

JOCELENE BATISTA PEREIRA

**O SUS EM MAUÁ (SP):
DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO**

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 11 de Dezembro de 2002.

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

JOCELENE BATISTA PEREIRA

**O SUS EM MAUÁ (SP):
DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área – Planejamento e Administração de Serviços de Saúde

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

**Campinas
Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP
2000**

UNIDADE	EC
Nº CHAMADA	71011camp
	P414s
V	EX
TOMBO BC/	52604
PROC.	16-124/03
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	13/03/02
Nº CPD	

CM00180716-1

BIB ID 283921

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P414s

Pereira, Jocelene Batista

O Sus em Mauá : Desafio na construção / Jocelene Batista Pereira.
Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde. 2. Administração. 3. Planejamento. I.
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientadora: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

2. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

3. Profa. Dra. Maria Luiza Anselmi

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/12/2000

DEDICATÓRIA

*A meu amado André Rodrigues Nagy,
companheiro de luta e de vida, que sempre me
apoiou em todas as empreitadas, me contagiando
no cotidiano com seu otimismo e sua crença em
um mundo melhor com paz e justiça social.*

*Para o Professor Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio,
que consegue o milagre de criar vida de cinzas e sempre
enxerga o que temos de melhor.*

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar esta dissertação, tinha a pretensão de verbalizar o que fui ouvindo ao longo dos anos na prática de gerente de diversos serviços de saúde e como profissional socorrista nos pronto-socorros.

Hoje, vejo que ainda fiquei em débito com várias pessoas que passaram pela minha vida e influenciaram minha formação, o que de certa forma provoca uma inquietação, que vai me levar para outros caminhos.

Espero poder contribuir para a melhoria da assistência à saúde, pois, ainda estou bastante insatisfeita com o que vejo, apesar da realidade ser bem diferente dos meus sete anos de idade, quando chegava às três da manhã na sede do INAMPS em Maringá (PR), para pegar uma guia para consulta médica.

Por isso, embora não possa nomear todos, gostaria de lembrar de algumas pessoas e fazer alguns agradecimentos.

À minha mãe, Valdete dos Santos Pereira, Auxiliar de Enfermagem no Posto Parigot de Souza em Maringá, pois, sempre estimulou o inconformismo diante das desigualdades sociais e do atendimento desumanizado.

Ao meu pai, Aureliano Batista Pereira, por ter possibilitado realizar meu sonho de estudar medicina.

À Aldaisa Cassanho Forster, minha preceptora na residência médica em Medicina Preventiva e Social de Ribeirão Preto (SP), que acreditou em meu potencial e ensinou a valorizar as pessoas nos serviços de saúde.

A Ademar Arthur Chioro dos Reis, que foi secretário de saúde de São Vicente (SP), e sempre insistiu na formação pessoal de todos aqueles que com ele trabalhavam, dando valiosas contribuições nos projetos de pesquisa.

A Sérgio Zanetta, companheiro de sofrimento em vários trabalhos, que me inspirou em vários momentos difíceis a continuar e achar uma saída para estas dificuldades.

A Jairo Altair Georgetti, secretário de saúde de Mauá, pois, mesmo sem saber minha origem, confiou em meu trabalho à frente do Hospital Nardini e liberou-me para a realização do mestrado, contribuindo com suas reflexões sobre o sistema de saúde da cidade.

Aos companheiros de Santos, São Vicente e Mauá: Maria de Fátima Oliveira Cunha, Laudilêia Aparecida Moreira, Tania Motta, Vandir Marcolino e Iracema, pelo espírito solidário, honestidade e sinceridade no cotidiano.

Aos trabalhadores de saúde e dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá, que contribuíram com este trabalho apesar do difícil momento que viviam na cidade.

Ao companheiro de lutas David Capistrano da Costa Filho, que influenciou minha formação profissional de sanitarista, como pensador e profissional da área.

À Fátima Murad, pelo excelente trabalho de revisão desta tese, também pelas oportunas sugestões.

Ao Professor Cecílio, nenhuma palavra pode exprimir minha gratidão, você é o maior responsável por eu ter chegado lá. Obrigada!

ZÉ DO BRASIL

Atenção!
Apareceu mais uma infecção
Chame o padre urgente
E a mãe de santo do paciente
É o Zé do Brasil na UTI
E o médico já não tá nem aí
E o médico já não tá nem aí
É o Zé do Brasil na UTI
Cuidado!
Cuidado que a vida está por um fio
Já entrou num estado de coma
Coitado do Zé do Brasil
Que ainda tem sangue
Vem logo fazer uma doação
Pra acabar com a gangue
De vírus que faz essa última corrupção
O Zé do Brasil já nasceu perdendo a briga
Porque o leite da sua mãe já tava
Enchendo a barriga
Do menino que não era filho de mulher escrava
Eta cabra da moléstia
Sarampo, dengue, câncer, cárie, AIDS
Etecetera e tal
Passou a vida com fome
Levou tiro dos homi
Foi parar no hospital
Se você tem saúde
Não faça de conta que não ouviu
Ajude o Zé do Brasil
Quem tá no navio
Não deixe que o cara se afogue
Pegue logo uma bóia e jogue
Enquanto ainda também não caiu
Toda hora cai
Mais uma vida do barco e ninguém
Tá ligado que vai despencar na semana que vem

Duda – Osvaldo Gregório – Edson Cordeiro

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE – MUNICÍPIO DE MAUÁ	xv
RESUMO	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. DIFICULDADES E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO SUS	9
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MAUÁ	26
1.3. A POLÍTICA DE SAÚDE EM MAUÁ	32
2. OBJETIVOS	49
3. METODOLOGIA	51
3.1. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	53
3.2. CONCEITOS OPERACIONALIZADOS.	58
3.3. EM BUSCA DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA: AS NECESSIDADES DE SAÚDE.	61
4. RESULTADOS.	71
4.1. O PERFIL E A AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS.	71
4.2. A AVALIAÇÃO DOS DIRIGENTES, GERENTES E TRABALHADORES DE SAÚDE.	83
4.3. O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE MAUÁ.	100
4.4. OS QUESTIONÁRIOS DOS GRUPOS DE RISCO.	108
5. ANÁLISE.	117
6. CONCLUSÕES.	139
7. SUMMARY	143
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	145
ANEXO 1	151
ANEXO 2	157

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BCG – Bacilo Calmett-Guérin

CID 9 – Classificação Internacional de Doenças, 9ª edição

CIS - Centro de Informações em Saúde

COAS - Centro de Orientação e Acompanhamento Sorológico

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTBC - Companhia Telefônica da Borba do Campo

DBPOC - Doença bronco pulmonar obstrutiva crônica

DIR - Direção Interinstitucional Regional

DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ICMS – Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços

LAPA - Laboratório de Planejamento

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PA - Pronto-Atendimento

PIB – Produto Interno Bruto

PS - Pronto-Socorro

PSF – Programa de Saúde da Família

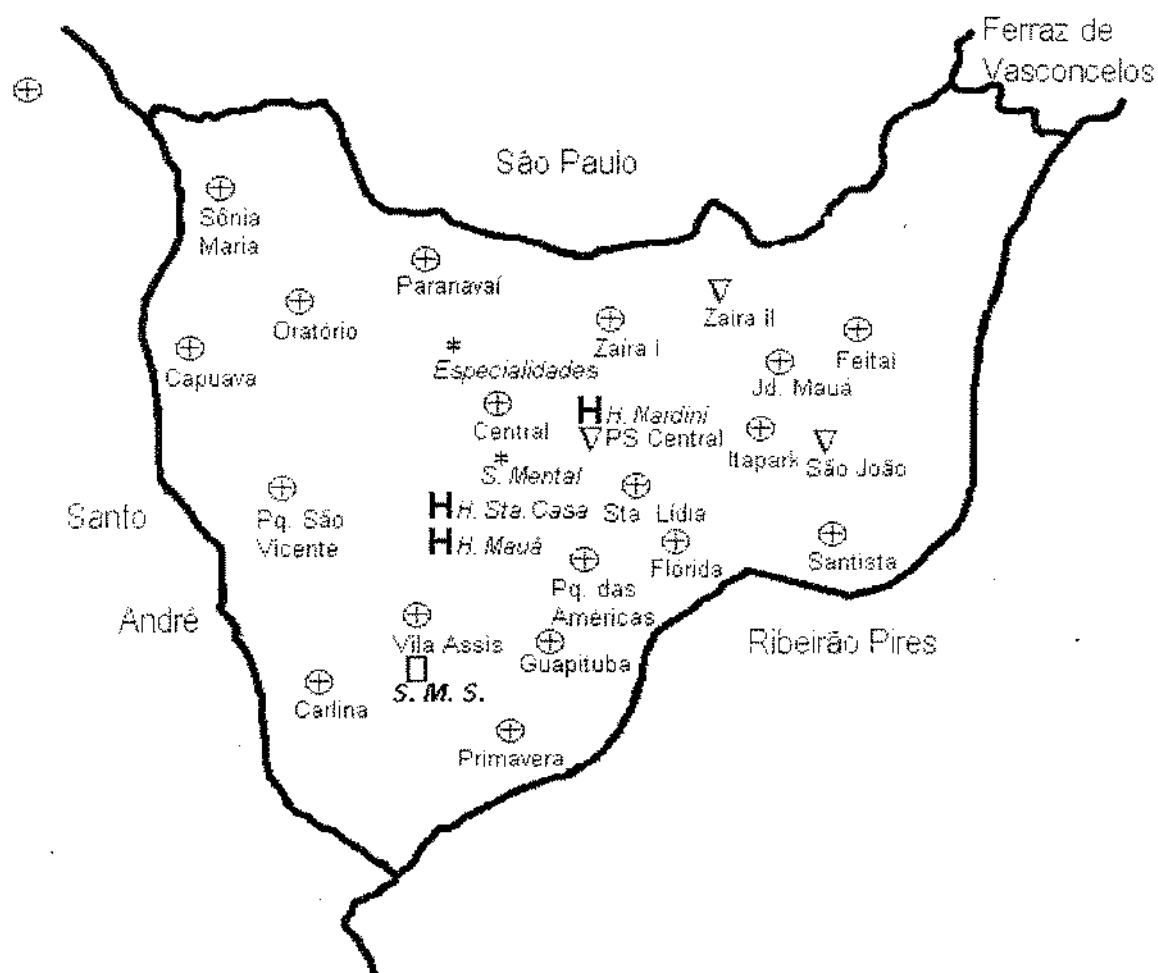
SAB – Sociedade Amigos do Bairro

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SAMA - Serviço de Abastecimento de Mauá

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

Município de Mauá



Legenda:

- ⊕ UBS
- H Hospitais
- * Ambulatórios
- ▽ PS/PA
- Secretaria Municipal de Saúde

RESUMO

O presente trabalho aborda as dificuldades do Sistema de Saúde da cidade de Mauá, situada na região metropolitana de São Paulo, na estruturação da assistência à saúde, apesar de uma longa trajetória de construção e investimento em equipamentos e recursos humanos para o setor.

Utiliza uma metodologia com diferentes etapas que inclui entrevistas com usuários, observação do funcionamento das unidades de saúde, entrevistas com dirigentes e funcionários de saúde e entrevistas com pacientes do serviço de urgência-emergência com risco para hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doença bronco pulmonar obstrutiva crônica, câncer de mama e câncer de colo de útero.

Nos resultados foram encontradas 'falas' semelhantes dos diversos atores sociais acerca da falta de vínculo, autonomia, capacidade de resolver os problemas de saúde e um certo 'mal estar' generalizado, que se concretiza na observação do funcionamento das unidades de saúde e nos questionários de risco, onde aparecem dados preocupantes, como 31% dos pacientes diabéticos e 33% dos hipertensos que não sabiam do risco.

Os resultados são analisados diante das chamadas necessidades de saúde trabalhadas por Stotz e mais recentemente por Matsumoto e Cecílio, que são sistematizadas em quatro itens: necessidade de boas condições de vida, necessidade de vínculo com os serviços de saúde, equipes ou profissionais de saúde, necessidade de acesso a todas as tecnologias que melhorem, prolonguem a vida e amenizem o sofrimento e necessidade de autonomia do paciente na relação com os profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (Constituição de 1988)

As propostas de estruturação de sistemas locais de saúde enfrentam diversos problemas, destacando-se, entre eles, a questão hospitalar, a da urgência-emergência e a capacidade de resolver os problemas de saúde dos vários níveis, principalmente no que se refere aos procedimentos cirúrgicos e à incorporação de novas tecnologias, inclusive de assistência, nas Unidades Básicas de Saúde, além da crescente insatisfação de usuários e trabalhadores da saúde

A produção do Sistema Único de Saúde (SUS), no país, que vem incorporando enormes contingentes populacionais cada vez mais amplos a alguma forma de assistência, mudou a face dos indicadores de morbi-mortalidade em várias regiões, mas parece ter alcançado seu limite em outras onde não consegue atingir populações sob riscos já definidos e muitas vezes não muda a rota estabelecida pelos agravos, talvez por não incluir quem mais necessita ou por implicar uma tecnologia de difícil operacionalização para usuários e trabalhadores da saúde.

Desta forma, se o paradigma que se tem pensado para o SUS vem produzindo resultados expressivos em mais de dez anos de luta por sua construção e implementação, principalmente no Estado de São Paulo, parece que não se avançou em alguns pontos cruciais no enfrentamento da nova agenda da Saúde Pública, na qual se operam transições, como da desnutrição para a obesidade, eleva-se a mortalidade por acidentes e violências e há um avanço significativo das

doenças crônico-degenerativas e de doenças infecciosas novas como a Aids (MONTEIRO, 1995: 349-350).

Muitos fatores devem ser considerados quando se discutem e se implementam soluções para estas questões, como a própria conformação histórica das políticas sociais no país, passando pela luta para a estruturação de um Sistema Nacional de Saúde, pelos projetos em disputa nos vários níveis de poder relativos à saúde e à crescente exigência da população por procedimentos de saúde como objetos de consumo, até a descompromissada e irreal formação que os profissionais de saúde recebem em suas escolas.

Todas estas questões são de alta complexidade, além de polêmicas. Também o tema da equidade dentro do sistema continua sendo um desafio, visto que se aprofundam as diferenças entre os distintos grupos sociais em virtude da política econômica neoliberal e, comprovadamente, os programas de saúde tradicionais, centrados na mudança individual de hábitos e comportamentos, não estão contribuindo para diminuir as desigualdades sociais relacionadas à saúde, pois tais mudanças dependem de vários fatores culturais e econômicos e não apenas da "vontade de mudar" (GOLDBAUM, 1997: 78).

Há uma velha discussão quanto ao engajamento da "militância da saúde pública" nos demais movimentos sociais. Se já se sabe da dificuldade de modificar a sociedade pela saúde, criando condições de vida mais justas e igualitárias para todos, também tem-se plena consciência de que o conceito de saúde é muito mais amplo que a assistência ou cuidado específico, colocando-se em oposição a toda organização social que implique exploração física, mental e intelectual, e, portanto, em vigília e luta constante por formas de viver coletivamente que permitam o exercício pleno da condição de ser saudável.

Convive-se com realidades como a chamada ‘epidemia de hipertensão e obesidade’ no país, como mostram dados apresentados no Jornal do Conselho Federal de Medicina (MONTELEONE, 1999: 2). Esse autor afirma que entre 50% e 70% da população não têm acesso a programas de hipertensão, as taxas de acidentes vasculares e morte súbita estão acima do desejável, enquanto é alta a evasão de pacientes que têm acesso a algum programa, em virtude das dificuldades, da falta de medicação e da descontinuidade destes.

Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – segundo o mesmo artigo -, 25% da população adulta é hiper-tensa. Desta, apenas 15% está em tratamento, mas apenas 10% encontram-se sob controle efetivo, ou seja, além de não se conseguir a inclusão de todos os doentes que necessitam de atenção, uma boa parte dos que participam dos programas não obtêm resultados terapêuticos concretos.

Estes dados podem ser considerados como ‘sintomas’ de que há problemas na assistência à saúde, o que constitui um incômodo e, por isso mesmo, um estímulo à presente investigação.

De outra perspectiva, constata-se que a chamada clientela de nosso Sistema Único de Saúde possui um discurso complexo em torno de desejos e necessidades sentidas: ao mesmo tempo em que reivindica vínculo, responsabilização, resolução, lota os pronto-atendimentos e pronto-socorros, verdadeiros “fast-food” da saúde, em detrimento dos ambulatórios, demonstrando uma fúria consumista semelhante à existente para outros bens que a sociedade oferece.

Os profissionais de saúde comprometidos com a proposta do SUS, ou simplesmente com a boa prática clínica, assim como o paciente, mantêm a perplexidade e a impotência diante desse

quadro, fazendo uma autocrítica muitas vezes equivocada de sua prática, em meio à complexa composição tecnológica dentro das unidades básicas de saúde.

Dez anos de trabalho na área como médica de ambulatório, socorrista em pronto-socorros, educadora eventual, formuladora e implementadora de políticas públicas em vários níveis do Sistema de Saúde na Baixada Santista, na Região Metropolitana de São Paulo, no Município de São Paulo e no interior do Estado, impuseram à necessidade de reflexão quanto ao 'jeito de fazer' e a uma inquietação crescente diante dos resultados obtidos.

Com formação em Medicina Preventiva e Social pela Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto, por opção profissional e ideológica, houve a oportunidade de gerenciar ambulatórios, pronto-socorros, hospitais e as vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas nada me aproximou mais da realidade da assistência do que a longa trajetória de médica de pronto-atendimento e pronto-socorro em diversos municípios.

É absolutamente desesperador trabalhar sob uma violenta 'pressão de porta', onde apenas 10% dos casos são emergências e com quase 50 internos aguardando em macas no corredor de retaguarda por uma vaga hospitalar (o mais dramático é que, consideradas as devidas proporções, isso acontece em quase todas as cidades). Muitos pacientes com agravos que poderiam ser evitados ou adiados para uma idade mais avançada, tais como infartos, acidentes vasculares cerebrais ou complicações decorrentes de *diabetes mellitus*, neoplasias, conseqüências de violências, etc., acabam recebendo uma assistência precária em condições adversas, por mais boa vontade que possam ter os profissionais e direção envolvidos.

Nesses atendimentos, pode-se ter uma boa noção do que se pratica como assistência ambulatorial. Chama a atenção a multiplicidade de mensagens veiculadas a pacientes confusos e desconfiados, muitas vezes através de listas infindáveis de medicamentos e condutas impossíveis de se praticar, seja por questões financeiras, ou pela própria manutenção da saúde, visto que a maioria dos medicamentos possuem efeitos colaterais insuportáveis. Também observa-se a falta de interlocução entre profissionais de saúde e pacientes: nem os procedimentos mais triviais são explicados ou entendidos, o que é um dado perturbador, pois não ocorre nenhum tipo de vínculo, elemento essencial no processo de cura.

Nas unidades de urgência-emergência, observa-se também a fragilidade dos conhecimentos específicos das equipes, assim como a falta de recursos técnicos materiais e a inadequação das estruturas físicas, o que já foi amplamente denunciado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, mas não tem solução a curto prazo, colocando em risco a vida de todos os cidadãos, visto que qualquer um pode ser surpreendido por uma situação inesperada de necessidade de cuidado de saúde.

Além disso, há os pacientes que não acreditam nas condutas conservadoras e pouco invasivas, e só ficam satisfeitos quando lhe recomendam injeções, exames ou qualquer prática ilusória que amenize o sofrimento de imediato, sem se preocupar com as consequências. Isto representa, em qualquer nível de atenção, uma sobrecarga para os profissionais, já impacientes e ansiosos, restringindo a relação a uma queixa e um receituário (CAPOZZOLO, 1997: 148-149), o que se traduz em uma autonomia mediada por falta de informação.

Estas inquietações é que levam a querer estudar com mais profundidade um sistema municipal de saúde, no caso, o do Município de Mauá na Região Metropolitana de São Paulo, onde exerci as funções de diretora técnica do Hospital Radamés Nardini (entidade municipalizada, mas de caráter regional) e de secretária adjunta de saúde entre janeiro de 1997 e setembro de 1998.

O processo de estruturação das unidades de saúde (em especial da unidade hospitalar) obedeceu a uma mescla de normas técnicas, ingerência política e luta organizada da população. É necessário fazer um balanço de todo o processo de construção, pois, teoricamente, o sistema está 'pronto' no que concerne à estrutura física e aos níveis necessários de atenção (falta atendimento terciário), mas, na avaliação imediata de todos, algo não vai bem. Não se trata apenas da questão do financiamento, mas de uma crescente falta de credibilidade, de satisfação e de esperança quanto à possibilidade de equacionar os problemas de saúde, valendo-se da forma que foi apontada como a melhor por parte da população, de funcionários, lideranças e administradores em anos anteriores.

Hoje pergunta-se: como intervir nas causas de mortalidade mais freqüentes? Como evitar que as doenças crônico-degenerativas cheguem a níveis devastadores? O que fazer com a violência? Por que a maioria das UBS está sempre vazia? O que pensam os trabalhadores das UBS sobre os trabalhadores do hospital e vice-versa? Na concepção desse pessoal, para que serve cada equipamento? A construção do sistema teve efeitos sobre as causas de mortalidade? Por que se oferecem mais serviços do que os parâmetros recomendam e a população ainda os considera insuficientes? Como efetivar uma prática de acolhimento, vinculação e responsabilização para todas as unidades de saúde em relação aos seus usuários, mas também de estímulo à maior

autonomia desses mesmos usuários (MERHY & ONOCKO, 1997: 227), utilizando o arcabouço tecnocrático que herdou-se para a rede básica?

Como lidar com o poder médico que acaba fazendo um discurso de autonomia, transformando-a em “um símbolo mítico do ideal da prática” (SCHRAIBER, 1993: 214), subvertendo iniciativas organizativas do sistema em nome de um poder técnico, principalmente nos procedimentos eletivos, para manter seus feudos mercantilistas e de saber?

Os hospitais e pronto-socorros continuam sendo importantes portas de entrada do sistema (CECÍLIO, 1997), apesar das inúmeras tentativas de rever esta postura junto à população. A nítida desarticulação entre ‘o fazer e o pensar’ (REZENDE, 1989: 9) remete a uma reflexão: conseguir tornar efetivas e resolutas as ações de nossas Unidades Básicas de Saúde?

Todas estas questões manifestam-se na forma de mal-estar entre os coletivos de trabalhadores da saúde, usuários e gerentes, aspecto que este trabalho tenta investigar melhor.

A reforma sanitária proposta para o Brasil conseguiu aumentar radicalmente a cobertura e implementar propostas revolucionárias em campos específicos, como o da saúde mental, por exemplo. Mas, ao se preocupar em racionalizar, ampliar, abrir portas, etc., não foi capaz de oferecer aos seus usuários – cada vez mais exigentes – uma possibilidade de vínculo que superasse a concepção da saúde como valor de uso.

Cada vez mais, a clientela do sistema questiona sua forma de execução e reivindica tecnologia, rapidez, eficiência, ao mesmo tempo em que deseja apropriar-se do sistema e que cada um tenha alguém responsável por si: “Eu quero uma carteirinha pra mostrar que sou dono, mas também que alguém é responsável por mim” (usuário do Conselho Municipal de Saúde).

Mas, estas questões não explicam todo o processo de insatisfação experimentado no setor, pois há uma faceta subjetiva bastante peculiar, envolvendo, por exemplo, a relação médico-paciente, em um processo de especialização crescente que segmentou os corpos e as mentes dos pacientes e dos profissionais médicos e criou dificuldades para o estabelecimento de vínculos, cujo poder de resolução é questionável. Em vários países, vem sendo implementada a formação do médico generalista, inclusive com remuneração superior aos especialistas, como na França e na Inglaterra (KLOTZ, 1997: 9).

Enfim, crê-se existirem mais explicações acerca deste 'mal-estar', que devem ser buscadas na investigação científica, pois, aparentemente, não basta coerência técnica e administrativa em uma proposta de reorganização de atenção à saúde.

A seguir será feita uma revisão bibliográfica que problematize as tendências, dificuldades e contradições presentes na construção do SUS no país, visando recuperar parte das dúvidas e percalços encontrados na construção recente do sistema de saúde brasileiro. Uma rápida caracterização do Município de Mauá, baseada em documentos escritos da Prefeitura local. Examinando a política de saúde local nos anos recentes. A metodologia reunirá estratégias e alguns instrumentos adotados, que englobam observação, entrevista e aplicação de questionários específicos. Também aproveita-se para definir o eixo de análise baseado na taxonomia de necessidades de saúde. Na sequência, sistematiza-se o material coletado e as primeiras impressões, para então proceder à análise e arriscar algumas conclusões que se julgam coerentes com as angústias e inquietações que levaram esta autora a elaborar este estudo.

1.1. DIFICULDADES E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO SUS

O Brasil experimentou, durante este século, vários modelos de sistema de saúde: o sanitarismo campanhista, o modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao projeto neoliberal dos anos 80 (MENDES, 1994: 19). Este último, atualmente hegemônico, abriga várias modalidades de produção: o trabalho assalariado, os pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, as empresas e a ação estatal. Assim, esta forma de funcionamento assegura a reprodução de uma prática mercantilista, que sobrevive por meio da articulação de interesses empresariais com amplas parcelas de profissionais de saúde, particularmente médicos e dentistas (CAMPOS, 1992: 41).

Este modelo neoliberal conta com a participação do Estado, que fornece suporte econômico-financeiro ao setor privado, para realizar ações de abrangência coletiva e até mesmo atendimento individual às parcelas que não conseguem se incorporar ao mercado, contrapondo-se à proposta da reforma sanitária, movimento contra-hegemônico iniciado no mesmo período (CAMPOS, 1992: 41). Entre eles, estabelece-se uma luta constante nos planos político, ideológico e técnico, o que faz com que qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro, de acordo com seus pressupostos e interesses (CAMPOS, 1992: 42-43).

A reforma sanitária, movimento contra-hegemônico, viveu momentos de grandes vitórias, conseguiu mobilizações em todo o país e inscreveu na Constituição de 1988 princípios fundamentais para a construção de um sistema de saúde universal, igualitário e de responsabilidade do Estado, princípios que emergiram de um movimento, reunindo diversos setores e se constituíram como alternativa às profundas contradições e limitações do modelo

hegemônico. Neste espaço, foram efetuadas várias experiências inovadoras em nível local ou em outras instâncias do setor de saúde, tendo em vista assegurar os interesses públicos, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, constata-se a existência, dentro do Sistema Nacional de Saúde, de vários subsistemas, simplificadamente: o Subsistema de Alta Tecnologia, o Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva e o Subsistema Público (MENDES, 1994: 61-79). Esses subsistemas obedecem a lógicas de estruturação distintas, têm graus diversos de complexidade tecnológica, clientela diferenciada, interlocutores políticos específicos e modos de financiamento próprios. Possuem entre si intercomplementariedade e incompatibilidades, não sendo blocos homogêneos. A seguir cada um dos subsistemas:

- O primeiro, o Subsistema de Alta Tecnologia, é ligado a hospitais de ensino e a grupos corporativos de especialidades médicas, que articulam personalidades médicas e protagonistas importantes dos centros do poder em microrrelações, abrigando em seu interior grupos sociais com potência na vocalização política, que reivindicam esta atenção de alto custo que deve ser oferecida pelo Estado. Este subsistema atende 2% e 3% da população brasileira, consome quase todos os equipamentos biomédicos adquiridos pelo Estado, usa mais de 30% dos recursos públicos do SUS e o gasto *per capita* chega a 700 dólares;
- O segundo, o Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva, tem como objeto a doença e suas seqüelas, sendo conformado por cinco modalidades principais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. Atende cerca de 22% da população, gasta cerca de 70 dólares por paciente e está em franca ascensão;

seja qual for a modalidade, acaba sendo pago pela população, visto que, pela legislação brasileira, o custo pode ser repassado para o preço dos produtos no caso dos convênios coletivos de empresas, ou abatido do imposto de renda, no caso de opção individual, como seguro-saúde. De qualquer forma, os crescentes custos têm levado essas empresas médicas e os empresários que as utilizam para seus funcionários a cobrar do Estado mudanças no mecanismo de contribuição previdenciária, de forma a reduzir os aportes das empresas, permitindo-lhes prestar estes serviços sociais;

- Por fim, o Subsistema Público, responsável por todos os brasileiros, é composto por serviços da União, Estado e Municípios, mais serviços privados conveniados com o serviço público. Deve-se ressaltar que os setores privados incluídos neste subsistema são, em geral, os mais atrasados tecnologicamente e sua clientela é constituída de trabalhadores com menos qualificação ou ligados ao setor informal da economia e, ainda, por aqueles não integrados economicamente. Este setor, que recebe cada vez mais usuários, forçados pelo desemprego, por exemplo, compensa essas novas incorporações com mecanismos de racionamento. O principal deles é a queda de qualidade de serviços, seguida de perto pela violência institucional, o que é absolutamente perverso, pois atinge, sobretudo, aqueles que não podem se abrigar no subsistema de atenção médica supletiva. A crescente má qualidade deste subsistema, fato inteiramente percebido pela população e propagandeado pelo subsistema de atenção médica supletiva, pode ser avaliada por um 'indicador' simples: a atenção às emergências nas cidades de médio e grande porte. A deficiência é tão grande que ocupa as páginas policiais dos jornais e noticiários de televisão. Sabe-se que o crescimento da mortalidade por causas externas vem correspondendo a uma diminuição da oferta de serviços

de emergência, tanto no setor privado quanto no público – só os privados filantrópicos diminuíram a oferta em 55% nos últimos dez anos. Também tem-se que ressaltar que 75% dos serviços estatais são ambulatoriais, sem internação, enquanto no setor privado 74% dos serviços incluem internação (este detém 77% dos leitos hospitalares do país). Tentando sair desse círculo vicioso, vários municípios vêm investindo na construção de hospitais de pequeno porte, mas com baixa incorporação tecnológica, chegando a suprimir setores essenciais como os de radiologia e emergência. Há outras distorções, como concentração de leitos no Sudeste/Sul, em detrimento do Norte/Nordeste, e a discrepância entre as especialidades. Há o mesmo número de leitos de clínica médica e de psiquiatria, ou seja, superávit de 42% de leitos de psiquiatria e déficit de 55% de clínica médica. Neste subsistema, houve um incremento de mais de 100% no número de empregos no setor público de saúde, às custas principalmente dos municípios, ao contrário do setor privado, no qual só cresceu cerca de 20%; mas a produtividade do setor público diminuiu 6,8% (consultas médicas), ao contrário do setor privado, no mesmo período. Em relação aos gastos, é sabido que este subsistema gasta em média 40 dólares ao ano por pessoa e que apenas cerca de 2,1% do PIB é investido em saúde nacionalmente. Os estados têm mantido 0,5% do seu orçamento em investimento e alguns municípios chegam a gastar quase 20% de sua arrecadação. Assim, o subsistema público aumentou sua capacidade instalada, o emprego e os gastos, diminuiu a produção de consultas médicas, manteve constantes internações hospitalares e não resolveu os desequilíbrios regionais entre cuidados ambulatoriais e hospitalares. Além disso, ganhou uma imagem pública negativa (MENDES, 1994: 61-79).

Problemas conjunturais e estruturais, como a crise orgânica do Estado, a perversa distribuição da renda nacional, os efeitos inesperados das políticas públicas de saúde praticadas no período, a existência de um setor privado moderno e com alta autonomia, mecanismos de financiamento capazes de levar grandes grupos populacionais a este segmento prestador de serviços, etc., determinaram uma 'universalização excludente', com uma distribuição seletiva dos serviços de saúde, a partir de mecanismos de racionamento impostos. O principal é a queda da qualidade no subsistema público (MENDES, 1994: 61-79).

Assim, na prática, a legislação universalizante, construtora de uma cidadania plena, se traduz em uma realidade na qual estabelece-se uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para 'diferentes cidadanias' e fixada na atenção médica (MENDES, 1994: 61-79). O Estado, enquanto instrumento de reprodução das relações sociais, articula mecanismos de dominação e coerção a outros de geração de consenso e aceitação dessas relações sociais. Para garantir sua própria manutenção, incorpora, em alguma medida, reivindicações dos setores menos favorecidos (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989: 49). Este fato propicia a existência de um terceiro modelo para a questão da saúde, que poderia ser chamado de 'racionalizador', e que pretende utilizar as 'brechas' do arcabouço institucional para corrigir disfunções do sistema de saúde, atuando dentro do aparelho do Estado enquanto técnicos, formulando normas legais de readequação (CAMPOS, 1992: 43). Esta terceira alternativa constitui-se em um dilema reformista: "a saúde é um núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, indicando uma possibilidade sempre inacabada no processo de construção social" (TEIXEIRA, 1989: 45).

Enfim, pode-se concluir que todo esse processo de luta dentro da chamada Saúde Pública, embora inacabado, favorece a incorporação da massa urbana através da extensão da rede de

serviços públicos. Ao mesmo tempo, fragmentou aquela 'massa' para elevá-la à condição de cidadania. Essa cidadania foi outorgada e se expressou fragmentariamente (MERHY, 1992: 211).

Algumas propostas locais de estruturação do SUS, diferenciadas na sua essência - como o Plano de Assistência à Saúde, em São Paulo, que inverteu a lógica da hierarquia e integralidade, ao dar prioridade ao pronto-atendimento, de preferência em hospitais, que se tornaram a porta de entrada do sistema, através de cooperativas formadas por funcionários do serviço público de saúde, que concordaram em abrir mão de seus direitos trabalhistas - fracassaram nos objetivos, consumindo grande quantidade de recursos financeiros e não atendendo às necessidades básicas de saúde da população.

Este fato mostra que a questão da saúde, por força da incorporação de grandes contingentes da população à assistência pública, tornou-se objeto de formulação e implementação obrigatórios para os governantes atuais, mesmo os de caráter não progressista, principalmente nos grandes centros. Também mostra a capacidade e o poder de iniciativa dos adversários do SUS, que não podem sobreviver sem estar constantemente revolucionando os instrumentos de produção e, com eles, as relações de produção, juntamente com todas as relações sociais (CAMPOS, 1991: 15). A saúde é "...um dos campos onde a humanidade acumulou saberes, técnicas e procedimentos profissionais que permitem tornar a vida mais leve e mais longa; e que, como concentra determinado valor de uso, presta-se também à sua utilização como 'mercadoria'" (CAMPOS, 1991: 63).

Aliada a esta questão, tem-se a mais importante 'doença social' deste final de século: o chamado arrivismo, mediante o qual o emprego de qualquer meio seria ética e socialmente

justificado, desde que servisse ao objetivo considerado maior, ou seja, aos interesses privados de cada pessoa. Desta forma, obriga-se a um conformismo e submissão dos subordinados, e privilegiam-se os carreiristas, competitivos e desprovidos de qualquer solidariedade com seus pares (CAMPOS, 1991: 169).

Nesse aspecto, a sociedade brasileira criou fortes mecanismos repressivos para conter aqueles que manifestam algum grau de solidariedade social, com isso represando insatisfações, frustrações não resolvidas e reforçando o apoliticismo. Desta forma, as pessoas tendem a transferir toda a esperança não realizada de mudança para algum tipo de força social que se apresente como magicamente capaz de romper o mal-estar do cotidiano (CAMPOS, 1991: 169). Em meio a esse contexto “é difícil a construção de uma nova consciência sanitária que se oponha à utilização pura e simples da força de trabalho, dos corpos, da natureza, apenas como um insumo necessário à produção e sem nenhuma consideração de caráter mais coletivo.” (CAMPOS, 1991: 171)

Sabe-se que o processo saúde-doença decorre do modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho, baseado em determinado estágio do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Isto implica abordar toda a problemática de saúde como fenômeno coletivo e como fato social, em que uma nova prática não depende somente de uma interpretação do processo saúde-doença, mas é preciso também dispor de bases sociais que possam impulsionar e sustentar as transformações.

Talvez por isso, a reforma sanitária no Brasil, diferentemente do que ocorreu na Itália, enfrente tantas dificuldades. Naquele país, além do contexto de passagem do fascismo para um regime de natureza liberal-democrática, a idéia da Reforma surge no interior de um processo de transição de mais longo prazo e maior alcance: a transição para o socialismo. Logo, era uma estratégia de contra-hegemonia, em que noções de democratização de Estado e consciência sanitária eram fundamentais (COSTA, *et al.*, 1989: 62).

A questão que se estabelece hoje, para o setor de saúde, em uma conjuntura de transição democrática, aliás como para os demais setores, é exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira em face da democracia, num contexto de crescente “invisibilidade social e da desvalorização das políticas sociais”, no geral reforçado pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais (COHN *et al.*, 1991: 27). No Brasil, temos a necessidade da “construção da cidadania a partir de reivindicações concretas dos segmentos mais desfavorecidos da população, não da ótica da saúde como questão institucional versus questão social, mas da busca da legitimidade das reformas concretas que respondam às expectativas e necessidades da população” (COHN *et al.*, 1991: 27).

Nas últimas décadas, parece haver um consenso de que as políticas públicas, seja de corte econômico ou social, produziram efeitos excludentes, impedindo o acesso de amplos setores da população à riqueza e ao bem-estar.

Assim, as desigualdades sociais do país exigem uma forte presença do Estado no setor de saúde, ao mesmo tempo em que se busca consolidar a democracia (COHN *et al.*, 1991: 26). Isto se contrapõe ao modelo neoliberal e cria profundas contradições.

Em meio a toda esta problemática, deve-se lembrar que, diferentemente de outros países, onde os padrões de mortalidade e morbidade se deslocaram, ao longo do tempo, das doenças infecciosas e parasitárias para as doenças crônico-degenerativas, o Brasil vive hoje uma situação peculiar no que diz respeito às condições de saúde de sua população, que não se resume à mera transição de padrões (POSSAS, 1989:24).

A extrema mobilidade populacional associada a precárias condições de vida, as mudanças no sistema produtivo, os prejuízos do processo de industrialização e urbanização ao meio ambiente, etc., fazem com que contingentes cada vez maiores da população fiquem expostos, aos condicionantes dos riscos provenientes, simultaneamente, do 'atraso' e da 'modernidade', tendo de conviver com altas frequências de doenças infecciosas, doenças crônicas e altíssimos índices de ocorrências por causas externas (POSSAS, 1989: 22).

Deve-se ressaltar a evidência de que todas as doenças e causas de mortalidade afetam mais as populações pobres e excluídas, seja aqui ou na Inglaterra, como declarou um grupo de estudiosos daquele país em 1980 (BARATA *et al.*, 1997: 68). Também é importante ressaltar que propostas de intervenção tradicionais, baseadas na mudança individual de hábitos e comportamentos, aprofundaram desigualdades sociais relacionadas à saúde, uma vez que mudanças dependem de vários fatores culturais e econômicos e não apenas da vontade de mudar.

Configura-se uma situação de grande complexidade para o sistema de saúde, marcada pela sobreposição, em uma mesma população, de padrões de mortalidade e morbidade distintos, ou um mesmo indivíduo com patologias variadas decorrentes do desenvolvimento e subdesenvolvimento, o que confere especificidades ao quadro sanitário brasileiro (POSSAS, 1989: 19).

Ao mesmo tempo, a demografia aponta uma queda acentuada das taxas de fecundidade, com significativo declínio no crescimento populacional e modificação da estrutura etária da população, através de um estreitamento acentuado da base da pirâmide populacional. E mostra também que enquanto a expectativa de vida subiu de 45 anos, em 1950, para 60 anos, em 1980, a mortalidade se concentra abaixo de quatro anos de idade e nas faixas produtivas, o que reflete uma grave situação de desigualdade social e de exploração desenfreada (POSSAS, 1989: 25).

Hoje observa-se que existe uma distância acentuada entre o discurso e a prática, após dez anos de inscrição jurídica na Constituição de 1988 do direito à saúde. Continua-se em busca de uma equidade em meio a uma pesada dívida social deixada pelos anos de ditadura, paralelamente ao processo de consolidação do modelo neoliberal.

Os sonhos de direitos humanos, independentes da capacidade econômica individual, a luta pela humanização do trabalho, a efetiva proteção e promoção da saúde de todos, em especial da infância, juventude e terceira idade, o enfrentamento de toda forma de violência que emudece e aprisiona no medo, a busca do resgate da cidadania, etc. – tarefas que exigem trabalho coletivo e concentrado –, além de uma nova concepção de sociedade, parecem encontrar novas dificuldades todos os dias.

O que se vê é o “cidadão liberal”, indivíduo portador de direitos e deveres mediados pelo Estado, em que a igualdade se estabelece em relação aos direitos políticos e não prevê nenhuma alteração nas desigualdades preexistentes e persistentes de gênero, raça, renda ou cultura, pois o Estado de Bem-Estar Social, que representou a conquista dos direitos sociais, após os direitos civis e políticos anteriores à Segunda Guerra Mundial, está em desmonte em vários países do mundo, acusado de não eliminar a pobreza, criar a dependência e paternalismo estatal.

Defende-se que a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo, o que significa eliminar a intervenção do Estado na economia mediante a privatização e a desregulação das atividades econômicas e daquelas relacionadas ao bem-estar social, por acreditar-se que a desigualdade é o motor da iniciativa individual e, portanto, do desenvolvimento.

A idéia é desagregar grupos organizados, desativar mecanismos de negociação coletivos e eliminar direitos adquiridos, em especial os trabalhistas, com o intento de renovar o padrão de acumulação para impulsionar um novo ciclo de expansão capitalista.

No campo do bem-estar social, defende-se uma política de beneficência pública com alto grau de discriminação que alivie a pobreza e não gere direitos, combatendo-se a solidariedade social e a responsabilidade coletiva. Sua estratégia é a destruição de instituições públicas, a privatização dos fundos sociais e da produção de serviços, a eliminação de programas e redução de benefícios, o direcionamento dos gastos aos indigentes e a descentralização em nível local (BARATA *et al.*, 1997:84).

O Brasil, que ampliou crescentemente o investimento na área social desde a segunda metade da década de 70 até 1990, acompanhando a elevação do Produto Interno Bruto (A economia cresceu cerca de três vezes nesse período. A média de crescimento do PIB foi de 8% ao ano na década de 70.), embora com descontrole e níveis inflacionários elevados (MONTEIRO, 1997: 36), passou a adotar então as orientações do Banco Mundial. Estas previam o crescimento econômico capitaneado pelo setor privado com políticas compensatórias para a redução da pobreza a partir de 1994, conseguindo uma redução da inflação de cerca de 40% ao mês para 5%

ao ano (1997), mas com diminuição acentuada do crescimento econômico (o PIB cresceu cerca de 3% entre 1996 e 1997) e dos investimentos sociais (MINEIRO, 1998: 20-21).

Esse processo aumentou o desemprego e aprofundou as disparidades regionais, impedindo até mesmo políticas sociais compensatórias e, com isso, mostrando que o discurso inicial de crescimento e justiça social não tinha consistência ou não era para este século (MINEIRO, 1998: 21). Para o Banco Mundial, toda a crise do setor saúde se resolveria com o co-pagamento, que serviria como forma de racionamento do sobre-consumo e maior aporte de recursos.

Em meio a esse emaranhado complexo, constituiu-se o Sistema Único de Saúde que, na verdade, ainda está em construção, de forma lenta e desigual em todo o país, através de um processo de luta política, ideológica e tecnológica. Atualmente é responsável pela assistência a 120 milhões de pessoas e assume praticamente todo o alto custo da saúde, como tratamento oncológico, transplantes, acompanhamento de pacientes com Aids, etc..

O processo de formação do SUS incorporou cerca de 60 milhões de brasileiros antes submetidos à filantropia ou à atenção estatal simplificada, mas sua implantação foi acompanhada de redução acentuada dos recursos federais para o financiamento e incremento no número de atendimentos. Exemplo disso são as internações hospitalares, em que se observa grave queda de qualidade. Outro fator importante foi a explosão de sistemas locais de saúde, frutos da política de municipalização, posta em prática em todo o país, que provocou o aumento dos gastos das Prefeituras com a área da saúde.

No entanto, a universalidade foi excludente na medida em que expulsou grande parte dos segmentos de camadas médias e do operariado qualificado, que acabaram migrando para a

atenção médica supletiva, além de ainda não dar acesso a grandes contingentes de populações miseráveis.

Dentro dos municípios, as concepções da reforma sanitária foram rapidamente assimiladas, com a municipalização de equipamentos estaduais e federais para a montagem dos sistemas locais de saúde, e seu discurso foi incorporado por políticos e profissionais de saúde de diversos segmentos e linhas de pensamento, em especial nos grandes centros.

Mas, passados os primeiros anos, vemos-nos diante de dificuldades as mais diversas: baixa qualidade e capacidade de resolver os problemas de saúde, falta de credibilidade, custos elevados, reaparecimento de doenças infecto-contagiosas que estavam controladas, crescimento da violência, caos na urgência-emergência, etc..

A chamada rede básica, que deveria servir de porta de entrada ao sistema e resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde, não conseguiu desvincular-se do padrão de consumo de serviços imposto pelos usuários, que consideram a assistência médica a mais adequada e a avaliam de acordo com os recursos utilizados na elaboração do diagnóstico e terapêutica (COHN *et al.*, 1991: 125).

Desta forma, institui-se uma particularidade na composição da cesta de serviços utilizados, segundo a qual, cada um, em cada condição específica, busca o acesso pertinente: unidades básicas para mulheres e crianças, pronto-atendimento para os trabalhadores, etc. (COHN *et al.*, 1991: 125).

A rede básica é entendida pela população como um lugar de 'controle' para casos de menor gravidade e não como espaço privilegiado de assistência e promoção da saúde, além de ainda prevalecer a concepção de direito a atendimento por uma instituição médica como privilégio referido a um contrato prévio, seletivo, de caráter contributivo (COHN *et al.*, 1991: 129-130).

Uma das questões cruciais para a atenção ambulatorial é a que não houve mudança na formação dos profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros que, além da excessiva especialização, são extremamente dependentes dos recursos tecnológicos externos, esquecendo a anamnese e a propedêutica como instrumentos de trabalho e não impulsionando a criação e consolidação de tecnologia própria aos ambulatórios.

Também há o problema da simplificação excessiva, pois é inegável que o avanço dos métodos de diagnóstico e tratamento foram vitais para alívio do sofrimento e combate às doenças. Os ambulatórios, neste final de século, prescindem, portanto, de algum grau de tecnologia, de acordo com o perfil da demanda local.

Em meio a estas questões, tem-se os resultados dos estudos da OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, que revelam um desperdício injustificado de vidas brasileiras, em comparação com outros países considerados dentro do mesmo estágio de desenvolvimento, ou seja, de zero a 65 anos há um total de 55% de mortes redutíveis, de zero a um ano, a redução poderia ser de 70%, sendo 87% no grupo de um a quatro anos e 73% no grupo de cinco a 14 anos (MENDES, 1996: 84).

Os estabelecimentos de saúde de todas as categorias somavam, em 1989, cerca de 34.831 unidades em todo o país, sendo 65% públicas e 35% privadas. A distribuição no território nacional é extremamente desigual, com maior concentração nos grandes centros e áreas mais ricas. Destas unidades, 27.704 são instituições ambulatoriais e 7.127 com internação; no nível ambulatorial, 79,5% das unidades são públicas e, no campo hospitalar, apenas 19,6%, o que mostra uma clara preferência de investimentos do privado na área hospitalar (BUSS & LABRA, 1995: 84).

Uma análise do número de consultas ambulatoriais mostra que a média brasileira é de 2,05 consultas médicas por habitante, com uma distribuição desigual no país: na região Norte, essa média cai a 0,83 consulta por habitante. Neste tipo de atendimento, o público realiza 53,7% das consultas e o privado 46,3% (BUSS & LABRA, 1995: 87).

Deve-se lembrar que no Brasil existe um privilégio financeiro do atendimento hospitalar, para onde vai a maior parte dos recursos. Mas, dentro da atenção ambulatorial também se investe mais no alto custo do que na atenção básica. Por exemplo, gasta-se mais em diálise do que na prevenção de problemas renais.

Em relação aos hospitais, as Santas Casas foram as primeiras instituições com este papel no Brasil. No início do século assumiam uma postura religiosa, mas depois se voltaram à cura dos doentes, exercendo papel preponderante no desenvolvimento da medicina e na vida das comunidades. Em anos mais recentes, as irmandades religiosas foram abandonando as instituições, que passaram às mãos do poder médico local e de lideranças políticas. Este período coincide com a modernização da medicina, que incorpora tecnologia sofisticada e se rende à

influência do modelo médico americano do pós-guerra. Surgem vários outros tipos de hospitais, com destaque para os universitários e previdenciários (CASTELAR, MORDELET, GRABOIS, 1993: 42).

Os hospitais previdenciários, num total de 42, atendiam uma clientela específica até o final da década de 80, quando seu acesso foi universalizado; o Ministério da Saúde centralizava sua rede hospitalar no combate das doenças mentais, câncer, tuberculose e reabilitação, enquanto estados e municípios sempre estiveram, do ponto de vista da assistência hospitalar, mais voltados para as urgências e emergências (CASTELAR *et al.*, 1993: 42).

Logo, a evolução da rede hospitalar brasileira foi impulsionada mais por necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou por interesses de grupos do que por uma política de saúde de caráter nacional. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços.

Os hospitais são definidos como estabelecimentos voltados ao atendimento assistencial em regime de internação, o que não exclui o atendimento ambulatorial. São classificados em gerais, especializados e não especializados. Em 1990, havia 7.280 estabelecimentos com internação no Brasil. Desses, 6.532 eram classificados como hospitais e 748 como unidades mistas. Estas últimas dedicam-se mais a atividades ambulatoriais com agendamento prévio ou pronto-atendimento, mantendo internação em áreas básicas, normalmente com poucos leitos. São mais comuns nas regiões Norte e Nordeste, embora em São Paulo o processo de municipalização tenha aumentado muito o número dessas unidades, e a maioria (88,3%), são unidades públicas (CASTELAR *et al.*, 1993: 43).

No país, de maneira geral, observa-se que o número de leitos por mil habitantes é satisfatório, em torno de 3,65 por mil, obedecendo aos padrões da OMS e aos termos da Portaria 3.046/MPAS, que estipula 3,5 a 4 leitos/mil habitantes. No entanto, este dado encobre enormes disparidades regionais e o fato incontestável de que não existe acesso universal aos cuidados hospitalares. A realidade é que, em 1989, mais de um terço dos municípios brasileiros não dispunham sequer de um leito hospitalar (CASTELAR *et al.*, 1993: 43).

Dois fatores chamam a atenção na análise da rede hospitalar: o primeiro é a preponderância de hospitais de pequeno porte (até 50 leitos), que constituem 75% do total; o segundo é que, no setor de maior complexidade (terapia intensiva, queimados, neurocirurgia, etc), a relação público/privado é a mais desfavorável, levando a uma situação dramática em algumas especialidades.

Uma das características do desenvolvimento da assistência hospitalar nos anos 80 foi o aumento de dias de internação, do total de internações e dos gastos com internação (custo/dia). Alguns autores justificam esse aumento pela adesão de hospitais universitários, municipais e estaduais ao sistema de informação hospitalar do SUS.

Os hospitais públicos podem ser autarquias, fundações ou administrações diretas quanto a seu regime jurídico. Em 1989, entre os 1889 hospitais públicos, 1.270 eram de administração direta, dos quais 744 municipais, 265 estaduais e 261 federais, (CASTELAR *et al.*, 1993: 46). Os hospitais privados distribuem-se entre beneficentes, filantrópicos e com fins lucrativos (85,2%), além das fundações e hospitais ligados a sindicatos.

Na questão da produtividade, no ano de 1990, cada leito privado produzia 37 internações e cada leito público produzia 31, ambos abaixo do parâmetro preconizado pela portaria 3.046/MPAS de 45 internações/leito (CASTELAR *et al.*, 1993: 46).

No período de 1984 a 1989, os estabelecimentos privados cresceram em proporção geométrica (7,2% ao ano), ao mesmo tempo que decresceu o número de hospitais concentrados nos segmentos beneficentes e filantrópicos, como fruto de uma política de incentivo ao setor privado, embora com baixa remuneração por internação. Paralelamente, vários leitos públicos foram desativados (CASTELAR *et al.*, 1993: 47). Também observou-se, nesse período, uma impressionante elevação dos custos hospitalares, aparentemente uma tendência generalizada.

Assim, há uma necessidade premente de redefinição do papel do hospital e da rede básica nos sistemas locais de saúde. E este é um processo mundial, baseado em novas tecnologias de atenção, com a diminuição de internações e o estímulo ao médico de família, internação domiciliar, hospital-dia, controles de qualidade e resolutividade nos ambulatórios, etc.. Enfim, existe uma complexidade de fatores que impedem uma reforma humanista e generosa do sistema de saúde, o que promove uma descrença geral na proposta.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

Formação histórica:

O município se formou a partir de um pequeno núcleo nascido ao redor da Capela do Pilar, entre 1799 e 1800, onde os tropeiros que se dirigiam para o interior paravam para descansar e reabastecer.

A Estrada de Ferro Santos à Jundiaí, que atravessa Mauá, foi construída pela São Paulo Railway Company, sob o comando de Irineu Evangelista de Souza, o Barão de Mauá, e inaugurada em 16 de fevereiro de 1867.

A inauguração da Estação de Pilar ocorreu após 16 anos, em 1º de abril de 1883, dando origem ao povoado de Pilar, como era conhecida anteriormente a cidade. Em 12 de março de 1889, Pilar deixou de pertencer à cidade de São Paulo, passando a integrar o Município de São Bernardo do Campo.

Naquela época, a iluminação era feita a querosene e apenas em 1920 foi introduzida a energia elétrica. A vocação industrial caracterizou-se no período de 1923 a 1944, quando o município ficou conhecido como 'Cidade da Porcelana'. Em 1926, Pilar passou a chamar-se Mauá, em homenagem ao Barão de Mauá.

Em 22 de novembro de 1953, ocorreu o plebiscito sobre a emancipação e a cidade chegou à categoria de município no mesmo ano, em 30 de dezembro, através da Lei 2.456 do governador do estado Lucas Nogueira Garcez.

A primeira eleição para prefeito, vice-prefeito e vereadores ocorreu em 3 de outubro de 1954, com início da gestão de Ennio Brancalion em 1º de janeiro de 1955, sendo instalado solenemente o município na mesma data. O início das atividades enquanto Comarca de Mauá data de 1º de janeiro de 1967, na gestão do prefeito Élio Bernardi.

A cidade comemora seu aniversário em 8 de dezembro, dia da Padroeira da cidade. Nossa Senhora da Imaculada Conceição.

Hoje, Mauá é um dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, compondo o chamado Grande ABC. Situa-se entre os municípios de Santo André e Ribeirão Pires, a sudeste da metrópole, e ocupa uma área de 67 quilômetros quadrados.

A grande expansão industrial ocorreu nos anos 60 e 70, em virtude da implantação de empresas de grande porte, como a Petrobrás e a Philips do Brasil, entre outros.

Hoje existem cerca de 400 indústrias, principalmente no distrito industrial de Sertãozinho, que motivaram o processo de crescimento populacional desenfreado, ocorrido na mesma época.

Nesta época, registrou-se um crescimento demográfico de 11% ao ano, que fez com que a população aumentasse de 28.924 habitantes em 1960, para 101.726 em 1970 e 289.491 habitantes em 1980, quando a taxa de crescimento começou a cair, estabilizando-se em 1,7% ao ano, em 1995. Atualmente, o município conta com 354.856 habitantes, distribuídos em cerca de 80 mil domicílios, que se espalham de forma desordenada em uma região serrana com vários mananciais e que 70% destes são irregulares (PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ, 1998: 8).

Cerca de 30 mil famílias (120 mil pessoas) vivem em ruas sem nome oficial e numeração correta, o que dificulta o acesso a correio, telefonia, eletricidade e outros serviços públicos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ, 1998: 8)

Muitas moradias foram construídas sem respeito às curvas de nível e sujeitas à ação da chuva, o que provoca deslizamentos e mortes a cada estação chuvosa.

Apesar de abrigar um grande parque industrial e ter a 12ª arrecadação do Estado de São Paulo (cerca de 130 milhões de reais por ano), o município acumula uma dívida de 635 milhões

de reais herdada de administrações anteriores, o que mantém a cidade sob risco de intervenção estadual constante. Sua população é eminentemente operária, oriunda especialmente do Nordeste do país, com distribuição equilibrada entre sexos (50% de cada). Quanto à faixa etária, 40% têm menos de 19 anos, 51% entre 20 e 59 anos e 9% está acima de 60 anos.

Dados do Perfil Municipal do SEADE de 1995 mostram que as famílias compõem-se de quatro membros em média; 34,4% da população é economicamente ativa e, desta 44,9% não possui nenhuma forma de especialização. Cerca de 43,7% dos trabalhadores atuam na indústria, 41,3% na prestação de serviços e 14,6% no comércio. Desse total 49,3% trabalham no próprio município, 13,4% em Santo André, 12,9% em São Paulo, 8,6% em São Bernardo do Campo, 8,1% em São Caetano do Sul e 7,7% em outros. Entre a população economicamente ativa, 37,3% recebem até três salários mínimos e 30% de quatro a seis.

Em 1995, aproximadamente 40% dos moradores residiam no local havia mais de dez anos e 86,9% dos moradores não pretendiam mudar de município nos próximos seis meses.

Em 1995, as atividades econômicas eram distribuídas entre 1.631 ambulantes, 2.642 estabelecimentos comerciais, 373 indústrias e 5.008 prestadores de serviço. Os principais ramos de atividade industrial são a petroquímica, metalurgia, mecânica e química, com destaque (segundo a participação no ICMS do município) para as seguintes indústrias: Petrobrás, Philips, TRW, Unipar e Polibrasil. Nesse ano Mauá ocupava a nona posição na composição do ICMS do Estado de São Paulo; em 1997, caiu para a décima-segunda posição.

Existem 55 escolas estaduais e sete municipais que oferecem ensino de pré-escola, fundamental e médio. No ensino superior, existe apenas a Faculdade de Desenho Industrial, que é

privada. Também há oito escolas privadas de ensino fundamental e médio, além de unidades do Sesi e Senai, que possuem cursos profissionalizantes. A prefeitura tem 15 creches distribuídas pela cidade, número considerado insuficiente. Foram formadas seis unidades das Casas da Juventude, que ministram cursos profissionalizantes para crianças e adolescentes, visando retirá-los das ruas, visto que a criminalidade é alta entre os adolescentes, principalmente o furto e tráfico de drogas.

No campo da cultura, o município conta com o Museu Barão de Mauá, a Casa da Cultura, a Banda Marcial Municipal, os murais da Capela da Santa Casa de Misericórdia, a Orquestra de Violeiros, 15 Escolas de Samba, o Teatro Popular do Sesi e quatro bibliotecas públicas. No campo esportivo, com o Estádio Municipal Pedro Benedetti, a Liga Mauaense de Futebol de Campo e de Futebol de Salão.

Em 1995, cerca de 57,5% da população professava a religião católica, 25,6% declarava não ter religião e o restante tinha outras religiões, dentre as quais se destaca a evangélica.

Os principais meios de transporte são as 144 linhas de ônibus municipais e intermunicipais e os trens metropolitanos.

Existem dois parques ecológicos na cidade: o de Santa Luzia e o de Guapituba. O primeiro ocupa uma área 484m² e o segundo de 470m².

A cobertura de água tratada é de aproximadamente 100% e de esgoto, de 75%, feita pela empresa municipal SAMA. Os serviços de energia elétrica são prestados pela Eletropaulo e cobrem 99% do município. A limpeza urbana é terceirizada, estando a cargo da empresa

Sanurban há vários anos. Anualmente, são coletadas em média 60 mil toneladas de lixo domiciliar e 200 toneladas de lixo hospitalar ano.

Em 1995, havia 162 núcleos de favelas registrados na cidade, que abrigavam 52 mil pessoas (13,7% da população). Há déficit de moradias populares e os aluguéis são altos em comparação com os do restante da região.

Quanto ao sistema de telefonia, há 12 mil terminais residenciais, 500 públicos, 4.200 comerciais e 25 mil telefones celulares ativados, administrados pela CTBC.

A cidade tem uma emissora de rádio oficial e cerca de oito clandestinas; também possui quatro jornais, embora o mais lido seja o Diário do Grande ABC, de Santo André.

Em 1995, havia 11 conselhos municipais, a saber: de Alimentação Escolar, do Bem-Estar Social, dos Direitos da Criança e Adolescente, de Entorpecentes, de Assistência à Cultura, do Esporte, do Fundo Social de Solidariedade, do Meio Ambiente, da Pessoa Deficiente, do Planejamento Urbano e da Saúde. Também existem os conselhos gestores em cada Unidade Básica de Saúde, criados por lei municipal, em 1991, e quatro conselhos tutelares.

Mauá integra o Consórcio Intermunicipal Grande ABC, junto com Diadema, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, que foi constituído em 1995 para promover soluções conjuntas relativas ao saneamento, lixo, meio ambiente, transporte, desemprego, desenvolvimento econômico, etc..

Existem aproximadamente 60 SAB e uma federação que reúne essas entidades, e ainda clubes de serviço, como Lions, Rotary, Maçonaria, pelo menos cinco lares para crianças ou idosos, dez associações diversas e 11 sindicatos de trabalhadores.

A prefeitura tem 12 secretarias, a câmara 21 vereadores e o fórum cinco varas, todos situados na região central da cidade.

Quando se entra na cidade, a primeira impressão é bastante desfavorável, diante de construções sem nenhuma preocupação estética, desalinhadas e com calçadas estreitas. A estrada férrea divide a cidade em dois lados, que são interligados por vários pontilhões e passarelas. Atualmente, um calçadão com fonte de água, cinema, shopping e terminal integrado de ônibus tornou menos dura a primeira imagem do município, além de resgatar o uso e o apreço pelo chamado 'centro da cidade'.

Mas a cidade ainda carece de reformulações do espaço urbano, principalmente a periferia, constituída de morros com ocupação desordenada, que dão um aspecto semelhante a acampamento, mesclando diversos tipos e formas de construção.

1.3. A POLÍTICA DE SAÚDE EM MAUÁ

A mortalidade infantil situava-se em 27 por mil nascidos vivos em 1996, sendo a neonatal de 19 por mil e a infantil tardia de oito por mil, só superando os números do município de Rio Grande da Serra, entre as sete cidades da DIR II, cuja média era 22 por mil (SEADE, 1996).

O Índice de Swaroop Uemura nos mostra que 49 %, em 1995, das mortes ocorreram entre pessoas acima de 50 anos de idade e que, em 1996, a mortalidade geral era de 5,4 %, enquanto a taxa de natalidade situava-se em 19,1 %. As principais causas de mortalidade geral, em 1995, foram as externas, doenças isquêmicas do coração, neoplasias e doenças cerebrovasculares, em

ordem decrescente. Entre os menores de um ano, destacavam-se as lesões ao nascer, anomalias congênitas, outras causas perinatais e as doenças respiratórias. Na faixa etária entre um e quatro anos, a maior incidência era de doenças meningocócicas, pneumonias, acidentes e anomalias congênitas. Na faixa de cinco a 49 anos, os homicídios ocuparam o primeiro lugar, seguidos de outros acidentes, inclusive com veículos automotores e, acima de 50 anos, as causas não relacionadas entre os capítulos 140-799 do CID 9, doenças isquêmicas do coração, tumores e doenças cerebrovasculares.

Chama a atenção a queda na taxa de mortalidade por homicídio, que passou de 58 por 10 mil, em 1991, para 38,94 por 10 mil, em 1994, embora a violência continue sendo um problema grave. Já a taxa de suicídios, que era de 2,73 por 10 mil, em 1991, elevou-se para 4,43 por 10 mil, em 1994, e a de mortalidade por AIDS, de 13,99 para 24,06 por 10 mil.

Em 1980, a cidade já contava com cinco unidades de saúde: pronto-socorro geral, no centro da cidade, desvinculado de hospital, dois pronto-socorros infantis situados no Jardim Zaira e Parque das Américas; e dois Centros de Saúde, um no centro da cidade e outro no Bairro Sônia Maria. Essas unidades atendiam em média 12 mil pessoas mensalmente. Nessa época, foi proposta a construção de mais três unidades para atendimento ambulatorial, no Parque das Américas, Vila Independência (Itapark) e Parque São Vicente.

Desde 1986, o município veio progressivamente construindo seu sistema com auxílio do governo do Estado, que implantou Módulos de Saúde – no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde, com financiamento do Banco Mundial -, que deram origem a inúmeras Unidades Básicas de Saúde e ao Hospital Público de Referência.

Assim surgiu, em julho de 1986, a Unidade Básica de Saúde Primavera e, a seguir, várias outras unidades, que vieram compor o sistema de saúde da cidade, financiadas com recursos locais e estaduais, além de internacionais, através da Organização Pan-Americana de Saúde, administrados inicialmente por uma equipe de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde.

Em 1990, a cidade já contava com 20 UBS, e nesse ano foi municipalizado, o Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini que, em 1986, havia sido construído a partir da iniciativa privada e pelo governo estadual. Esse hospital tem capacidade para 220 leitos, mas nunca operou com sua capacidade total.

Em outubro de 1994, a Prefeitura Municipal de Mauá assumiu a gestão semiplena do sistema local de saúde, respondendo pelo planejamento, organização e avaliação dos serviços. E, em 1998, assumiu a gestão plena.

Em 1997, teve início uma gestão progressista, representada pelo Partido dos Trabalhadores, que substituiu o Partido da Frente Liberal - fato inédito na cidade, onde o 'poder' sempre foi partilhado por duas famílias tradicionais e conservadoras, que se alternavam na Prefeitura. Ao longo de várias gestões, estas endividaram o município e aprofundaram a exclusão social, canalizando a reação de insatisfação da população para as urnas, nesse ano.

Na época, havia 20 UBS, com uma média de 12 consultas diárias por médico nos ambulatorios. Dessas, cinco tinham pronto-atendimento, com uma média de nove consultas - médico por dia. A rede básica possuía 118 médicos em atenção ambulatorial e 120 em pronto-atendimentos.

A área de recursos humanos da Secretaria de Saúde contabilizava 2.005 funcionários (incluindo o hospital), sendo 58,4% funcionários municipais concursados, 22,2% servidores estaduais municipalizados, 18,4% prestadores de serviço (autônomos) e 1,0% funcionários federais também a serviço do município, que representavam um custo de cerca de 21 milhões ao ano em encargos.

Gastava-se em média 10 milhões com custeio, incluídos os contratos de terceiros, o que totaliza cerca de 31 milhões de custo anual, dos quais 30% provinham de repasses da gestão semiplena (convênio SUS) e 70% do orçamento municipal. Este montante representava 17% da receita arrecadada no município, em 1996.

O gasto era de R\$ 96,25 por habitante por ano, dos quais R\$ 70,28 da receita própria do município e R\$ 25,97 do convênio com o SUS.

O modelo assistencial era claramente centrado na assistência médica e nos pronto-atendimentos. Nem mesmo os profissionais da área de saúde mental praticavam a equidade, preferindo cuidar de neuróticos leves ao invés de enfrentar a grave questão da loucura na cidade, onde havia, inclusive, um manicômio fechado por falta de condições técnicas e inúmeras mortes sem explicações.

Os psicóticos também eram levados para internações em manicômios sem que as famílias soubessem e, algumas vezes, desapareciam. Enquanto isso, os psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais da rede desenvolviam grupos de hipertensão e *diabetes* que, no entanto, eram pouco freqüentados, por recomendarem práticas inviáveis para quem morava em favela, ou atendiam neuróticos leves. Também no caso dos neuróticos leves, havia atendimento em toda a rede, de forma descentralizada, pelos médicos.

A agenda ambulatorial promovia uma espera de dois meses, embora a produção fosse baixa e o encaixe era proibido. Quando a consulta acontecia, demorava em média cinco minutos no ambulatório e alguns segundos no pronto-atendimento. Ninguém cumpria horário, desde os profissionais de nível elementar até os de nível superior. A cobertura vacinal era baixa em virtude de dificuldades na rotina. Por exemplo, o BCG era feito uma vez por semana em uma das 19 unidades da rede e as mães ficavam esperando chegar a vez de seu posto ou tinham que se deslocar por grandes distâncias até outra unidade. A cobertura do exame preventivo de câncer cérvico uterino também era escandalosa, cerca de 6% da meta. A coleta de materiais para o laboratório de análises clínicas, situado no hospital Nardini, era feita uma vez por semana, independentemente da demanda e do tamanho da unidade. Embora existissem aparelhos de raio X na UBS Centro, UBS Zaira II e UBS São João, não havia técnicos para operar estas máquinas, o que obrigava a todos a se deslocarem até o hospital para radiografias.

Faltavam todos os medicamentos básicos, o que provocava filas maiores no pronto-atendimento de pacientes com doenças crônicas descompensadas. Não haviam rotinas e protocolos, principalmente na área de enfermagem e recepção.

Pelo menos duas unidades tinham esgoto na porta de entrada a céu aberto e quase todas as unidades já haviam sido assaltadas pelo menos uma vez.

Quase todas as unidades, fisicamente, eram maiores do que o necessário para sua área de abrangência. No entanto, estavam descuidadas, sujas, com péssimo aspecto e sem gerência alguma.

A unidade de especialidade secundária funcionava em um prédio alugado, em condições precárias, com muitos consultórios no primeiro andar, sem elevador e com uma escada estreita. Havia cerca de 80 mil prontuários e uma espera de três meses.

O hospital foi recebido pelos novos gestores com as prateleiras vazias, inúmeras reclamações quanto a maus tratos, visita cerceada (apenas três vezes por semana), greve de funcionários da lavanderia, serviço de nutrição e dietética interditado pela vigilância sanitária do Estado, enfim, o caos total. Chamava a atenção o número de funcionários privilegiado, inclusive com cinco assistentes sociais e 41 enfermeiras, sem falar do número de médicos.

Os usuários manifestaram na primeira reunião do Conselho Municipal de Saúde seu extremo descontentamento, inclusive questionando o uso de recursos financeiros volumosos que não sabiam como tinham sido gastos.

Neste contexto, foram promovidas várias reformulações pela nova equipe gestora, iniciando pela priorização da reorganização das unidades básicas de saúde, com o provimento de recursos humanos qualificados, recursos materiais, instalação de conselhos locais de saúde com paridade e remontagem das ações programáticas básicas, entre outras mudanças que serão relatadas adiante.

Até 1999, o sistema era composto por:

- 20 UBS tradicionais, com clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, odontologia e serviço de enfermagem, das quais duas com funcionamento 24 horas. Essas unidades, com suas respectivas populações de referência:

- UBS Centro - 19.507 pessoas
- UBS Itapark - 14.900 pessoas
- UBS Capuava - 1.124 pessoas
- UBS Feital - 17.463 pessoas
- UBS Sônia Maria - 11.120 pessoas
- UBS Zaira I - 19.283 pessoas
- UBS Flórida - 18.553 pessoas
- UBS Primavera - 14.854 pessoas
- UBS Parque São Vicente - 10.436 pessoas
- UBS Vila Assis - 17.854 pessoas
- UBS Santista - 15.461 pessoas
- UBS Santa Lídia - 10.784 pessoas
- UBS Parque das Américas - 25.046 pessoas
- UBS Paranavai - 14.460 pessoas
- UBS Santista - 15.461 pessoas
- UBS Jardim Mauá - 15.541 pessoas
- UBS Vila Carlina - 1.564 pessoas
- UBS Guapituba - 9.852 pessoas
- UBS São João - 24 horas - 38.198 pessoas
- UBS Zaira II - 24 horas - 50.268 pessoas
- Uma Unidade de Saúde da Família no Jardim Oratório - 27.120 pessoas;

- Um Hospital Geral municipalizado que operou até 01/06/98 com 204 leitos (atualmente opera com 87) e é referência hospitalar também dos municípios de Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires;
- Um hospital filantrópico conveniado ao SUS (Santa Casa), com 108 leitos, dos quais 80 de maternidade;
- Um pronto-socorro central, acoplado ao Hospital Dr. Radamés Nardini;
- Um ambulatório de especialidades;
- Um centro de reabilitação;
- Três núcleos de saúde mental;
- Um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS Beija Flor);
- Um Centro de Controle de Zoonoses;
- Um Núcleo de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Esse sistema gerou 1.316.801 consultas médicas (cerca de quatro por habitante) e 17.430 internações (sendo 10.252 no Nardini e o restante na Santa Casa, com 30% de pacientes oriundos de outros municípios), 430.722 procedimentos odontológicos, 106.134 radiodiagnósticos, 306.627 exames de patologia clínica, 4.820 ultrasonografias e 80.127 fisioterapias.

Das consultas médicas, destacam-se 203.996 de clínica médica, 114.462 de gineco-obstetrícia e 174.820 de pediatria nos ambulatórios, totalizando 493.278 dentro das unidades básicas de saúde; 367.002 foram consultas do ambulatório de especialidades, núcleos de saúde mental, saúde do trabalhador, programa DST/AIDS e COAS Beija Flor e centro de fisioterapia, enquanto 456.521 foram consultas de plantonistas no pronto-socorro e pronto-atendimentos.

O Hospital Dr. Radamés Nardini realizou, em 1997, um total de 10.252 internações, em média 854 por mês, sendo 1.363 na cirurgia, 3.794 na obstetria, 3.286 na clínica médica, 1.680 na pediatria e 128 de psiquiatria.

A média de permanência por clínica em dias era de 5,7 dias para cirurgia, 2,8 para obstetria, 7,5 para clínica médica, 6,8 para pediatria e 2,5 para psiquiatria, perfazendo uma média de 5,3 dias para todo o hospital.

Em relação à taxa de ocupação, houve uma variação de cerca de 78% neste ano e a taxa de mortalidade geral ficou em 5,89 para cada 100 internações.

Em 1997, um levantamento da Secretaria de Saúde demonstrou que 68,3% das internações de moradores de Mauá no âmbito do SUS foram realizadas no próprio município.

O Pronto-Socorro Central, acoplado ao hospital, realizou em média 14.100 consultas e cerca de 1.100 resgates através do telefone 192, que ficava em suas dependências.

É importante destacar que dos 16.149 partos ocorridos no município, cerca de 66% foram normais e 34% cesáreos, sendo 77,6% de mulheres entre 20 a 44 anos, 22,2% abaixo de 19 anos, e ainda 5,72% de meninas com 16 anos ou menos.

Os dados do CIS/SEADE, de 1997, mostram que as cinco primeiras causas de óbito entre menores de um ano são em ordem decrescente: afecções do período perinatal, doenças do aparelho respiratório, causas externas, pneumonia, malformações congênitas e todas as outras causas externas. Na faixa etária de um a quatro anos, destacavam-se: doenças infecciosas e

parasitárias, causas externas, doenças do aparelho respiratório, pneumonia e malformações congênitas.

De cinco a 19 anos, as causas externas, agressões, acidentes de transporte, neoplasias e afogamentos ocupavam os primeiros lugares em ordem decrescente. Entre as causas externas, os homicídios por arma de fogo apareciam em primeiro lugar.

Entre 20 a 49 anos, as causas externas e agressões persistiam, sendo seguidas por doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e do aparelho digestivo. Entre as infecciosas destaca-se a AIDS e entre as causas externas as agressões com arma de fogo, suplantando todas as demais.

Após 50 anos, a maior incidência de mortes ocorre de doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias, doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e outras doenças cardíacas. No aparelho circulatório, destacava-se o infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração.

A mortalidade geral registrava as doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar, as causas externas em segundo, as neoplasias em terceiro, as doenças isquêmicas do coração em quarto e as cerebrovasculares em quinto. Destacam-se os cânceres de estômago, de mama, pulmão, cólon, laringe, próstata e encéfalo. Entre as causas externas, as lesões por arma de fogo ultrapassavam de longe qualquer outra causa, suplantando em pelo menos três vezes os acidentes de trânsito – o que mostra a violência em Mauá que, segundo a Polícia Militar, sediada no município, teve aumento de 10% em relação a 1996, considerando o número de ocorrências.

Em 1997, a curva de mortalidade proporcional (Nelson Moraes) apontava um nível de saúde regular, com 52% das mortes acima de 50 anos, a mortalidade infantil era de 19,70 óbitos por mil nascidos vivos, bem abaixo do registrado em 1996, que foi 32,54 por mil. A natalidade subiu para 23,96 neste mesmo período.

No mês de janeiro de 1997, havia 2.005 funcionários atuando na área da saúde no município. Em 1998, quando desta pesquisa, esse número fora reduzido a 1.605, que representavam um custo em torno de R\$ 2 milhões mensais. Destes funcionários, 35% trabalhavam no hospital (510) e o restante na rede básica (1.095). É importante lembrar que um terço dos funcionários era temporário, o que constituía um motivo de incertezas quanto ao futuro. O custeio situava-se em torno de R\$ 800 mil após o fechamento de 57% dos leitos do hospital, dos quais 62% eram destinados a insumos para a rede básica.

Um estudo da Secretaria de Saúde, de 1998, demonstrou que R\$ 1.218.042,26 eram consumidos na rede, na qual o custo médio de recursos humanos em unidades de pequeno porte, como, Capuava, Itapark, Carlina e Guapituba, variava de R\$ 10.564,00 a R\$ 19.701,00 mensais para cada serviço; em unidades de médio porte, como Jardim Mauá, Santista, Paranavaí, Vila Assis, Santa Lídia, Parque São Vicente, Primavera e Oratório, variam entre R\$ 22.442,00 a R\$ 37.741,00. As unidades de grande porte se dividiam entre as que não dispunham de pronto-atendimento, como Flórida, Feital, Parque das Américas, Zaira I e Sônia Maria, nas quais o custo mensal variava entre R\$ 44.181,00 a R\$ 79.693,00, e as que ofereciam pronto atendimento, como Zaira II e São João tinham custos de R\$ 171.023,00 e R\$ 114.351,00 mensais respectivamente. Destaque para a UBS Central que possuía algumas especialidades: o COAS, o centro de

reabilitação e um dos núcleos de saúde mental, além da unidade básica, consumindo em média R\$ 139.211,00 mensais, enquanto o centro de especialidades custava R\$ 74.541,00.

O município gastou R\$ 44 milhões com saúde em 1997, dos quais 29% proveniente de recursos federais (R\$ 12 milhões) e estadual (R\$ 536.592,00), e o restante de receita própria do município (70%).

No ano de 1997, vários trabalhos de qualificação do atendimento foram encaminhados, tais como:

- Serviço de Atenção ao Usuário (SAU), ouvidoria dos usuários;
- Projeto Bebê Feliz, agendamento garantido nas UBS dos recém-nascidos e puérperas;
- Projeto Bebê Sorriso, odontologia preventiva para bebês;
- Reorganização da coleta e do laboratório de análises clínicas, ampliando o acesso nas unidades de grande porte;
- Contratação de técnicos de raio X e ativação dos aparelhos da UBS Central, São João e Zaira II;
- Incremento dos serviços de imunização em todas as UBS;
- Projeto UBS-Mãe, em que cada unidade de saúde se responsabiliza por creches e escolas de sua área de abrangência;
- Saúde da Família, atualmente com três equipes na maior favela da cidade;
- Programa de Internação Domiciliar (PID), com capacidade para 50 pacientes;
- Reorganização do Programa de Saúde Bucal, garantindo 100% de cobertura aos pré-escolares;
- Reorganização do Programa de Saúde Mental, com priorização dos psicóticos, alcoólatras, dependentes em drogas e crianças, com atividades educativas e culturais, estas últimas em

conjunto com a Casa da Juventude (Educação) e a Cultura (Oficinas de Artes);

- Reorganização do Programa de Saúde do Trabalhador, resgatando as relações com sindicatos e Ministério Público;
- Implantação do planejamento familiar, com métodos temporários e definitivo, conforme a nova legislação acerca da questão;
- Treinamentos diversos para recepção, enfermagem, médicos e diretores de UBS;
- Reorganização do Sistema de Remoção e Resgate;
- Implementação dos Conselhos Gestores (todas as UBS possuem) e do Conselho Municipal de Saúde, que tem 48 membros;
- No hospital: implantação da brinquedoteca na pediatria, da biblioteca na maternidade, do conselho de funcionários, de inúmeros protocolos de atendimento e rotinas inexistentes, do Projeto Humanizar (Acolhimento no Pronto-Socorro, posteriormente difundido pelas UBS), julgamento simulado do CRM, revisão de óbitos, nova sala de emergência, farmácia 24 horas, SOS Nardini e feiras de saúde para arrecadar recursos financeiros, reciclagem de 100% das auxiliares de enfermagem em técnicas básicas de enfermagem. Todas essas realizações se deram em um clima de muita incerteza e angústia, pois além da crise nacional da Saúde, no momento em que este trabalho foi iniciado, o município atravessa uma gravíssima crise financeira, que preocupava a equipe de dirigentes.

Essa crise financeira compeliu as outras secretarias municipais a pressionar a Saúde para reduzir seus custos. Além disso, os dirigentes locais competiam com a demora de reconhecimento por parte da população e inúmeras discordâncias com a mesma (por exemplo, no caso dos pronto-atendimentos, foi suspenso o atendimento 24 horas em três UBS, mantendo-se em apenas duas).

Este movimento, segundo a equipe, visava inverter a lógica do modelo, centrando na atividade ambulatorial dentro das unidades básicas de saúde, com desenvolvimento de agendas com espaço para intercorrências, encaixes, flexibilidade, incremento de atividades educativas feitas pela enfermagem, visitas domiciliares, implementação das salas de vacinação, busca ativa de gestantes e recém-nascidos, coleta sistemática de papanicolau, garantia de estoque mínimo de medicamentos, vigilância epidemiológica, etc..

A unidade de especialidade foi reorganizada e transferida para uma espaço adequado, com elaboração de protocolos clínicos destinados a orientar os encaminhamentos dos médicos da rede básica, que eram problemáticos (muitas vezes constava na ficha de referência: 'a pedido do paciente'). Também foram estruturados outros recursos diagnósticos e terapêuticos, como ultra-sonografia e endoscopia.

No hospital, foram centralizados o laboratório de análises clínicas, especialidades cirúrgicas, ultra-sonografia e endoscopia. No pronto-socorro, foi montado um serviço de acolhimento, no qual se fazia uma pré-consulta para detectar as urgências e buscava contra-referenciar os casos ambulatoriais para a rede. O programa de internação domiciliar foi estruturado para dar conta dos pacientes crônicos com internação de longa duração. Todos os espaços foram revistos, inclusive na pediatria e maternidade, para oferecer conforto aos acompanhantes e pacientes. O serviço de atenção ao usuário atuava, de forma intransigente no cumprimento de suas finalidades problematizando as falhas dos serviços e promovendo encontros positivos entre profissionais e pacientes insatisfeitos.

A Santa Casa de Misericórdia teve de se readequar e assumir seu papel complementar, tendo seu teto ambulatorial cortado, em benefício dos leitos hospitalares em falta no município. Segundo os dirigentes ouvidos, não foi uma negociação fácil, mas representou uma mudança nas relações com o privado, que até então eram promíscuas.

Destacam-se as oficinas de planejamento realizadas com os gerentes e posteriormente com as equipes de cada unidade, onde foram discutidos temas como a história do SUS e seus pressupostos, o processo saúde-doença, e a experiência de Mauá, desde a formação de seu sistema, os problemas detectados e possíveis soluções, culminando com o processo de territorialização, quando se esquadrinhou cada área, definindo abrangências e um plano de trabalho para cada serviço realizado pela equipe. Este trabalho foi desenvolvido no primeiro semestre de 1998, sob a coordenação de David Capistrano Filho, que prestava assessoria ao município neste momento.

Durante muito tempo, discutiu-se sobre a devolução do hospital ao governo estadual, até que em 1998 se soube que o dono original não o queria de volta. Este fato foi relatado à equipe como um grande obstáculo desde o início, pois havia uma divisão entre os defensores do hospital e os defensores da rede, intermediadas pela absoluta falta de recursos somada às visões equivocadas do processo de montagem do sistema.

A equipe parecia unida contra um inimigo comum: a indefinição do financiamento, inclusive por parte da prefeitura, que desejava passar de 25% do orçamento próprio para 15% de um ano para outro.

Mas a equipe se perguntava: como mudar a baixa capacidade de resolver problemas de saúde da rede, a falta de credibilidade da população, resolver a porta superlotada do pronto-socorro, inovar nas tecnologias de atenção, diminuir os gastos desnecessários com SADT, conquistar os funcionários e a população para uma nova proposta - perguntas para as quais há propostas teóricas que foram discutidas nas oficinas de planejamento e territorialização, sem que a implantação das mesmas na prática cotidiana tenha se efetivado.

A população queixava-se da demora, da ineficácia, da burocracia e, principalmente, da impessoalidade dos atendimentos, como será visto adiante, estando em princípio insatisfeita com o sistema de saúde lhe era oferecido. Grande parte de suas críticas era levada para espaços como os conselhos, a Câmara Municipal e também para o prefeito em suas audiências públicas.

Isto gerava, entre agentes políticos da própria administração, falas como “ poderíamos fechar tudo e pagar um convênio Samcil, semelhante ao dos funcionários, para cada morador da cidade”, que causavam absoluta revolta entre os trabalhadores e gerentes da saúde.

Embora o Sistema Municipal de Saúde estivesse praticamente completo, com os vários níveis, além de ter uma produção altíssima, não satisfazia nenhum dos envolvidos, o que motivou este trabalho.

2. OBJETIVOS

A cidade de Mauá apresenta uma rede montada desde 1990, com unidades básicas de saúde e hospital de referência onde se realizam cerca de 1.400.000 consultas médicas e 10.000 internações por ano.

Desde sua formação, contou com um apoio popular e institucional (foi um dos módulos estaduais de saúde), tendo Plenária Popular de Saúde, Conselhos Gestores em todas as unidades de saúde e um ativo Conselho Municipal de Saúde.

No entanto, a impressão é que existe insatisfação sobre o funcionamento do sistema de saúde, diluída em diferentes setores e com as mais variadas justificativas, que contribuiu para a troca, via processo eleitoral, de um partido político conservador (Partido da Frente Liberal) para um progressista (Partido dos Trabalhadores) na administração da Prefeitura Municipal, mas que agora coloca em xeque o próprio grupo gestor.

Há necessidade de avaliação do SUS local, de caracterizá-lo do ponto de vista dos atores envolvidos e do instrumental técnico disponível, de observar o que ocorre hoje, para decifrar esta sensação expressada em diferentes momentos por políticos, trabalhadores da saúde e usuários.

A aproximação desta discussão pode questionar pressupostos básicos que defende-se no processo de reforma sanitária, pois, cada vez mais, sabe-se que saúde é muito mais que provimento material, devendo existir dimensões culturais subjetivas, interesses econômicos e políticos, padrões impostos de consumo, etc., que permeiam, modelam e transformam o resultado dos esforços em algo distante do pretendido inicialmente.

Esta problematização relembra o enigma da esfinge: "Decifra-me ou devoro-te".

No momento, o SUS Mauá parece estar sendo devorado com extrema voracidade, tornando-se um campo fecundo para a análise de como este processo ocorre.

Portanto, o objetivo geral desta investigação é avaliar o funcionamento do Sistema Único de Saúde de Mauá (SP).

Para alcançar este objetivo geral, a presente investigação tentou alcançar quatro objetivos específicos:

1. caracterizar e analisar a avaliação por parte dos usuários do atendimento recebido nos vários serviços que compõem o SUS de Mauá;
2. caracterizar e analisar a avaliação que os dirigentes, gerentes e trabalhadores de saúde da atenção prestada no SUS de Mauá;
3. descrever o funcionamento das unidades assistenciais que compõem o SUS de Mauá;
4. analisar o alcance e efetividade da assistência prestada, utilizando como "analisadores" a assistência prestada a determinados grupos de risco mais dependentes dos serviços de saúde e importantes na prevalência de morbidade e mortalidade.

Assim, esta pesquisa é um estudo de caso construído para discutir e problematizar questões relativas à assistência prestada através do SUS, em um município comprometido de longa data com a reforma sanitária. Para isso, utilizou-se uma metodologia que pudesse resgatar os valores e significados da saúde e doença para os trabalhadores, gestores e usuários, além de tentar avaliar com mais profundidade um aspecto específico da atenção prestada, qual seja, o atendimento prestado a determinados grupos de risco.

3. METODOLOGIA

A metodologia foi entendida como, nas palavras de Minayo, "...o caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade...sendo o próprio processo de desenvolvimento das coisas..."(MINAYO, 1996: 22). Acredita-se que toda ciência é comprometida e vinculada a interesses e visões de mundo historicamente construídos, presentes no pesquisador e nos atores sociais envolvidos, sendo a pesquisa um esforço "de objetivação do conhecimento"(MINAYO, 1996: 35).

O início da investigação foi concomitante ao começo de uma nova administração da Secretaria Municipal de Saúde em 1997, da qual eu pude fazer parte até setembro de 1998, como diretora técnica do Hospital Nardini e secretária adjunta de saúde.

Em setembro de 1998, eu solicitei exoneração para assumir a gestão de outro hospital, em um município do interior de São Paulo, mas a investigação prosseguiu até maio de 1999.

Durante este período, observou-se desde o entusiasmo inicial até momentos de grande desilusão e questionamentos, com rompimentos e esfacelamento do corpo de dirigentes.

O projeto inicial da Secretaria abriu as portas aos usuários, duplicando a produção nos primeiros meses. No entanto, esbarrou em uma falta de qualidade e em resultados duvidosos do ponto de vista dos indicadores.

As estruturas de participação popular estiveram presentes desde o início, através da Plenária de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades Básicas, fazendo suas interpretações do processo que é acompanhado ao longo da pesquisa.

Desta forma, foi importante apresentar trechos de entrevistas com atores destas esferas de participação, trabalhadores, gerentes e usuários, para resgatar depoimentos significativos que decifram e expõem as dúvidas, divergências e opiniões acerca da assistência.

Esta opção metodológica visa uma aproximação do modelo assistencial operado, que acreditou-se não ser dado *a priori*, mas construído e reconstruído no cotidiano por todos os sujeitos envolvidos com os serviços, considerando-se inclusive as vivências singulares de cada ator social como tradução de parte da realidade.

Assim considerou-se que:

A representação social dos indivíduos e grupos está pensada em relação às bases materiais que a engendram: de um lado temos que o homem é o produto de seu produto: as estruturas da sociedade criam seu ponto de partida; de outro, temos que esse homem constrói a história dentro das condições recebidas ultrapassando-as, e inscreve sua significação por toda a parte, em todo o tempo e na ordem das coisas (MINAYO, 1996: 252).

Tentou-se fazer um movimento totalizador, que na concepção de Minayo reúne “ a condição original, o movimento significativo do presente e a intencionalidade em direção do projeto futuro”(MINAYO,1996: 252), para tentar avaliar a assistência prestada em Mauá, como forma de polemizar o modelo que sempre defende-se e monta-se enquanto disseminadores do SUS.

Mauá foi escolhida para a realização da investigação por ter seu sistema de saúde local estruturado fisicamente, inclusive com unidade hospitalar própria, em meio a uma população extremamente dependente do setor público e com uma grande tradição de lutas por melhoria e expansão do serviço.

3.1. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para caracterizar o atual momento do SUS Mauá, adotou-se quatro perspectivas distintas, cada qual com seu instrumento de coleta de dados.

Duas perspectivas foram construídas através dos depoimentos dos atores envolvidos diretamente no SUS : os gerentes, os trabalhadores de saúde e os usuários.

A avaliação do funcionamento das unidades de saúde foi uma perspectiva construída através do olhar, enquanto técnica e observadora dos serviços.

Finalmente, vali-me de instrumento para avaliar a assistência prestada a determinados grupos de risco ou condições consideradas de risco, como se fossem indicadores qualitativos da atenção prestada.

a) A avaliação dos usuários

Para conhecer a visão que os usuários têm do serviço, utilizou-se questionários com conteúdos semelhantes, mas adaptados para unidade básica de saúde (UBS), pronto-socorro/pronto-atendimento e internação hospitalar (Anexo I). Este questionário foi aplicado por uma assistente social, treinada e remunerada especificamente para este fim, e por esta pesquisadora, no serviço de pós-consulta das unidades de saúde.

Os funcionários das unidades de saúde foram informados sobre os objetivos dos questionários, mas no princípio ficaram receosos com a pesquisa, principalmente no que diz respeito a críticas e sugestões.

Aplicou-se o questionário aos usuários que aceitaram participar da pesquisa, visitando o serviço apenas um período (manhã ou tarde), entre final de agosto e início de outubro de 1998.

Foram preenchidos 513 questionários no total, com a seguinte distribuição:

- 1-UBS Paranavaí: 05 questionários;
- 2-UBS Itapark: 10 questionários;
- 3-UBS São Vicente: 10 questionários;
- 4-UBS Parque das Américas: 10 questionários;
- 5-UBS Oratório: 10 questionários;
- 6-UBS Sônia Maria: 10 questionários;
- 7-UBS Feital: 10 questionários;
- 8-UBS Jardim Mauá: 10 questionários;
- 9-UBS Central: 10 questionários;
- 10-UBS Primavera: 10 questionários;
- 11-UBS Flórida: 11 questionários;
- 12-UBS Santa Lúcia: 10 questionários;
- 13-UBS Zaíra I: 10 questionários;
- 14-UBS Vila Assis: 10 questionários;
- 15-UBS Santista: 10 questionários;

de 550 minutos de gravação. A duração média das entrevistas foi de uma hora e quinze minutos. Os roteiros continham identificação do entrevistado, recuperação do que sabia da história do Sistema de Saúde de Mauá e um pedido de avaliação dos principais problemas no que se refere à assistência à saúde na cidade.

Durante as entrevistas, procurei ficar atenta ao fato de que, além de “investigadora”, eu era, para a maioria dos entrevistados, uma ex-diretora do hospital municipal até muito recentemente.

Considero que a inter-relação no ato de entrevista, através do afetivo, da linguagem do senso comum, ao contrário das visões que defendem a imparcialidade, pode auxiliar no êxito da pesquisa.

c) O funcionamento das Unidades de Saúde de Mauá

A aplicação dos questionários que buscavam traçar o perfil e a avaliação dos usuários nas unidades de saúde era precedida de uma hora de observação do funcionamento das unidades de saúde, observando atendimento na recepção, as orientações dadas aos usuários, quais os fluxos e caminhos que o paciente percorre dentro do serviço, como ele chegava ao médico e enfermagem, o que fazia durante a espera, comportamento dos funcionários, estruturação e sinalização dos serviços, condições de limpeza, conflitos, etc.. Esta experiência, realizou-se com o auxílio de uma assistente social treinada para este fim. O roteiro incluía elaboração de um relatório conjunto ao final da visita.

d) A atenção prestada aos grupos de risco

Para a qualificação do projeto em dezembro de 1998, as primeiras análises ainda pareciam superficiais, faltava uma aproximação real do que representava em termos de assistência toda a rede de serviços de Mauá. Parecia que faltava 'colocar o dedo na ferida'.

Assim, centralizei o trabalho onde as deficiências da assistência explodiam a 'olhos vistos', de forma violenta e com a demonstração mais dramática da perda da potencialidade de evitar uma morte: no pronto-socorro central acoplado ao hospital, onde a sobrecarga de pacientes era constante.

Pensando no perfil de mortalidade de Mauá e na morbidade do pronto-socorro central, e considerando agravos com possibilidade de acompanhamento e prevenção de complicações por parte das UBS, escolhi investigar a assistência prestada aos indivíduos com riscos para hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, câncer cérvico-uterino, câncer de mama e doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica.

Todas estas patologias motivam uma extensa literatura científica e são objetos de programas do Ministério da Saúde amplamente divulgados, com protocolos de atendimento ou prevenção já definidos, por terem peso significativo nas causas de óbito em âmbito nacional e potencialidade real de enfrentamento na atenção básica.

Para sistematizar a coleta de dados e a análise, seguiu-se as etapas abaixo:

Etapa 1 – Sensibilizou-se os dirigentes do Sistema de Saúde de Mauá (secretário de saúde, diretores do hospital e Pronto-Socorro) para a pesquisa:

Etapa 2 – Estabeleceu-se os critérios para captação dos indivíduos que apresentam fatores de risco para:

- Hipertensão arterial;
- *Diabetes mellitus*;
- Câncer cérvico-uterino;
- Câncer de mama;
- Doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica (DBPOC).

Etapa 3 – Produziu-se o protocolo para identificação dos grupos de risco.

Etapa 4 – Produziu-se o questionário específico de entrevista para cada grupo de risco.

Etapa 5 – Implementou-se, sensibilizou-se e treinou-se a equipe de triagem (já existente no Pronto-Socorro) para aplicação dos instrumentos (protocolo e questionário específico de cada grupo de risco).

Etapa 6 – Coletou-se os dados, junto com a equipe de triagem, através dos instrumentos nas dependências do Pronto-Socorro, e todos os pacientes foram testados para os fatores de risco (exceto os ligados ao sexo) dos cinco grupos escolhidos, alguns pertencendo a mais de um grupo de risco.

Etapa 7 – Realizou-se a consolidação e análise dos dados.

3.2. CONCEITOS OPERACIONALIZADOS

Grupo de Risco:

Risco em saúde pública é "a probabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos apresentar um problema de saúde ou dano" (ROUQUAYROL, 1988: 449).

Dano é "o problema ou resultado não desejável , expressado em termos de doença, morte ou alteração do processo biológico de crescimento e desenvolvimento, que se apresenta com maiores probabilidades num indivíduo ou grupo de indivíduos sujeitos aos fatores de risco" (ROUQUAYROL, 1988: 450).

Fator de risco é "toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou um grupo de pessoas que se sabe estar associado a um risco anormal de aparecimento ou evolução de processo patológico ou de afecção especialmente desfavorável por tal processo (OMS, 1983)" (ROUQUAYROL, 1988: 450).

Portanto, Grupo de Risco foi definido como conjunto de indivíduos sujeitos ao mesmo fator de risco e, desta forma, com probabilidade de sofrer o mesmo dano.

Protocolos

Hipertensão Arterial – Foi considerado do grupo de risco todo indivíduo que, na pré-consulta da triagem, apresentou o fator de risco pressão arterial diastólica maior ou igual a 95 mmHg ou pressão sistólica maior ou igual a 160 mmHg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988:19) em duas aferições sucessivas com intervalo de cinco minutos para relaxamento, sendo feita a aferição no braço direito com manguito adequado de aparelho aneróide, com o membro apoiado na altura do coração, a dois centímetros da prega do cotovelo (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1988: 15).

Diabetes Mellitus – Foi considerado do grupo de risco todo paciente que, na pré-consulta, referiu a presença de um destes sinais e sintomas: perda de peso, polidipsia, poliúria, polifagia, astenia, infecções recorrentes, úlceras nos membros inferiores, parestesia de membros inferiores, obesidade, ou história pessoal ou história familiar de *diabetes mellitus*; na glicemia sangüínea com aparelho portátil, fita específica (dextrostix) e gota de sangue do suspeito (independentemente do estado alimentar), apresentando resultados maiores ou iguais a 250 mg/dl. (DUNCAN, SCHIMIDT, GIULIANI, 1990:233-237).

Câncer-cérvico – Foi considerada do grupo de risco toda mulher de 20 a 60 anos de idade que não realizou o exame citopatológico preventivo do colo uterino nos últimos doze meses.

Câncer de mama – Foi considerada do grupo de risco toda mulher acima de 30 anos com história familiar de câncer de mama ou um dos fatores de risco a seguir: nuliparidade, primeira gestação tardia, disfunções hormonais, história de patologia mamária benigna (displasia mamária), menarca antes de 12 anos, não-amamentação, alimentação rica em gorduras, obesidade e uso de reposição hormonal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989: 21), (DUNCAN *et al.*, 1990: 146).

Doença broncopulmonar obstrutiva crônica – Foi considerado do grupo de risco o indivíduo que relatou asma ou bronquite ou enfisema pulmonar, ou um dos sintomas a seguir: broncoespasmo recorrente e sintomático, tosse e expectoração na maioria dos dias por três meses durante dois anos (DUNCAN *et al.*, 1990: 227).

Os critérios listados acima alimentaram os instrumentos específicos de triagem para os funcionários da equipe que realizaram o trabalho.

A aplicação destes questionários foi facilitada pela existência de um serviço de pré-consulta no Pronto-Socorro Central, composto por duas auxiliares de enfermagem e uma enfermeira, que visa triar as urgências, em virtude da grande demanda que permanece muito tempo na recepção esperando por atendimento.

Os trabalhadores da pré-consulta receberam o reforço de uma assistente social e desta pesquisadora para aplicar o protocolo de identificação de riscos e após o questionário adequado ao risco detectado.

Foram aplicados 234 protocolos por quatro períodos - duas manhãs, uma tarde e uma noite - no período de 20 a 30 de maio de 1999, que culminaram com 178 fichas de risco, sendo 40 de DBPOC, 54 de hipertensão arterial, 26 de *diabetes mellitus*, 34 de câncer de mama e 24 de câncer de útero, com dificuldades decorrentes do ritmo muito rápido de atendimento em um serviço de urgência/emergência, mas com possibilidade de reprodução em outros serviços, apesar de todos os obstáculos.

3.3. EM BUSCA DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA: AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Uma das questões mais difíceis neste trabalho foi encontrar um eixo de análise que conseguisse contemplar e reunir todos os dados levantados, permitindo explorar minhas inquietações de forma mais abrangente, sem desconsiderar toda a complexidade que envolve o assunto e não descolar do mundo em que se vive, ou seja, mantendo um engajamento com a conjuntura no qual toda a problemática está inserida.

Ao pensar nas possibilidades de escolha das categorias de análise, nenhuma delas, de forma isolada, me pareceu adequada para traduzir os sentimentos gerados por todos os dados e atores envolvidos, pois, ao procurar a objetividade nas avaliações, aspectos subjetivos relevantes se perdiam ou ficavam em um segundo plano.

Desta forma, a proposta de uma taxonomia operacional de necessidades de saúde desenvolvida e demonstrada com toda a sua potencialidade por Matsumoto, para avaliar o impacto da operacionalização do Plano de Assistência à Saúde (PAS) em uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, em 1999, veio trazer uma nova possibilidade de análise, com a amplitude necessária diante de uma problemática comum em vários sistemas e serviços de saúde (MATSUMOTO, 1999).

Esta opção por utilizar o atendimento das necessidades de saúde como eixo de análise permite dar aos usuários um lugar central na avaliação, desnudando e aceitando alguns componentes nem sempre compreendidos nas suas falas e comportamentos dos mesmos.

Para tanto, há necessidade de considerar a revisão teórica empreendida por Stotz em sua tese de doutorado 'Necessidades de Saúde', que possibilitou a construção da taxonomia, adotando algumas conclusões do autor (STOTZ, 1991):

- a) Embora a Saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
- b) As necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes, ou há uma normatividade histórica do que seja saúde.
- c) As necessidades de saúde são de natureza subjetiva e individual e postuladas por um sujeito, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações cognoscitivas deste valor: o individual;
- d) Necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado e "livre", abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela "estrutura" social colocada de uma forma genérica (MATSUMOTO, 1999: 83).

Existem outras taxonomias de saúde que já são consideradas clássicas, como a desenvolvida por Bradshaw¹. Nela, o autor considera quatro tipos de necessidades: a normativa, a sentida, a expressa e a comparativa.

Os conceitos trabalhados são reproduzidos abaixo:

A necessidade normativa: é a que define o técnico, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima. Aquele ou aqueles que não respondem a esta norma são considerados em estado de necessidade. Assim, a necessidade reflete necessariamente estado atual dos conhecimentos e dos valores que a determinam.

A necessidade sentida: refere-se à percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde ou que desejam serviços de saúde.

A necessidade expressa: equivale à demanda de cuidados e de serviços, a necessidade sentida que finaliza (objetiva) em processo de busca de serviços. Com efeito, alguns indivíduos não recorrem ao serviço, ainda que sintam uma necessidade; outros não percebem que têm uma necessidade embora a tenham; finalmente, alguns expressam esta necessidade, porém não necessariamente vêem esta demanda satisfeita ou, pelo menos, na forma em que eles esperavam.

A necessidade comparativa: por esta expressão, Bradshaw, entende a necessidade de [que] um indivíduo ou um grupo deveria expressar e que apresenta as mesmas características que outros indivíduos ou grupo na qual se identificou uma necessidade (MATSUMOTO, 1999: 64-65).

Pineault² criou uma taxonomia baseada em diferentes códigos de morbidade: morbidade sentida, morbidade diagnosticável, morbidade diagnosticada e morbidade real, conforme descrição abaixo:

Morbidade sentida: corresponde à necessidade sentida, ou seja, a definição dada pelo indivíduo a partir da percepção de sintomas ou de moléstias.

Morbidade diagnosticável: quando a morbidade sentida é objeto de um diagnóstico, no entanto, sabemos que os conhecimentos atuais podem não diagnosticar algumas enfermidades cuja história natural é desconhecida.

Morbidade diagnosticada: representa a visão que tem o profissional sobre o problema ou o estado de saúde do indivíduo: "esta noção corresponde à descrição normativa de necessidade", pode nesta situação "superar a morbidade que um indivíduo possa sentir e, evidentemente, a que possa expressar".

Morbidade real: corresponde ao "verdadeiro estado de morbidade, engloba a morbidade sentida, a morbidade diagnosticável e diagnosticada, assim como o estado de morbidade não sentida, sejam ou não diagnosticáveis (MATSUMOTO, 1991: 65).

A taxonomia proposta por Matsumoto é organizada em torno de quatro conceitos: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e

¹ BRADSHAW apud STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 61. tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar pela vida” (construção do sujeito) (MATSUMOTO, 1999).

A taxonomia foi construída, de forma intencional, eclética, com vários autores, das mais variadas matrizes teóricas.

A questão das necessidade de boas condições de vida, por exemplo, tem sido trabalhada tanto por autores funcionalistas/sistêmicos como por aqueles de extração marxista.

Para San Martin³ “saúde-enfermidade é um produto global de um complexo de associações causais de determinações sociais e que, portanto, necessita de um desenvolvimento social baseado nas necessidades da população, para sua manutenção”.

O enfoque marxista desta questão pode ser representado pela visão de Berlinguer⁴, segundo o qual “a doença é, de fato, com freqüência ou pelo menos inicialmente, somente a expressão de dificuldades na vida de uma pessoa”; ou por Franco⁵ que diz que a doença traduz “as dificuldades para a reprodução da vida na sociedade e, deste modo, as relações de força

² PINEAULT apud STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 61. tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz.

³ SAN MARTIN apud MATSUMOTO, N. F.. *A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde*. São Paulo, 1999: 87. tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

⁴ BERLINGER apud MATSUMOTO, N. F.. *A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde*. São Paulo, 1999: 87. tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

⁵ FRANCO apud MATSUMOTO, N. F.. *A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde*. São Paulo, 1999: 87. tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

desfavoráveis e destrutivas para certos grupos e classes sociais”;⁶ ou Castelhanos⁶ que coloca que “a reprodução humana implica a reprodução da vida”.

A Saúde Pública tradicional enfoca uma concepção ecológica do processo saúde-doença, onde o meio refere-se às condições de vida; logo, para evitar doenças, o meio deve ser adequado, o que também é a base dos discursos das OMS (MATSUMOTO, 1999: 89).

Os projetos de Cidade Saudável e Sistemas Locais de Saúde (SILOS) enfatizam a necessidade de cuidar adequadamente do espaço para promover a saúde, e ambos defendem a interação destes setores para trabalhar a questão (MATSUMOTO, 1999: 89).

De maneira geral, independente dos pontos de vista teóricos, os trabalhadores de saúde e até mesmo a população, incorporaram a concepção de que doença é a manifestação das condições de vida das pessoas. Logo, devem ser consideradas nas estratégias de intervenção.

A garantia de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida aparece na obra de Bradshaw⁷, onde ele argumenta que as necessidades de saúde podem ser definidas por várias perspectivas: do ponto de vista do planejador, do técnico ou instituição que oferece os serviços, assim como do indivíduo e coletividade que vêm à procura de acesso às tecnologias, o que constitui uma taxonomia com quatro tipos de necessidades: normativa, sentida, expressa e comparativa. Pineault⁸ elabora uma taxonomia na qual o estado de

⁶ CASTELHANOS apud MATSUMOTO, N. F., *A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde*. São Paulo, 1999: 87-88, tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

⁷ BRADSHAW apud STOLTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 90, tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz.

⁸ PINEAULT apud STOLTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 90, tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz.

saúde pode ser descrito por diferentes códigos de morbidade, onde o usuário ou a coletividade vem à procura de acesso tecnológico, a saber: morbidade sentida, morbidade diagnosticável, morbidade diagnosticada e morbidade real.

Em cada uma destas taxonomias, aparecem as necessidades identificadas pelos técnicos ou usuários do sistema, traduzidas ou não em demanda, tentando qualificar a maneira como os serviços respondem a estas demandas, que podem ter abordagem mais coletiva ou individual (MATSUMOTO, 1999: 90).

A programação em saúde trabalha a organização dos serviços de forma a garantir acesso às tecnologias para melhorar e prolongar a vida, tendo como indicativo a epidemiologia. Os trabalhos de Gonçalves, Schraiber, Dalmaso e Neme são clássicos na Saúde Pública brasileira (MATSUMOTO, 1999: 91-92).

Neste aspecto, Neme dá ênfase ao conhecimento epidemiológico, dirigindo a escolha dos objetos de trabalho. Entendendo que a epidemiologia moderna tem como objeto de conhecimento a doença no plano coletivo e, portanto, apreende riscos de adoecer baseados nas condições de vida do coletivo, o que a torna problemática para inferências no plano individual (MATSUMOTO, 1999: 91-92).

Dalmaso tenta compatibilizar as demandas espontâneas da população com as ações programáticas, e Sousa Campos defende a ideia de que não haveria oposição entre a Clínica e a Epidemiologia (MATSUMOTO, 1999: 91-92).

Este último autor afirma que a história social de qualquer doença é profundamente determinada pela quantidade de sofrimento que é capaz de induzir e, portanto, muito influenciada pela subjetividade dos sujeitos, e que a procura espontânea por serviços de saúde traduziria as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais que contemplassem o direito à vida saudável, ao alívio da dor, a uma velhice ativa e prazerosa. Também afirma que isto constitui um desafio gerencial para os sistemas públicos, que deveriam legitimar esta demanda, garantindo o respeito à expressão individual das aspirações e desejos das pessoas, sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da Clínica e Epidemiologia (MATSUMOTO, 1999: 92-93).

O acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida implica uma rede de responsabilização solidária, composta por todos os níveis e estruturas do Sistema de Saúde, que trabalhe conceitos como atenção integral e cuidado progressivo.

A necessidade de ter vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde (sujeitos em relação) é trabalhada por Campos, Merhy e Cecílio, no modelo tecno-assistencial 'Defesa da Vida', difundido e operacionalizado pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

Campos⁹ destaca a necessidade de transformar a prática clínica através da construção de uma relação entre dois sujeitos: profissional e paciente, equipe e família, instituições de saúde e sociedade, onde se restabeleça a arte da fala e escuta, visto que o processo de cura depende desta relação, além de imprimir qualidade à prática.

Merhy¹⁰ sustenta que a construção de um novo vínculo entre usuários e trabalhadores é feita no cotidiano, na coletivização da gestão dos serviços, o que pode garantir o acesso dos usuários às ações de saúde e oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde.

Cecílio¹¹ esclarece que a noção de vínculo “implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população”

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem sendo implementado pelo Ministério da Saúde como opção na estratégia de busca de transformação das práticas sanitárias, pois tem se mostrado mais vinculador que os centros de saúde tradicionais, embora seja motivo de polêmicas no que diz respeito a sua adequação às várias realidades do país, sobre seu caráter concorrencial ou complementar com os modelos tradicionais, da possibilidade de trabalhar com generalistas, etc. (MATSUMOTO, 1999: 96-97).

Em relação à necessidade de autonomia e auto cuidado na construção do “modo de andar a vida” (a construção do sujeito), Sousa Campos, baseado nas idéias de Canguilhem, afirma que o processo de cura é uma luta pela ampliação do coeficiente de autonomia da pessoa, de modo que ela possa entender seu corpo, sua doença e suas relações com o meio social, tem em vista aumentar as chances de sobrevivência e a qualidade de vida (MATSUMOTO, 1999: 97-98).

⁹ CAMPOS *apud* STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: medicações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991:94, tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

¹⁰ MERHY *apud* STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: medicações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 95, tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

¹¹ CECÍLIO *apud* STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: medicações de um conceito*. Rio de Janeiro, 1991: 95, tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

Para o autor, o aumento da autonomia, ou seja, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual com outras de aspecto sociocultural (MATSUMOTO, 1999: 98).

No campo da educação em saúde, Stotz expõe as quatro vertentes 'filosóficas', a saber: a educativa, no qual o sujeito da ação é o educador que deve compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários acerca de certa informação sobre o serviço, bem como discutir suas implicações práticas, para que eles tenham uma compreensão genuína da situação; o enfoque do desenvolvimento pessoal, que aprofunda a vertente educativa no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo; a vertente preventiva, utilizada largamente pela Saúde Pública na qual o comportamento dos indivíduos está implicado nas causas de doença, logo cabe persuadir as pessoas a mudarem seus padrões de comportamento; a vertente radical, na qual as condições de vida são tidas como causas da doença e, portanto, as atividades são voltadas para facilitar a luta política pela saúde (STOTZ, 1991: 99-100).

Stotz conclui que uma combinação entre todos os enfoques é sempre procurada em virtude das características do objeto dos educadores sanitários, havendo necessidade dos indivíduos agirem como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, terem consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos, de forma a poderem desenvolver o máximo poder sobre suas vidas (STOTZ, 1991: 100).

Enfim, parece que esta taxonomia, ao agregar um conjunto de idéias que vão das condições de vida das pessoas a sua autonomia e vínculo com um profissional, permite desenvolver um diálogo com os vários modelos técnico-assistenciais, oferecer uma visão

abrangente das necessidades de saúde e funcionar como um bom instrumento de avaliação dos serviços de saúde em geral e da rede básica em particular.

A posição analítica que adoto é a de que um serviço será considerado tanto melhor quanto mais conseguir ‘escutar’, perceber e decodificar as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas. As ‘demandas espontâneas’ poderiam ser entendidas como ‘sinais’ a serem ‘traduzidos’ pela equipe.

4 RESULTADOS

4.1. O PERFIL E A AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS

O primeiro questionário foi digitado em banco de dados Excel 5.0, tendo sido realizados cruzamentos simples, que sugere um perfil da demanda nas unidades de saúde.

Procedeu-se aos agrupamentos de acordo com o tipo de unidade de entrada para receber a assistência, pois considerou-se que cada tipo de serviço tem especificidades, mas as perguntas buscaram explorar conteúdos semelhantes. Dos 513 questionários, 129 (25%) foram coletados na internação hospitalar, 208 (41%) no pronto-socorro/pronto-atendimento e 176 (34%) em UBS, buscando abranger os usuários dos diversos bairros e serviços da cidade.

Em relação à faixa etária distribuída por sexo, no hospital encontrou-se mais pessoas entre 20 e 49 anos, seguidas das de 50 anos ou mais, com predomínio do sexo masculino. No pronto-socorro/pronto-atendimento, aparecem as mesmas faixas etárias, com importância também da faixa etária de cinco a 19 anos, onde o sexo feminino expressa melhor esta observação. Nas UBS, predominaram indivíduos de 20 e 49 anos, principalmente mulheres. Acima de 50 anos, os homens são mais numerosos. As crianças aparecem em terceiro lugar até quatro anos de idade, seguidas por último pela faixa etária de cinco a 19 anos.

Verificou-se ligeiro predomínio do sexo feminino no total dos três tipos de serviços; mas, ao decompor por tipo de serviço, observou-se que na internação predomina o sexo masculino em 64% dos casos. No pronto-socorro/pronto-atendimento, há equilíbrio entre os sexos, sendo 49% homens e 51% mulheres. Nas UBS, estas representam 71% dos entrevistados.

Este padrão é compatível com outros trabalhos, que demonstram que entre os homens há maior incidência de agravos que motivam internação e óbito (principalmente acidentes e violências), enquanto nos ambulatorios predominam mulheres, crianças e aposentados, que, teoricamente, têm tempo disponível para frequentar estes serviços. Embora esta possa ser uma tradução do imaginário popular, quanto à função dos serviços, os chamados 'postinhos' são considerados locais de puericultura e pré-natal, enquanto "os homens buscam serviços que se adaptam à sua condição de inserção no mercado de trabalho" (COHN *et al.*, 1991: 125).

Na ocupação, verificou-se que predominam profissões que exigem pouca qualificação, e que as donas de casa são maioria em todos os serviços, particularmente nas UBS junto com as empregadas domésticas. No do pronto-socorro/pronto-atendimento, é significativo ainda o número de ajudantes gerais, pedreiros, estudantes e aposentados. Na internação, também são prevalentes os aposentados, seguidos dos pedreiros.

Este perfil de usuário mostra como o sistema público de saúde de Mauá atende uma clientela de trabalhadores com pouca qualificação ou não trabalhadores, como estudantes, aposentados ou donas de casa, totalmente dependentes do SUS para seus cuidados de saúde, o que reflete a condição da cidade de grandes contingentes de excluídos do acesso a condições de vida com qualidade.

Com relação à distribuição por estado civil, predominaram os casados ou com outra forma de relação em que exista companheiro, principalmente nas UBS, onde são 70% dos casos.

Quando perguntados se era o primeiro atendimento, cerca de 80% nas UBS e pronto-socorro/pronto-atendimento afirmaram que não, ou seja, já eram 'clientes'. Na internação, 64% estavam sendo hospitalizados pela primeira vez.

Na questão dos motivos de procura por assistência, na internação prevalecem acidentes, ferimentos por armas de fogo ou brancas, acidente vasculo-cerebral, necessidade de cirurgias de urgência, como apendicite, *diabetes mellitus* e pacientes com DBPOC; ressalta-se que 96% dos pacientes que relatavam alguma forma de DBPOC estavam na internação ou pronto-socorro/pronto-atendimento, o mesmo acontecendo com os diabéticos onde a maioria (66%) estava hospitalizada. Com relação aos hipertensos, em torno de 41% estavam no pronto-socorro, 31% no pronto-atendimento e 10% na internação e o restante nas UBS. Nestas últimas, destacam-se as consultas de rotina, para pedir ou ver exames. Nos serviços de urgência-emergência destacam-se também as dores de todo tipo, inclusive pré-cordialgias, gripes e febre a esclarecer.

Chamam a atenção as doenças crônicas e seu peso na internação e nos serviços de urgência-emergência, que se tentará investigar melhor mais adiante, através dos questionários de risco, mas este é um forte indicio de que as UBS não conseguem identificar e criar vínculo com os pacientes que realmente necessitam de cuidado e intervenção. Seria de se esperar que apenas uma parcela dos portadores destas patologias estivessem na urgência/emergência e internação, visto que a tecnologia para o tratamento regular com prevenção das complicações está nas UBS.

Esta dificuldade das UBS em exercitar sua potencialidade tecnológica e criar vínculo com os pacientes reforça esta idéia distorcida de que o 'postinho' é apenas para vacinas, curativos e exames de rotina, ficando toda a responsabilidade pelo atendimento dos agravos importantes do ponto de vista epidemiológico para as unidades de urgência/emergência e internação.

Pensando nas necessidades de saúde escolhidas para análise, pode-se verificar que a necessidade de vínculo e acesso à tecnologia para prolongar e melhorar a vida não é atendida.

O Hospital Radamés Nardini pertence ao governo estadual, mas encontra-se municipalizado, embora ainda receba pacientes das cidades pequenas próximas a Mauá. Nele são realizadas quase todas as internações públicas da cidade e é o local de realização dos questionários de internação hospitalar.

No hospital, os pacientes relataram que chegaram a aguardar cerca de 24 horas em média para serem internados, sendo esta espera de quatro horas na pediatria, de 25 horas na clínica cirúrgica e de 33 horas na clínica médica.

Dos 129 entrevistados na internação, 88 (68%) afirmaram ter prontuário nas UBS da cidade de Mauá, sendo que as mais citadas foram Central, Flórida, São João, Zaira II e Feital, que totalizam 50 internados, com distribuição semelhante entre as mesmas. Descontando 21 (16%) pacientes de outros municípios e 22 (17%) que não possuem relação com uma UBS, pode-se dizer que estas UBS têm um peso importante na referência para o hospital, o que confere com o fato de serem bairros populosos da cidade.

Em relação à resolutividade avaliada pelo docente, 116 (90%) achavam que o fato de ter procurado o hospital havia resolvido seu problema de saúde, 12 (9%) achavam que não e apenas um se absteve de manifestação.

Questionados quanto à limpeza e à alimentação, 111 (86%) e 94 (73%), respectivamente, avaliaram como boa a qualidade. Chama a atenção o fato de 31 (24%) pacientes relatarem alimentação regular ou ruim.

Sobre a visita médica, 113 (88%) pacientes relataram que ela foi diária e 103 (80%) referiram que o médico explicou sua doença. Chama a atenção o fato de 12% dos pacientes não terem recebido visitas médicas diárias e 20% não terem tido explicações acerca de sua doença. Isto mostra que a necessidade de autonomia está sendo descuidada pela equipe de saúde, visto que acesso à informação é básico para o aprendizado e para a tomada de decisões de cada um acerca de sua vida. A construção da autonomia deveria ocorrer em todos os níveis de assistência do SUS, inclusive no hospital, onde as pessoas geralmente estão fragilizadas e têm uma necessidade maior de entendimento dos limites impostos pelo corpo e mente.

No item avaliação da enfermagem, 117 (91%) consideraram bom o cuidado, mas nas sugestões apareceram três pedidos de aumento de pessoal nesta área.

No total, 123 (95%) pacientes consideraram boa a internação.

De forma geral, o hospital tem um bom conceito junto à população que usa o serviço. segundo este questionário, o que coincide com dados de uma pesquisa de 1998 da Prefeitura de Mauá, onde aparecia nitida diferença na avaliação de quem tinha usado o serviço e dos que não haviam precisado dele. A questão do acesso, do 'consumo' de cuidado, faz com que a maioria dos pacientes não problematize o não atendimento das demais necessidades de saúde

Entre as sugestões apareceram, também, o aumento do número de médicos especialistas e mais material para cirurgia. Apenas cinco pacientes fizeram críticas ou sugestões.

No pronto-socorro/pronto-atendimento, os 208 pacientes se distribuíram entre o pronto-socorro central com 105 (50%) entrevistados, pronto-atendimento do São João com 52 (25%) pacientes e pronto-atendimento do Zaira II com 51 (25%) questionários preenchidos.

Estas três unidades, consideradas de urgência/emergência, realizam quase a mesma quantidade de consultas médicas que as 20 UBS da cidade a cada ano, o que demonstra a importância das mesmas enquanto porta de acesso ao sistema de saúde em Mauá, o que não difere de outros municípios.

Cecílio (1997) já colocava a importância de enfrentar esta distorção, visto que o atendimento é inadequado e sem qualidade.

Deste total, 157 (75%) afirmavam ter prontuário em UBS, enquanto 51 (25%) negavam relação com unidade básica. O que estranha-se é que estes pacientes estavam em uma unidade de urgência/emergência apesar de terem relação com as UBS. Parece claro que as UBS não estão 'escutando' e trabalhando as necessidades de saúde básicas de sua clientela, e por isto, elas estão se transformando em demandas de urgência/emergência.

Em relação ao tempo de espera pela consulta médica, este foi de 47 minutos no Pronto-Socorro central, de 22 minutos no pronto-atendimento do São João e de 32 minutos no Zaíra II.

Na questão da avaliação da consulta médica, 167 entrevistados (80%) afirmavam que a qualidade era boa, 30 (14%) consideraram regular e 11 (6%) ruim; perguntados se a consulta satisfazia, 172 (83%) afirmaram que sim e 36 (17%) que não. Enquanto 160 (77%) achavam que vir ao serviço tinha resolvido o seu problema, 32 (15%) informaram que não houve resolução e 16 (8%) abstiveram-se de responder.

Entre as causas de insatisfação com a consulta médica, destacam-se declarações de que o médico não examinou, a consulta foi muito rápida, não medicou ou não era o especialista

desejado. Estas alegações demonstram que a necessidade de vínculo não é atendida, não se estabelecendo uma relação entre os sujeitos, o que é prejudicial ao processo de cura, já que este prescinde de confiança e interlocução entre as partes. Neste processo, também não se atende a necessidade de autonomia, pois não há troca de informações nem processo educativo que permita ao indivíduo entender suas dificuldades e adotar medidas que melhorem sua qualidade de vida.

A questão da resolutividade aparece nos casos em que os pacientes afirmam que a consulta não resolveu, com as seguintes justificativas: não deu injeção, receitou remédio que não tem no posto e o paciente não tem dinheiro para comprar, não entendeu as orientações do médico e não sabe dizer, pois vai fazer o tratamento ainda.

Neste aspecto, os discursos dos pacientes podem ser traduzidos como falta de acesso a tecnologias de saúde ou porque as condições de vida são precárias e não permitem, por exemplo, comprar medicamentos, ou porque não há organização social que permita obter o remédio gratuitamente. Também se reclama a impossibilidade de estabelecer um vínculo com o médico, visto que o atendimento rápido e impessoal não permite discutir esta dificuldade e procurar uma alternativa conjunta.

Desta forma, é impossível enfrentar algumas 'idéias da cultura popular', como da necessidade de injeção como forma de tratamento: não há vínculo, autonomia, acesso a tecnologias de saúde, nem boas condições de vida.

Os pacientes ouvidos vinham de vários bairros para o Pronto-Socorro central, mas destaque-se o Oratório, onde existe uma unidade de saúde da família, o Parque das Américas e Zaira, que também possuem UBS. O São João recebe pacientes de vários bairros sem nenhum

destaque especial e o Zaira II basicamente atende a população de sua área, ou seja, do próprio bairro.

As sugestões e críticas que apareceram dizem respeito à quantidade de médicos e remédios nas UBS, orientação a funcionários e pacientes para diminuir o barulho e confusões, à ampliação das instalações para tornar as unidades amplas e arejadas, especialidades no pronto-socorro e UBS, que todos os médicos examinem os pacientes, que os médicos cumpram horários e fim das filas e demora principalmente no pronto-socorro.

Os questionários das UBS são reveladores de uma dinâmica que não atende às necessidades dos usuários por acesso a tecnologia, vínculo e autonomia, além de demonstrar a falta de qualidade de vida.

Cada UBS possui determinadas características imprimidas pela gerência, trabalhadores de saúde e algumas vezes pela reação destes últimos em face do comportamento da clientela.

Uma questão chama atenção no questionário das UBS, dos 176 questionários, em média 41% eram consultas agendadas e o restante encaixe (59%); o tempo médio de espera para os agendados foi de 17 dias, ressaltando-se as discrepâncias entre as unidades, com variação cinco dias, como no Capuava, até 43 no Zaira I - que mostra como o agendamento prolongado pode estar provocando desistência dos usuários por dificuldade de acesso ao serviço.

No entanto, 166 (94%) tinham boa avaliação da consulta médica e 148 (84%) achavam que ir à UBS tinha resolvido seu problema.

Um aspecto que impressiona é que, mesmo após um processo eleitoral que envolveu cerca de 20 mil pessoas em agosto de 1998, apenas 19 pessoas (10,8%) referiam conhecer o conselho gestor da unidade.

Entre as críticas e sugestões apareceram: enfermagem mais qualificada, mais médicos, que os médicos examinassem e fossem competentes, mais atenção por parte dos funcionários, menos demora no atendimento, especialidades nas UBS, que não faltassem remédios, abertura do agendamento durante todo o dia, que pacientes com febre, dor ou pressão alta fossem atendidos imediatamente e não agendados para depois, que existisse uma farmácia pública 24 horas, que os resultados de exame chegassem mais rápido, que os agendamentos das consultas de especialidade não demorassem tanto, todas as UBS 24 horas, treinamento e aumento dos salários para os funcionários e que os exames necessários fossem realizados na unidade.

A maior parte das críticas e sugestões refere-se à necessidade de vínculo e acesso a tecnologias, o que demonstra como as UBS estão distantes das necessidades de seus usuários, embora os mesmos apreciem e considerem resolutivo o serviço.

Os usuários que apresentaram sugestões e críticas dão uma boa pista de como a população traduz suas dificuldades com o sistema de saúde, ou seja, a grande maioria avalia que tendo mais médicos, principalmente especialistas, mais remédios e mais exames a questão se resolveria, embora falem de reorganização dos serviços através das agendas, da priorização de pacientes com queixas urgentes e da relação com os médicos.

A assistência parece centrada fundamentalmente no ato médico e não há esforço contínuo e aparente para mudança desta lógica, exceto em alguns locais, como no Oratório, na UBS Centro e na UBS Feital, por iniciativa das equipes, direções e demanda de usuários.

Existem relatos de experiências em outros municípios, como em Betim (MG), no qual segundo Bueno (1997) e Merhy (1997), um serviço de acolhimento multiprofissional conseguiu resolver cerca de 10 % a 38% dos problemas de saúde – o que demonstra que a lógica pode ser quebrada.

Uma das questões que chama a atenção é o não uso do conhecimento técnico ou da solidariedade diante do sofrimento dos doentes, fato percebido e criticado pelos usuários, que identificam esta necessidade de priorização dos mais graves, mesmo em UBS, indicando o desejo de tratamento diferenciado nestas situações, o que hoje não é feito em Mauá. Logo, a necessidade de vínculo não esta sendo atendida.

Desta lógica centrada no médico, procedimento e medicamento vem o reforço desta demanda por mais consulta para a população, pois resolutividade é identificada com estes ‘consumos’. Assim, falas como “se não tomar injeção não resolve” são a representação deste imaginário de eficácia decorrente da visão distorcida do processo saúde-doença e de cuidado de saúde; esta distorção mostra uma necessidade de autonomia amparada na socialização do conhecimento de boas práticas de saúde.

Isto demonstra a concreta dicotomia corpo-mente, onde a doença exige intervenção sobre o corpo, “como uma máquina que poderia ser analisada em termos de peças. A doença passou a ser vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos” (VAITSMAN, 1992: 166).

Desta forma, paciente e profissionais de saúde tornaram-se objeto e sujeito, respectivamente, imprimindo um padrão de relação entre um ser pensante e uma coisa, o que gera as queixas de impessoalidade e interfere na qualidade; não é uma relação entre dois sujeitos, logo, não há vínculo.

Este processo faz parte da cultura da mercadoria, pois, ao mesmo tempo que a população trata os serviços como bem de consumo semelhante aos demais, os trabalhadores respondem devolvendo 'coisas', sem nenhuma troca ou afeto, que são fundamentais em um processo de cura e na promoção da autonomia nos seres humanos.

Nos três questionários, a avaliação final do serviço foi considerada boa pela maioria dos usuários, mesmo após espera considerável, o que mostra que a necessidade de acesso ainda é considerado o item de maior importância para os usuários.

Entrevista com representante dos usuários:

O conselheiro escolhido para entrevista, do Conselho Municipal de Saúde, é um aposentado, com 62 anos, que acompanha o desenvolvimento da saúde municipal de longa data, tendo militância em sua entidade de bairro, onde está em seu segundo mandato, e é uma referência dentro do Conselho, com suas posições firmes e ponderadas. Ele diz "...Mauá sempre investiu bastante em saúde...particpei de várias passeatas e atos em prol da saúde e vejo que conseguimos muita coisa...tem muita gente que reclama sem saber como foi difícil montar tudo isso...mas um problema que vejo são as constantes mudanças políticas que provocam as mudanças de rumo...uma hora se investe em uma coisa daí vem outro e pára tudo...não tem continuidade...também os funcionários não defendem o local de trabalho deles....atendem de forma descuidada os doentes, não se empenham em resolver as coisas...isso piorou muito depois que aumentaram as unidades...quando tinha o centro de saúde e alguns postinhos as pessoas eram simpáticas, olhavam na nossa cara, perguntavam da família ...a gente conhecia todo mundo....hoje a gente é um número na carteirinha....nem olham prá genteperguntam até o sexo!....também as

unidades estão sempre cheias com pessoas com muitas bobagenstem gente que é viciada em médico e remédio...por isso quem tem dinheiro vai para o convênio, embora também não seja uma maravilha...”.

Falta de continuidade nas políticas por questões eleitorais, problemas com os funcionários quanto à valorização de seu local de trabalho, mudança no comportamento ao longo do tempo e dificuldades com as inúmeras necessidades dos usuários são questões presentes no Conselho em quase todas as reuniões e refletem o imaginário do mesmo sobre os problemas enfrentados. A falta de compromisso e a impessoalidade dos trabalhadores aparecem com força como problemas a serem superados, mas chama atenção sua constatação de que os usuários também precisam aprender a usar os serviços.

É lamentável que a necessidade de vínculo reclamada de forma tão veemente não seja atendida, pois este seria um caminho de duas mãos, na medida em que a relação propiciaria crescimento bilateral, em especial para os usuários, que conquistariam uma autonomia responsável e informada, e poderiam auxiliar a assistência e facilitar o trabalho dos profissionais.

A Plenária de Saúde existe há mais ou menos dez anos, sendo um espaço de organização popular não atrelado à administração. A entrevistada tem quatro anos de militância e é membro da Pastoral da Criança.

Entre suas falas destaca-se “...a saúde melhorou muito nos últimos anos, principalmente com a construção do hospital e sua passagem para o município...no entanto o pronto-socorro continua lotado e as unidades também...não entendo bem...mas acho que é o jeito de atender as pessoas e o que as pessoas querem...as vezes acho que essas coisas não se encontram...na

pastoral também temos dificuldades....se não damos leite a mãe não leva prá pesar, só aparece quando a coisa está muito ruim...eu tenho convênio, não tenho vergonha disso...tenho horror de ter que ficar em uma maca no corredor do pronto-socorro, mas quero que as coisas melhorem para que ninguém tenha que passar por isso...não é jeito de tratar um doente...sei que o pessoal da saúde está trabalhando muito...não sei de onde vem tanto doente...”.

Há um nítido discurso de solidariedade, que pode até estar ligado à questão religiosa, mas com uma visão de quem observa de longe e sabe que as coisas ainda não estão bem resolvidas. Aparece a pista da dificuldade de relação com os usuários que não é aprofundada, mas entenda-se que as necessidades de saúde não estão sendo atendidas, nem as boas condições de vida que fazem proliferar os doentes, nem o vínculo necessário para satisfazer e promover autonomia.

4.2. A AVALIAÇÃO DOS DIRIGENTES, GERENTES E TRABALHADORES DE SAÚDE

As entrevistas destes atores foram ouvidas e transcritas, sendo lidas várias vezes para possibilitar uma apreensão do conteúdo, das possíveis mensagens ocultas, das coerências e incoerências presentes no discurso.

Foram transcritos trechos de entrevistas considerados representativos da dimensão abordada, com objetivo de demonstrar o significado para aquele ator social do tema proposto.

O Secretário de Saúde trabalhava em Mauá como pediatra desde 1988, tendo executado várias funções, desde médico consultante até chefe da pediatria do Hospital Nardini. Neste tempo, militou no Partido dos Trabalhadores e no movimento popular através da Plenária de

Saúde, sendo o único profissional desta área do partido eleito vereador em 1997 e, por isso, considerava sua indicação para o cargo fruto desta longa jornada.

Mesmo o fato de ter sido afastado do trabalho no sistema de saúde de Mauá por vários anos, por divergências com a direção do hospital, não impediu sua constante militância.

Antes de ser Secretário, estruturou e chefiou o Pronto-Socorro de Diadema por vários anos com grande eficiência, o que lhe rendeu experiência na área de gerenciamento e respeito na região.

Com relação à história da formação da rede básica na cidade, ele lembrava que o governo do Estado colocou Mauá nos projetos dos módulos de saúde dos anos 80, com financiamento externo e participação de sanitaristas abnegados, o que permitiu a montagem de uma extensa rede de unidades básicas. Neste aspecto, segundo o Secretário, a cidade foi privilegiada se comparada a Diadema, que teve de construir sua rede de unidades com recursos próprios.

Mas, ele se pergunta se não houve um paternalismo excessivo, visto que a população hoje critica e quer mais serviços sem se dar conta dos custos de construção e manutenção destas unidades. Em suas palavras "...a questão crucial é garantir o financiamento que permita manutenção dos insumos necessários à assistência, repensar o modelo para buscar mais resolutividade e resgatar o compromisso dos funcionários...acho que a assistência é excessivamente centrada em consulta médica, exame e remédio, isto não é saúde, isto é doença...mas a população parece querer este modelo e o discurso da reforma sanitária: integralidade, equidade, resolutividade, etc., etc. vai ficando cada vez mais distante do cotidiano...". Tais observações vêm ao encontro de opiniões dos usuários expressadas nos questionários.

O discurso do Secretário de Saúde pode ser traduzido como uma dificuldade importante de atender às necessidades de saúde da população de forma mais abrangente, deixando o sistema prisioneiro de uma lógica de atendimento da demanda por consultas médicas sem fim.

Em relação aos pontos positivos, destaca a participação do município no financiamento “...apesar da crise, duvido que alguém invista mais na saúde que Mauá...”. Neste aspecto, também aparece o ponto negativo “... esta é minha discordância na comissão intergestora regional, pois recebemos o menor valor per-capita da região enquanto somos os que mais investimos na área. Não entendo como os governos anteriores permitiram isso...”.

Na verdade, como os tetos foram feitos por série histórica de produção há muitos anos, Mauá ficou prejudicada, mas também é verdade que ocorreram diversas ingerências políticas, que fizeram com que São Caetano obtivesse um valor *per-capita* maior, não tendo o mesmo nível de problemas sociais que Mauá. Neste aspecto, o Secretário tem razão: “...a equidade não é prática usual nem na destinação de recursos financeiros, gerando grandes injustiças...”.

Perguntado sobre as reclamações da população, o Secretário diz que isto é ‘normal’, pois “não há como agradar a todos, principalmente em um trabalho com tanto componente subjetivo, humano envolvido...”.

Como médico consultante e chefe de pronto-socorro em Diadema, conhece bem a estrutura interna da organização dos serviços, mas parece duvidar da possibilidade de mudança real nas relações, em especial com a clientela. Pareceu-nos que sua descrença está calcada na possibilidade das pessoas adquirirem uma postura mais solidária. Ele relatou que contratou assessoria para trabalhar a mudança do modelo técnico-assistencial, mas, apesar dos esforços, a transformação pretendida não avançou.

Avaliando o sistema hoje, o Secretário vê com grande preocupação a questão do financiamento e considera irresponsável a posição dos governos estadual e federal, por isto defende a devolução do hospital ao governo do Estado. Mas também considera que foram realizados grandes avanços, que não são reconhecidos pelo governo municipal e pela população, o que seria causa de grande frustração.

Outro entrevistado foi a médica responsável pela saúde da família. Natural de Pernambuco, pediatra, com larga experiência no projeto que coordena, visto que tem formação específica e trabalhou muitos anos neste projeto no Nordeste do país entre populações carentes.

Ela não conhece muito da história do SUS local, pois chegou há aproximadamente dez meses, mas diz que “a cidade tem uma rede física grande e muitos funcionários, mas as UBS são vazias e frias, totalmente surdas às falas dos usuários...”. E acrescenta “...é preciso fazer uma revolução no estado das coisas, pois regras, programas, protocolos temos aos montes, mas nenhuma relação de compromisso e solidariedade com o povo da cidade, nem mesmo por parte de quem mora aqui e trabalha na saúde...prá mim esta descoberta foi um grande choque..”.

Esta médica tem uma postura crítica e dura em relação ao grupo de diretores de unidades. Fazendo parte do primeiro escalão da Secretaria, sua longa militância política e o compromisso ideológico aparecem nas falas, onde ela explicita que as equipes não “escutam” os usuários, logo, as necessidades de saúde não são atendidas.

Em relação ao projeto que está iniciando afirma que “...a maior dificuldade que tive foi chegar à favela do Oratório, pois as estradas não eram asfaltadas e os motoristas da Prefeitura se recusavam a subir o morro com medo da violência...chegando encontrei o trabalho da Pastoral

Operária e muita gente disposta a trabalhar para a montagem da unidade de saúde. Como pode um sistema de saúde fingir que não existe uma grande favela na entrada da cidade, com um grau de pobreza semelhante aos alagados do nordeste ... tenho muito orgulho dos agentes que treinamos e dos profissionais que venceram o medo e foram trabalhar no serviço, eles estão resgatando o objetivo maior do trabalho em saúde, que considero que seja preservar a vida a todo custo, com qualidade e criatividade...depois de nossa chegada veio a escola, o asfalto, a luz e o ônibus....ninguém pode negar que teve a ver com este trabalho, promovemos uma agregação que vai mudar a vida daquelas pessoas....isso precisava acontecer em outros lugares da cidade...".

Sua fala demonstra a crise de identidade que os profissionais de saúde pública de Mauá vivem, não se dispondo mais ao trabalho com comunidades carentes, deixando de praticar a equidade dentro do sistema.

Mas também ressalta a grande receptividade latente na população que, se for adequadamente abordada e estimulada, responderá de maneira positiva e com entusiasmo.

Destaca-se a participação de outras instituições, como as religiosas e outras lideranças das comunidades, as quais devem ser aproximadas, agregadas e respeitadas, visando a construção de uma teia de solidariedade com diferentes idéias e iniciativas.

A necessidade de boas condições de vida foi um dos elementos motivadores do trabalho e aparece com força nas falas, onde demonstra o potencial do trabalho dos profissionais da saúde que desencadearam todo um processo de transformação do meio na sua área de atuação, por entenderem que seu trabalho deveria atender às necessidades da população, e, em primeiro lugar, necessitava-se de condições de vida.

Com relação aos trabalhadores da saúde, ela diz "...acho possível resgatar uma boa parte das pessoas ...muitas só querem um minuto para expressar suas idéias....os médicos contaminaram a enfermagem e os outros profissionais com suas idéias de que o SUS não dá certo ...há excesso de burocracia nas unidades e os gerentes, com raríssimas exceções parecem despachantes....acho que o programa de saúde da família deveria ser estendido para toda a cidade, se adaptando a realidade de cada local, incorporando quem deseja mudar....ele não é incompatível com a unidade tradicional e pode estimular a mudança...neste caso relembro uma frase da televisão, não me lembro de qual seriado americano, mas dizia: 'a verdade está lá fora'....".

Há uma defesa intransigente nesta fala da necessidade de investimento junto aos funcionários da saúde e da viabilidade de mudança, mas, também, de esperança nos médicos, que aparecem como 'bodes expiatórios'. Esta posição dificulta reorganizar a assistência, que é inviável sem médicos. Para ela, a saúde da família aparece como a salvação para esta crise, feitas as adaptações necessárias

O outro entrevistado foi o diretor clínico do Hospital Nardini, um cirurgião geral com mais de 50 anos de idade, que havia trabalhado em Diadema como médico consultante e diretor do hospital municipal daquele município. Além dos empregos públicos, ele possui uma clínica privada com a esposa, que é médica ginecologista, e outros médicos para "...sobreviver e ter uma velhice tranqüila...", segundo suas palavras.

Ele também não conhecia a história de Mauá, mas avalia que atualmente "...com exceção do hospital que tem esta dificuldade grande de financiamento, a rede básica vai bem ...só precisa

funcionar, cumprir o seu papel...o pronto-socorro continua cheio de pacientes que podiam estar nas unidades básicas....creio que se fechássemos algumas poderia se garantir o hospital já que todos acabam vindo para cá mesmo....acho que a culpa do não funcionamento é dos médicos e dos gerentes de unidade...os primeiros porque não resolvem e os segundos porque não enfrentam....já fizemos muitos cursos, reciclagens, reuniões quinzenais e nada....não sei bem como isso se resolve ...em Diadema temos o mesmo problema...é uma crise de falta de profissionalismo, de vontade de querer se envolver, de se preocupar com o paciente....quando me formei não era assim, a gente tinha os pacientes em alta conta, nos preocupávamos ...um dia uma pessoa chegou no meu ambulatório de cirurgia e disse que eu não era mais o dono da agenda, pois precisava aumentar a produção, ampliar o atendimento, etc., etc. ...imagine a moça tinha idade para ser minha filha. estava de tênis e camiseta...acho que era sanitaria...perdi contato com meus pacientes...depois eu comecei a entender, conheci a proposta do SUS e acho que está certo, mas é preciso retomar a questão do compromisso....”.

Neste longo discurso, pode-se aprender várias coisas sobre o sistema com um médico que permite discussão de forma franca. A primeira delas é que a velha disputa entre hospital e rede não foi superada, a integração é um fato distante ainda, no caso de Mauá agravada pela questão do financiamento. Demorou-se para inserir a questão hospitalar nas preocupações, não percebendo que é onde temos um retrato aproximado da não efetividade do sistema, ou seja, é onde observa-se que há muitas coisas a repensar, por exemplo: a idéia de pirâmide do sistema com hospital no topo que gerou equívocos e não reconhecimento enquanto importante porta de entrada que necessita de ajustes (CECÍLIO, 1997).

Chama atenção também a maneira como foi tratada a questão do poder médico em alguns lugares. A retirada da agenda foi uma estratégia, mas o que isso representa na relação médico-paciente e no processo de trabalho deste profissional não foi devidamente analisado. Aparece novamente a 'culpa' dos médicos agregada à dos gerentes – o que mostra a dificuldade de avaliar a complexidade que envolve a assistência e o grau de responsabilidade coletiva que deveria existir e não é reconhecida. Termos como profissionalismo e compromisso são reiterados, reportando-se a um período em que isso parece ter existido com mais força, deixando a impressão de que algo foi perdido no processo de expansão dos serviços e na prática dos profissionais, provavelmente a capacidade de atender as necessidades básicas de saúde da população.

Entrevistei também a diretora da UBS Centro, uma enfermeira com mais de 10 anos de formada, oriunda de uma unidade básica de Diadema, trazida pela antiga assessora de enfermagem da secretaria de saúde, com uma posição crítica dentro do grupo de diretores.

Em relação à história, ela sabia muito da UBS que coordena, pois para recuperar funcionários, começou por resgatar os antigos livros de registro e as placas das sucessivas reformas do antigo centro de saúde, chegando a descobrir nomes de funcionários que haviam sido acompanhados naquela unidade quando criança pelos pediatras.

Perguntada sobre a avaliação do sistema, atualmente acha que “...temos vitórias importantes, como conseguir fechar pronto-atendimentos, diminuir a mortalidade infantil, ampliar a produção, reorganizar procedimentos básicos...mas não sei ...falta qualidade, é tudo muito igual e mecânico...alguns sugeriram a montagem dos programas nos moldes tradicionais...eu vi isso em Diadema...o pessoal dos programas chamava a gente para as reuniões.

faziam treinamentos e achavam que tudo estava bem....mas não estava...tudo ainda é centrado no médico...aqui ensinei as enfermeiras a fazerem consulta de enfermagem, as auxiliares a fazerem preventivo e várias orientações alimentares e de higiene que o médico nunca dátento resgatar antigos conhecimentos....se as pessoas se sentirem donas do trabalho ...talvez possam executá-lo melhor”.

Esta diretora relata como está trazendo de volta à ativa as pessoas de seu serviço. Sua preocupação em resgatar a historicidade da saúde e dos trabalhadores no processo pode indicar um dos caminhos de abordagem para iniciar um processo de discussão sobre a construção de um sistema para todos, com peso significativo na vida de seus componentes. A apropriação dos instrumentos de trabalho é outro item que se sobressai, enquanto proposta que pode dar uma pista de como recomeçar, pois é inegável a alienação presente no cotidiano.

O São João é um bairro com grande densidade populacional. Outra entrevista foi realizada com sua diretora, antiga chefe de enfermagem do Hospital Nardini, e que trabalha e mora na cidade há mais de 15 anos, conhecendo bem de perto a história da saúde na cidade.

Em relação à formação do sistema, ela conta que as cinco unidades que funcionavam 24 horas, foram concebidas como de alta resolutividade, onde se planejava a existência de recursos diagnósticos como raio X e laboratório clínico para exames de urgência. Mas, parte dos recursos do Estado que vieram para este fim nunca foram utilizados para equipar os serviços.

Atualmente, segundo ela “ ...o trabalho diário na unidade é desgastante, pois o pronto-atendimento desorganiza o serviço, trazendo situações de stress para todos, principalmente no horário do ambulatório... funcionário de posto não sabe lidar com pacientes graves ou a rotina

dos repouso...onde alguns casos chegam a ficar internados por 24 horas....já fizemos até partos aqui... o hospital reclama para receber os doenteseu sei que a situação do pronto-socorro é bem pior....estamos trabalhando duro com diabéticos e hipertensos para ver se alivia no hospital, mas falta medicação e um controle mais ativo de nossa parte....talvez gente com mais tempo para cobrar e insistir com os doentes.....talvez atividades diferentes...os doentes largam tudo quando se sentem melhores e aí chegam complicados....gostaria de poder abrir uma grupo de ginástica terapêutica aqui e fazer algumas festas de integração....mas a falta de tempo não ajuda...”.

Parece que a unidade ainda não entendeu, ou não definiu sua função, a começar pela grande dificuldade de aceitar e incorporar o pronto-atendimento na rotina, não se desorganizando mais em função desta questão. Todas as unidades 24 horas são orientadas a não ficar com pacientes em observação por mais de seis horas, visando preservá-las e proporcionar melhores condições de atendimento ao doente, de modo que, os pacientes devem ser encaminhados ao hospital. Mas, parece que há confusão nesta questão, em virtude de resistências do hospital e da própria gerente. Há o diagnóstico de que a maneira como funciona e se presta assistência não é efetiva, principalmente com doentes crônicos. No entanto, os sonhos de mudança são atropelados pelos ‘incêndios’ do dia a dia, ou pela incapacidade de organização que dê o tempo necessário à equipe para começar a trabalhar propostas alternativas.

Entrevistei também a diretora do Zaíra II, uma enfermeira que veio de Santos, onde havia dirigido uma unidade de grande porte na entrada do dique, uma grande favela de palafitas da Baixada Santista. Sua experiência credenciou-a a dirigir uma das principais unidades da cidade, localizada no bairro mais populoso, onde são decididas as eleições muitas vezes, com grande concentração de comércio e uma população de baixa renda.

Ela fez um paralelo entre Santos e Mauá: "...há muita coisa a se estruturar na rede básica, mas a situação de Mauá é muito melhor do ponto de vista do número e complexidade dos equipamentos...tem até hospital público... semelhante a Santos temos um grande volume de serviços prestados, mas pouco azeitamento entre as estruturas....os pacientes ainda possuem muita dificuldade de entender nossa lógica, porque nos organizamos de determinada maneira....os médicos em sua maioria não acreditam que as coisas possam se resolver na unidade...a enfermagem ainda não entendeu o seu papel nas unidades básicas, acha que não tem que se envolver...acho que é resquício de formação voltada para hospital...as unidades de saúde tinham que trabalhar como as escolas....reuniões de doentes e responsáveis por eles periodicamente, avaliação do desempenho do doente no seu tratamento, pessoa responsável por aquele doente dentro do serviço previamente estabelecida, busca ativa dos faltosos, etc. ...precisamos desenvolver a pedagogia do oprimido para a saúde, os doentes precisam aprender através de suas experiências a lidar com a doença, com as dificuldades da vida e da morte....e os funcionários deveriam saber e poder ensinar...".

Parece haver um consenso quanto à questão dos médicos e sua responsabilidade no processo, mas também aparece a enfermagem e sua dificuldade de encontrar suas novas funções nas unidades básicas de saúde. A formação voltada para hospital é apontada como uma das dificuldades e surge a interessante proposta de trabalhar como as escolas, imprimindo responsabilização bilateral (vínculo), autonomia do paciente, que, na verdade, já discutiu-se muito, mas não se conseguiu implementar.

Talvez isso permita 'ouvir' as necessidades de saúde da população e compreender que elas devem nortear a lógica de organização da unidade de saúde, enquanto persistir o caminho

inverso, em que os pacientes precisam se adaptar ao que a UBS oferece, não se chegará a um lugar comum, pois a doença e o sofrimento não seguem regras para se manifestarem.

Conforme coloca Cecílio (1997), “o centro de nossas preocupações deve ser o usuário e não a preocupação de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas”.

Interessante a idéia de uma ‘pedagogia do oprimido’ para os pacientes colocada por esta diretora, pois existe um desejo expresso de que o paciente tenha autonomia, mas uma dificuldade de promover o processo dentro da rotina da unidade, onde os profissionais não se disponibilizam para a mudança.

Outra entrevista foi realizada com pessoa escolhida como representante do Conselho Gestor de unidade básica é funcionária com dupla visão do problema, mora no bairro onde trabalha há 20 anos, sendo funcionária da saúde há oito anos como escriturária.

Ela lembra que a grande luta no Sônia Maria foi o funcionamento 24 horas do posto que agora foi fechado pela nova administração, mas acha isto correto, pois há uma ambulância na unidade para transporte, e o número de atendimentos à noite é sempre inferior a três em 12 horas. Também afirma que 70% dos atendimentos ambulatoriais são oriundos de moradores de Santo André, que faz fronteira com o bairro. Segundo ela, a grande maioria dos moradores possui convênio privado e não frequenta o posto para consultas, mas para procedimentos como inalação, curativo, vacina, aferição de pressão arterial, etc..

Ela aponta as seguintes dificuldades: "...os colegas de trabalho mais novos não entendem a importância de dar um sorriso e recepcionar bem o morador...muitas reclamações são pura falta de cortesia...mas também temos nossos pacientes problemáticos, que geralmente comparecem várias vezes e despejam aqui todas as suas mazelas como se tivéssemos culpa...é difícil trabalhar com as pessoas...tem gente dentro do posto que acha que deveríamos cobrar consulta pois afastaríamos os não doentes que freqüentam o serviço sempre sem motivo...tem funcionário que acha que saúde não é direito para todos, só para quem trabalha e paga, tem saudades do INPS...é incrível, outro dia perguntei onde é que ia ser atendido essa multidão de gente desempregada que quer trabalhar e não pode ou os velhinhos, as crianças...acho ignorância, mas é uma fala bastante ouvida pelos demais...as pessoas não são solidárias o suficiente para as coisas darem certo...no dia a dia não trabalham com exceções, sempre com regra e isso cansa os doentes, como se as pessoas fossem todas iguais...acho que os concursos para a saúde deveriam ter entrevista ou algum jeito da gente descobrir o grau de humanidade das pessoas...gente que não valoriza a vida deveria ser barrado...".

Surgem com peso significativo o discurso neoliberal dentro do próprio serviço, o problema da burocratização do atendimento e a idéia de triar as pessoas na admissão. Há uma nítida descrença de que alguns funcionários possam ser resgatados para a proposta pela posição ideológica que defendem abertamente. Também aparece o uso por parte de quem tem convênio privado da UBS, o que mostra como ela pode ser importante mesmo em comunidades diferenciadas. Na questão do uso, ressalta-se como os problemas individuais e coletivos são levados para dentro da unidade pelos chamados 'pacientes problemáticos', e aparentemente não são investigados e explorados para uma possível solução, como se isso não fosse parte da saúde, em um conceito mais amplo.

Fica a impressão de que os pacientes desta área forçam constantemente a entrada para a assistência que desejam e insistem em uma relação (vínculo), enquanto os funcionários resistem ou respondem com atendimento da demanda por procedimento sem maiores envolvimento.

O provedor da Santa Casa foi bastante solícito na entrevista; ele está fazendo Administração Hospitalar na Faculdade São Camilo e mora na cidade há 30 anos, sendo um dos componentes da irmandade. Está no cargo há oito anos.

Sua avaliação é de que a atual administração peca por não fornecer um subsídio maior à Santa Casa e acha que a qualidade de seus serviços é maior que a do público. Na sua opinião, “o público permite a indisciplina de seu funcionário e ainda inflaciona o mercado pagando altos salários...eu não consigo entender....também a questão dos processos de dupla cobrança...eu não permito mais aqui, mas entendo o que os médicos sentem pois o SUS paga muito mal os procedimentos e com atraso....o Nardini rouba nossa clientela de maternidade, embora ainda façamos o dobro de partos...acho que este hospital não deveria ter maternidade, afinal nós já tínhamos antes e dávamos conta....a questão das cesáreas eu não discuto, acho que isso é entre o médico e a paciente...os pacientes que vem aqui reclamam da demora nos postinhos e no hospital...aqui é mais limpo e agradável....nos preocupamos com a aparência do serviço....acho que tudo vai passar e a Santa Casa vai ficar com sua devida importância em Mauá...”.

O provedor não acredita no SUS, na verdade acha um incômodo, porque não concorda com a participação em termos de complementariedade das entidades privadas. Mas isto é importante na avaliação do sistema local, pois a Santa Casa faz parte e tem um poder de direcionar as discussões em prol de seus interesses. Há uma nítida provocação quanto à maior

eficiência do privado, principalmente em relação a recursos humanos, sendo que ele pratica salário mais baixo, o que demonstra que não é apenas esse o elemento motivador do trabalho e que se precisa aprender mais sobre esta questão.

Ressalta-se também como as políticas públicas podem ser subvertidas em nome da autonomia do médico e da relação com a paciente, como é o caso das cesáreas, cuja incidência é maior na Santa Casa, e que o provedor se recusa a discutir.

As entrevistas nos colocaram a grande inquietude de todos em relação à necessidade de mudança no modelo de atenção, melhoria da qualidade, engajamento dos funcionários e a dificuldade em especial com os médicos.

Parece existir uma clima de expectativa para uma possível transformação, mas as práticas ainda estão distantes das falas, o que demonstra uma certa dificuldade de romper com o tradicional e criar uma nova forma de atenção.

Os questionários com os usuários trouxeram, de forma repetitiva, declarações de necessidade de acesso à tecnologia e necessidade de vínculo, e os gerentes e trabalhadores de saúde falam em necessidade de melhores condições de vida e necessidade de autonomia.

Está devidamente registrado e provado que as unidades de saúde não atendem as necessidades de saúde que a população apresenta no cotidiano, como se pode relembrar:

- necessidade de melhores condições de vida – um dos gerentes reconheceu e trabalhou por esta necessidade, mas na maioria das unidades, falar de suas ‘mazelas’ incomoda os trabalhadores, pois não se permitem pensar solidariamente uma solução: vários usuários

colocam a dificuldade de comprar um medicamento não padronizado, mas parece que não há a quem recorrer, o que é absurdo, pois se o processo de cura depende disso, uma solução conjunta deve ser pensada e tentada; os trabalhadores se esquecem que a falta de condições de vida adequadas impede o acesso a bens de consumo. Olhando o perfil dos usuários do ponto de vista da ocupação, é óbvia a dificuldade financeira para necessidades que prescindam deste recurso, logo, este é um ponto de partida para repensar o sistema;

- necessidade de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida – é marcante a importância que os usuários dão ao acesso, tanto que a maioria considera que passar pela consulta ou internação resolveu seu problema, embora se queixem da falta de profissionais, da demora, da dificuldade com medicamentos etc;
- necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe – em todos os questionários e nas entrevistas com representantes dos usuários esta questão aparece com força e como reivindicação, lembrando tempos em que esta questão existia no cotidiano. Os usuários querem uma proximidade e cumplicidade com os profissionais que inexistem atualmente, pois parece que se trocou volume por qualidade;
- necessidade de autonomia e auto-cuidado na escolha do modo de ‘andar pela vida’ – esta questão é colocada pelos gerentes e trabalhadores de saúde, mas não parece haver o entendimento de que é preciso promover o crescimento individual e coletivo, estabelecendo um vínculo para que haja segurança e confiança entre as partes, de forma a estimular e cobrar a autonomia.

Assim, conclui-se que as necessidades de saúde não estão sendo atendidas, o que leva a que os pacientes freqüentem serviços inadequados para sua patologia, onde recebem assistência paliativa do tipo queixa-conduta, causando insatisfação bilateral, para usuários e trabalhadores de saúde, e não resolvendo efetivamente o problema.

Mas, por que o sistema de saúde não atende às necessidades de saúde da população?

Pensando em como se expandiu o SUS brasileiro de forma rápida, criando uma grande rede básica e com expectativa que ela pudesse resolver 80% dos problemas de saúde, vê-se que acabou-se trocando o volume pela qualidade, sem perceber. É inegável que isto permitiu acesso a muitos brasileiros, mas não houve o devido preparo para estes trabalhadores de saúde, que foram lançadas em uma realidade para a qual não estavam preparados. Os ambulatorios exigem uma relação com os usuários e técnicas que ainda estão em construção, para que consiga êxito em suas tarefas.

As coisas se complicam mais ainda quando é passada a idéia de um sistema hierarquizado, com fluxos verticais entre os níveis e define-se a 'porta de entrada' na base, onde estão as UBS, que foram trabalhar com ações programáticas, com pouco espaço para demandas espontâneas.

O discurso parece esquizofrênico, quando comparado ao que ocorre hoje, pois a maior parte das patologias com programas que deveriam estar prioritariamente nas UBS, estão lotando os serviços de urgência-emergência, ao lado de situações de gravidade que precisariam de exclusividade e tranquilidade para o equacionamento.

Vê-se uma grande responsabilidade por parte dos profissionais de saúde nesta situação, pois não buscaram a qualificação necessária para realizar seu trabalho, não se dispuseram a trabalhar em equipe para aumentar a resolutividade, não estabeleceram vínculos com seus pacientes, não auxiliaram o encaminhamento dos doentes que necessitavam de outra forma de atendimento aos outros serviços, deixando que os mesmos procurassem sozinhos suas soluções, e hoje reclamam das demandas que os mesmos trazem às unidades de saúde.

As gerências também se omitiram, muitas vezes argumentando que diante dos salários e condições de trabalho inadequados, nada podia ser exigido. Elas deveriam motivar e liderar um processo longo de aprendizado, através da insistência em fóruns regulares de avaliação e troca de experiências entre funcionários e também com usuários.

4.3. O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE MAUÁ

Na observação do funcionamento das unidades de saúde, procurou-se ver a chegada do paciente, comportamento da recepção, caminhos percorridos para chegar à consulta médica e os desdobramentos da mesma, principalmente em relação às orientações da enfermagem e o papel do Diretor nos conflitos.

Apenas nas unidades de grande porte, a saber, Zaira II, São João, Feital, Flórida e Central, observou-se um afluxo contínuo de pessoas. Com exceção das duas primeiras, que funcionam 24 horas, as outras fecham por volta de 19 horas. As demais unidades fecham às 17 horas ou 18 horas, e se encontram a maior parte do tempo vazias, pois praticamente, só há clientela se o

médico estiver presente. Quando o médico vai embora, a população 'some' do serviço. Como os médicos não cumprem as quatro horas estipuladas, ficando entre uma hora e duas horas e meia, os serviços permanecem ociosos.

Mesmo assim, há horários rígidos para inalação, vacinação, curativo e aferição de pressão arterial em quase todas as unidades, o que faz com que os funcionários fiquem uma parte do tempo parados, pois isso acaba por diminuir mais ainda o volume de pacientes e procedimentos, tirando a chance de um contato com o paciente fora do consultório médico. A justificativa é que a UBS precisa de um tempo para os trabalhos internos de esterilização, organização de prontuários, reuniões de equipe, etc., mas não é isso que foi visto acontecer na maioria das unidades nos seus momentos mais vazios.

No Feital, encontrou-se atividade de acolhimento desenvolvida pela diretora, pessoalmente, juntamente com mais duas funcionárias em revezamento. Ninguém sai da unidade sem uma solução para sua demanda. Nesta unidade, funciona uma escola de alfabetização para adultos após o fechamento do atendimento, além de um grupo de corte e costura.

Nas outras unidades, a recepção é extremamente complicada, a começar pelo trato com as pessoas que freqüentam a unidade. Ouviu-se termos como 'filha', 'tio', 'querida', etc., inclusive ao telefone. Quase todas insistem na apresentação de documento para fazer a ficha de atendimento e presenciou-se dois pacientes que não foram atendidos pela falta do mesmo. Também há resistência em atender menores, mesmo sabendo que os pais estão no trabalho.

Uma coisa que chamou a atenção foi que quase todas as unidades tem horário para que se agende consultas e que o número de faltas no dia marcado chega a 50%.

A marcação é feita muitas vezes sem questionar qual é o problema, o que gera queixas dos usuários. Um outro aspecto da recepção é uma fala constante de que “não posso fazer nada, não tem vaga”. Raramente, o diretor ou a enfermeira da unidade é acionado para resolver o caso.

No dia da consulta, todos os pacientes chegam na mesma hora, com exceção do Flórida e Feital, que estão trabalhando com marcação por horário, apesar da grande resistência dos funcionários e pacientes, que acabam chegando duas horas antes do previsto.

Não há pré-consulta nas unidades em nenhuma especialidade, exceto na ginecologia da UBS Centro, onde uma equipe antiga fez questão de manter um contato prévio com as pacientes, o que pareceu extremamente proveitoso para as usuárias, apesar dos diretores considerarem que a pré-consulta sobrecarrega a enfermagem e “tira a responsabilidade do médico”.

Os pacientes ao chegarem na unidade passam na recepção e confirmam sua presença. Seu prontuário já está separado e ele se dirige ao bancos para aguardar. Usualmente, ele chega meia hora antes do médico, que “gosta de ver todos os prontuários do dia e os pacientes reunidos na porta em sua chegada”, segundo a enfermagem.

Os médicos chamam os pacientes gritando o nome de dentro do consultório em praticamente todas as unidades. Após a consulta, o paciente se dirige à enfermagem, que verifica sua papelada e explica onde ele deve ir para resolver cada indicação do médico. Normalmente, há exame complementar e encaminhamento para especialidade que devem ser agendados pela recepção, ou remédios que devem ser retirados na farmácia.

Muitos pacientes ficam andando pela unidade, pois não conseguem ler as indicações da porta, por dificuldades de formação ou por sinalização inadequada.

Em algumas unidades, apesar de ocorrer atendimento médico na hora do almoço, quase todas as auxiliares se retiram para a copa para refeição, e os pacientes ficam aguardando. Normalmente, os diretores não estão presentes nestes horários.

Apenas oito unidades referiram grupos de aleitamento e duas de hipertensos. Encontrou-se auxiliares que colhem preventivo de câncer cérvico-uterino em quatro unidades. Visitas domiciliares são realizadas de rotina em quatro unidades, entre elas a unidade de Saúde da Família do Oratório, onde a base do trabalho é o controle das famílias, através de visitas por equipe multidisciplinar, que identifica riscos e necessidade de intervenção. No dia da observação, a unidade estava realizando o 'Xô lombriga', uma atividade coletiva de toda a equipe com mais de 50 pessoas, quando é explicado o que é verminose, quais os cuidados necessários para prevenção e prescritos vermífugos a todos ao final.

Nos pronto-atendimentos do Zaira II e São João, o movimento é grande. Todos que não conseguem consulta no ambulatórios recebem a indicação para o PA. Muitos aceitam a indicação, desistindo do ambulatório.

As fichas de atendimento ambulatorial são informatizadas e saem rapidamente. Também aqui há pressão para que se apresente documento, embora haja maior flexibilidade. Normalmente, há fila e as recepcionistas não olham para os doentes. O paciente recebe a ficha e aguarda na porta do médico. Quando um paciente se retira, o próximo entra. Eles mesmos controlam a ordem de entrada, só permitindo a passagem na frente de pessoas que estejam visivelmente passando mal.

A enfermagem aguarda na sala ao lado, onde verifica a prescrição indicada. Normalmente, todos tomam alguma injeção. A consulta dura segundos em alguns casos e quando o médico sai da sala para atender uma emergência há muita reclamação. Verificou-se que em geral são dois ou três clínicos que dividem as 24 horas corridas e só aparecem no seu horário de atendimento. Não sei precisar se ficam em seu repouso, mas acredito que sim pela reclamação do serviço de limpeza que não consegue entrar nos quartos.

Os pacientes que ficam em observação têm direito a um acompanhante, que deve providenciar alimentação e roupa para o doente, quando houver necessidade do paciente ficar grande período. O acompanhante fica em pé muitas vezes ou sentado em outra cama. Quando o médico sai de seu horário de 'porta', não passa visita aos seus doentes e muitos ficam abandonados até que a família ou a enfermagem consiga levá-lo até o repouso, ou trazer o paciente ao consultório. A maior parte dos pacientes que se viu eram casos de DBPOC, HAS, idosos com inapetência, GECA e febre a esclarecer em crianças.

A maioria dos médicos não gosta de atender criança e, segundo a enfermagem, enviam-nas para o pronto-socorro infantil do Nardini em verdadeiras 'lotações' de ambulância.

Exames de urgência são colhidos e enviados ao hospital, só retornando 12 horas depois: radiografias de tórax e extremidades são feitas nas unidades.

O Pronto-Socorro Central é absurdamente pequeno para a demanda que chega todos os dias. A recepção é informatizada e a ficha de atendimento é feita independente de documento. A chefe da recepção e resgate de urgências (192) fica no mesmo espaço físico e intervém em conflitos e urgências imediatamente. As fichas são entregues ao serviço de pré-consulta que

investiga a queixa, afere a pressão arterial e a temperatura se necessário, colocando na sala do médico os pacientes com sinais e sintomas de urgências. Todas as outras fichas vão para o porteiro do Pronto-Socorro, que vai colocando pacientes de cinco em cinco no corredor.

Emergências e pacientes que chegam de ambulância entram por trás, causando acúmulo no corredor em alguns momentos.

Os casos de ortopedia sobem para o primeiro andar rapidamente, onde existe uma espera própria. Os casos de cirurgia possuem um consultório específico e também não aguardam muito tempo. Para as crianças, há uma porta de entrada exclusiva no primeiro andar, com recepção.

Os casos de clínica médica, que chegam a cerca de 300 casos em 24 horas nos dias mais cheios, é que são os mais problemáticos, pois a equipe não consegue manter o ritmo em virtude dos inúmeros internados e pacientes em observação dentro do PS. Existem 12 vagas em enfermarias dentro do serviço, mais 10 vagas de observação, mas houve relato de mais de 50 macas de internados no corredor, causando absoluto caos.

A equipe é composta por quatro clínicos no período diurno e três no noturno, dois cirurgiões, dois ortopedistas, um psiquiatra e dois pediatras, mas o espaço físico não ajuda, em especial no trabalho da enfermagem.

Cada paciente tem um acompanhante, e isso provoca uma confusão terrível dentro da unidade, pois não há como caminhar com rapidez.

São comuns as brigas entre funcionários, pacientes e acompanhantes, o que piora a situação.

O diretor clínico do hospital responde pelo PS, mas seu maior problema é 'fazer subir' os doentes para as enfermarias em virtude da resistência dos médicos diaristas.

Na internação do Hospital Nardini, as enfermarias têm no máximo três leitos, sendo amplas e arejadas. No entanto, quase todos os quartos tem manchas de infiltrações e mofo.

Os pacientes só podem subir para a internação em determinados horários, por conta da organização da enfermagem, que até hoje reclama da visita diária. Apenas a pediatria tinha direito a acompanhante na época.

Existe uma rotina de responsabilização dos médicos diaristas e enfermagem pelos leitos, sendo em torno de quatro por médico e dois ou três por auxiliar durante o período diurno.

A internação é feita por funcionárias antigas do hospital e as famílias parecem bem orientadas quanto aos direitos e deveres, embora ainda não exista um manual escrito.

O Serviço de Atenção ao Usuário - SAU fica em frente ao setor de internação e interfere em caso de discordância.

Como o hospital é pouco sinalizado, muitas famílias se perdem pelos seis andares da instituição. A internação funciona da seguinte forma: no terceiro andar, a pediatria com 24 leitos; no quarto, a maternidade com 48 leitos e o berçário de risco com 24 leitos; no quinto, a cirurgia possui 35 leitos e no sexto a clínica médica tem 36 leitos e a UTI oito.

Apesar dos inúmeros projetos de humanização, como a brinquedoteca da pediatria, a biblioteca da maternidade, o SAU e a ampliação das visitas, o hospital não consegue preocupar-

se com a guerra dentro do pronto-socorro, a ponto de flexibilizar seus leitos de acordo com a demanda, visto que há espaço físico.

No processo de alta, os pacientes não são agendados automaticamente na rede pelo serviço social, o que provoca a volta rotineira de muitos deles por falta de seguimento. Também o hospital apresenta-se pouco sensível às demandas da rede básica no que diz respeito a internação e procedimentos, o que gera muitos conflitos.

A falta de responsabilização das equipes com pacientes que necessitam de seguimento contínuo, não facilitando sua entrada em espaços tecnológicos adequados ao seu tratamento, obriga o doente a fazer sua batalha de forma individual e solitária, o que pode representar insucesso. Todo o sistema tem obrigação de promover este adequado encaminhamento para que ocorra a efetividade da assistência, o que será melhor compreendido se o sistema for pensado de forma circular, onde exista várias 'portas de entrada' que se comuniquem e mantenham relações no mesmo nível para melhor atender os pacientes, como sugere Cecílio em seu artigo sobre modelos técnico-assistenciais.

Enfim, a observação dos serviços mostrou como os discursos e os planos escritos durante as oficinas de planejamento e territorialização ficaram distantes do cotidiano. Embora muito se tenha feito, a essência continua a mesma que foi criticada na gestão anterior. Com certeza, os usuários vão cobrar com firmeza esta falta de transformação, mesmo que não seja a que eles almejam.

4.4. OS QUESTIONÁRIOS DE RISCO

O último material analisado foram os protocolos de identificação de risco e os questionários aplicados aos grupos de risco, digitados em banco de dados Excel 5.0 para serem efetuados os cruzamentos necessários.

Não houve preocupação com tamanho de amostra, mas com a demonstração efetiva do que já se sabia empiricamente pela observação e pela experiência do primeiro questionário que entrevistou 513 pessoas.

Grupo de risco para *diabetes mellitus*: dos 26 casos encontrados, 20 (77%) eram mulheres e seis (23%) homens. Perguntados se sabiam do risco, 16 (62 %) afirmaram que sim e dez (38%) que não, ou seja, quase 40% dos pacientes desconheciam sua condição de risco. Houve distribuição equilibrada entre os locais de descoberta do problema, que foram UBS, PS/PA ou outro local com cinco, seis e cinco casos respectivamente. Entre os sete que tomam medicamentos, a indicação foi da UBS em seis casos. Dos 16 casos que sabiam do risco, 11 (69%) afirmaram fazer tratamento, sendo que 5 (31%) já foram internados pela doença, mas chama atenção que 5 (31%) não façam nenhum tratamento. Os tratamentos indicados foram dieta e exames complementares para 11 casos, sete casos foram para o endocrinologista, quatro receberam recomendação de cuidado com os pés, pele, dentes, hiperglicemia e hipoglicemia, e dois casos também receberam indicação de exercício físico e diminuição do peso. Perguntados sobre inscrição em programa de saúde, nenhum paciente referiu participar e as palestras foram citadas em dois casos, mas fora das UBS, uma no Lions e outra no trabalho.

Nesta pequena amostra, pode-se observar que um grande número de potenciais pacientes desconhece sua condição de risco e, entre aqueles que sabem do problema, 31% não faz nenhum tipo de tratamento regular.

Também é surpreendente que nenhum doente freqüente programa de saúde e que as palestras que tenham participado tenham ocorrido em outros espaços que não as UBS.

Esta patologia possui tecnologia estabelecida através de programação do Ministério da Saúde, e continua inacessível na rede básica para boa parte dos doentes, mesmo com todo o conhecimento de sua importância na morbidade, mortalidade e diminuição da qualidade e expectativa de vida.

Grupo de risco de hipertensão arterial: em relação à distribuição por sexo, entre os 54 casos encontrados, 32 (59%) eram mulheres e 22 (41%) homens. Perguntados se sabiam do risco, 36 (67%) afirmaram que sim e 18 (33%) que não. A distribuição entre o local de descoberta do problema foi de 14 (39%) na UBS, 16 (44%) no PS/PA e seis (17%) em outro. Entre os 28 que tomam medicamentos, a indicação foi da UBS em 21 (75%) casos. Dos 36 casos que conheciam o risco, 26 (72%) afirmaram fazer tratamento, sendo que sete (19%) já foram internados pela doença, mas encontro-se 10 (28%) hipertensos que não faziam nenhum tratamento. Os tratamentos indicados foram dieta hipossódica e exames complementares para 26 casos, 23 casos receberam indicação para diminuir a gordura, 22 receberam recomendação para ir ao cardiologista, 16 casos também receberam indicação de evitar estresse e quatro precisaram de diminuição do peso. Também apareceram indicações para não fumar (oito casos), não ingerir álcool (nove casos) e café (dois casos). Apenas um foi orientado a fazer exercícios físicos.

Perguntados sobre inscrição em programa de saúde, nenhum paciente referiu participar, e as palestras foram citadas em 11 casos, nas UBS, no Lions e no trabalho.

Considerando que hipertensão arterial é outra patologia com programação estabelecida, prevalente e implicada nas primeiras causas de mortalidade de Mauá e de todo o país, com conseqüências danosas ao paciente e perda de anos potenciais de vida, é assustador encontrar um terço das pessoas desconhecendo sua condição de hipertenso, e, dos que sabem 27% sem tratamento.

Onde o diagnóstico foi feito também chama a atenção, pois 44% tiveram seu diagnóstico no serviço de urgência/emergência, o que nos mostra a importância destes serviços promoverem o fechamento do diagnóstico e garantirem que o paciente chegue à UBS, recolocando-se no sistema enquanto 'porta de entrada' e de grande importância na captação dos grupos de risco.

Grupo de risco para DBPOC: em relação à distribuição por sexo, entre os 40 casos encontrados, 23 (58%) eram homens e 17 (42%) mulheres. Perguntados se sabiam do risco, 13 (33%) afirmaram que sim e 27 (67%) que não. A distribuição entre o local de descoberta do problema foi de oito (62%) na UBS, três (23%) no PS/PA e dois (15%) em outro local. Mesmo entre os que desconheciam o risco, encontrou-se pacientes que usavam medicação ou outra forma de tratamento, sem se dar conta de que tinham uma doença crônica. Entre os 20 (50% dos pacientes com risco) que tomam medicamentos, a indicação foi da UBS em 14 (70%) casos e em seis (30%) casos no PS/PA, sendo que nove (45%) já foram internados pela doença - o que indica alta prevalência de complicações. Os tratamentos indicados foram evitar alérgenos para 17 casos. 15 casos foram fazer exames complementares, 13 foram orientados a procurar rapidamente o

serviço de saúde quando apresentassem falta de ar ou febre, para dez casos foi indicado evitar o fumo, seis aprenderam a fazer tapotagem, cinco foram instruídos a fazer exercícios respiratórios e natação, quatro foram referenciados ao pneumologista e três casos também receberam indicação de ingestão de líquidos. Perguntados sobre inscrição em programa de saúde, nenhum paciente referiu participar e um paciente havia assistido palestra no Lions.

Chama a atenção o fato de pacientes usarem medicação e não terem a noção do que seja sua doença, o que demonstra falta de vínculo com equipe de saúde e autonomia do usuário, de forma que possa entender e participar de seu tratamento.

Esta patologia tem o maior índice de internados entre os que já faziam tratamento, o que demonstra a potencialidade de provocar complicações e diminuir a qualidade de vida dos doentes necessitando de acompanhamento contínuo e prioritário das UBS.

No entanto, o questionário de risco revelou que os pacientes não participam de programas e não possuem acesso a informações em unidades de saúde, tendo que buscar em outros espaços.

Grupo de risco para câncer de mama: as mulheres triadas para este risco apresentavam as queixas mais diversas, entre as quais dores de todo tipo, falta de ar ou tontura. A média de idade foi de 48 anos. A quase totalidade freqüentava alguma UBS (27 entre os 34 questionários, ou seja, 79%), apenas 11 (32%) sabiam do risco, 18 (53%) haviam passado no ginecologista no último ano. Destas 18 mulheres, apenas sete (39%) referiam que o ginecologista havia examinado as mamas. Além do mais, apesar de quase 79% das mulheres em condição de risco freqüentar alguma UBS, apenas sete (26%) sabiam fazer auto-exame de mamas e haviam aprendido em revistas, televisão, livros, no trabalho e com o médico, apenas um caso (4%). Somente três

havia assistido a alguma palestra sobre câncer de mama, mas nenhuma foi em UBS, cinco já haviam feito algum exame especial para mama, a pedido do médico das UBS, e apenas estas últimas referiram que não iriam procurar o serviço de saúde a partir do questionário, pois já haviam feito alguma forma de investigação.

O não atendimento da necessidade de acesso à tecnologia fica comprovado pelo fato de apenas 39% das mulheres que passaram pelo ginecologista terem as mamas examinadas, o que é escandaloso, tendo em vista a alta mortalidade por câncer de mama.

Este aspecto também é comprovado pelo fato de apenas 26% das mulheres saberem fazer auto-exame de mamas, sendo que, entre estas, apenas uma havia aprendido com o médico, o que é impressionante. Os meios de comunicação tiveram um papel fundamental na divulgação da técnica de auto-exame de mamas.

As palestras ocorreram fora das UBS, como nos outros grupos de risco, o que aponta para a falta de eventos educativos dentro dos serviços de saúde, embora exista demanda para esta atividade.

Grupo de risco para câncer de útero: as mulheres triadas para este risco apresentavam as queixas mais diversas, entre as quais dores de todo tipo, havendo apenas duas com queixa de sangramento genital, sendo uma por abortamento e a outra a esclarecer. A média de idade foi de 44 anos, a quase totalidade freqüentava alguma UBS (15 entre os 24 questionários, ou seja, 62%), 21 (88%) sabiam do risco e apenas as três (12%) que referiam não saber alegavam desconhecer que o preventivo deveria ser feito todo ano. Entre as que sabiam do risco, os motivos alegados para não realizarem o preventivo no último ano foram: oito (38%) haviam ido ao ginecologista,

mas ele não colheu o exame, seis (29%) alegaram falta de tempo, gravidez e virgindade, três haviam parado de menstruar e uma retirou o útero e por isso estas quatro (19%) não achavam mais necessário, três (14%) não conseguiram agendar ginecologista, pois a agenda estava cheia. Entre as entrevistadas, 11 (45%) haviam assistido a palestras sobre o tema, sendo as UBS, Igreja e a escola os lugares citados. Apenas uma entre as que não realizaram o exame não pretendia procurar os serviços de saúde para realizá-lo, pois não achava necessário.

Cerca de 38% das mulheres foram ao ginecologista, mas o exame não foi colhido; 14% não conseguiram ter acesso ao médico. Se somar-se, haverá 52% das mulheres sem assistência para este risco, o que é uma muito grave, pois ainda é alta a mortalidade por câncer de útero e sua prevenção se constitui em um dos programas mais antigos e tradicionais da saúde pública.

Chama a atenção o predomínio das mulheres, exceto em DBPOC, mas isso pode ser fruto de aparentemente elas procurarem mais os serviços de saúde, embora no questionário de perfil de usuário no serviço de urgência-emergência ocorresse equilíbrio entre os sexos.

Há uma nítida importância do PS/PA na descoberta destes riscos, em especial para hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, o que justificaria a necessidade de contra-referência deste serviço para a rede em um sistema de vigilância à saúde, com busca de seguimento contínuo, principalmente porque estes pacientes acabam tendo complicações que levam à internação.

O PS/PA deveria ser entendido como porta de entrada do sistema e considerar a vinda destes doentes como eventos sentinelas para a rede básica de que algo não vai bem com o plano terapêutico. Esta proposta segue as sugestões de Cecilio em seu artigo sobre modelos assistenciais, onde ele demonstra que, se vislumbrarmos o sistema de saúde enquanto um círculo,

com várias entradas e saídas, sem radicalidades, definindo grupos de risco e assistindo-os de forma integrada em todos os serviços, poder-se-ia ter maior efetividade (CECÍLIO, 1997: 46).

Neste aspecto, chama a atenção a falta de regularidade nos cuidados indicados para os doentes nos casos de hipertensão, DBPOC e *diabetes mellitus*, pois os perguntados no questionário de risco são os básicos em cada patologia, conforme a clínica tradicional.

Observando os motivos que levaram a consulta no PS/PA, verificou-se que os pacientes procuram este serviço em caso de intercorrências diversas, muitas relacionadas com a patologia de base, mas não as UBS apesar da maioria ter prontuário e relatar acompanhamento. Logo, pode-se concluir que não há espaço, ou orientação neste sentido, para estes pacientes nos ambulatorios, o que é uma incoerência, visto que, teoricamente, os problemas seriam mais facilmente resolvidos ou adequadamente encaminhados, tendo importância o conhecimento destas situações para quem acompanha o doente.

A partir destes questionários, verificou-se a existência de uma ausência total de atividade programática para estas doenças, inclusive de orientação e informação através de palestras, o que confirma os dados de que Mauá não tem priorizado o trabalho com critérios de riscos ou programas, exceto o de saúde bucal, vigilância de recém-nascidos de risco e saúde da família.

Esta questão provoca uma perda maior na qualidade de assistência para estes doentes, pois afora todas as críticas que possam existir aos programas de saúde, eles sempre proporcionaram uma vigilância e controle maior para estes pacientes, promovendo uma necessária equidade dentro da complexa demanda que chega todos os dias nos serviços.

Uma questão que não pode deixar de ser abordada é a omissão dos médicos nos casos de cânceres de útero e mama, que simplesmente não examinam as pacientes em sua totalidade, nem alertam para os riscos. A passagem de parte destas atividades para a enfermagem através de ações programáticas poderia auxiliar nesta questão, mas considero a falha gravíssima para a vida das pacientes.

Enfim, estes pacientes estão 'soltos' em Mauá, o que ajuda a explicar a morbidade hospitalar e a alta mortalidade por determinadas causas, com certeza influenciadas pela falta de uma assistência diferenciada a estes grupos.

Todos os instrumentos de observação e coleta de dados utilizados demonstram o quanto as necessidades de saúde da população não estão sendo atendidas de forma adequada.

Mauá tem seus instrumentos de trabalho, mas não sabe operá-los de maneira correta, levando ao desgaste contínuo de dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários, através de uma produção grandiosa, mas sem centrar nos eixos adequados, que são as necessidades de saúde da população, verbalizados por ela mesma, a saber: boas condições de vida, acesso a tecnologias, vínculo com equipes de saúde e autonomia.

5. ANÁLISE

Analisando-se Mauá segundo a taxonomia de necessidades de saúde vê-se que:

1) Necessidade de boas condições de vida – pode-se ter uma idéia da exclusão social dos moradores ao observar a que 70 % dos imóveis são irregulares e cerca de 30 % da população vive em áreas de favela. A violência é uma questão importante e a pobreza extremamente presente. Logo, as pessoas querem mudar sua realidade, o que deve ser entendido pelos profissionais de saúde. Mais recentemente, o prefeito reformou o centro da cidade, criando um passeio público, com fonte de água, cinema, shopping popular e terminal de ônibus, o que parece ter proporcionado recuperação de parte da auto-estima dos moradores, que passaram a tirar fotos neste local para enviá-las aos seus familiares distantes. Mas, ao lembrar do depoimento da diretora do Oratório, observei que os trabalhadores de saúde ainda resistem ao trabalho nas áreas problemáticas, o que me relembra a discussão acerca da equidade.

A palavra equidade, segundo o dicionário Aurélio, significa: "...igualdade, disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um...", o que, em termos de saúde, coloca-nos um referencial revolucionário de organização social, que busca uma aproximação ou a própria justiça social, tendo em vista a estreita relação entre condição socioeconômica, acesso a bens de consumo e nível de saúde.

Considerando o panorama socioeconômico mundial e, mais detalhadamente, o nacional, com níveis de empobrecimento da população em crescimento, desemprego, perda dos referenciais e conteúdos éticos, em um crescente processo de desagregação social, com avanço

significativo dos pensamentos neoliberais, niilistas, descolados de todo e qualquer projeto humano, parece irracionalidade falar-se em equidade na saúde.

Mas, saúde não pode prescindir de um patamar mínimo de igualdade de condições em termos de alimentação, trabalho, lazer, serviços de saúde, que possa ser o substrato de desenvolvimento dos programas voltados à preservação e promoção da saúde.

Neste aspecto, também cabe reconhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis a determinados agravos e com mais dificuldade de acesso aos cuidados como forma de promover a equidade em termos de assistência.

Os esforços de construção e aplicação do saber podem direcionar-se para objetivos mais concretos, que recortam, na extrema complexidade de problemas, os eixos de luta.

Assim, nas palavras de Breilh a busca pela equidade deve passar “pela humanização do trabalho, defesa e promoção da saúde das populações trabalhadoras, defesa de condições estáveis e benéficas de consumo, segurança humana integral, a garantia de alimentos e a segurança social, desenvolvimento e proteção ecológica e proteção e promoção de populações sobrecarregadas, como terceira idade, juventude e infância” (BREILH. 1997: 27)

Estes pontos sintetizam um amplo leque de proposições de intervenção, muitas com todo um arsenal de conhecimentos a construir-se e com um grau de exigência em termos de posicionamento ideológico. Superada esta etapa, há o desafio de transformar os conhecimentos em informação passível de uso e aceitação pela sociedade. Sem isso, qualquer proposta pode converter-se em aparato institucional burocrático, o que parece ter acontecido com Mauá.

As observações empíricas permitem afirmar que a grande maioria dos dirigentes e trabalhadores mantêm uma atitude passiva diante da miséria e degradação social. Este é um problema que tem de ser enfrentado, pois se não se puder estimular a participação de movimentos pela melhoria das condições de vida daqueles que estão sob nossos cuidados, a saúde não será integral e não se poderá compreender uma parte das dificuldades dos usuários.

Os profissionais de saúde têm condições de interagir com as outros técnicos das estruturas públicas, para justificar e priorizar melhorias de infra-estrutura urbana, que possibilitem melhores condições de vida. Também são formadores de opinião para a discussão das políticas públicas e podem interferir na formulação das mesmas em favor da população.

Em Mauá, esta iniciativa é restrita a alguns diretores, embora a maioria tenha o discurso. Assim, a necessidade de boas condições de vida não é atendida de forma generalizada, e nem incorporada às práticas cotidianas das equipes.

2) Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida – a diretora do São João deu pistas quanto ao que pode ocorrer com os pacientes que necessitam de recursos mais avançados no cuidado de saúde, quando coloca a dificuldade em manter pacientes graves na UBS diante do despreparo da equipe. Quando avalia-se o questionário de risco e observa-se que 38% dos pacientes com risco de *diabetes mellitus* não sabiam do risco, e dos que sabiam, 31% não faziam qualquer forma de tratamento, ou em relação aos hipertensos, em que 33% não sabiam do risco e entre os que sabiam, 28% não faziam nenhuma forma de tratamento, pode-se inferir que acesso a tecnologia é uma dificuldade para os pacientes em Mauá. Esta pode ser uma das explicações para a sobrecarga do Pronto-Socorro, onde há uma parte da tecnologia facilmente

acessível para a urgência-emergência, que também é usada para os casos ambulatoriais que procuram o serviço.

O conceito de tecnologia é pouco conhecido e explorado pelos trabalhadores e usuários da saúde. Ao final deste trabalho, tive a clareza de que faltam recursos tecnológicos avançados, como internação e exames complementares em algumas especialidades, mas minha maior certeza é de que a tecnologia ambulatorial básica para tratamento e acompanhamento dos principais problemas de saúde da população não é utilizada, seja por desconhecimento ou por incapacidade de priorizá-la no cotidiano.

Segundo a diretora do São João "...estamos trabalhando duro com diabéticos e hipertensos para ver se alivia o hospital, mas falta medicação e um controle mais ativo de nossa parte...talvez gente com mais tempo para cobrar e insistir com os doentes...talvez atividades diferentes...os doentes largam tudo quando se sentem melhores e aí chegam complicados...gostaria de poder abrir um grupo de ginástica terapêutica aqui e fazer algumas festas de integração....mas a falta de tempo não ajuda...". Neste depoimento, pode-se observar que o trabalho na UBS não é devidamente valorizado, pois parece que ainda se trabalha para 'aliviar' o hospital, como se este fosse o objetivo principal. Para agravar a situação, faltam os medicamentos, organização interna para a vigilância dos doentes e tempo para as propostas de incremento terapêutico que já existem.. A organização interna das UBS não permite exercitar a tecnologia ambulatorial; logo, ficam desacreditadas por usuários e trabalhadores de saúde.

Desta forma, é possível afirmar que, em Mauá, existem dificuldades de acesso aos vários níveis de tecnologia, principalmente àquela que poderia resolver 80% dos problemas de saúde da população, ou seja, a ambulatorial.

Uma das discussões mais presentes nos discursos dos governantes e dirigentes de saúde é a necessidade de controlar custos, tentando extrair o máximo benefício dos recursos existentes. Nesta discussão, muitas vezes não contempla-se o desejo e necessidade da população por procedimentos e exames sofisticados, mas a realidade da formação profissional, os meios de comunicação e 'a cultura popular e médica' já têm acesso e divulgam outras possibilidades. Além disso, ainda não se garante, por exemplo, internação hospitalar para todos os que precisarem.

Há um leque de 'pacotes' postos no mercado das idéias para serviços de saúde, principalmente para nortear propostas dentro do setor público, visando reduzir gastos públicos que atendem à necessidade de ajustes macroeconômicos do mundo globalizado. E estes se contrapõem, sugerindo que se defina uma população de risco pela qual o Estado se responsabilizaria, obrigando o restante a procurar alternativas no mercado. Nessa ótica, os cidadãos seriam classificados em estratos e em nome da flexibilização, racionalidade e eficiência da administração pública. Os serviços de saúde seriam terceirizados com precarização das relações de trabalho dos profissionais de saúde (HERMMAN, 1997: 3).

Em meio a esta contradição, observou-se algumas características da crise da saúde: ineficácia, ineficiência, iniquidade e insatisfação da população, determinadas por vários fatores, entre eles, envelhecimento da população, doenças emergentes e re-emergentes, processo de urbanização, verticalização no atendimento, incorporação de tecnologias, corporativismos empresariais e das corporações de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, que querem melhores salários (MENDES, 1997: 3).

Desta forma, há uma polarização entre o projeto público SUS *versus* o conjunto de proposições neoliberais para o setor saúde, oriundo do relatório do Banco Mundial, que dificulta a discussão por parte das elites políticas (Judiciário, Legislativo, Executivo), das corporações médicas, do complexo industrial médico e da sociedade civil organizada de uma forma de mediar e solucionar a questão da saúde através de um sistema viável (MENDES, 1997: 3).

Argumenta-se que tanto o monopólio estatal como o livre mercado são inadequados para o momento histórico, que a melhor alternativa seria trocar ambos por um sistema com dois blocos: o público, que se desfaria da prestação direta e ficaria com a regulação e financiamento, retendo serviços essenciais à coletividade como as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, e o bloco da competição gerenciada, em que os usuários iriam ao mercado em grupo representados por um administrador, que negociaria com prestadores (MENDES, 1997: 3).

O Estado tenta conciliar os interesses do privado, permitindo a expansão do mesmo para além do poder de compra dos consumidores, que respondem com pressão contrária, principalmente em cima do público, pois, na sociedade de reconstrução da cidadania, saúde já é entendida como direito.

Uma das questões de fundo são os altos custos da saúde, que pesam para o público e para o privado em todos os países, diante de uma clientela cada vez mais exigente e crítica com condutas médicas.

O fim do Estado de Bem Estar Social, que promovia benefícios sociais, entre os quais a saúde, aliado a uma crise financeira mundial, tem levado à promoção de cortes no financiamento que restringem as possibilidades. Por outro lado, o privado que explora a área também recusa-se a

assumir os maiores custos, deixando a cargo do público doenças e procedimentos de alto custo, como transplantes e hemodiálise, e na maioria das vezes tenta trabalhar com subsídio do público, em especial no Brasil, onde as extremas desigualdades sociais acabam impondo um limite ao privado, que tenta expandir-se com velocidade além das possibilidades de mercado.

Na questão do financiamento, sabe-se que no Brasil estamos longe de mecanismos de proteção à regularidade e ao montante adequado de recursos financeiros públicos para a saúde. Em média, utiliza-se 1,5% do Produto Interno Bruto em saúde, enquanto estados como São Paulo não utilizam mais que 5% de seu orçamento, restando aos municípios uma grande responsabilidade financeira.

Embora a legislação determine que os recursos para a saúde no Brasil sejam compostos por 30% dos recursos da seguridade social, 10% dos recursos fiscais federais, estaduais e municipais, 50% do seguro obrigatório de veículos e concursos prognósticos, há uma ilegalidade gritante nos últimos anos que está provocando a queda dos recursos disponíveis no Ministério da Saúde.

Observa-se que existem várias experiências no mundo, mas todas enfrentando dificuldades, como nos Estados Unidos, onde prevalece a atenção individual e privada com os custos explodindo, ou na Espanha, onde o coletivo e o público são o principal referencial e também enfrentam problemas de custos e resolutividade.

Aliás, um dos pressupostos da reforma sanitária brasileira é a possibilidade de resolver as demandas apresentadas, ou oferecer um resultado efetivo aos problemas de saúde, em especial na rede básica, no qual seria desejável poder equacionar 80% dos agravos. Logo, a resolutividade

refere-se a esta potencialidade, que está diretamente relacionada aos indicadores formais e a satisfação do usuário em sua avaliação.

Para tanto, precisa-se dispor dos instrumentos de trabalho e da tecnologia necessária para elaborar o diagnóstico e traçar o plano terapêutico, que muitas vezes tem desdobramentos individuais e coletivos.

Além disso, é preciso disposição para lançar mão dos recursos e, algumas vezes, adaptá-los à realidade da comunidade, sem medo de criar outras formas de promover a saúde e combater a doença.

Este aspecto exige um grau de compromisso de uma equipe, pois via de regra os cuidados solicitam a incursão de vários saberes ou mesmo trabalho braçal e intelectual de vários agentes.

Assim, na atual conjuntura, a resolutividade é um aspecto de difícil concretização, pois falta formação para o trabalho, em especial o ambulatorial, e para várias profissões há excesso de medicalização, medicamentação, invasão dos doentes e nenhuma paciência para orientar, envolver-se e dar chance ao corpo de reagir.

Paralelo a isso, não se formam equipes reais nas unidades de saúde, independentemente de serem ambulatoriais ou hospitalares, e os planos terapêuticos acabam sendo apenas de uma categoria, ou de duas, mas isolados entre si, sem integração.

Os chamados programas de saúde conseguiram durante algum tempo agregar diferentes profissionais, obrigando-os a trabalhar com alguns parâmetros de resolutividade, através de metas previamente estabelecidas.

Para algumas áreas, como puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, etc., estas práticas imprimiram uma resolutividade grande, mas em outras, não se efetivou com a mesma eficácia.

Logo a resolutividade necessária para a acreditação e consolidação dos vários níveis do sistema de saúde ainda é um objetivo a ser perseguido, em especial em Mauá.

O fato de 38% dos pacientes diabéticos não saberem do diagnóstico e 31% dos que sabiam não se tratarem mostra o quanto o sistema não está resolutivo, apesar da alta produtividade de consultas e exames complementares.

É inegável o esforço dos gestores do SUS de Mauá para proporcionar o acesso aos serviços, o que se expressa na produção extensa de consultas médicas, exames e procedimentos, mas isso não significa que exista equidade dentro do sistema, até porque a equidade de acesso não significa equidade de saúde, visto que as pessoas estão sujeitas a diferentes riscos e, portanto, necessidades diferenciadas.

No entanto, a ampliação da acessibilidade não foi acompanhada de mudanças no modelo que incorporassem qualidade e resolutividade real à assistência, desprotegendo grupos com riscos definidos que necessitam de cuidados coletivos e individuais contínuos e efetivos para reverterem a morbidade e mortalidade. Esta questão é traduzida pela investigação dos cinco grupos de risco escolhidos, que percorrem os serviços sem nenhum tipo de controle ou alerta, em especial nas unidades de urgência/emergência, onde deveriam funcionar como casos sentinelas para o sistema.

Neste aspecto, o sistema não é equitativo e tende a ofertar cada vez mais serviços pressionado pelos movimentos reivindicatórios da população, sem conseguir mudar a avaliação

dos mesmos por parte dos usuários e ganhar trabalhadores para a proposta, visto que o trabalho torna-se um rolo compressor constante que dificilmente trará prazer em ser executado; ao contrário, a alienação é a forma encontrada para sobreviver ao caos, mas também para se acomodar e resistir às mudanças.

Esta conjuntura não significa que alguns indicadores não melhorem, como o observado em relação à mortalidade infantil, que no Estado de São Paulo está decrescendo, assim como em Mauá, onde diminuiu de 32 por mil em 1996 para 19 por mil em 1997. Com certeza, este é um dado importante, mas com seu enfrentamento já estruturado, visto que a maior mortalidade é a neonatal e a cidade tem um bom berçário de risco e seguimento posterior, garantido através do projeto 'Bebê Feliz'.

Isto não acontece com as causas mais prevalentes para os óbitos gerais, observando-se infartos a partir de 30 anos de idade, tumores que poderiam ser evitados ou controlados como os de útero e mama, dando à maior longevidade da população uma falta de qualidade evidente.

Mas, em Mauá, constatou-se uma tensão constante entre a saúde e os outros setores da administração municipal, motivada por custos elevados em uma cidade com inúmeras outras carências. O que é difícil de compreender por parte dos outros setores é que, em se tratando de assistência a uma população de excluídos socialmente, os gastos tendem a ser volumosos, quer pelas necessidades sociais que devem ser agregadas, quer pelo tipo e gravidade com que os agravos se manifestam. Mesmo assim, ao longo dos anos, o investimento próprio do município sempre foi próximo a 20%, o que já é uma vitória para a saúde, mas isto não tem interferido na mesma proporção a mortalidade e a morbidade, e não significa acesso a todas as tecnologias necessárias para a manutenção e preservação da vida para todos os cidadãos.

Observa-se pelos dados coletados que um processo de reorganização do modelo em forma de círculo (CECÍLIO, 1997: 475), com enfoque em atendimento das necessidades do usuário em qualquer espaço que procure de forma adequada, com responsabilização e acompanhamento até que chegue e seja 'capturado' pela unidade de saúde mais apropriada ao seu caso, poderia aproximar os pacientes de tecnologias simples e resolutivas, que permitissem melhorar e prolongar suas vidas, como, por exemplo, nos casos de hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, DBPOC, câncer de útero e de mama.

É lamentável que, em Mauá, os pacientes não tenham acesso ao que já existe, em termos de tecnologia, dentro das UBS e sejam tratados de forma inadequada nos serviços de urgência/emergência, saindo sem nenhuma referência mais efetiva.

3) Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe - a grande maioria dos entrevistados tinha utilizado uma UBS em algum momento, mas não recorria a ela em caso de problema, mal lembravam o nome do médico, não acreditavam na conduta muitas vezes, mas também não eram adequadamente examinados e orientados. O vínculo não existe, parece que apregoa-se a impessoalidade, como se isto representasse profissionalismo, mas que acaba por demonstrar-se em descompromisso culminando em falta de resolutividade.

Assim, há necessidade de pensar no conceito de trabalho em saúde, cuja origem é recente na literatura de saúde coletiva no Brasil, visto que durante muito tempo a preocupação se restringia à prática médica. Mas, a expansão do mercado de trabalho nesta área está diversificando as oportunidades de emprego, paralelamente ao crescimento do número de escolas para a formação destes profissionais, em especial na medicina e enfermagem, obrigando a iniciar esta discussão.

Aliás, a formação é um problema sério, pois o IBGE levantou que, em 1987, 33,4% do pessoal ocupado no setor saúde não tinha habilitação profissional., o que forçou uma atuação conjunta das áreas de educação, saúde e órgãos de categoria profissional para equacionar a questão.

No entanto, trabalho em saúde reúne uma gama de coisas distintas, que vai desde o exame clínico de um paciente até a contabilização dos gastos com saúde, demonstrando uma extrema heterogeneidade.

Do ponto de vista da análise, é mais fácil falar de um trabalho único na saúde tentando se abster das influências dos interesses corporativos em jogo, para possibilitar o entendimento de como destrezas e saberes de diversos grupos de trabalhadores se juntam no processo da assistência.

Algumas áreas, como limpeza, vigilância, lavanderia, etc., possuem similaridade com as existentes em outros ramos de produção, por exemplo, como a indústria, fazendo com que exista uma tendência nítida de terceirização, mesmo sabendo que há particularidades no desenvolvimento destas atividades na saúde.

A diagnose também se diferencia gradativamente, principalmente os laboratórios de análises clínicas, com os processos crescentes de automação, lembrando o estilo de trabalho fordista (NOGUEIRA, 1994: 81-82).

No entanto, o atendimento direto do paciente, envolvendo principalmente médico e enfermagem, reveste-se de uma especificidade, pois requer conteúdos técnicos objetivos e

subjetivos em uma interação com o corpo e personalidade do paciente, que pode estar mais ou menos ativo.

A variada composição das equipes de saúde mantém uma tradição histórica na liderança por parte dos médicos, que ainda possuem uma mentalidade de autonomia individual e coletiva, não promovendo a integração e totalidade no ato do cuidado.

Esta questão agrava a fragmentação da assistência, provocando um impacto na qualidade para o paciente, influenciando diretamente nos resultados objetivos e na satisfação do usuário e trabalhadores.

Os médicos têm uma grande responsabilidade nos contornos que assumem os sistemas de saúde, sendo indispensável o reconhecimento de seu poder de direcionar a assistência no desempenho de suas funções cotidianas, como também, na consulta médica através da relação médico-paciente.

Na história da medicina, o processo de especialização promoveu a divisão técnica do trabalho e o assalariamento a perda dos meios de produção, marcando a passagem do padrão artesanal para novas modalidades de organização da produção.

A medicina liberal, que persiste no ideário dos médicos, pressupõe produção autônoma de serviços, clientela livre no mercado e controle do processo por parte do produtor direto do serviço. Em seu núcleo ideológico, a autonomia se reveste de exigência técnica, inerente à medicina como ciência e prática. Mas, as inovações técnicas, os crescentes custos, a intervenção estatal e a concentração dos meios de trabalho destroem a autonomia, levando a produção dos consultórios para dentro das organizações burocráticas (CAPOZZOLO, 1997: 7).

Nesta complexa realidade, o médico faz do pressuposto da autonomia um projeto de ação, ou seja, a mesma será "...elemento constitutivo do modelo tecnológico do trabalho..." (SCHIRAIER, 1993: 217), não acreditando ou investindo em qualquer sistema de saúde que não contemple este item na forma plena.

Desta forma, existe uma conflito constante com o modelo do SUS, mas também com as grandes empresas de saúde, fazendo com que grande parte dos médicos subvertam e boicotem, mesmo que inconscientemente, a estruturação no cotidiano.

Mauá é uma prova concreta que não basta aos profissionais médicos um salário razoável, visto que na época do estudo tinha o segundo melhor salário do ABC, R\$ 2.100,00 por 24 horas, mas isso não assegurava mudança na prática individual e coletiva. A oferta de melhores condições de trabalho e a criação de rotinas clínicas também não foram suficientes para garantir qualidade.

Na pesquisa apareceram ações isoladas de médicos que constroem suas relações com os usuários por características pessoais.

Fica clara a existência de um taylorismo dentro do trabalho em saúde que divide atos de destreza manual dos que envolvem raciocínio, não permitindo o crescimento de ambos os lados. Esta rigidez de certas hierarquizações das tarefas obscurece o avanço obtido com a divisão técnica do trabalho.

Mas, algumas características são inegáveis:

o trabalho em saúde é intensivo, mesmo na vigência de alto grau de equipamentos; coexistem uma série de profissionais com formação, normas, parâmetros, visões de mundo e noções de ética diferentes; o relacionamento interno responde com frequência ao status das diferentes profissões na sociedade; há extrema desigualdade entre os níveis mais próximos ao topo e os da base da pirâmide profissional; e a hierarquia gerencial é dissociada da hierarquia profissional. (MALIK, 1998: 26-27).

Assim, este é um trabalho complexo em suas relações interiores e exteriores, estando em permanente processo de reprodução, mas incorporando mudanças a cada momento histórico.

Em Mauá, percebe-se a dificuldade de enfrentamento desta questão ao constatar-se que após inúmeros treinamentos, oficinas e reuniões o padrão de comportamento dos profissionais permanece inalterado, independentemente do nível de formação, o que demonstra uma profunda alienação e descompromisso com o trabalho e a realidade ao seu redor, sendo este dado constatado pela clientela que verbalizou em suas respostas ao questionário de forma direta ou indireta

O trabalho em saúde pressupõe um constante exercício desta habilidade de promover 'ligações' entre pessoas com necessidades e outras que potencialmente podem atender a necessidade referenciada.

Existem vários componentes no processo de cura, que passa por técnicas objetivas e outras subjetivas, muitas vezes sem explicação racional, e que são construídas na observação prática cotidiana em cima das características de determinado paciente.

Um efeito da ampliação inegável da assistência foi a dissolução de algumas relações estabelecidas em nome de programas e projetos de saúde inovadores, além da transformação da saúde em um mercado atrativo de emprego, trazendo para esta função pessoas despreparadas e sem a vontade, desejo real ou capacidade humana para desenvolvimento deste trabalho de interlocução física, mental e verbal contínuo.

Paralelo a este processo, teve-se um movimento de disseminação de informações sobre saúde pelos meios de comunicação, além da incorporação da discussão acerca do direito à saúde, dentro da questão mais ampla da cidadania.

Esta questão trouxe para todas as categorias profissionais o questionamento das condutas e uma pressão dos pacientes sob forma de consumidores, em especial por exames, remédios, intervenção, etc..

A questão foi tão forte que chegou a inspirar a banalização do conhecimento em algumas situações, levando os profissionais a uma posição de defesa ou de ataque prévio, sem chance do paciente questionar ou expor o que considera importante.

Ouvir os pacientes passou a ser prática pouco difundida e recomendada para todos os profissionais, e não apenas para os médicos, em especial em serviços de urgência e hospitalares, traduzindo impessoalidade e frieza no ato do cuidado, que provavelmente encontra maior dificuldade ao cumprir-se o objetivo de curar.

Trabalhar na saúde, do mesmo modo que na educação, significa promover uma interação entre sujeitos com demandas e papéis diferentes, promover uma reciprocidade, que é possível de ser apreendida por saber técnico, mas exige aceitação do outro.

Desta forma, precisa-se de acolhimento, que se refere etimologicamente a ato ou efeito de acolher, recepcionar, aceitar, atender, abrigar, etc., ou seja, promover o acesso real ao que foi buscado, com qualidade, permitindo o vislumbre de outras perspectivas que não estavam inicialmente no campo das preocupações do usuário.

Se ocorrer acolhimento adequado, é possível a vinculação, que se refere ao estabelecimento de uma relação de reciprocidade entre usuário e equipe de saúde, no qual as tarefas do processo de cura e manutenção da saúde são divididas entre todos, traduzindo para o paciente um referencial concreto para suas questões de saúde e doença.

Estabelecido o vínculo, haverá o estabelecimento da responsabilidade por parte da equipe de saúde por aquele doente em todas as situações, da construção de uma relação de preocupação e cuidados, de um compromisso.

Estes três conceitos estão ligados intrinsecamente, pois definem uma necessidade dos usuários de estabelecer uma relação com um profissional ou equipe de saúde de forma duradoura e com confiança.

Na cidade de Mauá, a produção de consultas e outros procedimentos é muito grande, mas a construção de relações entre profissionais de saúde e pacientes é pequena, como comprovam as falas dos usuários, que solicitam maior atenção em todos os espaços de assistência.

Talvez a grande produção, que acaba sufocando os trabalhadores de saúde, ocorra justamente pelo fato dos pacientes ficarem peregrinando de serviço em serviço atrás de outro tipo de relação, onde possam ter um vínculo.

Se esta relação entre usuários e trabalhadores não for estabelecida, o acesso poderá ser garantido, mas poderá não ser resolutivo, mantendo a insatisfação que as entrevistas dos dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários demonstraram neste trabalho.

4) Necessidade de autonomia e autocuidado – de uma maneira geral, o material empírico permite dizer que não há vínculo, nem plano terapêutico, nem co-responsabilidade, muito menos autonomia e autocuidado. A passividade da população diante da situação, esperando que os técnicos encontrem uma saída, é demonstrada nos dois questionários. Logo, os pacientes ainda não se assumiram enquanto sujeitos, apesar de toda participação popular.

Autonomia do paciente se refere nas palavras de Campos a “um esforço constante da Equipe de Saúde para melhorar seu entendimento do próprio corpo, das suas doenças e relações com o meio social e, como consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida” (CAMPOS, 1991: 5).

Há doze anos, a legislação federal institucionalizou o processo de participação popular, dando o início ao processo da reforma sanitária, através do ideário democrático colocado na Constituição de 1988.

Mais recentemente, começou a formação dos conselhos gestores para cada unidade de saúde, estreitando as relações das equipes de saúde com a sua comunidade de referência. São prestadores de serviços, trabalhadores da saúde, população em geral e usuários dispostos a opinar e acompanhar o processo de implantação do SUS.

Apesar dos inúmeros problemas com incompreensões, clientelismos, cooptações, etc., o controle social compulsório (para a municipalização é obrigatória a existência de conselho municipal de saúde, por exemplo) obrigou dirigentes com as mais diversas visões acerca da questão a tomarem contato com esta realidade, embrenhando-se em processos de discussão e negociação em muitas cidades.

Com isso, houve uma disseminação de informações que permitem uma apreensão de conteúdos que eram exclusivos de políticos ou profissionais de saúde, e também a abertura de um espaço de expressão de insatisfações importante para todos os envolvidos.

Mas, apesar deste movimento, as pessoas em geral assumem uma postura não participativa quando na condição de doentes, o que complica um plano terapêutico.

Esta postura é a usual e a mais esperada pelos profissionais de saúde, que sempre estimularam, de certa forma, a submissão aos tratamentos propostos com resignação por parte do paciente.

A discussão acerca da autonomia e autocuidado promove o usuário à condição de partícipe, com direitos e deveres na árdua batalha contra uma doença, mas é um processo longo e conflituoso, exigindo paciência e disposição de negociação.

Em Mauá, os profissionais já falam desta questão, como se pode observar nas falas da diretora do Zaira, mas estes não conseguem operacionalizar.

Uma das questões é o paradigma atual, entendido como "...conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados por uma comunidade científica" (MENDES, 1995: 21), que não consegue estruturar as práticas sanitárias, ou seja, as respostas sociais para a resolução dos problemas de saúde, visto que "...é baseado no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialismo, tecnificação e curativismo" (MENDES, 1992: 21).

Portanto, a transformação passa por uma visão diferenciada do mundo, das relações dentro da sociedade, principalmente em termos de concepções de saúde, que se traduzem nas prática sanitárias.

Para que isto não vire uma utopia, talvez possa ser resgatada a experiência das ações programáticas para os grupos de risco que possuem brechas de mortalidade redutíveis, com ênfase ao vínculo e responsabilização por parte das equipes e autonomia do paciente, que também terá suas responsabilidades no plano terapêutico, podendo ser avaliado e cobrado também no processo.

A descentralização de uma série de procedimentos tidos como médicos para a enfermagem e outros profissionais de nível médio, que poderiam ser agregados, tais como agentes de saúde treinados, poderia iniciar a ruptura do modelo centrado na consulta médica, que gera mais e mais demanda por médicos.

Nesse modelo, reserva-se ao médico o diagnóstico, as orientações técnicas do plano terapêutico, avaliações periódicas deixando para outros profissionais o controle deste tratamento.

As equipes reuniriam-se para discutir os casos e traçar estratégias.

Penso que isto resgataria o modelo proposto pela diretora do Zaíra II, sendo mais pedagógico e problematizador, embora possa não resolver todos os problemas, sendo de implantação lenta.

Desta forma, enquanto os trabalhadores de saúde não entenderem a busca dos usuários nos serviços de saúde como “...necessidade da carência ...mas também como um meio de ser

mais autônomo no seu modo de caminhar pelo mundo” (MERHY, 1997: 87-88), que traz como consequência para as unidades a responsabilidade de uma tomada de consciência em relação à organização da sociedade, terão dificuldade em estruturar os serviços, que são apenas uma parte do que é chamado de ‘saúde’.

Em Mauá, esta questão está presente nas entrevistas e nos questionários de risco, que demonstram a necessidade de promover os usuários a ‘sujeitos’ nas relações, aumentando a resolutividade e satisfação nos serviços de saúde.

Durante muito tempo, discutiu-se como responder a esta preocupação repensando o Modelo Técnico-Assistencial.

Assim, este modelo teria duas dimensões centrais: a tecnológica, que corresponde à forma como são apreendidos e enfrentados os problemas de saúde, e a assistencial, que seria como o aparato institucional é utilizado para organizar e produzir as ações de saúde (MERHY, CECÍLIO, NOGUEIRA FILHO, 1984: 84).

O SUS fez uma crítica séria aos modelos centrados nos cuidados curativos, atenção individual e hospitalocêntricos, propondo ações preventivas e coletivas, integralidade, hierarquia, atenção primária, etc.. No entanto, a dimensão tecnológica e a assistencial parece ter-se desencontrado na construção do sistema, criando forma e funcionalidade diversas que distorceram os pressupostos frente à pressão dos consumidores/usuários.

O Modelo em Defesa da Vida e da Saúde, tal qual trabalhado pelo LAPA/DMPS/UNICAMP, de certa forma sintetiza o ideário da Reforma Sanitária (MERHY, CECÍLIO, NOGUEIRA FILHO, 1993: 2-3):

- 1) a saúde como patrimônio público, implicando a construção de um sistema público, equânime, universal, baseado no direito da cidadania e submetido ao controle social;
- 2) a busca pela formação de uma consciência sanitária, que identifica a saúde como dimensão fundamental da vida e não como ausência de doença;
- 3) a reelaboração do conceito e das tecnologias de intervenção no processo saúde-doença;
- 4) a humanização do conjunto das ações de saúde no plano institucional;
- 5) a busca pela resolução efetiva dos problemas que os usuários representam como necessidade de saúde, tanto individual como coletivamente;
- 6) a formação de espaços democráticos de gestão coletiva dos equipamentos de saúde, a partir da atuação dos setores governamentais, dos trabalhadores de saúde e dos usuários organizados.

Os itens, que possuem potência para responder às necessidades de saúde da população, envolvem um alto grau de compromisso e solidariedade social por parte dos atores envolvidos: usuários, trabalhadores, administradores, políticos, que não se conseguiu encontrar neste final de século de cultura neoliberal em muitas lugares. Isto pode justificar os tortuosos caminhos que a reforma sanitária percorre e as duras críticas que recebe constantemente.

6. CONCLUSÕES

A primeira conclusão a que se pode chegar é que, a partir das quatro perspectivas construídas (a avaliação dos usuários, dos trabalhadores, dos dirigentes, a observação dos serviços), e tomando como 'analisador' uma taxonomia de necessidade de saúde é possível dizer que a rede de serviços de saúde de Mauá não tem conseguido atender adequadamente as necessidades de saúde das pessoas.

O que chama a atenção é que os dirigentes e os trabalhadores de saúde têm esta percepção e reproduzem nas entrevistas, onde colocam as necessidades de saúde não atendidas, desde a necessidade de boas condições de vida colocada pela médica responsável pela Saúde da Família, ou a necessidade de vínculo colocada pelo diretor clínico do Hospital Nardini, ou a necessidade de acesso a tecnologia de saúde relatada pela diretora do São João ou a falta de autonomia do paciente citada pela diretora do Zaira II.

Portanto, reconhecem com bastante clareza o problema, mas se sentem impotentes para reverter a situação. Teoricamente, estes atores teriam controle sobre os recursos necessários para enfrentar os problemas, mas se queixam da falta de tempo, do modelo centrado no médico, da falta de controle dos doentes por parte da UBS, do descompromisso dos funcionários, do excesso de demanda, etc.. O que acontece então ?

Mauá fez uma opção em suas oficinas de planejamento por este último modelo, mas a operacionalização não foi efetiva, como demonstra-se nos resultados da pesquisa, em decorrência de série de fatores.

Em todos os planos de trabalho das oficinas de planejamento e territorialização, aparecem escritas as intenções das equipes: "...descobrir um novo método de assistência que seja mais resolutivo para os problemas da população, promovendo o acolhimento, humanização e recuperação da cidadania...". Mas, ao visitar-se as unidades, observa-se que o novo modelo não foi pensado na prática, não tendo qualquer desdobramento no cotidiano das unidades.

As falas dos dirigentes e trabalhadores de saúde, ouvidas durante o trabalho, manifestam um desejo premente, que se perde na rotina e 'incêndios' do trabalho diário, transformando-se em projeto apenas para um possível futuro, que nunca chegará diferente sem um movimento de mudança gradativa, que coloque de lado a idealização e a simplificação excessiva.

Esta questão remete à necessidade de entendimento da dialética da mudança, ou seja, "...se por um lado as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constróem as coisas, as normas, os valores e as estruturas" (CAMPOS, 1997: 30).

Desta forma, um processo de transformação passa pela determinação das pessoas em insistirem no novo e reciclarem o velho, reunindo um arsenal de conhecimentos técnicos com boa dose de intuição e sensibilidade, que permita a agregação de diferentes concepções em torno de objetivos comuns, sem nenhum preconceito ao que já foi utilizado.

Por isso, a escolha da taxonomia de necessidades de saúde para instrumentalizar a análise.

Talvez entendendo o que os usuários buscam nos serviços de saúde possamos estruturá-los de forma a unir concepção teórica com prática cotidiana e finalmente fazer uma interlocução real com a clientela.

Enfim, não há modelo pronto, mas ele deve ser construído considerando as experiências e as condições de cada local.

Concluindo, na cidade de Mauá, falta ouvir o que os usuários estão falando em termos de necessidade e disposição para operar a mudança, pois os recursos materiais e humanos estão disponíveis.

Será necessária uma boa dose de humildade para reconhecer que os pacientes têm uma importância central na definição de suas necessidades, e a satisfação e resolutividade estão mais ligadas ao atendimento destas necessidades do que ao incremento de grandes inovações.

Para tanto, mais do que a adesão *a priori* a este ou aquele modelo assistencial, o desafio é organizar a rede de serviço de forma que possa haver uma escuta e decodificação permanente das necessidades reais dos usuários.

Entre outras estratégias, haverá necessidade de colocar todos os trabalhadores em um grande processo de discussão, com objetivo de traçar diretrizes para assistência a grupos mais vulneráveis ou com patologias que necessitem de acompanhamento diferenciado em todos os serviços.

O primeiro objetivo seria a ‘apreensão’ destes pacientes nos espaços mais adequados ao seu tratamento, utilizando acesso a tecnologia, vínculo e autonomia como formas de incremento à adesão ao plano terapêutico.

Conforme colocou Cecílio (1997), em seu artigo sobre modelos assistenciais, pensar o modelo como círculo, pois o mesmo “...se associa com a idéia de movimento, de múltiplas

alternativas de entrada e saída...não hierarquiza...abre possibilidades...”.

Se pudermos realizar esta transformação talvez o sistema se torne mais resolutivo e mais satisfatório para todos.

7. SUMMARY.

The present work approaches the difficulties of the System of Health of the city of Mauá, located in the metropolitan area of São Paulo, in the structuring of the attendance to the health, in spite of a long construction path and investment in equipments and human resources for the section.

It uses a methodology with different stages that it includes interviews with users, observation of the operation of the units of health, interviews with leaders and employees of health and interviews with patients of the urgency-emergency service with risk for high blood pressure, diabetes mellitus, chronic obstructive lung disease, mamma cancer and cancer of uterus lap.

In the results we found 'speeches' similar of the several social actors concerning the entail lack, autonomy, capacity to solve the problems of health and a right 'badly to be' widespread, that is rendered in the observation of the operation of the units of health and in the risk questionnaires, where they appear preoccupying data, as 31% of the diabetic patients and 33% of the hypertension patients that didn't know about the risk.

The results are analyzed before the calls needs of health worked by Stotz and more recently for Matsumoto and Cecilio, that are systematized in four items: need of good life conditions, entail need with the services of health, teams or professionals of health, access need the all the technologies that get better, prolong the life and soften the suffering, and need of the patient's autonomy in the relationship with the professionals of health.

After confronting the results obtained with the conceptual framework of analysis, we concluded that the System of health of Mauá doesn't assist the needs of your users' health, although he/she has the necessary instruments.

We concluded with some considerations as the necessary reformation, to begin the act of facing of this reality lasts, that seems to be common to several municipal districts.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. & VERAS, R. P. (Org.) **Eqüidade e saúde: Contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
- BRASIL **Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
- BRASIL **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA)**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BREILH, J. "A Epidemiologia na humanização da vida: Convergências e Desencontros das Correntes" in BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; AALMEIDA FILHO, N.& VERAS, R. P. (Org.). **Eqüidade e saúde: Contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
- BUENO, W. S. "Betim: Construindo um Gestor Único Pleno" in MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: Um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires, Ed. Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- BUSS, P. M. & LABRA, M. E. (Org.) **Sistemas de saúde: Continuidades e mudanças**. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Hucitec, 1995.
- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997.

- CAPOZZOLO, A. A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico; um estudo unidades básicas do município de Diadema.** Tese de mestrado apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.
- CASTELAR, R. M.; MORDELET, P. & GRABOIS, V. (Org.) **Gestão hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro.** Rennes (França), ENSP Editeur, 1993.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, volume 13, número 3, 1997.
- COHN, A., NUNES, E.; JACOBI, P. R., KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo, Ed. Cortez, 1991.
- COSTA, N. R.; MINAYO, C. S.; RAMOS, C. L., STOTZ, E. N. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis, Vol. I. Ed. Vozes/ ABRASCO, 1989.
- DONNÂNGELO, M. C. **Medicina e Sociedade.** Tese de doutorado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. L., GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial; condutas clínicas em atenção primária.** Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1990.
- ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica.** Secretaria Estadual de Saúde, Gráfica DAS-GEPRO, 1988.
- GOLDBAUM, M. “A Epidemiologia em busca da equidade em saúde” in BARATA, R. B. (Org.). **Equidade e saúde: Contribuições da Epidemiologia.** Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
- HERMANN, L. S. A crise na saúde, as propostas do Banco Mundial para o setor e o SUS. **Jornal do Cremesp**, p. 3, novembro 1997.
- KLOTZ, V. “O Poder dos Generalistas”. **Jornal do Cremesp**, p. 9, novembro 1997.

- MALIK, A. M. **Gestão de Recursos Humanos; Saúde & Cidadania**. Petrópolis. Ed. Fundação Petrópolis, 1998.
- MATSUMOTO, N. F. **A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo; analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde**. Tese de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário**. São Paulo, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1994.
- MENDES, E. V. "Polarização maniqueista dificulta entendimento real do problema". **Jornal do Cremesp**, p. 3, novembro 1997.
- MENDES, E. V. **Uma nova agenda para a saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.
- MERHY, E. E. **A saúde pública como política: Um Estudo de Formuladores de Políticas**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. "A gestão de um Hospital Público em defesa da vida e da cidadania: O relato da experiência da Santa Casa do Pará". Belém, mimeo, 1993.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. "Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde". **Saúde em Debate** (33), dezembro 1991.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: Um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires, Ed. Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1996.
- MINEIRO, A. "Estabilização, Desenvolvimento e Gestão Macroeconômica: opiniões sobre as visões contidas nos documentos do Banco Mundial e do BID". In: VIANA JUNIOR, A. (Org.) **A estratégia dos bancos multilaterais para o Brasil: Análise crítica e documentos inéditos**. Brasília, Ed. Rede Brasil, 1998.

- MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo, Ed. Hucitec/USP, 1995.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de Qualidade em saúde**. São Paulo, ed. Qualitymark, 1994.
- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes/ABRASCO, 1989.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Estudo básico para implantação de equipamentos de saúde, educação e bem estar social**. Assessoria de Planejamento, 1977.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Perfil Municipal**. Departamento de Planejamento, 1983.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Perfil Municipal**. Secretaria de Planejamento, 1995.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Perfil Municipal**. Secretaria de Planejamento, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Relatório da I Conferência Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde, maio 1995.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Relatório da II Conferência Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde, maio 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Relatório da Unidade de Avaliação e Controle**. Secretaria Municipal de Saúde, SINASC, SIM, SIA e SIH, julho 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ. **Revista de Mauá**, nº 1, Abril 1998.
- REZENDE, A. L. M. **Saúde, dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Ed. Cortez, 1989.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Medsi, 1988.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: Limites da Liberdade**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1993.

STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde: mediações de um conceito**, tese de doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma sanitária: Em Busca de uma Teoria**. São Paulo. Ed. Cortez/ABRASCO, 1989.

VAITSMAN, J. "Saúde, Cultura e Necessidades" in FLEURY, S. **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**. Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará, 1992.

ANEXO 1

Questionários específicos para definir perfil de usuário:

Questionário para usuário de ambulatório.

1	Data: ____/____/____	a001	____/____/____
2	UBS: _____		
3	Idade: _____	a003	____
4	Sexo: 1 Masculino 2 Feminino	a004	____
5	Ocupação: _____		
6	Estado Civil: 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Divorciado 5 Desquitado 6 Outros	a006	____
7	Bairro de origem: _____		
8	É primeira consulta? 1 Sim 2 Não	a008	____
9	É consulta marcada? 1 Sim - quanto tempo? _____ 2 Não	a009a	____
		a009b	____
10	Motivo da Consulta: _____		
11	Quanto tempo esperou pela consulta hoje em minutos? _____	a011	____
12	Avaliação da consulta : 1 Boa 2 Regular 3 Ruim	a012	____
13	A consulta médica satisfaz ? 1 Sim 2 Não - Porque? _____	a013b	____
14	Vir na UBS resolveu o problema? 1 Sim 2 Não - Porque? _____	a014b	____
15	Para que tipo de problema você usa a UBS? _____		
16	Conhece o Conselho Gestor da UBS? 1 Sim 2 Não	a016	____
	Críticas/Sugestões: _____		

Questionário ao usuário do pronto-socorro e pronto-atendimento.

1	Data: ____/____/____	a001 ____ / ____ / ____
2	PS/PA: _____	
3	Idade: _____	a003 ____
4	Sexo: 1 Masculino 2 Feminino	a004 ____
5	Ocupação: _____	
6	Estado Civil: 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Divorciado 5 Desquitado 6 Outros	a006 ____
7	Bairro de origem: _____	
8	É primeira consulta? 1 Sim 2 Não	a008 ____
9	Motivo da Consulta: _____	
10	Quanto tempo esperou pela consulta hoje em minutos? _____	a010 ____
11	Avaliação da consulta : 1 Boa 2 Regular 3 Ruim	a011 ____
12	A consulta médica satisfaz ? 1 Sim 2 Não - Porquê? _____	a012b ____
13	Vir no PS/PA resolveu o problema? 1 Sim 2 Não - Porque? _____	a013b ____
14	Para que tipo de problema você usa a UBS? _____	
15	Tem ficha em alguma UBS? 1 Sim - qual? _____ 2 Não	a015b ____
	Críticas/Sugestões: _____	

Questionário ao usuário internado.

- 1 Data: ____/____/____ a001 [__][__]/[__][__]/[__][__]
- 2 Unidade hospitalar: _____
- 3 Idade: _____ a003 [__][__][__]
- 4 Sexo:
1 Masculino 2 Feminino a004 [__]
- 5 Ocupação: _____
- 6 Estado Civil:
1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo
4 Divorciado 5 Desquitado 6 Outros a006 [__]
- 7 Bairro de origem: _____
- 8 É primeira internação?
1 Sim
2 Não a008 [__]
- 9 Motivo da internação: _____
- 10 Quanto tempo esperou pela internação no Pronto-Socorro? _____ a010 [__][__]
- 11 Avaliação da internação:
1 Boa
2 Regular
3 Ruim a011 [__]
- 12 Avaliação da alimentação:
1 Boa
2 Regular
3 Ruim a012 [__]
- 13 Avaliação da limpeza:
1 Boa
2 Regular
3 Ruim a013 [__]
- 14 O médico passou todos os dias?
1 Sim
2 Não a014 [__]
- 15 O médico explicou a sua doença você?
1 Sim
2 Não a015 [__]
- 16 Como avalia os cuidados de enfermagem?
1 Bons
2 Regulares
3 Ruins a016 [__]
- 17 Vir ao hospital resolveu o problema?
1 Sim
2 Não - Porque? _____ a017b [__]
- 18 Para que tipo de problema você usa o hospital? _____
- 19 Tem ficha em alguma UBS?
1 Sim - qual? _____
2 Não a018 [__]
Críticas/Sugestões: _____

ANEXO 2

Questionários específicos para grupos de riscos:

Protocolo de identificação para grupos de risco

1	Idade: _____	z001 __ _ _ _
2	Sexo:	
	1 Masculino 2 Feminino	z002 __
3	Queixa: _____	
4	Teve ou tem alguma destas doenças:	
	() Pressão alta	z004a __
	() Diabete mellitus	z004b __
	() Asma, bronquite, ou enfisema	z004c __
	Se for mulher:	
	() Câncer de mama	z004d __
	() Câncer de útero	z004e __
	() Não	z004f __
5	PA no 1º minuto: _____	z005a __ _ _ _
	PA no 5º minuto: _____	z005b __ _ _ _
	Dextrostix no 5º minuto: _____	z005c __ _ _ _
6	Tem algum diabético na família?	
	1 Sim 2 Não	z006 __
7	Tem algum destes sinais ou sintomas ?	
	() Sede excessiva	z007a __
	() Urina em excesso	z007b __
	() Muita fome	z007c __
	() Fraqueza	z007d __
	() Infecções freqüentes	z007e __
	() Feridas nas pernas	z007f __
	() Obesidade	z007g __
	() Crises de chiado no peito	z007h __
	() Tosse com catarro na maioria dos dias por três meses durante dois anos	z007i __
	() Não	z007j __
8	Para as mulheres de 20 a 60 anos: fez exame preventivo de câncer cérvico uterino nos últimos 12 meses?	
	1 Sim 2 Não	z008 __
9	Para as mulheres de 30 anos e mais:	
	() Tem ou teve algum caso de câncer de mama na família?	z009a __
	() Nunca engravidou?	z009b __
	() 1ª gravidez após 30 anos?	z009c __
	() Problemas com hormônios femininos (irregularidade menstrual, hemorragias uterina disfuncional etc.)?	z009d __
	() Alguma doença nas mamas (displasia de mamas)?	z009e __
	() Menstruação antes de 12 anos?	z009f __
	() Nunca amamentou?	z009g __
	() Usa pílula anticoncepcional ou algum remédio à base de hormônio feminino?	z009h __
10	Conclusão - riscos para:	
	() Hipertensão Arterial	z010a __
	() Diabete mellitus	z010b __
	() DPOC	z010c __
	() Câncer de mama	z010d __
	() Câncer de útero	z010e __
	() Nenhum	z010f __

Questionário para grupo de risco de Hipertensão Arterial

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1 | Data: ____/____/____ | a001 __ _ / __ _ / __ _ |
| 2 | Idade: _____ | a002 __ _ |
| 3 | Sexo: | |
| | 1 Masculino 2 Feminino | a003 __ |
| 4 | Grau de instrução: | |
| | 1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 não sabe ler | a004a __ |
| | 1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou | a004b __ |
| 5 | Ocupação: _____ | |
| 6 | Bairro de origem: _____ | |
| 7 | Motivo da Consulta: _____ | |
| 8 | É primeira consulta por este motivo? | |
| | 1 Sim | |
| | 2 Não | a008 __ |
| 9 | Frequenta Unidade Básica de Saúde? | |
| | 1 Sim - qual? _____ | |
| | 2 Não | a009b __ |
| 10 | Sabia que tinha problema de pressão arterial? | |
| | 1 Sim | |
| | 2 Não (pule para questão 19) | a010 __ |
| | 11 Onde descobriu o problema ? | |
| | 1 Na UBS | |
| | 2 No PS | |
| | 3 Outro - qual? _____ | a011b __ |
| 12 | Toma medicamentos para pressão alta regularmente ? | |
| | 1 Sim - qual? _____ | |
| | 2 Não (pule para questão 14) | a012b __ |
| | 13 Quem indicou os remédios para a pressão alta ? | |
| | 1 A UBS | |
| | 2 O PS | |
| | 3 Outro - qual? _____ | a013b __ |
| 14 | Assistiu alguma palestra sobre hipertensão arterial ? | |
| | 1 Sim - onde? _____ | |
| | 2 Não | a014b __ |
| 15 | Já foi internado por causa da pressão alta? | |
| | 1 Sim | |
| | 2 Não | a015 __ |
| 16 | Está inscrito em algum Programa de Saúde? | |
| | 1 Sim | |
| | 2 Não | a016 __ |
| 17 | Trata em alguma Unidade de Saúde? | |
| | 1 Sim - qual? _____ | |
| | quantas vezes foi à Unidade de Saúde nos últimos seis meses? _____ | a017b __ _ |
| | 2 Não (pule para questão 19) | a017c __ |

18 Quais os cuidados que a Unidade de Saúde indicou?

(marcar com um "X" para cada cuidado)

Diminuir o sal

a018a ☐

Diminuir gorduras

a018b ☐

Praticar exercícios físicos

a018c ☐

Não fumar

a018d ☐

Não ingerir bebidas alcoólicas

a018e ☐

Emagrecer

a018f ☐

Evitar stress

a018g ☐

Cardiologista

a018h ☐

Exames complementares

a018i ☐

Outro: _____

a018k ☐

19 Como pretende tratar o problema após sair do Pronto-Socorro?

1 Vai continuar o tratamento - onde: _____

2 Apenas voltará ao Pronto-Socorro quando se sentir mal

3 Outro - qual? _____

a019c ☐

Questionário para grupo de risco de Diabetes Mellitus

1	Data: ____/____/____	b001 __ _ / __ _ / __ _
2	Idade: _____	b002 __ _ _
3	Sexo: 1 Masculino 2 Feminino	b003 __
4	Grau de instrução: 1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 não sabe ler 1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou	b004a __ b004b __
5	Ocupação: _____	
6	Bairro de origem: _____	
7	Motivo da Consulta: _____	
8	É primeira consulta por este motivo? 1 Sim 2 Não	b008 __
9	Frequente Unidade Básica de Saúde? 1 Sim - qual? _____ 2 Não	b009b __
10	Sabia que apresenta risco para diabetes mellitus? 1 Sim 2 Não (pule para questão 19)	b010a __
	11 Onde descobriu o problema? 1 Na UBS 2 No PS 3 Outro - qual? _____	b011c __
12	Toma medicamentos para diabetes regularmente? 1 Sim - qual? _____ 2 Não (pule para questão 14)	b012b __
	13 Quem indicou os remédios para a diabetes? 1 A UBS 2 O PS 3 Outro - qual? _____	b013b __
14	Já foi internado por causa da diabetes? 1 Sim 2 Não	b014 __
15	Está inscrito em algum Programa de Saúde? 1 Sim 2 Não	b015 __
16	Assistiu alguma palestra sobre diabetes? 1 Sim - onde? _____ 2 Não	b016b __
17	Trata em alguma Unidade de Saúde? 1 Sim - qual? _____ Quantas vezes foi à Unidade de Saúde nos últimos seis meses? _____ __ _ _ 2 Não (pule para questão 19)	b017b b017c __

18 Quais os cuidados que a Unidade de Saúde indicou?

(marcar com um "X" para cada cuidado)

Dieta

b018a ☐

Exercício físico

b018b ☐

Controle do peso

b018c ☐

Cuidados com os pés, pele e dentes

b018d ☐

Cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia

b018e ☐

Endocrinologista

b018f ☐

Exames complementares

b018g ☐

19 Como pretende tratar o problema após sair do Pronto-Socorro?

1 Vai continuar o tratamento - onde: _____

2 Apenas voltará ao Pronto-Socorro quando se sentir mal

3 Outro - qual? _____

b019c ☐

Questionário para grupo de risco para Câncer Cérvico-Uterino

1	Data: ____/____/____	c001 ____ / ____ / ____
2	Idade: _____	c002 ____
3	Grau de instrução: 1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 não sabe ler 1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou	c003a ____ c003b ____
4	Ocupação: _____	
5	Bairro de origem: _____	
6	Motivo da Consulta: _____	
7	É primeira consulta por este motivo? 1 Sim 2 Não	c007 ____
8	Frequenta Unidade Básica de Saúde? 1 Sim - qual? _____ 2 Não	c008b ____
9	Sabia que apresenta risco para Câncer Cérvico-Uterino? 1 Sim 2 Não	c009 ____
10	Se sabia do risco por que não fez o preventivo? 1 Não achou necessário 2 Ninguém lembrou-lhe o exame na Unidade 3 Tentou marcar mas a agenda estava cheia 4 Teve vergonha de fazer o exame 5 O médico ginecologista é homem 6 Foi ao médico ginecologista, mas ele não colheu o exame 7 Outra razão: _____	c010b ____
11	Sabe que deve fazer o preventivo todo ano? 1 Sim 2 Não	c011 ____
12	Já assistiu alguma palestra sobre o Câncer Cérvico-Uterino? 1 Sim - onde? _____ 2 Não	c012b ____
13	Pretende procurar um serviço de saúde para fazer o exame? 1 Sim 2 Não - por que? _____	c013b ____

Questionário para grupo de risco de Câncer de Mama

1	Data: ____/____/____	d001 __ _ _ / __ _ _ / __ _ _
2	Idade: _____	d002 __ _ _ _
3	Grau de instrução: 1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 não sabe ler 1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou	d003a __ _ d003b __ _
4	Ocupação: _____	
5	Bairro de origem: _____	
6	Motivo da Consulta: _____	
7	É primeira consulta por este motivo? 1 Sim 2 Não	d007 __ _
8	Frequenta Unidade Básica de Saúde? 1 Sim - qual? _____ 2 Não	d008b __ _
9	Fez consulta com o ginecologista no último ano? 1 Sim 2 Não (pule para questão 11) 10 Ele examinou as mamas? 1 Sim 2 Não	d009 __ _ d010 __ _
11	Sabia que apresenta risco para Câncer de Mama? 1 Sim 2 Não	d011 __ _
12	Sabe fazer auto-exame das mamas? 1 Sim - onde aprendeu? _____ 2 Não (pule para questão 14) 13 Se sabe fazer, realiza todo mês? 1 Sim 2 Não	d012b __ _ d013 __ _
14	Já assistiu alguma palestra sobre Câncer de Mama? 1 Sim - onde? _____ 2 Não	d014b __ _
15	Já fez algum exame especial para mamas? 1 Sim - qual? _____ quem solicitou? _____ 2 Não	d015c __ _
16	Pretende procurar um serviço de saúde para fazer o exame? 1 Sim 2 Não - por que? _____	d016b __ _

Questionário para grupo de risco doença broncopulmonar obstrutiva crônica

1	Data: ____/____/____	e001 __ _ _ / __ _ _ / __ _ _
2	Idade: _____	e002 __ _ _ _
3	Sexo:	
	1 Masculino	
	2 Feminino	e003 __
4	Grau de instrução:	
	1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 ão sabe ler	e004a __
	1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou	e004b __
5	Ocupação: _____	
6	Bairro de origem: _____	
7	Motivo da Consulta: _____	
8	É primeira consulta por este motivo?	
	1 Sim	
	2 Não	e008 __
9	Freqüenta Unidade Básica de Saúde?	
	1 Sim - qual? _____	
	2 Não	e009b __
10	Sabia que apresenta risco para doença broncopulmonar obstrutiva crônica?	
	1 Sim	
	2 Não (pule para questão 12)	e010 __
	11 Onde descobriu o problema ?	
	1 Na UBS	
	2 No PS	
	3 Outro - qual? _____	e011b __
12	Toma medicamentos para doença broncopulmonar obstrutiva crônica regularmente ?	
	1 Sim - qual? _____	
	2 Não (pule para questão 14)	e012b __
	13 Quem indicou os remédios para doença broncopulmonar obstrutiva crônica?	
	1 A UBS	
	2 O PS	
	3 Outro - qual? _____	e013b __
14	Assistiu alguma palestra sobre problemas respiratórios?	
	1 Sim - onde? _____	
	2 Não	e014b __
15	Já foi internado por causa de doença respiratória?	
	1 Sim	
	2 Não	e015 __
16	Está inscrito em algum Programa de Saúde?	
	1 Sim	
	2 Não	e016 __
17	Trata em alguma Unidade de Saúde?	
	1 Sim - qual? _____	
	quantas vezes foi à Unidade de Saúde nos últimos seis meses? _____	e017b
	2 Não (pule para questão 19)	e017c __

- 18 **Quais os cuidados que a Unidade de Saúde indicou?**
 (marcar com um "X" para cada cuidado)
 Evitar alérgenos, poluição, poeiras etc. e009o ☐
 Exercício respiratório e009p ☐
 Natação e009q ☐
 Tapotagem e009r ☐
 Não fumar e009s ☐
 Ingestão de líquidos e009t ☐
 Procurar rapidamente o serviço de saúde se tiver falta de ar ou febre e009u ☐
 Pneumologista e009v ☐
 Exames complementares e009x ☐
- 19 **Como pretende tratar o problema após sair do Pronto-Socorro?**
 1 Vai continuar o tratamento - onde: _____
 2 Apenas voltará ao Pronto-Socorro quando se sentir mal
 3 Outro: _____ e010c ☐