila Ipê segue de perto o São Marcos em número de "ótimos" mas todos perdem para o Santa Mônica em número de "bons". Nesse quesito, com relação ao Santa Mônica, foi comentado que o atendimento médico melhorou bastante nos últimos quatro meses quando médicos e alunos da UNICAMP passaram atender naquele CS.

A seguir apresenta-se os resultados da pesquisa para o atendimento da farmácia:

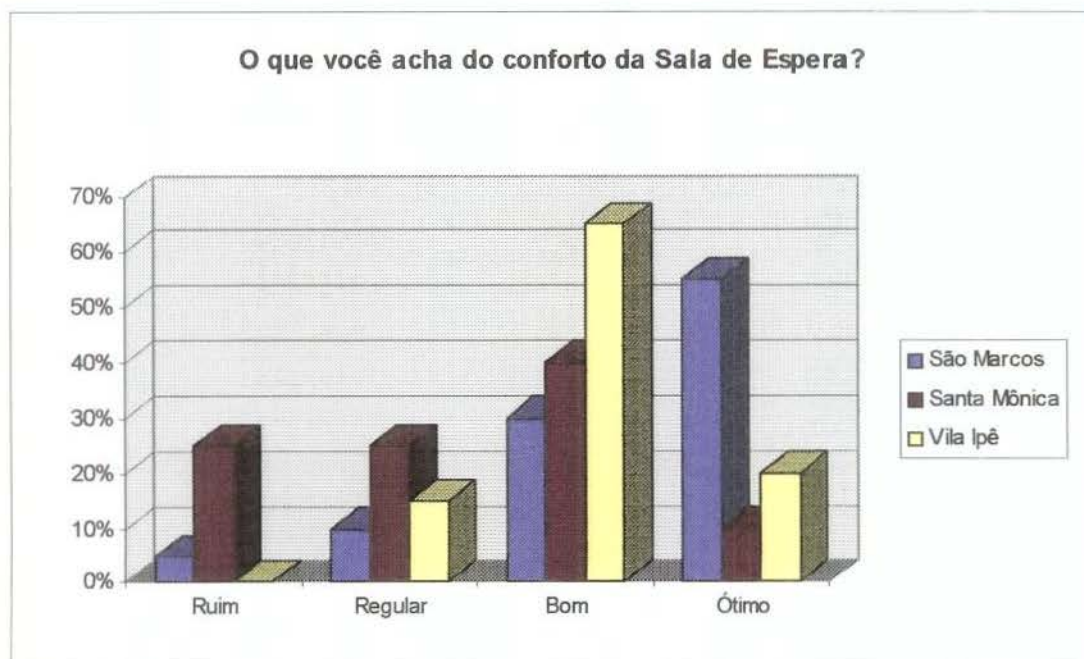


Este quesito é mesmo um dos mais controversos já que a avaliação do atendimento da farmácia dos CS's tende a sofrer influência da quantidade e qualidade dos medicamentos postos a disposição dos usuários. No entanto, ao contrário do que se poderia esperar se partirmos do princípio, um tanto quanto disseminado na administração municipal, que as demandas da população são basicamente por remédios, as respostas que obtivemos não dão margem a tal interpretação. Nesse caso esperar-se-ia que as respostas "negativas", ou seja, entre "ruim" e "regular", para este quesito fossem das maiores obtidas na pesquisa o que não foi observado. Na verdade, as principais críticas aos CS's encontram-se nos quesitos espera pelo atendimento e agendamento seguidos da condição das instalações incluindo aí a limpeza dos CS's. Dessa forma, descredita-se tal interpretação paternalista em favor de uma postura de "agir comunicativo" nas palavras de Habermas²⁴.

O São Marcos apresenta o maior número de "ótimos" mas também tem o maior número de respostas "regular". O Vila Ipê, por sua vez, aparece com o maior número de "bons" e de "ruins". O Santa Mônica tem o perfil de respostas mais estável prevalecendo o conceito "bom".

Instalações

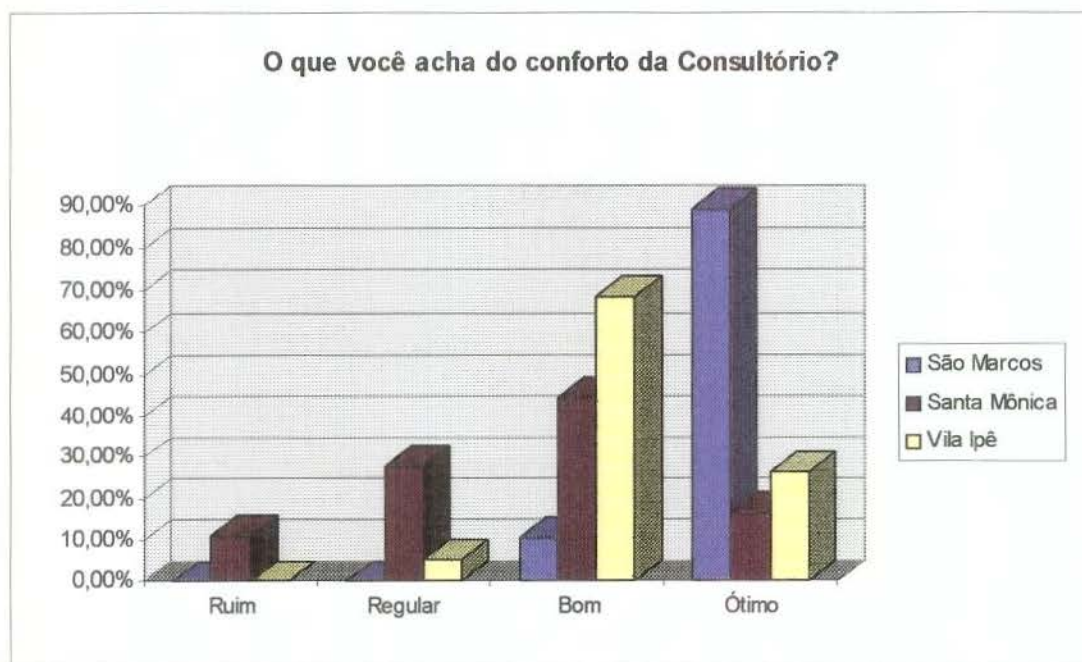
A seguir apresenta-se os dados para o conforto da sala de espera:



²⁴ HABERMAS, J. "A Nova Intransparência", in *Novos Estudos CEBRAP*, número 18, setembro de 1987, págs. 103-114. Veja também MACHADO F. "As possibilidades de controle social das políticas públicas", in *Revista de Administração Pública*, volume 22, jan./mar. de 1988.

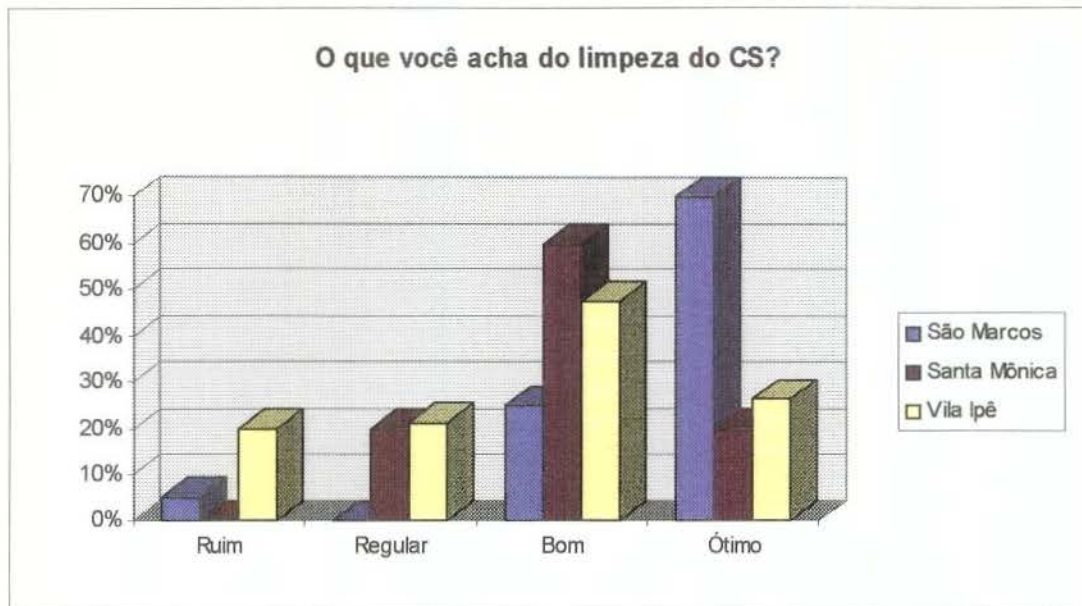
O São Marcos sai na frente neste quesito o que não representa nenhuma surpresa já que suas novas dependências foram inauguradas recentemente. O Vila Ipê aparece claramente em segundo lugar neste quesito com o Santa Mônica em terceiro. De fato, nos três CS's as instalações foram citadas como alvo das demandas do Conselhos Locais junto à administração municipal. O CLS do Vila Ipê deseja ampliar suas dependências bem como o do Santa Mônica. Já o CLS do São Marcos vê suas novas dependências como uma vitória do Conselho. Tal fato, pode ser interpretado como indicação de que os Conselhos tem, de fato, representatividade já que alguns dos quesitos que mais suscitaram críticas nesta fase de levantamento das opiniões dos usuários foram os que se referem à condição das instalações dos CS's.

A seguir os dados sobre o conforto dos consultórios:



Este quesito repete o anterior. O São Marcos aparece em primeiro, com o Vila Ipê em segundo e o Santa Mônica em terceiro.

Apresenta-se abaixo o resultado para o quesito limpeza geral do CS:



O São Marcos lidera com o maior número de "ótimos". O Vila Ipê e o Santa Mônica aparecem em posição controversa novamente, o primeiro na frente em número de "ótimos" e o segundo em número de "bons". O Vila Ipê, no entanto, aparece com cerca de 40% dos entrevistados considerando-o "ruim" ou "regular" neste quesito o que demonstra um problema neste particular.

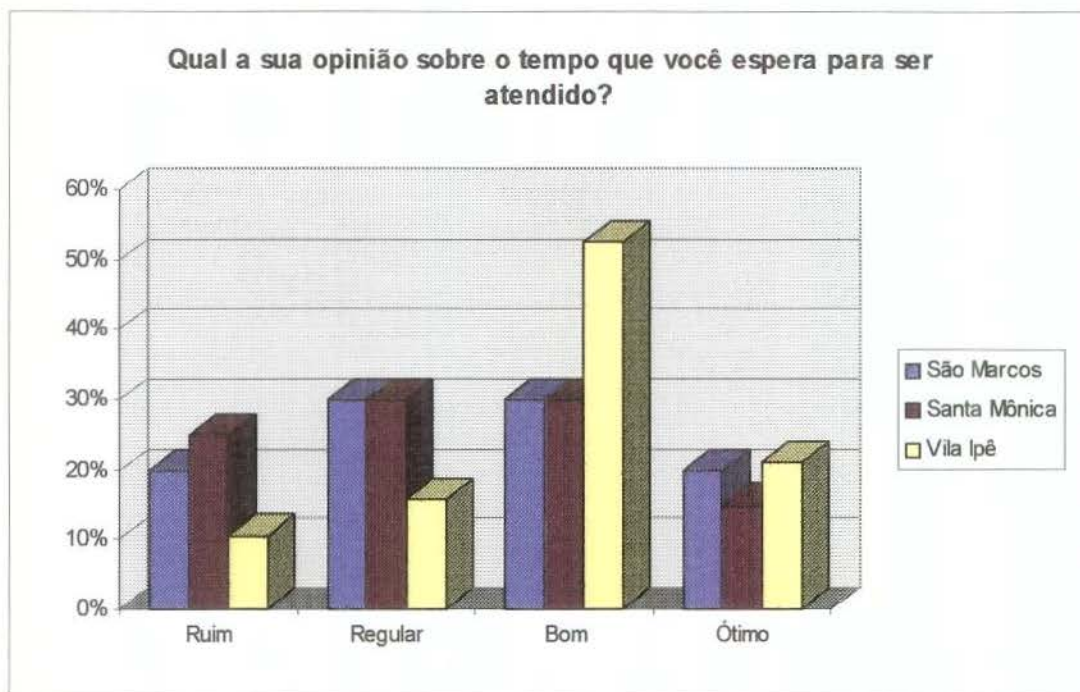
Tempo de Espera

Abaixo seguem os resultados para a espera para o agendamento de consulta:



O São Marcos lidera em número de "ótimos" mas apresenta um quadro bastante estável. O Vila Ipê apresenta baixos índices negativos tendo larga vantagem em respostas "bom" e segundo lugar em respostas "ótimo" o que o coloca em vantagem neste quesito. O Santa Mônica apresenta, por sua vez, claramente o terceiro lugar.

A seguir os resultados para a espera pelo atendimento:



O Vila Ipê assume o primeiro lugar neste quesito estando em vantagem tanto em número de "bons" quanto de "ótimos". O São Marcos e o Santa Mônica empatam em número de "regular" e de "bom" com o Santa Mônica sendo superado pelo São Marcos em número de "ótimos" e o contrário para respostas "ruim" o que coloca o Santa Mônica em terceiro lugar neste quesito.

É importante notar que os dois últimos quesitos foram os que mais suscitaram reclamações dos usuários expressadas no alto índice de respostas "negativas". Tal fato pode ser creditado a um desvio já que as entrevistas foram realizadas nas salas de espera dos CS's o que tenderia a captar uma opinião particularmente negativa sobre o tempo de espera, principalmente no que se refere à espera pelo atendimento. Sem creditar totalmente os resultados obtidos à este pormenor, pode-se inferir a necessidade de aumentar a oferta de serviços médicos oferecido à população diminuindo, assim, os tempos de espera. Tal necessidade consubstancia-se na preocupação disseminada nos Conselhos com o número de profissionais dos CS's e revela a pressão de demanda que sofre o serviço de saúde na cidade, em particular, e no país, em geral.

Motivação

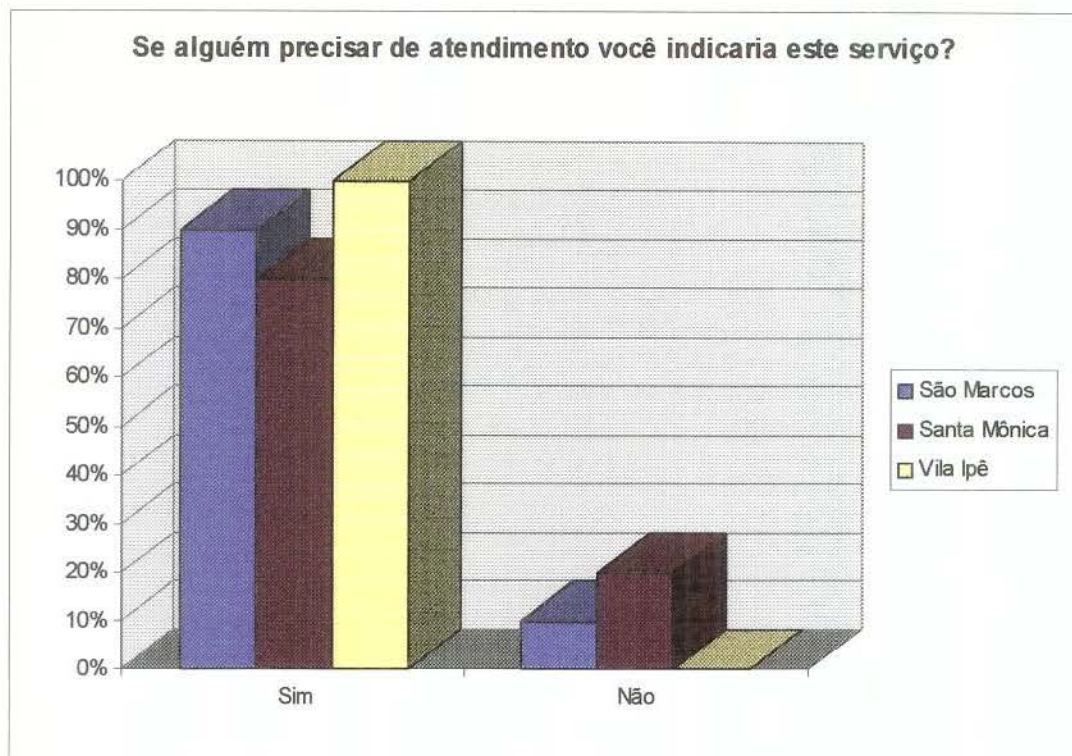
Logo abaixo seguem os dados para a pergunta "Por que você procura este serviço?":



O que mais chama a atenção no gráfico acima é que o perfil de respostas segue a lógica do atendimento regionalizado, ou seja, a população procura os CS's porque são mais próximos das suas residências.

Não obstante, observando-se mais atentamente percebe-se que diferenças estão colocadas para os padrões de atendimento nos três CS's abordados. O atendimento do Vila Ipê atrai a preferência de maior número dos entrevistados entre os três CS's com o São Marcos em segundo. Já o Santa Mônica supera os demais em número de usuários que declaram procurar o serviço por falta de opção com os demais empatados na casa dos 15%.

A seguir temos a opinião dos usuários sobre se eles indicariam o serviço à alguém que precisasse de atendimento:



É bastante revelador o resultado desta questão posto que trata-se de um índice de aceitação/rejeição. Cem por cento dos entrevistados indicariam o Vila Ipê para alguém que precisasse de atendimento. Esta porcentagem cai para 90% quando trata-se do São Marcos e 80% para o Santa Mônica.

Os Conselhos Locais

Não nos foi possível ter acesso às atas do Conselho Local do Santa Mônica porque foram perdidas em um incêndio. No caso do CLS do São Marcos, só muito tarde pudemos conversar com a Conselheira que cuida das atas e ter acesso a elas. Como nos restasse apenas as atas do Vila Ipê²⁵ acessíveis para análise e dada a premência para a finalização deste relatório, optamos por uma adaptação na metodologia que propusemos inicialmente em favor de uma avaliação do padrão de funcionamento e histórico dos Conselhos Locais por meio de entrevistas abertas realizadas com um dos representantes da população nos Conselhos do São Marcos e do Santa Mônica além de indicações passadas pelas Coordenadoras destes CS's.

No caso do Vila Ipê ouvimos alguns dos Conselheiros representantes da população e a Coordenadora. Além disso, participamos de uma das reuniões ordinárias do Conselho Local e tivemos contato com as atas das reuniões desde 89, antes mesmo do CLS ser regulamentado em lei como o conhecemos hoje. Abdicamos, no entanto, de uma análise tal como fora proposta inicialmente pelos motivos já expostos.

Já existia, antes da regulamentação legal na forma do CLS, uma mobilização popular em torno do serviço de saúde, o Movimento Popular de Saúde. Tal Movimento tinha suas ramificações regionais, um termo algo artificial mas que expressa a característica de representação de base que parece revestir o Movimento, que articulavam a representação popular junto aos Centros de Saúde de cada região. Tal representação, referida pela Conselheira do Santa Mônica, D^a Joana, como Conselho de Saúde tinha como integrantes participantes do Movimento Popular e representantes de entidades sindicais e de bairro. De fato, mais de um CS poderia ser alvo das demandas de uma determinada ramificação do Movimento como era o caso do São Marcos e do Santa Mônica.

Com a regulamentação dos Conselhos Locais em 91, as ramificações do Movimento Popular passaram a se organizar, em algumas regiões de forma parcelar com os integrantes da mesma ramificação se articulando a diferentes Conselhos Locais, segundo os parâmetros legais de constituição dos CLS's. Esse processo não foi natural. Foi, sim, um processo áspero onde

²⁵ Lembrando que, de início, nos propusemos a considerar o CS da Vila Ipê na análise porque seu CLS, como fora estabelecido de longa data, poderia nos dar preciosas indicações sobre o funcionamento de um Conselho mais amadurecido. Embora tendo sido dispensado ao Vila Ipê o mesmo tratamento analítico dos demais CS's abordados, a comparação principal que permeia esta pesquisa e que se constitui no nosso objetivo principal é entre o CS São Marcos e o CS Santa Mônica.

contestou-se o projeto de lei, tal como fora apresentado inicialmente, e discutiu-se o formato que a representação popular formal iria tomar.

Ao ler-se as atas do Vila Ipê, tem-se a impressão de um processo bastante natural de transição num primeiro momento. A seguir fica claro que, na verdade, o próprio Movimento de Saúde se conforma no Conselho Local ao que se pese os temas, em geral, de conjuntura política que dominam as reuniões do Conselho naquele momento. Ademais, o Conselho Local do Vila Ipê se envolve nas manifestações do Movimento de Saúde como se fosse (e, de fato, é) uma ramificação regional deste último.

A transição para o CLS não foi tão natural no caso do Santa Mônica. Os integrantes do Conselho de Saúde não concordavam com aspectos da lei que criava os Conselhos Locais e um intenso conflito acabou por não efetivar o Conselho Local como meio de representação popular junto ao serviço de atendimento primário de saúde na região até 95, quando num esforço de representantes da comunidade local e da Coordenação do CS o Conselho Local pode começar a se estruturar.

No caso do São Marcos parece não ter havido uma desarticulação tão notada da representação popular junto ao CS e a Conselheira, Sra. Edir Cardoso Andrade, afirma ter havido reuniões regulares do Conselho Local entre 91 e 95. A especificidade, em se tratando do São Marcos, está na forte contraposição que se seguiu entre o Conselho Local e a coordenação do CS até 95 quando a Dra. Rosse Laveria Couto assumiu a coordenação do São Marcos. A própria coordenadora afirmou ter iniciado um processo de reconciliação da Coordenação com o Conselho Local.

Quanto à atuação dos Conselhos, todos eles têm uma forte vertente reivindicativa marcante quando se considera o fato de todos levantarem como maiores realizações do CLS conquistas, principalmente no que se refere às instalações do CS, junto à administração municipal. O CL da Vila Ipê até mesmo interferiu na construção do novo prédio do CS inaugurado em 91 e agora reivindica a construção de salas adicionais à estrutura do CS. A Conselheira do Santa Mônica, por sua vez, destaca entre as maiores conquistas do CLS uma reforma do prédio e a construção de um prédio novo para o CS que, segundo ela, já foi aprovada. O caso do São Marcos é ainda mais patente: o novo prédio onde encontra-se instalado o CS desde julho de 96 é tido como uma das maiores conquistas do CLS a tal ponto que suas reuniões ordinárias se espaçaram após a inauguração.

Tal marca reivindicativa que permeia os Conselhos que abordamos é compreensível se tivermos em conta sua origem comum no Movimento Popular de Saúde. Ademais, segundo

Habermas²⁶, os laços de solidariedade que vão surgindo na sociedade nascem em contraposição ou substituição a estruturas, mecanismos da máquina do Estado que tornam-se progressivamente incapazes de promover a solidariedade.

No entanto, diferenças estão postas entre os três CLS. O Conselho da Vila Ipê trata de uma maneira muito natural procedimentos de informação à população tanto da situação do CS e de sua relação e da comunidade com administração municipal como em esforços de educação para saúde. Tal argumento pode, ao que se pese a conversa que mantivemos com uma de suas Conselheiras, ser expandido para o São Marcos. No caso do Santa Mônica não foi feita nenhuma referência a esse tema.

O papel de fiscalizador do CS foi levantado por ambos São Marcos e Santa Mônica não sendo levantado no caso do Vila Ipê. Nesse último foi colocado um papel fiscalizador em relação à Secretaria de Saúde e não ao CS.

No caso do São Marcos e do Vila Ipê foi levantado como papel do Conselho a mediação população - CS o que permite identificar uma segunda mão no fluxo de informações, ou seja, tanto do CS para a população como destacado acima quanto da população para o CS, esse último sendo um dos pontos essenciais do processo de GQT.

Indo além, o Conselho da Vila Ipê como proposta da Coordenadora Dra. Maria Haydée de Jesus Lima, iniciou recentemente uma discussão sobre a relação médico - paciente buscando contribuir para seu aprimoramento. Não foram levantados temas dessa natureza em relação a nenhum dos dois outros CS's.

Pode-se, portanto, atribuir um padrão mais participativo para o Conselho Local do Vila Ipê o qual deve-se à boa relação entres as partes representadas no Conselho e ao tempo de existência do CLS que contribui para a transição de posturas mais reivindicativas e de contraposição/ contestação para aquelas mais participativas. Ao Conselho do São Marcos atribuímos um padrão mais combativo que, no entanto, vem atenuando-se em prol de uma participação mais efetiva. Quanto ao Santa Mônica, seu Conselho tem ainda problemas para se consolidar como instância de participação popular no processo de gestão do serviço de saúde.

Por fim gostaria de ressaltar que, pelos depoimentos que colhemos, parece claro que ao tentar regulamentar aproximando da máquina de estado um vínculo de solidariedade que surgia na sociedade, o Movimento Popular de Saúde, mesmo que a conformação do CLS o habilite como uma boa instância de representação popular e passível de se transformar em núcleo de um processo do tipo GQT, a Prefeitura criou constrangimentos à consolidação desses laços na

²⁶ HABERMAS, J. "A Nova Intransparência", in Novos Estudos CEBRAP, número 18, setembro de 1987, págs. 103-114.

sociedade pelo menos atrasando, em alguns casos, a maturação de uma instância de participação popular estruturada ao não respeitar os laços espontâneos de solidariedade que vinham emergindo na sociedade.

Conclusão

Antes de mais nada, há algo que já foi dito anteriormente mas que chama a atenção em todos os indicadores de qualidade que forma calculados. Há uma queda dos valores desses índices no período 93 - 95. Ou seja, há subsídios para inferirmos que a qualidade do atendimento primário de saúde nos três CS que estudamos, raciocínio que, ao que parece, pode ser expandido para a cidade.

Ao mesmo tempo, há um grande crescimento da demanda por serviços médicos no período consubstanciada no número crescente de atendimentos com o decréscimo do número de consultas por pessoa atendida por ano, veja a tabela abaixo:

		91	92	93	94	95
Total de atendimentos	Santa Mônica	22124	10329	16761	17357	22881
	São Marcos	13359	11441	13770	18626	19489
	Vila Ipê	16958	8261	20945	41457	42830
Consultas por pessoa por ano	Santa Mônica	6,08	7,51	6,07	4,62	3,87
	São Marcos	3,40	3,02	3,87	3,69	4,53
	Vila Ipê	3,62	3,89	3,87	4,69	5,12

Várias razões podem ser apontadas para o crescimento da demanda no período. Uma é a crescente dependência da população por serviços públicos. Outra é o avanço do processo de municipalização do serviço de saúde com a reversão da lógica hospitalocêntrica que sempre prevaleceu no sistema. Talvez, assim nos parece, os resultados obtidos sejam um misto das duas influências mais do que o de uma delas isoladamente.

Quanto aos padrões de qualidade do atendimento, os indicadores de qualidade refletem padrões diferentes nos três CS's com o Vila Ipê e o São Marcos apresentando resultados melhores. Quando o parâmetro é a percepção da qualidade junto aos usuários o resultado é mais controverso já que o Vila Ipê e o Santa Mônica revezam-se em segundo lugar nos diversos quesitos.

Se nos atermos à proposta inicial de contrapor o CS São Marcos e o CS Santa Mônica o resultado é claro em ambas as avaliações da qualidade do atendimento. O CS São Marcos

apresenta uma percepção de qualidade mais positiva que o Santa Mônica, ao mesmo tempo, apresenta, segundo os indicadores, uma conduta de atendimento igualmente melhor.

Ainda sim, se nos nortearmos pelos quesitos de indicação/ motivação da entrevista perceberemos que o serviço da Vila Ipê atrai a preferência dos seus usuários mais do que qualquer outro serviço.

Já quanto aos Conselhos Locais, podemos inferir um padrão de funcionamento diferenciado com vantagem para o Vila Ipê e o São Marcos só pelo maior tempo de mobilização com efeito sobre a periodicidade dos seus encontros. A análise que pudemos fazer do funcionamento dos Conselhos ficou limitada dadas as limitações que encontramos durante a pesquisa mas podemos afirmar que há padrões de participação diferentes com vantagem para o CLS do Vila Ipê dados seu tempo de mobilização e suas boas relações com a Coordenação. No caso do CLS do São Marcos a situação é diferente, ao que pese sua mobilização constante no período estudado, suas relações com a Coordenação nem sempre foram tão boas o que claramente limita o escopo de contribuições que o Conselho poderia dar à qualidade do atendimento. E, por fim, no caso do Santa Mônica pode-se dizer que, considerando-se os períodos de desarticulação do seu CLS no período, sua contribuição para o padrão de qualidade do atendimento se viu fortemente limitada.

Tais resultados corroboram a hipótese inicial que assumimos nesse estudo: a participação popular na gestão do serviço de atendimento primário de saúde, por intermédio do Conselho Local de Saúde, trás efeitos positivos para o padrão de qualidade do atendimento.

Por fim, resta ainda uma qualificação a ser feita a respeito da conclusão do parágrafo acima. Usamos para isso os moldes mesmos da teoria da GQT a partir da qual construímos a hipótese principal que balizou esse estudo.²⁷ Quando considera-se a atuação dos CLS's e sua contribuição para a qualidade do atendimento percebe-se claramente que, como dissemos acima, a relação mantida entre os representantes dos usuários e dos funcionários no Conselho com a Coordenação dos CS's e a administração municipal, é, senão o principal, um dos mais importantes fatores determinantes da amplitude da contribuição que o CLS pode dar para a qualidade do serviço.²⁸

Não se pode discordar quanto a importância da relação Conselho - Coordenação/ Secretaria. Mesmo a teoria do GQT alerta quanto a isso: a participação da gerência é sempre

²⁷ Veja a seção "Revisão Bibliográfica" à página 4 dessa pesquisa.

²⁸ Tal opinião nos foi dirigida várias vezes durante a fase de pesquisa de campo, principalmente, enquanto trabalhávamos com os arquivos da Secretaria de Saúde. Aos vários que nos alertaram quanto a essa interpretação, mesmo que de forma destrutiva, agradecemos a contribuição.

tida como essencial para o processo de GQT. Sem o seu envolvimento, todo o processo tende ao fracasso. Portanto, é de extrema importância que os gerentes do serviço de Saúde, incluídos aí, além dos Coordenadores, os diretores da Secretaria, das SAR's e até mesmo o Secretário da Saúde e o Prefeito, se comprometam com o processo de melhoria da qualidade dos serviços que gerenciam.

Tal constatação não contraverte os resultados que descrevemos até aqui. O CLS pode servir como importante *locus* de realização para o processo de GQT. Assim como um processo de GQT sem o envolvimento da gerência tende ao fracasso, um processo de GQT sem um canal de participação dos funcionários e dos consumidores vai pelo mesmo caminho. Esse é o potencial latente do CLS que acreditamos ter revelado através dessa pesquisa.

Bibliografia

- BERWICK, D. "Continuous Improvement as an Ideal in Health Care", New England Journal of Medicine, 320:53-56, Janeiro 5, 1989.
- DE ANDRÉ, M. "Contratos de Gestão, Avaliação de Desempenho e Eficiência no Setor Público" in IEI-UFRJ "Boletim de Conjuntura", volume 13, número 2, julho de 93.
- FINISON, L. "What Are Good Health Care Measurements?" in Quality Progress, volume XXV, número 4, Abril de 1992, págs. 41-42.
- GENOVEZ, M. "Conselho de Escola: Espaço para o exercício da Participação? Um estudo de caso." Dissertação de Mestrado orientada pela Prof^a Dr^a Maria Lúcia Rocha Duarte Carvalho apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 1993.
- HABERMAS, J. "A Nova Intransparência", in Novos Estudos CEBRAP, número 18, setembro de 1987, págs. 103-114.
- JACOBI, P. "Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Demandas por Saneamento Básico e Saúde, São Paulo 1974-84", Cortez, São Paulo, 1989.
- MACHADO F. "As possibilidades de controle social das políticas públicas", in Revista de Administração Pública, volume 22, jan./mar. de 1988.
- MERPHY, E. "Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)" in CECILIO, L (org.) "Inventando a Mudança na Saúde", Hucitec, São Paulo, 1994, págs 117-160.
- NOGUEIRA, R. "Perspectivas da Qualidade em Saúde", Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

PUTNAM, R. "A Comunidade Próspera", in Folha de São Paulo, caderno Dinheiro de 29 de abril de 1994, pág. 2.

SANTOS, W. "Cidadania e Justiça Social no Brasil", Campus, 1978.

CONASEMS "Publicações Técnicas nº 2", agosto de 92, 3ª edição

CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DA ARS-5, "O que é Conselho Gestor?", Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, Assessoria de Participação.

BRASIL, Constituição : República Federativa do Brasil-1988, Centro Gráfico, Senado Federal, Brasília, 1988. CAMPINAS, "Lei orgânica do Município", Título VI, Capítulo I, Seção II, Câmara Municipal, Campinas,

-----, Prefeitura Municipal, Decreto 11407 de 17 Dezembro de 1993, in Diário Oficial Municipal nº 5876, Campinas, 18 de Dezembro de 1993.

-----, Prefeitura Municipal, Lei 6547 de 02 de Junho de 1991, in Diário Oficial Municipal nº 5261, Campinas, 3 de Julho de 1991.

Anexos

Indicadores de Qualidade

Indicadores estimados para Julho de 95

	Santa Mônica	São Marcos	Vila Ipê
População coberta	6226	16504	17950
Custo mensal da unidade			
Medicamento	6747,07	7014,81	12608,54
Material de enfermagem	778,95	1006,69	1134,28
Média mensal			
Consultas	1397	1385	2048
Procedimentos de enfermagem	1192	2245	1853
Custo médio			
Medicamentos por consulta	4,83	5,06	6,16
Medicamentos por habitante	1,08	0,43	0,7
Material por procedimento de enfermagem	0,65	0,45	0,61
Material por habitante	0,13	0,06	0,06

Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Série de valores reais

		91	92*	93	94	95
Primeira consulta do ano	Santa Mônica	3637	1375	2762	3759	5907
	São Marcos	3932	3786	3557	5041	4302
	Vila Ipê	4686	2122	5415	8846	8373
Total de atendimentos	Santa Mônica	22124	10329	16761	17357	22881
	São Marcos	13359	11441	13770	18626	19489
	Vila Ipê	16958	8261	20945	41457	42830
Consultas por pessoa por ano	Santa Mônica	6,08	7,51	6,07	4,62	3,87
	São Marcos	3,40	3,02	3,87	3,69	4,53
	Vila Ipê	3,62	3,89	3,87	4,69	5,12
Encaminhamentos	Santa Mônica	1164	562	1375	967	962
	São Marcos	503	511	1758	1031	1177
	Vila Ipê	1180	668	2626	3012	2725
Grau de resolubilidade	Santa Mônica	94,74%	94,56%	91,80%	94,43%	95,80%
	São Marcos	96,23%	95,53%	87,23%	94,46%	93,96%
	Vila Ipê	93,04%	91,91%	87,46%	92,73%	93,64%
Encaminhamento para exames	Santa Mônica	3040	1488	1400	1952	2503
	São Marcos	2559	2380	1880	3292	2212
	Vila Ipê	2757	2256	3944	8371	6625
Exames por consulta	Santa Mônica	0,14	0,14	0,08	0,11	0,11
	São Marcos	0,19	0,21	0,14	0,18	0,11
	Vila Ipê	0,16	0,27	0,19	0,20	0,15
Visitas domiciliares	Santa Mônica	19	111	404	302	232
	São Marcos	241	247	714	503	464
	Vila Ipê	168	164	251	376	365
Visitas domiciliares por consulta	Santa Mônica	0,0009	0,0107	0,0241	0,0174	0,0101
	São Marcos	0,0180	0,0216	0,0519	0,0270	0,0238
	Vila Ipê	0,0099	0,0199	0,0120	0,0091	0,0085
Ações de vig. san. e epid.	Santa Mônica	0	102	1081	39	42
	São Marcos	599	298	576	58	17
	Vila Ipê	197	169	127	19	31
Ações de vig. san. e epid. por população (em dados de 95)	Santa Mônica	0	0,0164	0,1736	0,0063	0,0067
	São Marcos	0,0363	0,0181	0,0349	0,0035	0,0010
	Vila Ipê	0,0110	0,0094	0,0071	0,0011	0,0017
Trabalho em grupo	Santa Mônica	185	151	318	339	175
	São Marcos	78	151	296	358	202
	Vila Ipê	392	454	313	294	235
Trabalho em grupo por público	Santa Mônica	0,0084	0,0146	0,0190	0,0195	0,0076
	São Marcos	0,0058	0,0132	0,0215	0,0192	0,0104
	Vila Ipê	0,0231	0,0550	0,0149	0,0071	0,0055

Fonte: Departamento de Informação e Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

* Não estão disponíveis os dados referentes aos meses de Novembro e Dezembro de 92.

Percepção da Qualidade

Por que você procura esse serviço?

	É o mais perto	Gosta do atendimento	Não tem opção
São Marcos	70%	15%	15%
Santa Mônica	65%	10%	25%
Vila Ipê	65%	20%	15%

Você indicaria esse serviço?

	Sim	Não
São Marcos	90%	10%
Santa Mônica	80%	20%
Vila Ipê	100%	0%

Espera para Agendamento

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	15%	20%	30%	35%
Santa Mônica	25%	40%	15%	20%
Vila Ipê	5%	5%	63%	26%

Espera para Atendimento

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	20%	30%	30%	20%
Santa Mônica	25%	30%	30%	15%
Vila Ipê	11%	16%	53%	21%

Conforto Sala de Espera

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	5%	10%	30%	55%
Santa Mônica	25%	25%	40%	10%
Vila Ipê	-	15%	65%	20%

Conforto do Consultório

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	-	-	10,53%	89,47%
Santa Mônica	11,11%	27,78%	44,44%	16,67%
Vila Ipê	-	5,26%	68,42%	26,32%

Limpeza Geral

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	5%	-	25%	70%
Santa Mônica	-	20%	60%	20%
Vila Ipê	20%	21%	47%	26%

Atendimento no Prontuário

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	-	-	20%	80%
Santa Mônica	5,26%	26,32%	36,84%	31,58%
Vila Ipê	10,00%	30,00%	15,00%	45,00%

Atendimento da Enfermagem

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	-	-	16,67%	83,33%
Santa Mônica	-	5,88%	47,06%	47,06%
Vila Ipê	16,67%	-	35,29%	58,82%

Atendimento Médico

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	-	10,53%	10,53%	78,95%
Santa Mônica	5,26%	5,26%	42,11%	47,37%
Vila Ipê	-	5,00%	25,00%	70,00%

Atendimento da Farmácia

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
São Marcos	-	11,76%	29,41%	58,82%
Santa Mônica	5,26%	5,26%	52,63%	36,84%
Vila Ipê	15,00%	5,00%	60,00%	20,00%

Requerimento à Secretaria de Saúde

Instituto de Economia
UNICAMP

01 de fevereiro de 1996

Dra. Carmem Cecília de Campos Lavras
Secretária Municipal de Saúde de Campinas

Prezada Dra.:

Eu, Eduardo José Diniz, aluno do quarto ano do curso de Economia da Universidade Estadual de Campinas, venho por meio desta requerer sua autorização para utilizar informações desta Secretaria sobre o funcionamento de alguns Centros de Saúde Municipais a serem definidos bem como para visitá-los. Tais informações serão utilizadas estritamente para a realização da minha pesquisa, sob a orientação do Prof. Dr. Jorge Rubem Biton Tapia, referente à Monografia requerida para a graduação no citado curso.

Nosso objetivo durante tal pesquisa é examinar o papel desempenhado pelos Conselhos Locais de Saúde de dois ou mais Centros de Saúde deste município, a ser avaliado pelas suas atas, bem como, se possível, mediante a presença em algumas de suas reuniões, para melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados pelos respectivos Centros, que serão avaliadas por meio de índices cuja definição depende da quantidade e qualidade das informações disponíveis e por meio de entrevistas com o público atendido a serem realizadas durante as visitas aos Centros.

Para o cumprimento de tais objetivos é de vital importância termos acesso às informações desta Secretaria sobre a produção e funcionamentos dos Centros de Saúde do município, bem como a autorização para frequentá-los, de tal forma que nos seja possível: 1) definir quantos e quais Centros serão estudados; 2) definir e calcular índices para a avaliação

da qualidade e eficiência do serviço; 3) avaliar as atas e reuniões dos Conselhos Locais abordados; e 4) entrevistar os usuários dos serviços.

Anteriormente a este requerimento foi protocolado outro dia 31 de janeiro do corrente, para os mesmos fins, tendo como destinatário o Sr. Prefeito. Tal procedimento foi resultado de uma orientação que descobrimos posteriormente ser equivocada. Com este, portanto, tramitam dois requerimentos para o mesmo fim. Sendo este mais completo e já que segue uma tramitação mais curta pedimos que o protocolado a 31 de janeiro seja ignorado.

A íntegra do projeto de pesquisa já se encontra em poder do Departamento de Saúde bem como do Departamento de Informação e Desenvolvimento desta Secretaria com os quais mantivemos contatos informais preliminares. Para quaisquer informações complementares nos colocamos desde já a disposição pelo telefone 397111 e/ou pelo fax 391512.

Sinceramente,

Eduardo José Diniz

De Acordo

Prof. Dr Jorge Ruben Biton Tapia

Questionário

CS:

FICHA:

D) Identificação

1. área de atendimento:
2. idade:
3. primeira consulta: S... N...
4. qual a sua opinião sobre o tempo que você espera para conseguir uma consulta:
() 0 - 25; () 26-50; () 51-75; () 76-100.

por que:.....

não utiliza

5. qual a sua opinião sobre o tempo que você aguarda no CS no dia em que você vem para a consulta:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

II) Estrutura Física e acolhimento

o que você acha:

6. do conforto da sala de espera:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

7. da localização da recepção:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

8. da privacidade da triagem:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

9. da privacidade do consultório:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

10. da localização e da privacidade da sala de procedimentos (curativos, inalação, vacinas):

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

11. da limpeza do CS:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

IV) Relacionamento e acolhimento

você gosta do atendimento do:

12. prontuário (local onde você pega a pasta):

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

13. marcação de consulta:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

não utiliza

14. consulta de enfermagem:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

15. consulta médica:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

16. sala de procedimentos (curativos, inalação, vacinas):

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

não utiliza

17. farmácia:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

não utiliza

18. secretaria:

0 - 25; 26-50; 51-75; 76-100.

por que:.....

não utiliza

19. se alguém precisar de atendimento, você indica este serviço?

sim não

por que:.....

20. por que você procura este serviço?

é o mais perto

gosta do atendimento daqui

falta de outra opção

por outro motivo qual?

21. você tem algum comentário adicional?