

Sérgio Resende Carvalho

*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, 26 de fevereiro de 1997.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

**O DESAFIO DA MUDANÇA:
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COMO ANALISADORES
DO PROCESSO DE GESTÃO
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM**

**Tese de Mestrado apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Campinas
1997



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	UNICAMP
	C253d
V.	
TOMADO	30647
PROC.	28.1.97
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	28/05/97
N.º CPD	

CM-00098912-4

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

C253d

Carvalho, Sérgio Resende

O desafio da mudança: instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim / Sérgio Resende Carvalho. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos

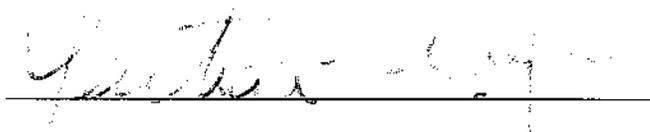
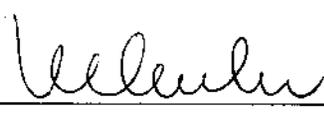
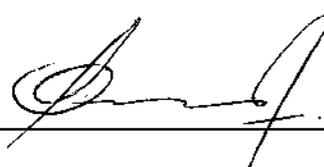
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde - planejamento. 2. Administração e planejamento em saúde. 3. Tomada de decisões (Administração). 4. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da dissertação de mestrado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Membros:

1.  _____
2.  _____
3.  _____

**Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 26/02/97

Dedico esta tese ao povo Yanomami, à generosa Revolução Sandinista e, especialmente, a minha irmã Rachel (in memoriam).

Agradecimentos

A meu orientador, Gastão Wagner de Souza Campos;

A Márcio e Nádia, pelo convívio de suas amizades;

A Conceição Rezende e demais dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Betim;

Aos trabalhadores da SMS/Betim que vêm inventando, com audácia, novos modos de se fazer saúde;

Aos colegas profs. e funcionários administrativos do DMPS / FCM / UNICAMP;

Muito especialmente, a minha companheira June Barreiros Freire.

Sumário

RESUMO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1- O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: REFERENCIAIS
TEÓRICOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....15

1.1 Objeto de investigação.....15

1.2 A saúde no Brasil hoje.....16

1.3 Propostas de gestão dos serviços públicos de saúde.....17

1.3.1 Modelo de Ação Programática e de Vigilância à saúde.....17

1.3.2 Projeto em Defesa da Vida do LAPA/UNICAMP.....19

1.3.2.1 Perspectiva crítica.....19

1.3.2.2. Pressupostos e categorias fundamentais.....21

1.3.2.3 O estilo de gestão do LAPA/UNICAMP.....29

1.4 Metodologia.....34

1.4.1 Concepções teóricas para abordagem do real.....34

1.4.2 Instrumentos, métodos e técnicas de investigação.....36

1.4.2.1 A observação participante.....36

1.4.2.2 O trabalho de campo.....40

CAPÍTULO 2 - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DA REDE PÚBLICA
DE SAÚDE DE BETIM.....44

2.1 Informes gerais.....44

2.2 Evolução histórica do setor saúde: 1993-1996.....45

2.2.1 Quadro sanitário.....45

2.2.2 Diagnóstico epidemiológico do município.....46

2.2.3 Quadro da rede de prestação de serviços de Saúde.....47

CAPÍTULO 3 - MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DA SMS/BETIM E AS
ESTRATÉGIAS GERENCIAIS.....55

3.1 Modelo tecno-assistencial.....55

3.1.1 Aspectos conceituais.....55

3.1.2 O projeto da SMS de 1993.....56

3.1.2.1 O setor Saúde em janeiro de 1993.....56

3.1.2.2 Diretrizes do modelo tecno-assistencial de 1993.....56

3.1.2.3 O desenho do modelo tecno-assistencial em 1995.....60

3.1.2.4 Estratégias para implantação do novo modelo tecno-assistencial: período 1995/1996.....	63
--	----

CAPÍTULO 4 - OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA: MAIO DE 1995.....72

4.1 A Planilha de Avaliação da rede básica da SMS/Betim: maio de 1995.....	72
4.1.1. Referências conceituais.....	72
4.1.2 Processo de formulação dos indicadores da Planilha da SMS/Betim.....	73
4.1.3 Coleta, consolidação e análise dos dados da Planilha de maio de 1995.....	76
4.1.4 O processo de gestão da rede básica: julho de 1995 - março de 1996.....	84
4.1.4.1 O quadro gerencial da SMS em julho de 1995.....	84
4.1.4.2 Estratégia de intervenção da SMS para as unidades básicas de Saúde.....	87
4.1.4.3 Formulação dos planos locais de Saúde da rede básica: a constituição de novos sujeitos.....	87
4.1.4.4 Estratégias de gestão para o ano de 1996.....	89

CAPÍTULO 5 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE: 1996.....94

5.1 Planilha de avaliação de abril de 1996.....	94
5.1.1 Reformulação dos indicadores.....	95
5.1.2 Coleta e consolidação dos dados da Planilha de abril de 1996.....	97
5.1.3 Análise dos indicadores e de seus resultados.....	97
5.1.3.1 Considerações finais sobre a Planilha de abril de 1996.....	110
5.2 Questionários.....	111
5.2.1 Questionário dos Trabalhadores.....	112
5.2.1.1 Análise dos resultados referentes a infra-estrutura e logística.....	113
5.2.1.2 Análise dos resultados referentes a gestão e planejamento.....	116
5.2.1.3 Análise das respostas referentes a unidades com Equipes de Acolhimento.....	117
5.2.2 Questionário dos Usuários.....	118
5.2.2.1 Análise dos resultados referentes a satisfação dos usuários.....	119
5.2.2.2 Análise dos resultados referentes ao acesso dos usuários.....	120
5.2.2.3 Análise das respostas referentes a unidades com Equipes de Acolhimento.....	123
5.3 Síntese dos resultados dos instrumentos de avaliação aplicados em abril de 1996.....	124
5.3.1 Análise dos resultados.....	126
5.3.2 Discussão dos resultados.....	130
5.3.3 Os instrumentos de avaliação e a Operação Porta Aberta.....	131

5.3.3.1 Papel dos instrumentos na implementação da Operação Porta Aberta.....	131
5.3.3.2 Característica da Operação Porta Aberta.....	132
5.3.3.3 Papel dos instrumentos na gestão da Operação Porta Aberta.....	132
CAPÍTULO 6 - Considerações finais.....	136
6.1 Introdução.....	136
6.2 Os instrumentos de avaliação: análise do papel e conteúdo.....	137
6.3 Os instrumentos de avaliação e o processo de gestão da SMS/Betim.....	139
6.4 O acolhimento e o modelo tecno-assistencial em 1996: desafios.....	142
6.5 As Unidades de Atendimento Imediato e o modelo em implantação.....	144
6.6 O papel do LAPA na assessoria à SMS/Betim.....	145
6.7 Estratégias gerenciais: tecnologias de gestão e intervenções no processo de trabalho.....	147

SUMMARY

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Lista de abreviaturas

BH -	Belo Horizonte
Bipartite-	Comissão Intergestores Bipartite
CONASEMS -	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COSEMS -	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CTI -	Centro de Tratamento Intensivo
GAG -	Grupo de Apoio Gerencial
GDE -	Grupo de Desenvolvimento Estratégico
GRAF. -	Gráfico
HAB -	Habitante
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS -	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LAPA -	Laboratório de Planejamento
NESCON -	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição
OPA -	Operação Porta Aberta
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PDG -	Programa de Desenvolvimento Gerencial
PES -	Planejamento Estratégico Situacional
PIB -	Produto Interno Bruto
RH -	Recursos Humanos
SAC -	Serviço de Avaliação e Controle
SIS -	Sistema de Informação e Saúde
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TAB. -	Tabela
UAI -	Unidade de Atendimento Imediato
UBS -	Unidade Básica de Saúde
	ALB (ALCIDES BRÁS)
	ALT (AL TEROSAS)
	ALV (ALVORADA)
	ANG (ANGOLA)
	BUF (BUENO FRANCO)
	CAC (CACHOEIRA)
	CIT (CITROLÂNDIA)
	CIV (CIDADE VERDE)
	DOB (DOM BOSCO)
	JDP (JARDIM PETRÓPOLIS)
	LAR (LARANJEIRA)
	MAR (MARIMBA)
	PET (PETROVALE)
	PTB (PTB)
	RGI (ROMERO GIL)
	RIA(RIACHO III)
	TER (TERESÓPOLIS)
	VIA (VIANÓPOLIS)
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP -	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Realizou-se um estudo de caso tomando como tema de investigação a análise do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais, entre 1993 a 1996. Através do método de pesquisa participante e da análise de documentos oficiais acompanhou-se a circulação no meio institucional de determinados instrumentos de avaliação - Planilha de Indicadores de Desempenho e Questionários de Trabalhadores e Usuários da rede básica de saúde - para avaliar as unidades de saúde e, principalmente, o modo como se governou o setor saúde em Betim.

Realizou-se a análise: do processo de elaboração, operacionalização e utilização dos instrumentos por diferentes atores sociais; do papel que os instrumentos tiveram junto ao planejamento local realizado nas unidades básicas de saúde e dos novos arranjos institucionais com que a rede passou a se organizar. Isto exigiu pesquisar e descrever as formulações teóricas que influenciaram o desenho do projeto assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Betim - com destaque para as reflexões realizadas pelo Laboratório de Planejamento do DMPS/UNICAMP; a contextualização do espaço geopolítico da pesquisa e a descrição das principais estratégias utilizadas pela Secretaria (Programa de Desenvolvimento Gerencial, o desenho de projetos assistenciais prioritários, a reestruturação de seu organograma funcional e metodologia utilizada no planejamento das unidades básicas de saúde) para efetivar o seu projeto assistencial.

Os resultados mostraram uma melhora significativa no desempenho das unidades básicas de saúde caracterizada pelo aumento da participação dos trabalhadores, organizados em Colegiados Gestores, e pelo término, ou diminuição, das filas de usuários na busca de resposta às suas necessidades de saúde. averiguando-se ainda, que os instrumentos de avaliação utilizados não apenas monitoraram o processo mas, também, se constituíram em eficazes dispositivos analisadores que traduziram e induziram a implementação de determinadas diretrizes do modelo tecno-assistencial.

Ao mesmo tempo, a investigação detectou problemas que colocam em risco o projeto assistencial, problemas cuja superação constitui um desafio aos gestores da Secretaria para que possam consolidar as mudanças iniciadas. Observou-se ser necessário: qualificar os instrumentos de gestão utilizados - entre os quais, a Planilha de Avaliação; aprofundar a democratização através da efetiva horizontalização do organograma institucional e da qualificação dos fóruns de decisão; consolidar o grupo sujeito responsável pela implementação do projeto; e implementar uma sistemática de avaliação de desempenho que subsidie mecanismos de provimentos de cargos gerenciais e a remuneração dos profissionais, segundo a qualidade do trabalho realizado, tendo como referência as diretrizes do modelo tecno-assistencial.

INTRODUÇÃO

As políticas econômicas neoliberais, aplicadas no Brasil desde o início da década de 90, vêm contribuindo para o desmonte dos serviços públicos e aprofundamento da crise no atendimento às necessidades de saúde da população.

Contraopondo-se a esta tendência, diversas administrações municipais, instituições públicas, centros acadêmicos e de pesquisa e outras instâncias da sociedade vêm procurando construir um Sistema Único de Saúde que garanta o direito universal à Saúde¹.

Estes setores têm orientado suas práticas a partir de determinados arcabouços teóricos, entre os quais, o modelo de Ações Programáticas⁽²⁾ ⁽³⁾ e o modelo de Vigilância à Saúde⁽⁴⁾ que, apesar de apresentarem ferramentas e tecnologias úteis para a reestruturação do setor, vêm apresentando limitações teóricas e práticas⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾, o que tem exigido novas reflexões e desenhos metodológicos que orientem os esforços concretos de reorganização dos serviços públicos de saúde.

Entre estas se situa o esforço realizado pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em parceria com algumas Secretarias Municipais de Saúde, que vêm desenhando um novo estilo de Planejamento e Gestão do setor público de saúde⁽⁷⁾.

Entre estas administrações municipais que têm procurado construir nos últimos anos um Sistema Único de Saúde comprometido com os direitos de cidadania, vem se destacando o município de Betim, no estado de Minas Gerais o qual tem priorizado os investimentos no setor saúde (mais de 20% da receita do município)⁸ e buscado responder aos desafios da mudança no setor, através da incorporação e aprimoramento de distintas tecnologias de gestão disponíveis.

Os fatos acima, aos quais se somam características socio-econômicas de Betim - enquanto cidade com cerca de 200 mil habitantes que apresenta, de um lado, grandes carências sociais e de outro, uma alta e atípica capacidade de investimento do poder público, constituem um campo de investigação peculiar no atual contexto do setor saúde no Brasil.

A partir deste entendimento é que se construiu este projeto de pesquisa cujos resultados são agora apresentados. Embora se refiram a uma realidade específica, julga-se possuir elementos que contribuem para a reflexão sobre os caminhos mais efetivos para cumprir o preceito constitucional que procura garantir “a Saúde como direito de todos e dever do Estado”⁹.

Com o objetivo de melhor ordenar a reflexão e facilitar o entendimento do processo de investigação, este trabalho será apresentado em seis capítulos:

- Capítulo 1, se refere ao marco teórico/metodológico que orientou a investigação, estando aí incluídas a delimitação do objeto de investigação; a revisão da literatura de forma a “mostrar como o objeto da pesquisa se inscreve no campo dos conhecimentos sobre o tema e como os conhecimentos permitem precisar as questões ou hipóteses da pesquisa”¹⁰, e, finalmente, a metodologia de pesquisa e os aspectos operacionais da mesma;

- Capítulo 2; busca caracterizar o espaço geo-político-econômico-social de Betim e o quadro administrativo/assistencial da Secretaria de Saúde, no período que vai do início de 1993 a novembro de 1996;

- Capítulo 3, contextualiza as discussões sobre modelo tecno-assistencial na SMS de 1993 a 1996 além de fazer referência a algumas estratégias utilizadas para a operacionalização do modelo entre as quais um Programa de Desenvolvimento Gerencial dirigido aos quadros dirigentes, a elaboração de Projetos prioritários e a redefinição do funcionamento da Secretaria;

- Capítulo 4, explicita o papel da Planilha junto ao processo de planejamento e gestão da SMS no ano de 1995, fazendo se aí uma reconstituição do processo de elaboração, operacionalização e utilização deste instrumento pelo Coletivo Dirigente e trabalhadores da SMS/Betim, procurando perceber como este instrumento circulou em distintos espaços da Secretaria.

Descreve-se, também, o processo de Planejamento local realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os novos arranjos institucionais com que a rede passou a se organizar, entre eles, as Equipes de Acolhimento;

- Capítulo 5, descreve os resultados da 2ª Planilha de Avaliação da rede básica de Betim assim como a de outros instrumentos de avaliação da rede, com especial atenção para Questionários dos Usuários e dos Trabalhadores aplicados junto à Planilha.

O cruzamento dos resultados dos distintos instrumentos e a descrição de seu processo de utilização subsidiaram a análise do processo de gestão da SMS em 1996.

- Capítulo 6, em que o investigador procura fazer análises mais abrangentes, tirar conclusões, levantar indagações e indicar tendências do processo de gestão assim como das concepções teóricas que orientam as práticas da SMS/Betim.

Notas bibliográficas

- ¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
- ² SCHRAIBER, L.B. *Programação em saúde hoje*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 243p.
- ³ CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. P.55-88.
- ⁴ MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. 310 p.
- ⁵ CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. p.55-88.
- ⁶ MERHY, E.E. *Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do Planejamento em saúde no Brasil*. In: Gallo, E. (org.) *Razão e planejamento; Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. P.117-149.
- ⁷ *Ibidem*.
- ⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. P.133
- ⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. P.133
- ¹⁰ CONTANDRIOPOULOS, A. P. e al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994. p. 215

CAPÍTULO 1

O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: REFERENCIAIS TEÓRICOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

1.1 Objeto de investigação

A pesquisa realizada pretendeu analisar o gerenciamento saúde do município de Betim entre os anos de 1993 a 1996, procurando refletir sobre a capacidade de governo, a qualidade dos projetos implantados e a governabilidade existente para a efetivação dos mesmos¹.

Buscou-se perceber a potência e os limites da proposta assistencial que orientou as atividades da Secretaria Municipal de Saúde com especial atenção à análise dos últimos dois anos do referido período, nos quais a SMS redirecionou seu projeto de atenção à saúde e trabalhou com novos instrumentos e arranjos institucionais com o objetivo de acelerar e consolidar a mudança do modelo tecno-assistencial.

Como estratégia de investigação o pesquisador fez uso de determinadas ferramentas utilizadas no biênio de 95/96 - no caso, Planilha de Indicadores de Desempenho e Questionários de Trabalhadores e Usuários da rede básica de saúde - como analisadores do processo gestão da SMS/Betim.

Através de uma pesquisa qualitativa procurou-se perceber como ocorreu o processo de governar dentro desta instituição, tomando as referidas ferramentas como um componente para analisar a gestão e menos como um objeto a ser examinado em si mesmo. Portanto, a averiguação do impacto de determinadas tecnologias de gestão sobre processos produtivos específicos constituiu objeto secundário da investigação, embora este olhar também a permeie.

A pesquisa procurou perceber a intencionalidade com que foram desenhadas as estratégias de intervenção na SMS/Betim e o modo que os instrumentos foram utilizados no cotidiano da Secretaria, compreendendo que a análise destes itens expressavam determinada capacidade de gestão da SMS e refletiam a qualidade do projeto tecno-assistencial elaborado.

O fato de a Planilha de Avaliação e os Questionários terem sido desenhados: não apenas como analisadoras do impacto do Projeto assistencial da SMS junto à rede básica de saúde, como ferramenta de gestão que traduzisse e induzisse determinada concepção de modelo tecno-assistencial para o conjunto de trabalhadores e usuários da rede facilitou o trabalho de investigação realizado.

Constituiu-se ainda, como objetivo do trabalho, avaliar se as ferramentas utilizadas aumentaram a capacidade de governar determinados processos que outras ferramentas não dariam, ou, dizendo de outra maneira, a pesquisa procurou responder se o caminho escolhido permitiu criar impacto em rede e consolidar mudanças institucionais que outras estratégias de caráter de intervenção mais normativo não conseguiriam.

Fez parte das preocupações do investigador, portanto, responder se foi oportuna a utilização das estratégias de avaliação mais complexas que exigiram grandes investimentos do ponto de vista gerencial quando, possivelmente, se conseguiria impacto semelhante com a utilização de tecnologias de avaliação normativas centradas em pequenos núcleos de especialistas.

1.2 A Saúde no Brasil hoje

A hegemonia socio-econômico-cultural do projeto neoliberal tem levado ao aprofundamento da crise do sistema público de saúde, já que além da escassez das fontes de financiamento, tem ocorrido um progressivo desmonte administrativo do setor saúde, o que deixa o campo vulnerável à ação de distintos interesses privados presentes.

De outro lado, a presença de um imaginário social pautado na lógica de mercado e do *laissez-faire* dificulta uma mobilização dos setores interessados na defesa do sistema público, razão pela qual se torna cada vez mais difícil criar alternativas viáveis ao modelo médico hegemônico.

A conjugação destes e outros fatores tem resultado de práticas institucionais marcadas pela fragmentação e desumanização dos serviços, pela desigualdade no atendimento, pela ineficácia das ações e pela conseqüente insatisfação dos usuários do Sistema Público de Saúde. De parte dos prestadores de serviços o que se tem observado é uma prática gerencial clientelista e autoritária, além de descompromisso e alienação dos trabalhadores, divididos que estão entre a apatia burocrática e o corporativismo sindical.

A postura pouco reivindicativa da sociedade civil só tem feito aumentar este processo de “universalização excludente”², onde a iniquidade na prestação dos serviços vem aumentando em total desacordo com o texto constitucional de 1988 que considerou a Saúde “como um direito do cidadão e dever do Estado”³.

1.3 Propostas de gestão dos serviços públicos de saúde

Perante estes e outros impasses determinadas tecnologias de gestão e arranjos institucionais vêm buscando responder aos desafios do setor, entre os quais vem se destacando, as propostas de Ações Programáticas⁴, de Vigilância à Saúde e o Projeto em Defesa da Vida do LAPA/UNICAMP.

1.3.1 Modelo de Ação Programática e de Vigilância à Saúde

O modelo de Ação Programática vem sendo experimentado no país desde a década de 70 quando foi incorporado ao projeto da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para, posteriormente, ser integrado às estratégias do Ministério da Saúde.

É uma tecnologia de gestão que prioriza, a atenção primária à saúde procurando trabalhar com destaque a organização da atenção a grupos populacionais específicos ao fazer, portanto, uma abordagem nucleada na idéia de integração sanitária “constituindo a dominância das ações dirigidas, para o coletivo sobre aquelas que se destinam ao individual”⁵ e ancorando-se na Epidemiologia como saber determinante das práticas sanitárias.

Esta corrente acredita que a Programação em Saúde constitui-se “...enquanto um campo de práticas no interior do qual podem ser efetivamente resgatadas as questões da equidade social, na esfera dos serviços; as questões do exercício da cidadania, na esfera dos sujeitos; e as questões do trabalhador coletivo em saúde, na esfera da produção assistencial”⁶.

O modelo de Distrito Sanitário, por alguns denominado de modelo de Vigilância à Saúde, começou a ser discutido no Brasil sob os auspícios da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1987 sendo, a partir de 1990, eleitas “áreas consideradas estratégicas no país, segundo o ângulo do efeito demonstração”, entre elas, importantes cidades de Minas Gerais, como Belo Horizonte, Ipatinga e Timóteo. A partir daí, esta proposta se consolida gradativamente no cenário da Saúde Pública estando hoje referenciada nas práticas sanitárias de inúmeros municípios brasileiros⁷.

Para Vilaça Mendes, o Distrito Sanitário constitui um

“..processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia de Reforma Sanitária, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização”⁸, estando fundamentado em três idéias-chave: “ A existência de um território processo onde diferentes atores sociais estão em permanente tensão...; A direcionalidade das ações de saúde, próprias do setor e intersetoriais, para resolver problemas complexos que se manifestam...na base territorial do distrito; A estruturação inovativa da prática sanitária da vigilância à saúde enquanto conjunto de operações, organizadoras dos processos de trabalho em saúde, destinadas a enfrentar as causas principais dos problemas através de uma discriminação positiva dos grupos sociais que vivem no território”⁹.

À semelhança do modelo de Ações Programáticas, toma a Epidemiologia como saber fundamental à determinação do campo das necessidades em saúde, procurando superar a abordagem Clínica que levaria o universo da saúde a se centralizar em torno do saber médico. Em consequência, esta proposta procura construir um Sistema de Informação em Saúde, epidemiologicamente centrado, que subsidie as atividades de vigilância à saúde¹⁰.

A abordagem realizada pela corrente de Vigilância à Saúde parte do conhecimento de um território para descrever o problema, explicá-lo e montar operações para enfrentá-lo, fazendo uso, para isto, do instrumental do Planejamento Estratégico Situacional¹¹.

Esta proposta considera os problemas como de dupla natureza:

- de enfrentamento contínuo que “são escolhidos pelo alto impacto que têm nas condições de existência de grupos populacionais em microáreas específicas e pelas possibilidades de intervir sobre eles”, sendo objeto da prática de Vigilância à Saúde. Esta prática sanitária se estrutura pelo modelo sanitário e é “informada pela epidemiologia sendo hegemônica em relação à atenção à demanda que deve se apresentar como prática subordinada”¹² e;
- de enfrentamento ocasional - respondem às demandas autopercebidas dos usuários expressando um perfil indiferenciado de efeitos dos problemas de saúde, constituindo-se em objeto da prática de atenção à demanda, estruturada pelo modelo clínico¹³.

1.3.2 Projeto em Defesa da Vida do LAPA/UNICAMP

1.3.2.1 Perspectiva crítica

Ao analisar as propostas acima o LAPA reconhece contribuições importantes das referidas formulações, incorporando criticamente determinados aspectos das mesmas ao desenho de seu modelo tecno-assistencial. Entretanto, considera estas tecnologias como problemas que respondem por parte dos limitados avanços do setor saúde¹⁴, e que o aprofundamento da crise como a indicar a necessidade de algo mais do que tecnologias de gestão, sendo fundamental a criação de mecanismos que procurem envolver os distintos atores sociais no processo de mudança radical do modelo vigente.

Souza Campos sugere a necessidade de, se trabalhar não apenas contra o autoritarismo do Estado, e o modelo médico hegemônico mas também contra as tecnologias de gestão que se oferecem como métodos prescritivos e não como caixas de ferramentas, posição que tem se refletido nas polêmicas entre o LAPA e as diversas escolas de administração e de planejamento existentes.

Este autor avalia que as propostas de Ações Programáticas e de Vigilância à Saúde cometem um desvio estruturalista ao darem pouca relevância à expressão das necessidades colocadas pela demanda por atenção e às possibilidades de uma atuação criativa dos profissionais¹⁵, acreditando ser este desvio um dos principais responsáveis pela pobreza de resultados práticos, pela indiferença da sociedade civil com o destino do setor e pela constante desistência da luta de muitos que um dia fizeram parte ativa do denominado movimento sanitário¹⁶.

Acredita ainda que as alternativas assistenciais colocadas têm mostrado limites devidos ao enfoque excessivamente normalizador das disciplinas ordenadoras do campo da saúde - Clínica, Epidemiologia, Planejamento e Saúde Pública - que tem inibido a capacidade criativa de adequar os serviços de saúde a novas metodologias de cuidados.

Merhy¹⁷ considera um equívoco nos Modelos de Ação Programática e de Vigilância em Saúde a premissa de que a abordagem clínica seria, intrinsecamente, uma maneira de médico-centrar o universo da saúde e o corolário de que, para se superar este estado de coisas, seria fundamental a conformação do campo de necessidades de saúde pela Epidemiologia em contraposição à Clínica.

Para ele a conseqüência desta postura tem sido o “confronto entre um modelo centrado na saúde pública *versus* o modelo centrado na medicina; o que tem sido profundamente limitado para efetivamente criar modos alternativos mais impactantes no cerne das práticas de saúde”¹⁸.

Ao analisar a corrente de Vigilância à Saúde, Merhy considera paradoxal o fato de esta lançar

“mão dos instrumentais do planejamento estratégico situacional, para operar com a construção da gestão dos distritos (já que) isso se dá partindo da noção de que o ator em situação que define os problemas são os saberes epidemiológico e higienista, o que coloca esta linha em um certo desconforto na hora de associar uma estratégia de planejamento mais aberta à constituição singular dos atores em cena, com os objetivos duros e estruturados que assume.

... Na prática acaba cedendo a uma ação normativa sobre a dinâmica de organização e gestão do processo de trabalho em saúde... (empobrecendo) o amplo espectro de apresentação dos problemas de saúde como sofrimento e desproteção da vida... (no momento que entende) o universo do sofrimento como subordinado, e produto-conseqüência, da presença e exposição de riscos”¹⁹.

Ao anular o universo mais amplo dos sujeitos reais que disputam projetos no campo da saúde e se subordinar a determinações estruturalmente representadas, a proposta de Vigilância à Saúde recusaria uma abordagem mais integral do campo da saúde que fizesse uso do melhor da tecnologia disponível, incluindo aqui o saber clínico.

1.3.2.2. Pressupostos e categorias fundamentais do Projeto em Defesa da vida

Membros do Laboratório de Planejamento do DMPS/Unicamp (LAPA) vêm desenhando nos últimos anos um novo estilo de gestão dos serviços públicos de saúde a partir de determinada postura ético-política que, ao reconhecer a iniquidade da ordem social vigente, procura contribuir para a transformação social através de propostas de mudança do setor saúde.

Em linhas gerais, o LAPA trabalha com uma metodologia que, segundo Souza Campos²⁰, é montada em um tripé que prioriza a descentralização administrativa e a transformação do processo de trabalho em locus essencial à mudança das práticas de saúde, buscando operacionalizar esta mudança através de diferentes instrumentos metodológicos.

Busca-se nesta concepção utilizar um corpo de instrumentos e arranjos institucionais que permita a desalienação do trabalho na saúde e que faça do trabalhador não um insumo descartável pelas modernas técnicas administrativas, mas sim um cidadão que se solidariza com seu semelhante no ato mesmo que interage com o usuário dos serviços de saúde, tendo como objetivo contribuir ao máximo para que este se capacite para viver a vida com a maior autonomia possível²¹.

Esta concepção, além de procurar dar respostas eficazes às necessidades da população, procura fortalecer a cidadania considerando ser fundamental à viabilização deste projeto “recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos”²², garantindo, desta forma, a possibilidade de implementação projetos comprometidos com mudanças radicais do setor saúde.

Para a consecução destes objetivos faz-se uma releitura epistemológica da Saúde Pública e, em especial, das tecnologias de gestão disponíveis, a partir da interlocução de distintos saberes do campo da filosofia, da psicanálise, da análise institucional e da política.

O entendimento das concepções do LAPA sobre temas como tecnologia, processo de trabalho em saúde, macro e micropolítica de poder, papel do sujeito social, Clínica e Saúde Pública e processo saúde-doença é central à compreensão de sua proposta de mudança no setor saúde, razão pela qual serão feitas breves considerações sobre o mesmo²³.

1.3.2.2.1. A macro/micropolítica e o papel dos sujeitos

Um elemento importante à proposta do LAPA é a premissa de que se deve atuar não só no espaço da macropolítica mas, também, no da micropolítica do poder, acreditando que a própria construção de novas relações sociais depende não apenas de reformas estruturais, mas da vigência de novas relações de milhares de sujeitos autogerindo o cotidiano de suas vidas. Esta importância dada aos sujeitos sociais parte de uma leitura que considera verdade o fato de as estruturas determinarem a vida das pessoas e estas, por sua vez, mudarem as estruturas e as coisas. Considera necessário, ainda, superar a unilateralidade de determinadas concepções que subestimam o papel do sujeito na mudança, procurando construir projetos alternativos que mudem as pessoas, que modifiquem as instituições, assim como, sejam capazes de mexer nas relações entre estes pólos. Assim...

“Deslocar a luz da análise para o mundo da cotidianidade pode ser uma estratégia eficaz não só para o processo de construção de consciências críticas sobre o geral e o particular mas, centralmente, ajuda cada homem dominado a superar seus limites, a constituir-se como sujeito e a apostar na construção de outros que como ele acreditem no novo”²⁴.

Neste movimento multicêntrico é desejável reconstruir a infinita lógica dos micropoderes normalizadores, questionando com radicalidade tudo aquilo que favoreça a repetição, a desigualdade, o autoritarismo e o egoísmo social. Neste processo devem-se trabalhar as diferenças e os conflitos como inerentes ao processo de constituição do sujeito e de construção da democracia, procurando explicitá-los para solucioná-los dentro de determinados princípios ético-políticos que visem a construção de uma sociedade mais justa.

A maioria dos trabalhadores está insatisfeita de tal maneira com o *status quo* que existe um campo fértil para mudança. É fundamental que se procure, portanto, formas que os retirem da condição de indivíduos alienados “em relação ao seu objeto de trabalho (ligação débil com a doença ou saúde do outro), aos seus meios de trabalho (uma separação progressiva entre os que executam ações e os que dirigem as instituições) e também em referência à equipe de saúde (há trabalho em grupo mas não há identidade do trabalhador coletivo)”²⁵.

Para o LAPA, apenas alterando “o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho - a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença - é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros”²⁶.

1.3.2.2.2 A reordenação da Clínica e da Saúde Pública

No livro “Inventando a mudança na saúde”, considerado pelos próprios autores como uma espécie de síntese do desenho teórico-metodológico do LAPA²⁷, Souza Campos considera, diante do quadro atual onde a Clínica é sobredeterminada pela lógica de mercado e a Saúde Pública, muitas vezes, exerce o papel de manutenção do *status quo* vigente, como um importante desafio redefinir a função social destas práticas procurando superar o seu caráter ritualesco, medicalizante, economicista e conservador²⁸.

Considera ser necessário à Clínica trabalhar com novos conceitos o processo saúde-doença, sendo necessário, para isto, superar o mecanicismo biologicista e reducionista vigente, buscando uma abordagem mais integral e holística.

A Clínica e a Saúde Pública devem ter seu poder normatizador questionado, sem se negar a importância destes saberes. É importante questionar as noções do processo saúde-doença que absolutizam o conhecimento positivo da anatomia, da fisiologia e da patologia, e o formalismo quantitativo da estatística, os quais têm propiciado a idolatria dos meios e das formas, desligados dos fins, dos resultados e dos conteúdos das práticas sanitárias, deixando em segundo plano as possibilidades de minorar o sofrimento e as doenças²⁹.

Ter saúde é ter um sentimento de segurança para viver a vida, no qual o ser humano crie valores e instaure suas normas vitais a partir de seus desejos, interesses e necessidades individuais e coletivas. Saúde pressupõe a capacidade de utilizar de instrumentos naturais e artificiais - Clínica, Saúde Pública, etc. - para afastar a dor, o sofrimento e a morte, e poder escolher os vários modos de andar a vida.

Em consequência desta concepção, que tem origem na análise da obra de Canguillen³⁰, curar passa a ser entendido como todo trabalho terapêutico que procure ampliar o coeficiente de autonomia do paciente, contribuindo para que este seja capaz de lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Neste sentido, é necessário que se potencialize a utilização, pelos pacientes, de recursos próprios e dos recursos institucionais disponíveis.

A ampliação do olhar clínico deve se fazer através da valorização das falas e escutas entre profissionais, doentes e sociedade, tendo como objetivo a diminuição da dependência do homem moderno da instituição médica. Dentro destes novos olhares, caberia renovar o papel da Clínica no qual esta reforçasse o amadurecimento da relação dos indivíduos com a doença, com os dispositivos tecnológicos, com as instituições e com os profissionais de saúde.

A prática clínica desempenharia um papel na reconstrução dos sujeitos sociais à medida que os serviços tivessem como compromisso a defesa da vida dos usuários, atuando, para isto, nas dimensões biopsicossociais de cada um, procurando resgatar o valor de uso da Clínica em oposição ao valor de troca predominante. É necessário se opor à ordem médica que reduziu o sujeito doente a um objeto, ao desconhecer o subjetivo e abandonar a clínica em nome do endeusamento dos procedimentos técnicos e diagnósticos.

Como estratégia seria adequado aproveitar os elementos e os materiais da própria instituição médica, implodindo a ordem por dentro. Assim sendo, seria pertinente reforçar o vínculo entre equipes de profissionais e paciente, buscando aumentar a eficácia e, ao mesmo tempo, contribuir para a produção de sujeitos autônomos.

Ao vínculo, acrescentar a desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, o estímulo ao autocuidado e ao trabalho em equipes com maior autonomia profissional para solucionar os problemas de saúde e gerenciar o respectivo processo de trabalho. Neste

sentido, as ações de saúde passariam a ser avaliadas de acordo com sua capacidade de influenciar o coeficiente de autonomia dos pacientes.

Ao partir de um diagnóstico de rebaixamento dos objetivos da Saúde Pública, que aceita a inevitabilidade de determinadas doenças ao mesmo tempo que investe em múltiplas ações de vigilância escamoteando, em muitos casos, a sua incapacidade de resolver o essencial, Souza Campos³¹ propõe que a Saúde Pública deveria redefinir seu objeto e buscar utilizar diferentes tecnologias que seriam úteis de acordo com as demandas concretas; assim seria válido:

“...pensar em Campanhas, com toda sua verticalidade e temporalidade, e também na instauração de rotinas de vigilância. Ousar pensar uma Saúde Pública ativa, que procure a comunidade, que investigue e descubra processos mórbidos; mas que seja também capaz de criar meios de incorporar cidadãos, com toda sua subjetividade e preconceitos em programas onde esta dimensão é essencial...”³².

1.3.2.2.3 O Processo de trabalho em saúde

Ao considerar a ocorrência de um complexo jogo de interesse nas instituições de saúde, onde diferentes forças coletivas procuram responder a problemas, em sua maioria, de natureza quase estruturada³³, o LAPA vem apontando os limites das tecnologias de caráter prescritivo para induzir mudanças substanciais no setor público de saúde.

Merhy vem trabalhando, em seus textos recentes, na formulação de um arcabouço teórico com o objetivo de dar novas referências à elaboração de estratégias de intervenção no setor público de saúde tomando como categoria central de suas reflexões a análise do processo de trabalho no setor saúde, revisitando neste processo autores como Marx, Guatarri, Deleuze, Foucault, Barenblit, Donnângelo, Ricardo Bruno, Carlos Matus, Peter Drucker e outros³⁴.

Citando Marx, aponta a centralidade da categoria processo de trabalho, para a análise dos processos sociais, e a divisão que este faz do processo de trabalho em objeto de trabalho, meio de trabalho e trabalho em si, afirmando que este último

“...é o momento vivo do trabalho em ato, que se ‘apossa’ dos meios de trabalho atuando de uma maneira transformadora sobre o objeto, buscando a construção de um produto, tendo em vista a satisfação de uma finalidade (social) tomada como necessidade...”

Neste fazer a transformação o homem, de posse de sua capacidade de trabalhar e de seu saber trabalhar, imprime um ritmo vivo aos outros componentes, inclusive ao produzir os próprios meios de trabalho - como, por exemplo, o saber tecnológico e as ferramentas de trabalho - que cristalizam, fixam um trabalho vivo anterior, agora sob a forma de trabalho morto.

...Pode-se dizer...que o trabalho vivo é composto por uma certa “substância criadora” mesmo que sofra a ação determinadora do trabalho morto, cristalizado nos meios e, muitas vezes, nas finalidades - e tem em “potência” a capacidade de inventar novos sentidos para a ação produtiva.

O trabalho vivo em ato é criador e possuidor de um modo de operar o mundo que não está dado no que foi determinado, ele tem uma capacidade de gerar um certo saber fazer, que tem sido tema de muitas investigações que procuram dar conta da construção de uma certa sabedoria sobre como o “homem age”. Este conhecimento cria determinadas, que entretanto em muitos casos se cristalizam, como trabalho morto, pois resultam em métodos prescritivos para o homem agir e não em verdadeiras “caixas de ferramentas” que o trabalho em ato pode construir, dispor e reconstruir no momento, em que se apossar instituintemente dos processos de trabalho.

Nas sociedades capitalistas este momento em ato vivo, do trabalho, foi e é capturado por um modo de organizar a produção que cristaliza a própria “substância” do trabalho vivo como “força de trabalho”, como uma coisa, como um instrumento. Fetichiza a produção como mundo das coisas - os meios, os objetos e as finalidades - dando à dimensão morta uma precedência determinante e de comando do processo de trabalho.

Nestas sociedades, normatiza-se o momento vivo, prendendo-o a uma maneira de se fazer capturando-o. O que permite perceber que o saber tecnológico congelado como trabalho morto e como comandante do processo de trabalho, é diretamente proporcional à transformação do trabalhador em força de trabalho, em insumo, e não em sujeito da ação e em ação”³⁵.

Tendo como referência estas reflexões, Merhy considera, para se pensar a mudança do processo institucional em saúde, ser necessário construir um espaço para o exercício de criação de novas possibilidades, a partir da potência do trabalho vivo, em ato.

Para isso o gestor necessita ter “capacidade de problematizar cabeças e interesses, em um espaço de permanente publicização”³⁶, e “liberar o trabalho vivo da força instituinte do trabalho morto que está cristalizada nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados interesses que predominem”³⁷. Ou seja, é fundamental interrogar, sempre, o sentido da captura do trabalho vivo pelo trabalho morto.

1.3.2.2.4 O conceito de tecnologia e de ferramentas de gestão

Esta categoria é trabalhada em uma perspectiva próxima à de Ricardo Bruno, quando este afirma que

“A marca mais característica do pensamento contemporâneo respeito da tecnologia, em qualquer âmbito do conhecimento e em todo campo de práticas, é a redução do significado do termo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Isto reflete um discurso ideológico, presidido pelas noções de progresso técnico ou de desenvolvimento tecnológico...

... Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, através daqueles instrumentos.

Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo.

... é possível ainda estender o uso do termo, o campo de sua aplicação conceitual, até os níveis finalmente dotado de toda concretude em que se realiza, em instituições particulares, em unidades de produção, o labor humano; ali se impõe, sob a forma da gerência tecnológica, a necessidade de coordenar a interação de objetos, instrumentos e atividades do trabalho, articuladamente às finalidades úteis e às necessidades econômicas da produção...

As simplificações configuradas por sujeitos sociais concretos ao reduzir o termo tecnologia ao descritivo do conjunto de meios técnicos é uma representação pragmática e ‘fetichizada’ da realidade. Ao tomar a essência pelo fenômeno comete-se um erro que engana e ilude”³⁸.

Assim, “discutir a tecnologia não é discutir equipamento, nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades”³⁹.

Portanto, toda ferramenta constituída guarda em si uma determinada intencionalidade que nega a suposta neutralidade e o caráter implicitamente “progressista” do desenvolvimento científico-tecnológico.

É este o sentido com que o LAPA vem trabalhando suas ferramentas de gestão, às quais não são tomadas como instrumentos prescritivos, mas sim como instrumentos de governar coisas e criar novas práticas para realizar determinado proceder eficaz.

“Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos. Assim, a tecnologia em saúde está marcada pela própria conformação de que é saúde e doença, normal e patológico, vida e morte, além da conformação de um determinado saber que permita ler, em nós, a linguagem destes processos. É isto que faz a Clínica e a Epidemiologia na área da saúde...”⁴⁰.

Para o LAPA é importante a constituição de uma caixa de ferramentas que permita ao trabalhador se tornar sujeito através do trabalho, em ato, no qual ele dispõe, constrói e reconstrói, a partir destas ferramentas, à medida que se apossa instituintemente dos processos de trabalho. Entre estas ferramentas se destacam as denominadas dispositivos analisadores que “são tecnologias de ação gestora que provocam ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalhos instituídos”.

Estes dispositivos analisadores são propostos tomando como ponto de partida uma postura ético-política (que afirma o valor da democracia) e assumem uma posição baseada na ética do compromisso com a vida individual e coletiva. O que, por sua vez, implica a busca de “quebras” no cotidiano dos processos institucionais que interroga sua lógica instituída tanto do ponto de vista das necessidades que o presidem quanto de sua lógica gerencial, do ponto de vista de como se constroem as decisões e as ações. O que implica, ainda, os disparadores deste processo estarem mais vinculados a um olhar interrogador e ruidoso, do que centrados em um outro modelo totalmente definido e acabado que se contraponha globalmente ao trabalho morto cristalizado com um outro.

Merhy conclui esta reflexão afirmando que os dispositivos analisadores ou interrogadores ruidosos são vitais à alteração significativa do modo de trabalhar a saúde ao permitirem a escuta de ruídos, o que possibilita a ação eficaz do trabalho vivo que submete o trabalho morto ao seu projeto voltado para a construção da cidadania dentro de uma postura ético-política.

Na experiência do LAPA têm sido especialmente úteis ferramentas tais como Planilha de Avaliação, Questionários de Usuário e de Trabalhadores, Fluxogramas Analisadores e diferentes instrumentos utilizados no Planejamento Estratégico Situacional e na Gestão de Qualidade Total.

1.3.2.3 O estilo de gestão do LAPA/UNICAMP

1.3.2.3.1 Diretrizes do Modelo em Defesa da Vida

A proposta de gestão e planejamento do grupo LAPA/UNICAMP procura reordenar a organização dos serviços de saúde, para que estes cumpram sua missão de aumentar a capacidade de produzir saúde, de curar e de reabilitar pessoas e para que tudo isto se traduza em um projeto em defesa da vida individual e coletiva.

A partir de uma leitura do papel que joga governo, usuário e trabalhador no processo de produção da saúde, o grupo conclui pela debilidade da participação destes atores na construção do SUS, considerando estar aí o grande desafio político e científico da atual conjuntura do setor saúde. Coloca a necessidade de se compreender melhor quem são os sujeitos com os quais se pretende fazer as mudanças, e de se descobrir mecanismos que possam trazer a fala e as demandas dos usuários até o cotidiano dos serviços e, sobretudo, subordinar dinâmicas políticas de governo à missão de cada instituição⁴¹.

A resposta do LAPA a este desafio foi a de desenvolver um conjunto de recursos, métodos e desenhos institucionais o qual traduziu um estilo de trabalho que teve como eixos a reformulação dos modelos de atenção à saúde e a democratização da gestão⁴².

Procurando concretizar determinadas diretrizes de política sanitária - universalidade, equidade, saúde como direito - a partir de determinada leitura técnica, o LAPA desenvolveu uma proposta específica de modelo de atenção à saúde.

Enquanto projeto que representa interesses e necessidades de diferentes atores sociais refletindo determinadas noções disciplinares, diretrizes políticas e modos de gestão dos sistemas públicos, é necessário assinalar o caráter dinâmico e cambiante com que é trabalhado o modelo Lapiano, aberto a alterações ao se confrontar com a realidade de serviços concretos.

As diretrizes que procuram garantir a qualidade das ações e a legitimação dos serviços de saúde têm como princípio assegurar o acesso aos serviços e a resolutividade dos mesmos, e o acolhimento, o vínculo e a responsabilização da equipe de trabalhadores em relação aos usuários, perseguindo, com isto, o aumento ao máximo da autonomia dos usuários para poderem viver a vida.

O acolhimento deve se traduzir na abertura da unidade e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário.

Para Merhy

“A função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

Um das traduções disso é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.

...acolhimento...é direito de todos..., usuários e cidadão, e (é)...fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico, que deve visar a autonomização do usuário⁴³.

Ao abrir a porta facilita-se, também, a escuta dos usuários, elemento fundamental para determinar a lógica de organização dos serviços de saúde.

É importante criar vínculos entre trabalhadores e usuários que ultrapassem a participação em lutas conjuntas por melhores condições de assistência para se concretizarem no cotidiano dos serviços. Assim, aumenta-se a eficácia das ações de saúde e fortalece-se o exercício do controle social no mesmo momento em que os cuidados à saúde estão sendo produzidos, além de se criar-se condições para a construção dos sujeitos em suas relações (trabalhador/usuário).

É desejável a ocorrência de vínculo entre as equipes das unidades assistenciais e o usuário, caracterizando-se quem se responsabiliza pelas distintas tarefas que fazem parte de um determinado projeto terapêutico.

Para garantir a resolutividade das ações de saúde é necessário disponibilizar o melhor da tecnologia de saúde existente entendendo que

“ as principais tecnologias que temos que usar para realizá-las estão centradas nos nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão..., estas tecnologias são quase todas do tipo soft (leve), isto é, estão muito mais em nossa sabedoria, experiências, atitudes , compromissos, responsabilidade, etc., do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de também dependem destes de alguma maneira, mas secundariamente”⁴⁴.

Assim, deve-se constituir uma caixa de ferramentas que permita ao trabalhador se tornar sujeito no próprio momento que exerce suas atividades, podendo delas dispor, construindo e reconstruindo a partir destas ferramentas à medida que se apossa de seu processo de trabalho e se faz sujeito.

Para garantir a resolutividade das ações é pertinente um certo borramento entre as tradicionais divisões de atenção primária, secundária e terciária, expandindo, quando necessário, o papel da rede básica no sistema e o seu respectivo cardápio de ofertas tecnológicas.

1.3.2.3.2 Proposta de gestão e planejamento

Diante destas diretrizes colocam-se alguns desafios teórico-práticos que têm sido enfrentados por algumas instituições e administrações públicas ou filantrópicas no país desde 1988, entre as quais os municípios de Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Betim e Porto Alegre, permitindo perceber um determinado Estilo de gestão⁴⁵ que têm procurado implementar

“...um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade tecnoprofissional-gerencial⁴⁶...”

“Portanto, uma característica fundamental e necessária ao desenvolvimento desses modelos é a de que eles deveriam ser propiciadores da gestão democrática e da instituição de mecanismos de controle social, de avaliação, e da atribuição clara e transparente de responsabilidades. Haveria que se combinar a gestão colegiada, os conselhos de representação multissetorial, com mecanismos cotidianos de avaliação de resultados dos projetos terapêuticos, dos projetos de cada serviço e distrito, utilizando tanto planilhas que procurem refletir o conteúdo integral de cada projeto, como o controle permanente e direto dos usuários que o vínculo e o contrato tornam possíveis”⁴⁷.

A singularidade do setor saúde permite imaginar arranjos e dinâmicas institucionais específicos que não se restrinjam ao controle e ao enquadramento dos profissionais de saúde. Isto se deve ao fato de os problemas de maior peso, comumente presentes no setor, caracteristicamente problemas quase-estruturados refletindo um jogo de interesses às vezes extremamente complexo. Não caberia neste contexto uma receita programada para o processo de trabalho, ainda mais se tal receita não respeitar a realidade sociopsicocultural em que se pretende intervir⁴⁸.

A mudança recente da base tecnológica dos setores de produção, na qual o conhecimento e, mais especificamente, a capacidade de gestão estratégica das instituições vêm se constituindo recursos vitais, coloca hoje para o setor saúde o desafio de construir espaço para o exercício de criação de novas possibilidades pelos diferentes atores sociais⁴⁹.

Entender que o novo também surge da base da sociedade e que sempre é “dada a cada pessoa a possibilidade de progresso, de se constituir como sujeito”⁵⁰ possibilita “construir um novo conhecimento, experimentar novas formas de dirigir organizações, superando o eixo central de todas as escolas de administração que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos...”⁵¹.

Dentro destas premissas, o LAPA vem procurando constituir o autogoverno das instituições para criar novas formas de gestão combinando diretrizes aparentemente antagônicas, tais como “centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda”⁵².

Para a consecução deste sistema de gestão é necessário flexibilidade doutrinária e operativa, exigindo ainda o fortalecimento da prática democrática interinstitucional e a delegação de autonomia para as equipes locais, organizadas segundo unidades de produção, às quais teriam o direito de definir normas e atribuições referentes a suas atividades, desde que se responsabilizassem perante a instituição pelo cumprimento de diretrizes previamente acordadas, através do estabelecimento de um contrato entre as partes. Isto supõe

“a transformação das relações de trabalho, de tal forma que cada um desempenhasse o seu trabalho autonomamente, dentro de um projeto coletivo, controlando o seu processo de trabalho, seus produtos e resultados, transformando-se em agente e sujeito deste processo; porém, dentro de um contrato público, pautando-se pela defesa da vida do usuário, como o principal objetivo estratégico”⁵³.

Nele estariam “explicitados, de uma forma bastante concreta e operacional, direitos e deveres (através de) compromissos com indicadores de produtividade, de qualidade, de humanização e de acolhimentos dos pacientes ou grupos comunitários”⁵⁴.

Este esforço de renovar o sistema de gestão deve incluir, ainda, a criação de co-gestão tripartite aproveitando, inclusive, os espaços legais que criaram os Conselhos de Saúde.

Busca-se “diminuir a distância entre os que comandam, planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços...”⁵⁵ dando autonomia para que se organize o processo de trabalho e se redefina organogramas institucionais redistribuindo, desta forma, o poder de decidir, o que é uma forma de ir contra a lógica privatizante e clientelista do setor público no Brasil.

1.4. Metodologia

1.4.1 Concepções teóricas para abordagem do real

A investigação realizada em Betim, tomou como referência reflexões já consolidadas no campo das Ciências Sociais e que foram sintetizadas na obra de Cecília Minayo em que a autora analisa diferentes aspectos da pesquisa qualitativa no campo da saúde⁵⁶.

Entre os pressupostos metodológicos que orientaram o processo de investigação, cita-se

- a elaboração intelectual do objeto, das questões e dos objetivos de uma investigação é influenciada pela posição do pesquisador e sua opção metodológica já que, ao eleger um problema de ordem intelectual a partir de um problema de sua vida prática e ato contínuo, optar por uma determinada abordagem do real e por “um conjunto de técnicas que possibilite a construção da realidade”⁵⁷, estará marcando indelevelmente o produto de seu trabalho, uma vez que “o método é a alma da teoria”⁵⁸;
- o caráter histórico do objeto de conhecimento e, por via de sua inclusão nesse objeto, o caráter também histórico do sujeito e do conhecimento que ele é capaz de produzir constituem a marca específica das ciências sociais e, por conseguinte, da saúde coletiva, principalmente quando esta se propõe a estudar as práticas referidas à saúde e à doença⁵⁹;
- a natureza do objeto do conhecimento, marcado pela sua historicidade concreta impõe ao investigador uma aproximação não neutra de seu objeto ou seja, “numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação”⁶⁰;
- a escolha do tema surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, fruto de determinada inserção no real e nele encontrando suas razões e objetivos. Tanto o pesquisador como os atores, sujeitos/objetos da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade, uma vez que “ a visão de mundo de ambos está implicada em

todo o processo de conhecimento desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação”⁶¹;

- as ciências sociais são intrínseca e extrinsecamente ideológicas, comprometidas, portanto, com determinados interesses e visões de mundo historicamente construídos. “A dimensão ideológica se relaciona às escolhas do pesquisador. Quando definimos o que pesquisar, a partir de que base teórica e como pesquisar, estamos fazendo escolhas que são, mesmo em última instância, ideológicas. A neutralidade da investigação científica é um mito”⁶².

- a pesquisa é intrinsecamente processual; de tal modo que aspectos, inicialmente tidos como irrelevantes podem se mostrar vitais à compreensão e à explicitação do objeto, impondo, assim, correções e redefinições. A pesquisa se faz predominantemente no processo, na resolução das tensões permanentes entre os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico, internos a ela, assim como na interação com o espaço mais amplo em que a investigação se orienta, devido ao significado vivo de seu objeto o qual foge permanentemente dos pontos sucessivos em que foi por último entrevista e assume incessantemente novas determinações⁶³.

- o processo de pesquisa consiste em definição e redefinição do objeto em que se trabalha, a partir de outros conhecimentos, através de um exercício de apreensão, crítica e dúvidas. É um processo de aproximações contínuas em que o conhecimento oferece sempre uma imagem mais grosseira que a real ⁶⁴.

Na investigação realizada junto à Secretaria de Saúde de Betim o objeto de investigação sofreu várias redefinições à medida que se adentrava na realidade dos serviços e se ampliava o contato com diferentes concepções teóricas, no período de 20 meses que durou o trabalho de campo. Assim o objeto de investigação que inicialmente referenciava-se ao exame das características intrínsecas de determinados instrumentos de avaliação junto à SMS/BETIM, é posteriormente reformulado quando o investigador optou por pesquisar os instrumentos como analisadores do processo gestão da SMS/BETIM.

1.4.2 Instrumentos, métodos e técnicas de investigação

Para a fase exploratória da pesquisa e do trabalho de campo optou-se por fazer a coleta de dados através da observação-participante e do levantamento e análise de material escrito, buscando não só a coleta de um máximo de dados disponíveis como, também, um cruzamento de informações que iluminasse o objeto de pesquisa, no sentido com que é tratado por Minayo ao citar Schutz, quando este afirma que

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente novas ao objeto”⁶⁵.

As fontes escritas consultadas foram publicadas no período compreendido entre 1992 a 1996 sendo procedentes principalmente da SMS e da Prefeitura do Município, constando de documentos oficiais, de relatórios internos e de material de divulgação. Além destes, trabalhou-se também com materiais jornalísticos de periódicos locais e de circulação nacional.

1.4.2.1 A observação participante

Este método tem contribuições de diferentes vertentes do conhecimento tais como, funcionalismo ⁶⁶, fenomenologia ⁶⁷ e marxismo ⁶⁸, os quais, às vezes, travam uma viva polêmica sobre qual o melhor enfoque a ser trabalhado.

Malenowsky defini a observação participante

“como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados, e ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados, sendo portanto, parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo (que modifica ou é modificado) por este contexto”⁶⁹.

Para Minayo

“a natureza mais aberta e interativa de um trabalho qualitativo que envolve observação participante permite que o investigador combine o afazer de confirmar ou infirmar hipóteses com as vantagens de uma abordagem não estruturada. Colocando interrogações que vão sendo discutidas durante o processo de trabalho de campo, ele elimina questões irrelevantes, dá ênfase a determinados aspectos que surgem empiricamente e reformula hipóteses iniciais e provisórias”.

Considera ainda, esta autora, ser fundamental todos os dados estarem articulados com a teoria, daí a importância de se construir um quadro teórico o mais consistente, amplo e articulado possível. É a partir daí que se consegue fazer perguntas fundamentais à compreensão da realidade empírica ⁷⁰.

Por sua vez, Malinowsky afirma existir “... uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Denominamo-los ‘os imponderáveis da vida real’ ...”⁷¹.

Schutz sugere ao observador

“- ... colocar-se no mundo de seus entrevistados, buscando entender os princípios gerais que os homens seguem na sua vida cotidiana para organizar sua experiência, particularmente as de seu mundo social; ...(deve) manter uma perspectiva dinâmica que ao mesmo tempo leve em conta as relevâncias dos atores sociais, e tenha em mente o conjunto de relevâncias de sua abordagem teórica, o que lhe permite interagir ativamente com o campo; ...(deve) abandonar, na convivência, uma postura externa “de cientista”, entrando na cena social dos entrevistados como uma pessoa comum que partilha do cotidiano... (e) aplicar um certo número de métodos particulares para selecionar, coltar, manipular e estabelecer os dados”⁷², entre os quais inclui o diário de campo.

Já Raymond Gold⁷³ propõe quatro situações teoricamente possíveis as quais são construídas com fins analíticos, já que nenhuma delas se realiza puramente a não ser em condições especiais:

- participante-total - entende-se como o status do pesquisador que se propõe a participar inteiramente em todas as áreas da vida do grupo que

pretende conhecer. Corresponde mais aos pesquisadores que se envolvem no estudo de sociedades primitivas ou mesmo àqueles que praticam a Pesquisa Participante ou Pesquisa-ação.

- participante-como-observador - que deixa clara, para si e para o grupo, sua relação restrita ao tempo de trabalho no campo.
- observador-como-participante - usada como estratégia complementar ao uso de entrevistas. É uma observação quase formal em curto espaço de tempo e suas limitações advêm desse contato superficial.
- observador-total - em que se omite a interação direta com os informantes, mas não sai da cena do trabalho de campo. Os sujeitos da investigação não sabem que estão sendo observados, daí ser o rigor necessário às questões éticas do método.

Denzin

“insiste que em comparação com os cientistas que trabalham com *surveys* o pesquisador, no trabalho de campo que inclui observação participante, está mais livre de prejuízos uma vez que não é, necessariamente, prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes, e não durante o processo de pesquisa. A fluidez da própria natureza da observação participante concede ao pesquisador a possibilidade de usufruir ao mesmo tempo de dados que os *survey* proporcionam e de uma outra abordagem não-estruturada”⁷⁴.

Cicourel ⁷⁵ aprofunda esta reflexão comentando que quanto maior a participação do observador, maior o risco de seu envolvimento, mas também maior a sua possibilidade de se aproximar da dinâmica real dos acontecimentos. Este autor faz, ainda, uma crítica àqueles que possuem uma visão unilateral dos dados conseguidos e recomenda tornar explícitas as fontes de informações sobre o problema a ser pesquisado, o campo no qual a pesquisa se deu e a situação na qual a pesquisa foi desenvolvida, do ponto de vista institucional, além da especificidade dos informantes.

No trabalho que aqui se apresenta o investigador foi, segundo a tipologia proposta por Gold, um misto de Participante-total e Participante-como-observador.

Ao acompanhar a maneira de circulação dos instrumentos de avaliação na SMS, foi possível seguir e registrar em um diário de campo os movimentos, os discursos e as ações dos gerentes, trabalhadores e usuários em relação ao processo de gestão e planejamento.

O acompanhamento das atividades realizadas foi facilitado pela inserção profissional do pesquisador que, no desempenho de suas tarefas como técnico do Serviço de Avaliação e Controle da SMS/Betim, participou de momentos gerenciais ou assumiu responsabilidades centrais ao processo de gestão, tais como:

- oficinas de planejamento realizadas no 1º semestre de 1994 sob a coordenação de assessores do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) da UFMG;
- oficina de discussão de modelo tecno-assistencial, realizada sob a coordenação de Emerson Merhy, em setembro de 1994, que iniciou a aproximação formal do LAPA à SMS/Betim;
- oficinas do Programa de Desenvolvimento Gerencial realizadas em 1995, sob a coordenação do LAPA, nas quais foram tomadas decisões estratégicas para a Secretaria, no que se refere às atividades dos anos de 1995 e 1996;
- coordenação, junto a outros profissionais, do processo de aplicação e consolidação dos dados dos instrumentos de avaliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), levado a termo no 1º semestre de 1995, tendo sido de responsabilidade do pesquisador a elaboração do relatório de atividades;
- coordenação do processo de reformulação, aplicação e análise dos dados dos instrumentos de avaliação de abril de 1996;
- assessoria às UBS de Citrolândia e Jardim Petrópolis, cujos processos internos de planejamento e gestão subsidiaram importante parte das conclusões desta dissertação;
- participação ocasional em distintos fóruns da Secretaria, entre os quais, aqueles em que o grupo dirigente fez a avaliação das atividades da SMS em 1995 e, posteriormente, do ano de 1996.

1.4.2.2 O trabalho de campo

O projeto contou com uma boa acolhida por parte dos dirigentes da Secretaria, tendo o investigador procurado, desde os primeiros momentos do trabalho de campo, devolver parte das reflexões realizadas ao coletivo dirigente da Secretaria, o que foi feito, muitas vezes, através do próprio Serviço de Avaliação e Controle.

De outra parte, o investigador assumiu o compromisso perante o coletivo dirigente da SMS de publicar os resultados finais com o objetivo de contribuir para o processo organizativo do setor saúde em Betim.

Realizou-se também o acompanhamento das atividades gerenciais do nível central da Secretaria e sua aplicação junto às unidades básicas de saúde. Entre estas últimas, optou-se por realizar uma análise mais cuidadosa do processo de reorganização de trabalho de duas unidades - UBS Citrolândia e Jardim Petrópolis - que, além de se constituírem em unidades com razoável grau de complexidade, se caracterizam como locais onde o coletivo de trabalhadores buscou, efetivamente, reorganizar o processo de trabalho. Fez-se, assim, uma espécie de amostra não probabilística, no sentido trabalhado por Ricardo Bruno, ao considerar:

“as práticas de saúde, além de essencialmente dinâmicas, são também concebidas como estruturadas em uma totalidade, daí que cada *locus* de sua realização contenha necessariamente o conjunto das determinações dessa estruturação diversificado no concreto singular. Portanto, não se pode utilizar o termo amostragem... com o mesmo sentido que é utilizado probabilisticamente”.

Para este autor bastaria realizar a investigação em uma única instituição para se obter as evidências necessárias à construção do objeto; para ele “sua realização em várias instituições apenas funciona como mecanismo potencializador da razão, permitindo uma mais segura e fácil evidenciação do essencial”.

Notas bibliográficas

- ¹ MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1993.
- ² FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P.J. *A universalização excludente : reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ / IEL, 1989.
- ³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
- ⁴ SCHRAIBER, L.B (org.). *Programação em saúde hoje*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1993, 243p.
- ⁵ SCHRAIBER, 1993. (Nota prévia).
- ⁶ Ibidem. (Nota prévia).
- ⁷ MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. Introdução, p.11-14.
- ⁸ Ibidem. O processo social de distritalização da saúde p. 152.
- ⁹ Ibidem. (Nota prévia).
- ¹⁰ MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. Cap 3: Distritos sanitários: conceitos-chave, P.177.
- ¹¹ CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O casa da saúde. In: Cecílio, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.60.
- ¹² Ibidem. p.60.
- ¹³ Ibidem. p.60.
- ¹⁴ Ibidem. p.29-33.
- ¹⁵ Ibidem. p.66.
- ¹⁶ Ibidem. p.29-33.
- ¹⁷ MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do Planejamento em saúde no brasil. In: Gallo, E. (org.) *Razão e planejamento; Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.140-146.
- ¹⁸ Ibidem. p.140-146.
- ¹⁹ Ibidem. p.143.
- ²⁰ CAMPOS, G.W.S. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*. Campinas: Out, 1995. 12p. (Mimeo.).
- ²¹ Ibidem.
- ²² CAMPOS, 1994. p.29.
- ²³ CAMPOS, 1994. p.29.
- ²⁴ CAMPOS, 1994. p.68.
- ²⁵ Ibidem. p.72.
- ²⁶ MERHY, 1996.
- ²⁷ In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. Apresentação, p.9.
- ²⁸ CAMPOS, 1994. p. 48-57.
- ²⁹ Ibidem. p.54.
- ³⁰ CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 2ªed. Rio de Janeiro. Forense. 1982.
- ³¹ CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. p.13-54.
- ³² CAMPOS, 1994. p.57.
- ³³ Nota: Este termo é descrito por Carlos Matus como sendo um problema que não podemos definir nem explicar com precisão, por isso não sabemos bem como enfrentá-lo e muito menos conhecemos os critérios para escolher entre as opções que somos capazes de conceber para enfrentá-lo.
- ³⁴ MERHY, E.E. *Agir em Saúde: a micropolítica do processo de trabalho*. Campinas: DMPS/UNICAMP, out. 1995. (Mimeo.).
- ³⁵ MERHY, E.E. *Agir em Saúde: a micropolítica do processo de trabalho*. Campinas: DMPS/UNICAMP março/ab. 1996. p.11-12. (Inédito).
- ³⁶ Ibidem. p. 8.
- ³⁷ Ibidem. p.10.

- ³⁸ GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994. p.15 a 20.
- ³⁹ Ibidem. p.124.
- ⁴⁰ MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.124.
- ⁴¹ Ibidem.
- ⁴² CAMPOS, 1995. p. 1.
- ⁴³ MERHY, E.E. 1994. p .130, 138
- ⁴⁴ Ibidem. p. 125.
- ⁴⁵ CAMPOS, 1994. p.64.
- ⁴⁶ MERHY, 1996. p.23-32.
- ⁴⁷ Ibidem. p.23-32.
- ⁴⁸ CAMPOS, 1994. p.32.
- ⁴⁹ Ibidem. p.31.
- ⁵⁰ Ibidem. p.43.
- ⁵¹ MERHY, E.E. 1994. p.130.
- ⁵² CAMPOS, 1994. p.45.
- ⁵³ CAMPOS, 1994. p.32.
- ⁵⁴ MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁵⁵ MINAYO, M.C.S. (org.). "Pesquisa social: teoria, método e criatividade". Petrópolis: Vozes, 1994. 80p. Cap. 1: Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.
- ⁵⁶ LENIN, W. Cahiers Philosophiques. Paris. Éd. Sociales. 1965 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁵⁷ GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.
- ⁵⁸ LEVI-STRAUSS. (s.n.t.) apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁵⁹ MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes, 1994. Cap. 1: Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social
- ⁶⁰ SUELY, F.D. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- ⁶¹ MINAYO, 1993.
- ⁶² Ibidem. p.90.
- ⁶³ CARDOSO, L. (s.l.): (s.n), 1978 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.89.
- ⁶⁴ MALINOWSKI, B. Os Argonautas do Pacífico. São Paulo. Ed. Abril. Coleção os Pensadores. 1984 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁶⁵ SCHUTZ, A. Equality and the social Meaning Structure. Collected Papers II. Hague: Martinus Nijhoff, 1964 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁶⁶ KOSIK, K. Dialética do Concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.153,154.
- ⁶⁷ SCHWARTZ, M. & SCHWARTZ, C.G. Problems in Participant Observation. American Journal of Sociology 60 (January): 343-353. 1955 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.135.
- ⁶⁸ MINAYO, 1993

-
- ⁶⁹ MALINOWSKI, B. *Os Argonautas do Pacífico*. São Paulo. Ed. Abril. Coleção os Pensadores. 1984 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- ⁷⁰ SCHUTZ, op. Cit. P.140.
- ⁷¹ GOLD, R. Roles in sociological field observations. *Social Forces*, 36 (março 1958) apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.141.
- ⁷² DENZIN, N.D. *The Research Act*. Chicago: Aldine Publishing Co. 1970 apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.146.
- ⁷³ CICOUREL, A. *Method and Measurement in Sociology*. New York. The Free Press. 1969 (4ªed.) apud MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. p.146.
- ⁷⁴ MINAYO, 1993.
- ⁷⁵ GONÇALVES, 1994.

CAPÍTULO 2

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BETIM

2.1 Informes gerais

O município de Betim localiza-se na Zona Metalúrgica do Estado de Minas Gerais, ocupando uma área de 376 km² e dista 32 km de Belo Horizonte, capital do estado.

Cidade com pouco mais de 38.000 hab. em 1970, sofreu uma rápida expansão demográfica - média de 6,5% ao ano - tendo uma população estimada em cerca de 250.000 hab. para o ano de 1996¹. Isto ocorreu devido a chegada de migrantes de diversas regiões do estado, atraídos pela implantação de várias indústrias no município, entre elas, a Refinaria Gabriel Passos (Petrobrás), em 1968, e a Fiat Automóveis, em 1974.

O desenvolvimento econômico alcançado por Betim nos últimos anos pode ser aferido pela leitura de alguns indicadores, entre os quais:

- PIB de mais de 4 bilhões de dólares em 1993 (Anexo 2.1), traduzido em uma renda per capita de 22.450 dólares/ano² (Anexo 2.2);
- receita anual de 141 milhões de reais em 1995 (Anexo 2.3);
- 1ª posição na captação de ICMS no estado de Minas Gerais, a partir do ano de 1996, com uma projeção de arrecadação média mensal de 10,5 milhões de reais para o mesmo ano.

Apesar de apresentar quadro econômico historicamente favorável a uma política voltada para a melhoria de condições de vida da população, o desenvolvimento econômico, entretanto, não foi revertido em benefícios para a imensa maioria da população do Município, com mais de 60% das famílias vivendo com menos de 2 salários mínimos³. A estrutura urbana e os equipamentos de serviços públicos são precários como indicam os dados do IBGE, referentes a 1991, que apontavam Betim como o município de maior percentual de domicílios em favelas no estado de Minas Gerais, correspondendo a 15,82% do total de moradias nas quais residiam 20% da população em 1993⁴.

Procurando reverter este quadro o governo do município vem desde 1993 orientando seus esforços para responder às necessidades da grande maioria de sua população trabalhadora. Para isto buscou fortalecer o papel do Estado, enquanto prestador de serviços básicos e orientador de determinadas estratégias de desenvolvimento, no período de 93/96, assim sintetizado:

“ Saúde, hospital, remédio, médico, emprego, transporte, asfalto, esgoto, água, limpeza de ruas, coleta de lixo, defesa civil, urbanização, lazer, cultura, educação... respeito. São carências antigas de Betim, acumuladas durante anos e anos de abandono e de gestões autoritárias e excludentes, que privilegiavam pequenos grupos em detrimento da maioria.

... Em três anos de administração, foi possível mudar esse quadro e a cara de nossa cidade..., foi construído um grande hospital, aumentado em mais de 100% o número de residências atendidas por rede de esgoto, levada água tratada a regiões que com ela sonhavam há décadas, montada uma sólida infra-estrutura de educação e saúde, reestruturado o sistema de transporte coletivo e limpeza urbana, pavimentadas ruas, urbanizadas vilas, incentivados o esporte e a cultura, estimulado o lazer... Betim não é uma ilha isolada do resto do país e sofre as conseqüências da recessão e do desemprego.... A visão da administração é ampla, porque as ações não podem ser isoladas. Educação é na sala de aula, mas é também nas campanhas públicas, nos exemplos; é na escola primária, mas também nas creches e na universidade. Saúde é no hospital, mas é também nas unidades de atendimento básico, na construção de esgoto, na água tratada, nas campanhas de saúde bucal, na merenda escolar, na ausência de poluição. E assim é feito em todas as áreas”⁵.

2.2 Evolução histórica do setor saúde: 1993-1996

2.2.1 Quadro sanitário

Em 1993 realizou-se diagnóstico de saúde onde se relatava que

“... apenas 29% da população de Betim é servida por sistema coletor de esgoto, aproximadamente 80% pela rede de água tratada..., a coleta domiciliar de lixo ainda é deficiente, estando ausente em aproximadamente 22 bairros...”
concentrados na periferia do município⁶.

Após quatro anos de investimentos sociais (ANEXO 2.4),

“o município passou a contar com mais 209 quilômetros de rede de esgoto, ampliando de 30% para 65,5% a cobertura desse serviço em Betim. Até o final de 96, serão 75% beneficiando 71 mil pessoas... A água tratada já atende mais de 97% da população. Em todo município, foram construindo 165 quilômetros de rede, atendendo mais de 52 mil pessoas.

... Hoje, 90% dos moradores contam com coleta regular de lixo. Também foram implantados a coleta de lixo hospitalar...”.

2.2.2 Diagnóstico epidemiológico do município

O perfil de morbimortalidade do município em 1993 apresentava o típico quadro de transição epidemiológica em que doenças do subdesenvolvimento se somavam àquelas típicas das grandes metrópoles modernas:

- resultado de inquérito realizado junto aos serviços de saúde, trabalhadores e usuários⁷ apresentando perfil de morbidade semelhante ao apresentado por outras cidades de médio e grande portes no país, com predomínio de doenças respiratórias, cardiovasculares, infecto-contagiosas intestinais e hepatites, sistema nervoso/transtornos mentais e doenças de pele⁸;
- mais alto índice de prevalência de hanseníase da Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- alto índice de mortalidade por causas violentas (ANEXO 2.5);
- a razão de mortalidade proporcional entre 1991 a 1994 ficou na transição entre os índices 2 e 3 da classificação de Swaroop-Uemura (ANEXO 2.6) já que aproximadamente 50% dos óbitos do município eram de maiores de 50 anos, em comparação com a região sudeste, onde mais de 60% de seus óbitos ocorrem após os 50 anos⁹.

2.2.3 Quadro da rede de prestação de serviços de Saúde

No início da gestão municipal 93-96, a rede pública de saúde apresentava as seguintes características¹⁰:

- concentração da rede ambulatorial, em que 47% das unidades (9 das 19 existentes) se localizavam na região central dificultando o acesso dos usuários residentes nos bairros carentes da periferia;
- precariedade da rede física, com 12 unidades instaladas em barracões ou casas adaptadas;
- falta de integralidade de ações na rede, sem um eficiente sistema de referência e contra-referência;
- produção de 30.000 consultas médicas/mês ou 1,8 consultas por hab./ano, nos ambulatórios;
- existência de 4 unidades de Pronto-Atendimento 24 h., três das quais, concentradas na região central da cidade e em más condições de funcionamento devido, entre outros fatores, à rede física inadequada, às equipes médicas de urgências incompletas e aos serviços de apoio diagnóstico insuficientes¹¹;
- “ausência” de leitos públicos hospitalares, contando o município com apenas um hospital particular, pertencente à UNIMED, e um hospital do estado que direcionava o seu atendimento à comunidade local de hansenianos;
- falta de material permanente e de consumo, o que se complicava pela ineficiência dos setores administrativos responsáveis pelo fornecimento deste material¹²;
- insuficiência de quadro de pessoal, com um total de apenas 600 profissionais para 200.000 habitantes; a maioria dos quais insatisfeita, mal remunerada, com múltiplos vínculos empregatícios e dificuldade de fixação nas unidades de saúde¹³.

Este quadro era agravado pelo perfil socioeconômico da população de Betim, em que 85% recorriam exclusivamente à rede ambulatorial pública de Betim e cidades vizinhas; 10% o faziam ocasionalmente e apenas 5% buscavam a rede privada de saúde que, em Betim, se reduzia basicamente a um hospital de médio porte, clínicas de atendimento e apoio psicológico, laboratórios e consultórios particulares.

Buscando dar resposta a esta situação

“(a administração municipal investiu) 20% do seu orçamento no setor saúde (de tal maneira que em 1996)... dos 300 dólares investidos por habitante ao ano, 200 dólares são do próprio município... Também foram construídas três unidades de atendimento de Urgência (UAI). As quatro funcionam 24 horas e atendem cerca de 1.200 pessoas por dia. Foram reformadas e ampliadas 70% das Unidades Básicas de Saúde (estando atualmente em funcionalmente 18 UBS).

... A Prefeitura criou, ampliou e diversificou vários serviços. Foram implantados a Policlínica central, que realiza atendimento especializado, a Unidade de Fisioterapia, três Centros de Referência de Saúde Mental, O Centro de Convivência Cazusa - voltado para a orientação e prevenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis - e o Serviço de Saúde do Trabalhador.

Para equipar as unidades foram investidos 600 mil reais e adquiridas seis novas e modernas ambulâncias, com atendimento 24 horas.

A Prefeitura concluiu, equipou, contratou profissionais e inaugurou em maio de 94, a Maternidade Pública de Betim ... que atende principalmente mulheres de baixa renda.

Três clínicas odontológicas foram construídas e até o final de 96, serão oito. Elas realizam atendimento de urgência e tratamento a adultos e crianças através do Programa de Saúde Bucal. O programa também realiza atividades preventivas nas escolas públicas e creches.

Foram implantados novos Serviços de Vigilância Sanitária que realizam um atendimento cinco vezes maior do que em 92”¹⁴.

Resultado deste processo, os equipamentos públicos de saúde de Betim passaram de 22 unidades no ano de 1992 para 31 unidades em 1996, e o pessoal contratado passou de 600, em 1992, para 2200 em 1996, com previsão de contratação de mais 500 técnicos no 1º semestre de 1997.

Em 1996 a Secretaria de Saúde contava com as seguintes unidades de saúde, a seguir sumariamente caracterizadas:

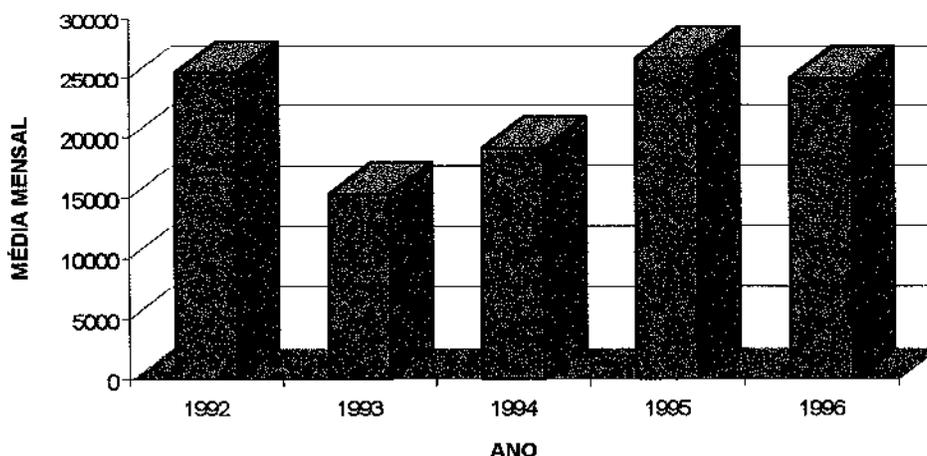
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Constituídas por dezoito unidades de grande, médio e pequeno portes que realizam a atenção básica à população no período de 7 as 19h dos dias úteis ofertando: consultas médicas das três especialidades básicas, atendimento individual de enfermagem e assistente social, procedimentos de nível médio, programas educativos, atividades comunitárias, coleta de exames clínicos, assistência farmacêutica e, a partir de abril de 1996, atendimento através de Equipes de Acolhimento.

A análise comparativa da produção mensal mostrou uma pequena queda nas consultas básicas (GRÁFICO 2.1) e um incremento substancial nas atividades de aplicação de vacinas, de atendimento de nível superior não médico, de atos profissionais de nível médio no ano de 1996 em relação aos anteriores (ANEXO 2.7).

Gráfico 2.1

Média mensal de consultas básicas no período de 1992 a 1996.



FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Relatório do Serviço de Bioestatística* Betim: nov. 1996.

A explicação para estes dados pode ser encontrada no aumento de profissionais na rede, na coleta e consolidação dos dados em distintos períodos e na forma de organização das Unidades Básicas de Saúde que a partir de 1996 passaram a trabalhar com Equipes de Acolhimento.

Algumas poucas UBS prestam serviços na área de psicologia/psiquiatria, dermatologia e homeopatia, além das atividades acima.

O Programa de Saúde Bucal realizava atendimento em 6 UBS e desenvolvia diferentes tipos de atividades odontológicas junto à comunidade de Betim, tendo aumentado significativamente o número de procedimentos coletivos e individuais prestados à população.

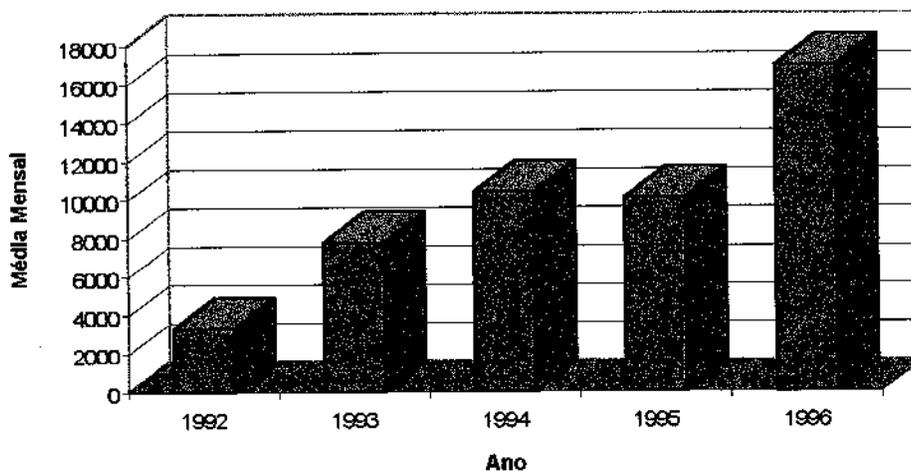
- Unidades de Atendimento Imediato (UAI)

Foram quatro unidades de pronto-atendimento, entregues à população entre 1995 e 1996 em substituição às anteriores, com capacidade para atenderem 1600 paciente/dia¹⁵. Tinham como função a prestação de serviços de urgência/emergência 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, contando, para isto, com laboratórios de urgência, raio X e leitos de observação, realizando ainda pequenas cirurgias e serviços na área de Enfermagem e Serviço Social.

Os atendimentos médicos realizados passaram por um crescimento exponencial (GRÁFICO 2.2) quando, de 3.300 consultas/mês realizadas em 1992, salta para 16.948 em 1996, um incremento de 500% nos quatro anos de administração e que corresponde a 60% das consultas médicas realizadas pela rede básica (ANEXO 2.7).

Gráfico 2.2

Média Mensal cons. urgências/emergência no período de 1992 a 1996.



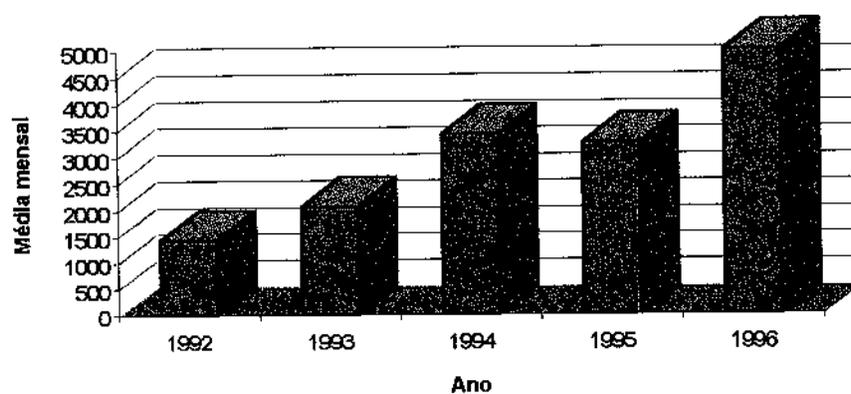
FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Relatório do Serviço de Bioestatística Betim*: nov. 1996.

- Especialidades

O aumento de atendimentos em consultas médicas especializadas, entre 1992 a 1996, foi de 300% atingindo, neste último ano, mais de 5000 atendimentos (GRÁFICO 2.3).

Gráfico 2.3

Média mensal de consultas especializadas no período de 1992 a 1996.



FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Relatório do Serviço de Bioestatística* Betim: nov. 1996.

- Centros de Referência de Saúde Mental

A partir de uma proposta que procurava desconstruir a lógica manicomial e trazer os munícipes betinenses portadores de sofrimento mental para serem tratados integralmente em Betim, a SMS priorizou as atividades do Projeto de Saúde Mental, tais como, construção de dois Centros de Referência em Saúde Mental e conseqüente lotação de profissionais nos mesmos, além de constituição de equipes em quatro Unidades Básicas de Saúde.

Como resultado destes investimentos “reduziu-se drasticamente o número de internações psiquiátricas que eram 624 em 1993 e caíram para ... 46 no período de julho/95 a julho/96”¹⁶.

- Centro de Convivência de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis

Inaugurado em 1995, desenvolvia atividades de prevenção, detecção de usuários infectados e assistência psicossocial aos pacientes e seus familiares.

- Maternidade

Inaugurada em maio de 1995, possuía 32 leitos com alojamento conjunto e 12 leitos com berçário de alto risco.

Os serviços ofertados por esta unidade, junto aos ofertados pelo Hospital Regional de Betim, cobriam ao final de 1996 toda a demanda obstétrica do município, fato de grande relevância quando se tem em conta que antes de 1995 não se realizava nenhum parto em instituições de caráter público em Betim, o que obrigava a maioria da população a recorrer a hospitais de municípios vizinhos.

- Hospital

Após a administração municipal investir 15,9 milhões de dólares (92,5% do valor da obra) na construção do hospital e cerca de 12 milhões na compra de equipamentos, inaugurou-se o Hospital Público Regional de Betim em julho de 1996, cobrindo-se, assim, uma lacuna do poder público com os munícipes, que, até então, não contavam com atendimento terciário de caráter público que desse respostas às suas necessidades de saúde.

A capacidade prevista para ser alcançada no primeiro semestre de 1996 era de 313 leitos e mil internações/mês¹⁷ a serem distribuídos nas clínicas de pediatria, clínica médica, cirurgia, gineco-obstetrícia e neonatologia e contando ainda com as Unidades de Queimados, Emergência, Atenção ao Renal Crônico (hemodiálise) e um Centro de Tratamento Intensivo aparelhado para atender adultos e crianças.

Para garantir a retaguarda destas atividades do hospital e da rede pública como um todo, o hospital já contava, em outubro de 1996, com: a) Serviço de Apoio Diagnóstico equipado com raios x, tomografia, ultra-som, endoscopia digestiva, laboratórios para exames anatomopatológicos e clínicos; b) Serviço de esterilização de materiais e lavanderia; e c) Serviço de Manipulação de dômio-sanitários e medicamentos básicos¹⁸.

Para a manutenção do Hospital foi constituído um Consórcio Intermunicipal de Saúde, de carácter público - ao contrário dos Consórcios implementados pela administração estadual de Minas Gerais que tinham carácter privado - composto por oito prefeituras da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O gerenciamento era realizado pela SMS/Betim, contando com assessoria do LAPA/UNICAMP, e tendo como finalidade oferecer um atendimento humanizado e resolutivo ao usuário através de ações que valorizem as atividades das equipes organizadas por unidades de produção, sem perder de vista a preocupação com a racionalização dos custos¹⁹.

Notas bibliográficas

- ¹ PACHECO, L. População de Betim cresce 37% desde 91. *O Tempo*, Belo Horizonte, 14 jan. 1997. Caderno Atualidades/Cidades. p.24.
- ² GOMES, MÁRCIO. PIB per capita de Minas ainda é o 11º do País. *Estado de Minas*. Belo Horizonte: 18 dez. 1994. Caderno Economia, p.4.
- ³ CARVALHO, S.R. *Reunião do governo de transição: o projeto da Secretaria de Desenvolvimento Social do município para 1997*. Betim: nov. 1996 (Notas Pessoais).
- ⁴ Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social apud: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Construção do Sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar*. Betim: 1993. p.3. (Mimeo.).
- ⁵ PERPÉTUO, M. C. L. O futuro para todos. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Betim de frente para o futuro*. Betim: 1996. p.3. (Informativo).
- ⁶ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Construção do Sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar*. Betim: 1993. p. 5. (Mimeo.).
- ⁷ *Ibidem*. p.7.
- ⁸ *Ibidem*. p.13.
- ⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - Estatísticas de Mortalidade - Brasil 1987. apud: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4ª ed; São Paulo: Medsi, 1994. P.49.
- ¹⁰ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Construção do Sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar*. Betim: 1993. p. 8. (Mimeo.).
- ¹¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Sistema Único de Saúde - Silos/Betim: Unidades de Atendimento Imediato*. Betim: set. 1994. p.1. (Mimeo.).
- ¹² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo Introdutório*. Betim: 1995. p.8.
- ¹³ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM *Construção do Sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar*. Betim: 1993. p. 15. (Mimeo.).
- ¹⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Betim de frente para o futuro*. Betim: 1996. p. 8-10. (Informativo).
- ¹⁵ UAI é pronto-socorro: atendimento 24h por dia no PTB. *Cidade de Betim*. Betim, 13 fev. 1996.
- ¹⁶ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *O percurso da Saúde Mental em Betim: 1993-1996*. Betim: out. 1996. 12p. (Mimeo.).
- ¹⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Betim de frente para o futuro*. Betim: 1996. p. 15 (Informativo).
- ¹⁸ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Hospital Regional de Betim*. Betim: ag. 1996. p.2.
- ¹⁹ Betim inaugura o mais moderno Hospital de Minas Gerais. *Cidade de Betim*. Betim: 1 a 7 ag. 1996 (Edição especial).

CAPÍTULO 3

O MODELO TECNO-ASSISTENCIAL E AS ESTRATÉGIAS GERENCIAIS DA SMS/BETIM

Este capítulo, após definir conceitualmente o que o investigador entende por modelo tecno-assistencial, passa a descrever e comentar as diferentes concepções de modelo que orientaram as atividades da Secretaria de Saúde, de 1993 a 1996, procurando explicitar as conseqüências destas escolhas para o processo de organização da rede pública de saúde.

3.1 Modelo tecno-assistencial

3.1.1 Aspectos conceituais

Trabalha-se aqui com a definição de modelo tecno-assistencial como “um conjunto de princípios e diretrizes dados por uma opção política, que se traduzem na organização dos serviços de saúde, segundo componentes tecnológicos e assistenciais”¹. Modelo é, portanto, “uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável”².

Ao falar de modelo faz-se referência a duas situações:

- um aparato institucional utilizado para organizar as ações de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, o qual classifica o modelo de acordo com a instituição prestadora e a hierarquia que elas estabelecem entre si, daí as denominações de modelos hospitalocêntricos, redbasicocêntrico, serviços de atenção primária etc.;
- configuração do que é tomado como problema de saúde. A escolha de determinados problemas de saúde como objeto de ação e o desenho da estratégia para o enfrentamento do problema são frutos de uma decisão política.

Para Merhy, o fato de

“os modelos assistenciais (estarem) sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, (é preferível usar) a denominação de modelos tecno-assistenciais, pois ... deste modo (está-se) expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político”³.

3.1.2 O projeto da SMS de 1993

3.1.2.1 O setor Saúde em janeiro de 1993

Quando os novos gestores municipais do SUS assumiram suas funções em 1993 caracterizaram da seguinte maneira o modelo tecno-assistencial encontrado⁴:

- centrado em ações individuais e curativas, levando a um reforço da dependência do paciente em relação aos profissionais, numa relação desigual e autoritária;
- tinha como objeto a cura da doença, considerada apenas como um fenômeno biológico, negando outras formas de interpretação do processo saúde/doença fora deste marco conceitual;
- centrado na figura do médico;
- usuário com dificuldade de acesso ao sistema, devido à desorganização do processo de trabalho, à falta de profissionais, à precariedade da rede física e à desarticulação entre as unidades assistenciais.

3.1.2.2 Diretrizes do modelo tecno-assistencial da SMS de 1993

Diante deste quadro, o grupo dirigente propôs um novo modelo tecno-assistencial orientado por três princípios básicos: “organização dos serviços e ações de saúde a partir do conceito de Vigilância à Saúde, exercida coletivamente sobre cada território;... descentralização administrativa, dos serviços e ações de saúde;... e efetivo controle social do sistema”⁵.

Para a consecução deste projeto foram desenhadas, entre outras, as seguintes diretrizes⁶:

- utilização da epidemiologia articulada às demandas sociais para o estabelecimento de prioridades;
- garantia de acesso universal em todos os níveis do sistema, tendo como “...portas de entrada as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Atendimento Imediato (UAI), as policlínicas e o Pronto-Socorro Municipal a ser construído”;
- “hierarquização e especialização das unidades de saúde conforme as realidades sanitárias e sociais regionais”;
- “acesso às informações e dados em saúde para qualquer cidadão, com a implementação de uma política democrática de informações e comunicação social”.

Procurando efetivar estas diretrizes, desenharam-se algumas operações⁷:

- “controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos, serviços e eventos que envolvam riscos à saúde ou sobre o meio ambiente, incluindo o do trabalho, de forma educativa e corretiva”;
- garantia de leitos hospitalares públicos, melhoria e ampliação da rede física ambulatorial, além de contratação e readequação dos recursos humanos necessários à implantação do modelo;
- implantação de sistema de referência e contra-referência;
- efetivação do sistema de avaliação e controle quali-quantitativo;
- participação complementar dos serviços privados.

Percebe-se nas diretrizes acima a influência do modelo de Vigilância à Saúde, presente em definições, tais como: a) saber epidemiológico, articulado às demandas sociais, como determinante das prioridades das ações de saúde no município; e b) organização do sistema em base territorial para possibilitar a Vigilância à Saúde.

A opção feita pela Secretaria naquele momento encontra explicação, entre outras, na cultura sanitária de boa parte de dirigentes e trabalhadores influenciada por experiências pilotos de implantação de Distritos Sanitários, sob os auspícios da OPAS, em cidades como Belo Horizonte, Ipatinga e Timóteo no estado de Minas Gerais⁸, e à interlocução que a SMS realizou em diversos momentos com técnicos e entidades que vêm trabalhando com este modelo de gestão em suas assessorias técnicas.

3.1.2.2.1 Avaliação dos resultados da implementação das diretrizes do modelo em 1994

Os problemas de caráter mais estruturado dos distintos projetos foram enfrentados de forma decidida no período anterior, ocorrendo uma substancial melhoria da rede física e do fornecimento de material permanente e de consumo para as unidades, além de contratação de novos profissionais para a rede.

Do ponto de vista administrativo criou-se neste o Fundo Municipal de Saúde, reformulou-se o organograma administrativo da Secretaria e realizou-se a divisão territorial do município segundo áreas de abrangência das distintas UBS.

O projeto assistencial tratou de reforçar os Programas dirigidos a determinados grupos de risco; fortalecer as ações de Vigilância Sanitária; responder a demandas de urgência/emergência, através da ampliação das Unidades de Atendimento Imediato (UAI); e democratizar a gestão através da nomeação de gerentes para todas as unidades de saúde do município e do fortalecimento da participação popular, organizada através dos Conselhos de Saúde.

Apesar de avanços, o grupo dirigente, reunido em diferentes fóruns⁹ durante o ano de 1994, concluiu que os resultados alcançados não estavam impactando suficientemente o cotidiano dos serviços de saúde, avaliando que o processo de trabalho nas unidades de saúde apresentava um conjunto de problemas:

- baixa resolutividade das ações de saúde;
- dificuldade de acesso do usuário ao sistema, visível nas filas de marcação de consulta e expressada no descontentamento dos usuários;

- fragilidade de vínculos entre equipes de trabalhadores e usuários;
- insatisfação dos profissionais da rede, alienados do objeto e meios de trabalho, com pouca adesão ao projeto da secretaria e insatisfeitos com o salário recebido;
- dificuldade para efetivar o Controle Social sobre o Silos Betim;
- Sistema de Informação em Saúde incipiente;
- falta de planejamento das atividades dos dirigentes de nível superior e dos gerentes intermediários, os quais vinham trabalhando, predominantemente, sob a pressão das urgências do dia-a-dia.

Diante deste quadro, a SMS decidiu rediscutir o processo de planejamento e gestão em curso, assim como reavaliar as diretrizes do modelo tecno-assistencial elaboradas no ano de 1993. Partindo desta conjuntura e da análise de diversas tecnologias e experiências de gestão existentes, a SMS contactou o Laboratório de Planejamento (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) que, informalmente, a partir de setembro de 1994 e formalmente, a partir de novembro do mesmo ano, passou a acompanhar as atividades da SMS/Betim.

A pedidos do grupo dirigente da Secretaria, o LAPA disponibilizou um assessor para o acompanhamento constante do processo de planejamento e gestão da SMS durante os anos de 1995/1996, contando este técnico com o apoio de outros membros do Laboratório de Planejamento quando se fizesse necessário.

Nas discussões realizadas a posteriori, o grupo de direção superior da SMS aprofundou o diagnóstico do momento vivenciado pela Secretaria em setembro de 1994, concluindo pela debilidade do projeto, em implantação desde o ano de 1993, e seu baixo impacto na mudança do perfil assistencial apesar de esforços realizados¹⁰. Concluindo ainda que a ineficácia do projeto idealizado fazia com que o modelo tradicional, centrado no profissional médico e predominantemente curativo, mantivesse sua hegemonia o que era agravado pela notória falta de adesão dos trabalhadores, manifestada, por uma greve de 74 dias no último trimestre de 1993.

A análise deste quadro levou a concluir que houve uma mudança para melhor na estrutura administrativa e no aparato legal que lhe dava sustentação, além de uma garantia de

provimento adequado de recursos financeiros para o projeto delineado, pouco se avançou na mudança do modelo assistencial.

Constatou-se, também, a necessidade do fortalecimento da capacidade de direção do corpo gerencial já que:

- a direção superior da SMS tinha dificuldade para gerir o projeto assistencial e de se comunicar com o nível local devido ao acúmulo de tarefas do dia-a-dia e à inexistência de fluxos de informação eficazes;
- a maioria dos gerentes das unidades de saúde tinha dificuldades para traduzir às instâncias locais o projeto da Secretaria e, principalmente, construir estratégias gerenciais com o objetivo de conquistar a adesão dos trabalhadores ao projeto em implantação¹¹.

Em resposta a este quadro, a SMS elegeu como prioridade desencadear um processo de reformulação do modelo tecno-assistencial e de fortalecimento das atividades de planejamento e gestão dos níveis central e local.

3.1.2.3 O desenho do modelo tecno-assistencial em 1995

O coletivo dirigente fez, no final de 1994 e início de 1995, uma reformulação do projeto de modelo tecno-assistencial a partir de amplas discussões realizadas em diversas oficinas do Programa de Desenvolvimento Gerencial. O produto desse esforço coletivo determinou uma nova dinâmica à rede com repercussões no dia-a-dia das unidades locais, assim como nas atividades do nível central.

Os princípios e diretrizes norteadores deste modelo tecno-assistencial em Betim foram os seguintes:¹²

- construção de um Serviço Público de Saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva;
- organização dos serviços tendo como base as necessidades de saúde sentidas pelos usuários;
- garantia da democracia do sistema através da participação dos usuários e trabalhadores, criando-se para isto mecanismos de co-gestão e autogestão;

- incorporação de amplas dimensões das questões de saúde à organização do processo de trabalho, abandonando qualquer visão programática *a priori*;
- garantia de acesso aos serviços e a todos os recursos tecnológicos disponíveis;
- humanização do conjunto de relações interpessoais e de equipes, desenvolvido nas unidades de saúde.

Em julho de 1995 a 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim referendou a proposta da Secretaria Municipal de Saúde, quando deliberou:

“ A lógica da organização do sistema de saúde de Betim deve garantir ao usuário acesso, acolhimento e vínculo. Para isto... o agendamento deve ser definido em parceria com o usuário, garantindo o atendimento médico durante todo o funcionamento do serviço, sem limite para número de consultas...a criação de mecanismos que garantam a ampliação da oferta de serviço, a resolubilidade e a humanização do atendimento, favorecendo o vínculo da equipe com a população e a qualidade dos serviços...

... A estrutura física e material da rede, assim como a aquisição de equipamentos deve prever a melhoria do atendimento e uma acolhida mais humanizada para a população...

... É urgente a implantação do novo modelo para tornar mais humano o trabalho para a população e para o próprio trabalhador nas tentativas de melhorar o atendimento e romper (para) com o velho modelo...

...assegurar o vínculo dos usuários com as Unidades Básicas de Saúde de seu território só será viável com a fixação de profissionais e com a responsabilidade da Unidade com as demandas de sua região, atendendo a população da área de abrangência na sua integralidade, fazendo visitas domiciliares, quando necessário, responsabilizando-se pela vigilância à saúde, fazendo busca ativa, trabalhos internos e atividades extra-muros...

...É importante acabar com as filas, criar conforto e acolhimento nas Unidades, com equipes específicas e preparadas para isto...

... Em relação à gestão de Recurso Humanos, a Plenária da 3ª Conferência Municipal de Saúde, entende que para efetivar a implantação do SUS-Betim, é preciso construir aliança entre trabalhadores e usuários na consolidação da rede municipal de saúde. Para isto é necessário não só garantir uma política de

recursos humanos justa e que contemple a satisfação dos trabalhadores, que seja um dos pontos no sentido de viabilizar sua fixação no município, bem como incluir questões como: processo de trabalho..., criação de espaços de discussões internas para os trabalhadores..., avaliação de serviços, implementação do Colegiado Gestor nas Unidades...”¹³

O Relatório da Conferência recomendou, ainda, um conjunto de ações para implementar o projeto delineado, no qual, determinadas ações visavam o acompanhamento das atividades da SMS/Betim:

“...aplicação de planilha de avaliação usando critérios de quantidade e qualidade de oferta de serviço, sempre com a participação do usuário, visando sua satisfação...

... avaliação do Plano Local estabelecido pela equipe multiprofissional, usuários, conselheiros locais e regionais e gerência, de maneira periódica e formal, com divulgação posterior dos resultados para aferir a qualidade dos serviços prestados...

... criação pela equipe da Unidade de instrumentos internos de avaliação da própria equipe e de seu desempenho, com vistas na qualidade dos serviços prestados e evitando a ociosidade...

... implementação de mecanismos de avaliação de desempenho dos recursos humanos da rede, principalmente dos que compõem o quadro de recepção...”¹⁴.

A descrição dos documentos acima permite avaliar a mudança de eixo do modelo tecno-assistencial da Secretaria a partir de 1995, no qual as necessidades sentidas pelo usuário passam a ter papel fundamental na determinação das prioridades assistenciais, passando o saber epidemiológico a ter função complementar na organização do processo de trabalho.

Acesso, acolhimento, resolutividade e vínculo passaram a ser palavras que permeariam todos os afazeres da SMS, balizando discussões e fortalecendo a comunicação entre diferentes atores sociais a partir da ampla divulgação destas categorias junto aos trabalhadores e usuários, particularmente durante o processo de planejamento local das Unidades Básicas de Saúde.

3.1.2.4 Estratégias para implantação do novo modelo tecno-assistencial: período 1995/1996

3.1.2.4.1 O Programa de Desenvolvimento Gerencial

A pedido da SMS, o LAPA estruturou com o Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria um programa de formação dos quadros gerenciais¹⁵ buscando responder às demandas concretas do dia-a-dia dos serviços e capacitá-los para “através do Planejamento Local e da Gestão Colegiada das unidades, gerir os recursos políticos e técnicos com a efetiva participação dos Conselhos Locais de Saúde, negociando e administrando conflitos...(garantindo assim) a reorganização dos processos de trabalho sob a ótica das necessidades de saúde da população”¹⁶.

A concepção deste programa se referenciou em uma abordagem na qual se aproveitaram para o desenho deste programa experiências realizadas em outras administrações e que foram referidas por Luiz Cecílio:

“o programa não (teria) nada dos cursos para gerentes mais tradicionais na medida em que sua concepção é a de organizar a gerência para a ação... ele tem um tempo de maturação para apresentar resultados.

Os próprios instrumentos de gerência e planejamentos (estariam) sendo construídos com a participação dos gerentes no correr do programa. Mais do que isto algumas atividades como a supervisão (estariam) sendo modeladas em função do desenvolvimento do programa. Desta maneira a gerência de nível central também (receberia) sua formação no programa.

Este (seria) montado em função das necessidades que em surgindo, respeitada, é claro, uma certa concepção geral de como ‘ fazer o curso’ e cumpridos certos ‘âmbitos temáticos’ mínimos”¹⁷.

Assim, foi estruturada uma série de oficinas para o ano de 1995, com um cronograma total de 684 horas de discussões, na qual se trabalhou com diversos temas sendo, uma parte destes, de responsabilidade dos membros do LAPA/SMS e, outra, da coordenação da SMS e assessores provenientes de diversas outras entidades.

Um conjunto de oficinas constituiu o eixo do Programa devido à participação dos dirigentes nos debates e ao caráter deliberativo das mesmas¹⁸. A maioria destas discussões foi coordenada pelo LAPA e tiveram como temas:

- Caracterização do município de Betim/Plano municipal de saúde/Modelo organo-funcional da SMS;
- Modelo tecno-assistencial;
- Planilha de Avaliação e Questionários de Trabalhadores e Usuários;
- Planejamento Local das Unidades Básicas de Saúde;
- Qualidade em saúde;
- Processo de trabalho em saúde;
- Balanço do PDG.

As demais oficinas tiveram menor impacto no cotidiano gerencial tendo abordado as seguintes temáticas:

- Noções de análise institucional
- Noções de epidemiologia
- Sistema de Informação
- Sistema de referência e contra-referência
- Orçamento
- Custos

Esta extensa agenda de atividades contou com a participação inicial de 70 dirigentes e técnicos da SMS que constituíram um grupo bastante heterogêneo formado por profissionais de níveis superior e médio.

O absenteísmo e a irregularidade na participação prejudicaram os resultados, mas não impediram que se desenhasse nestas oficinas um projeto assistencial e se fortalecesse a capacitação de parte do grupo inicial, constituída por cerca de duas dezenas participantes do Programa que foram os responsáveis principais pelo produto final das mesmas. Este fórum, além de ter definido o modelo da SMS/Betim, deliberou sobre os conteúdos da Planilha e dos Questionários, tendo ainda escolhido um grupo técnico responsável pela operacionalização destes instrumentos na rede no mês de maio de 1995, assim como desenhou toda estratégia geral para a realização do planejamento local nas unidades básicas de saúde.

Apesar de uma avaliação favorável do PDG, realizada pelos participantes do programa em dezembro de 1995, muitos manifestaram não se sentirem ainda capacitados para as funções gerenciais e os desafios que o modelo tecno-assistencial lhes colocava.

3.1.2.4.2 Os projetos prioritários da SMS/Betim

Em dezembro de 1994, paralelo à discussão das diretrizes do modelo tecno-assistencial que se estava iniciando, o grupo dirigente elaborou um conjunto de projetos prioritários visando orientar as ações de saúde da instituição, escolhendo um responsável para cada um dos projetos a quem caberia montar sua rede de ajuda e detalhar as diretrizes em operações e ações, com prazos e responsabilidades¹⁹.

Inicialmente em número de dez projetos, este plano operacional foi sofrendo contínuas modificações à medida que se cumpriam operações e ações, que apareciam novas demandas e que se aperfeiçoava o desenho do modelo tecno-assistencial da Secretaria, de tal maneira que, ao final de 1996, o Plano passou a conter 7 projetos.

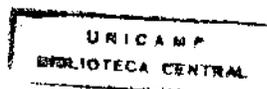
As temáticas iniciais, que de alguma forma se mantiveram nos planos posteriores, serão apresentadas a seguir, com alguns comentários que se fazem necessários, para melhor compreensão do objeto de estudo²⁰.

- Projeto 1: Garantir controle social efetivo

Tinha operações para garantir a participação organizada nos distintos fóruns da Prefeitura Municipal de Betim. Sua formulação e operacionalização priorizavam as instâncias formais de participação popular e dedicavam pouca atenção ao processo de participação dos usuários não organizados.

- Projeto 2: Garantir financiamento do SUS/Betim

Desenhava operações que objetivavam a captação de recursos junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado, além de priorizar esforços junto a outras instituições, estadual e federal, tais como a Bipartite, o COSEMS e o CONASEMS;



- Projeto 3: Garantir assistência hospitalar pública

Procurava criar condições necessárias à implantação e ao funcionamento do Hospital Regional de Betim e garantir o bom funcionamento da Maternidade Municipal.

- Projeto 4: Ampliar a oferta pública de serviços especializados

Incorporava em suas operações o acompanhamento das atividades da Policlínica de Especialidades, Centros de Referência em Saúde Mental, Centro de Convivência para portadores de AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis e unidade de Fisioterapia.

Couberam também a este projeto o acompanhamento das atividades das Unidades de Atendimento Imediato (UAI) e a definição da missão institucional das mesmas.

- Projeto 5: Ampliar a oferta pública de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este projeto priorizava a implantação do Laboratório Central, do projeto de assistência farmacêutica, além de ampliação da realização de determinados exames complementares.

- Projeto 6: Ampliar as ações de vigilância à saúde

As diretrizes desenhadas se referiam à implantação de ações de Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Vigilância a zoonoses.

- Projeto 7: Implementar nas Unidades Básicas de Saúde todas as ações básicas de saúde individual e coletiva.

Este projeto tinha como diretrizes fundamentais: descentralizar as ações de Vigilância à Saúde; definir áreas de abrangência das UBS; facilitar o acesso do usuário garantindo-lhe o acolhimento e o vínculo com a equipe, e implementar as ações programáticas.

A condução das operações e ações deste projeto foi efetivada com a preocupação de se utilizar as tecnologias de gestão disponíveis, entre elas, os instrumentos de avaliação utilizados na SMS/Betim, assim como determinadas técnicas de Planejamento Estratégico Situacional.

Este fato revestiu-se de grande importância para a operacionalização e utilização efetiva dos instrumentos junto à rede básica, já que possibilitou a aproximação do planejamento com instâncias responsáveis pela operacionalização das diretrizes da SMS.

- Projeto 8: Motivar os trabalhadores para a efetivação do SUS/Betim

No ano de 1995, priorizou-se a formulação de Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos da SMS e a capacitação dos dirigentes, através do Programa de Desenvolvimento Gerencial, e dos trabalhadores, através de cursos de diferentes modalidades.

A partir de 1996 as ações incorporaram o trabalho de apoio ao processo de planejamento local, participando os técnicos deste setor do Grupo que se responsabilizou pela reformulação e aplicação dos instrumentos de avaliação em abril de 1996.

- Projeto 9: Implementar gestão descentralizada, democrática e eficaz

Este projeto continha diversas operações que estavam contempladas, de uma outra maneira, nos demais projetos da Secretaria, tendo priorizado ações com o objetivo de consolidar um Sistema de Informação em Saúde.

- Projeto 10: Consolidar a gestão Semiplena

Suas diretrizes buscavam preencher os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde, tarefa que foi realizada a contento e permitiu a Betim fazer parte do 1º grupo de municípios escolhido no país, em janeiro de 1995, para administrar o Sistema sob regime de Gestão Semiplena.

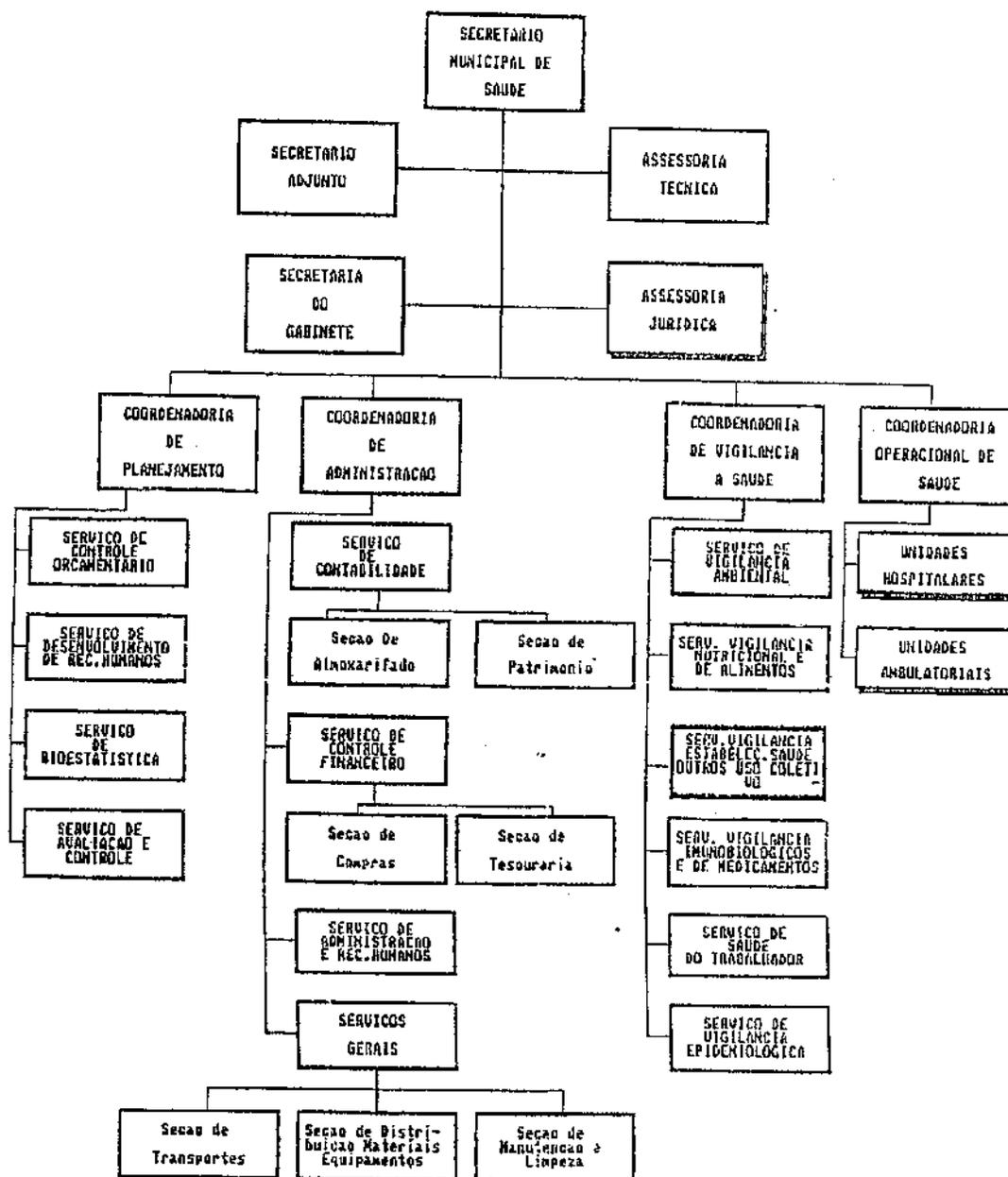
Avaliação realizada pelo Coletivo Dirigente da SMS em dezembro de 1995 mostrou que, apesar das intenções, apenas poucos projetos tornaram-se de fato instrumentos estratégicos de comunicação e coordenação das atividades da Secretaria, ficando a maioria desatualizada em relação à realidade dos serviços apresentando dificuldade para monitorar e articular o conjunto de ações da rede de saúde do SUS/Betim²¹.

Em janeiro de 1996 os coordenadores de Projetos foram formalmente incorporados ao Grupo de Direção Estratégica da Secretaria, com a expectativa de se melhorar o Sistema de Petição e Contas da Secretaria e de valorizar o papel dos distintos Projetos prioritários.

3.1.2.4.3 Redefinição do organograma funcional da Secretaria

Desde 1993 a SMS procurou democratizar as relações internas e romper com a estrutura verticalizada que herdou da administração anterior, desenhando um novo organograma institucional (FIG. 3.1), que irá se constituir em elemento central da gestão da Secretaria, apesar de esforços posteriores para se evoluir para uma gestão por Projetos..

Figura 3.1



Com a reformulação do modelo tecno-assistencial no início de 1995, procurou-se consolidar um processo de construção coletiva da Secretaria através da capacitação dos quadros dirigentes ao Programa de Desenvolvimento Gerencial e da criação de distintos fóruns gerenciais, entre os quais:

- Grupo de Direção Estratégica (GDE)

Composto pelo Secretário, Secretário Adjunto e coordenadores dos distintos Projetos da SMS que teriam como função acompanhar e avaliar os Projetos;

- Colegiado Gestor da SMS

Fórum maior da Secretaria, de caráter deliberativo, constituído pelo GDE e todos os gerentes das unidades de saúde, com o objetivo de avaliar e acompanhar o desenvolvimento da organização dos serviços;

- Colegiados Gestores das Unidades de Saúde

Constituído pelo gerente e pelos coordenadores de distintos setores das unidades, organizados preferencialmente por unidades de produção²².

Apesar de desenhos formais, o efetivo processo de gerenciamento não passou necessariamente pelo planejado, constituindo tema de grande relevância para maior ou menor sucesso da mudança na organização do processo de trabalho na SMS/Betim.

Notas Bibliográficas

- ¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. Modelos Assistenciais. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II*. Betim: maio, 1995. p.55-68. (Relatório).
- ² CAMPOS, G.W.S. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*. Campinas: Out, 1995. (Mimeo.).
- ³ MERHY, E.E, CECÍLIO, L.C.O, NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde e Debate*. São Paulo-Rio de Janeiro: 33, p.84-89.
- ⁴ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Construção do sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar*. Betim: 1993. p.9.
- ⁵ Ibidem. p.11.
- ⁶ Ibidem. p.11.
- ⁷ Ibidem. p.12.
- ⁸ MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. 310 p.
- ⁹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Oficinas de planejamento do 1º semestre de 1994*. Betim: 1994. (Relatório).
- ¹⁰ CARVALHO.S.R. *Reunião do Grupo de Direção Estratégica*. Betim: set. 1994. (Notas pessoais).
- ¹¹ OLIVEIRA, R. C. *Projeto 7 - Implantar as ações básicas nas unidades de saúde individual e coletiva*. Betim: abr., 1996. p.11-12 (Mimeogr.).
- ¹² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. Modelos Assistenciais. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II*. Betim: maio, 1995. p.55-68. (Relatório).
- ¹³ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE/PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Betim. Deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: 1995. (Relatório).
- ¹⁴ Ibidem.
- ¹⁵ BUENO, W.S. *Um gestor pleno dos sistema: Saúde Betim*. Campinas, 1996. P.7. (Inédito).
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ CECÍLIO. L.C.O. *Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na Saúde*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1993. 347P. (Tese de doutorado em Saúde Coletiva).
- ¹⁸ CARVALHO.S.R. *Oficinas do Programa de Desenvolvimento Gerencial*. Betim: 1995. (Notas pessoais).
- ¹⁹ BUENO. 1996. p.7.
- ²⁰ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Plano Municipal de Saúde*. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo Introdutório*. Betim: 1995. P.12-21. (Relatório).
- ²¹ CARVALHO. S.R. *Oficina de avaliação do PDG*. Betim: dez. 1995. (Notas pessoais).
- ²² CARVALHO. S.R. *Reunião Grupo de Apoio Gerencial*. Betim: nov. 1995 (Notas pessoais).

CAPÍTULO 4

OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA: MAIO DE 1995

Definido o novo modelo tecno-assistencial e o conteúdo dos Projetos prioritários da SMS/Betim, o Coletivo Dirigente procurou estabelecer um cronograma de elaboração de planos locais de saúde nas distintas unidades da rede básica de saúde¹.

Como passo inicial deste processo, construiu determinados instrumentos de avaliação, no caso, a Planilha de Avaliação e os Questionários dirigidos aos trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), procurando ter-se, um diagnóstico mais consistente da organização do processo de trabalho das diferentes unidades e uma ferramenta que traduzisse e induzisse as diretrizes do modelo tecno-assistencial na rede.

Conhecido os resultados, em julho de 1995 iniciou-se o processo de planejamento nas UBs através da ampla utilização dos resultados da Planilha de Avaliação, e de uma utilização marginal, naquele momento, das informações fornecidas pelos Questionários dos Trabalhadores e Usuários.

4.1 Planilha de Avaliação da rede básica da SMS/Betim: maio de 1995

4.1.1 Referências conceituais

Este instrumento é componente essencial do estilo de gestão com que o LAPA vem trabalhando ao longo dos anos em diversas instituições brasileiras, tendo sido objeto de análise de Luiz Cecilio quando em sua tese de doutorado comentava, a partir do acompanhamento deste instrumento junto à SMS/Piracicaba, que a planilha

“mesmo aceitando a restrição de trabalhar apenas com itens passíveis de quantificação, ...consegue abranger um conjunto de aspectos que lhe conferem um grau de sensibilidade e especificidade importantes ao avaliar acesso, acolhimento, resolutividade, vínculo, gestão colegiada e controle social. Existe um amplo universo de indicadores qualitativos/quantitativos a ser explorado. A Planilha não tem intenção de ser extensiva, embora possa sê-lo cada vez mais. Na realidade ela

trabalha com Indicadores Sentinelas, ou seja, ela está medindo alguns aspectos do funcionamento da unidade, que para funcionarem bem, demandam necessariamente, um grau mínimo de organização, de comunicação de equipe e portanto de atividades de gerência. O seu alcance pode indicar indiretamente que o atendimento à população está sendo feito dentro de um padrão mínimo de qualidade, conforme o Modelo tecno-assistencial proposto. Acima de tudo a Planilha é um instrumento em processo de construção, sujeita a todo momento a alterações, o que não impede de se fazer comparações entre as unidades”².

Além da função de avaliar o desempenho das equipes locais, a Planilha tem sido utilizada em distintas experiências institucionais com o objetivo de :

- facilitar negociações de metas governamentais com equipes locais procurando constituir um “contrato” entre as partes, no qual as metas acordadas seriam monitoradas pelos indicadores da Planilha³.
- induzir determinado projeto assistencial de organização das unidades de saúde e traduzir em uma linguagem acessível aos trabalhadores e usuários as diretrizes do mesmo;
- se constituir em eficaz dispositivo analisador que permita ao conjunto de gerentes e trabalhadores da rede a escuta de ruídos que desvele o silêncio da impunidade, da burocratização e da desumanização tão presente nos serviços públicos de saúde”⁴.

4.1.2 Processo de formulação dos indicadores da Planilha da SMS/Betim

Elaborada coletivamente pelos participantes da oficina do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG), realizada em março de 1995. A Planilha foi formulada com a perspectiva de poder sofrer mudanças de conteúdo, em resposta a futuras reformulações das diretrizes do modelo tecno-assistencial.

Para a incorporação deste instrumento ao cotidiano gerencial da Secretaria e para o acompanhamento do processo de reorganização do trabalho da rede básica, o Coletivo Dirigente acordou aplicar periodicamente o instrumento no intervalo de seis. (TAB. 4.1).

Refletindo as diretrizes do Modelo assistencial a Planilha foi elaborada com o intuito de avaliar⁵:

- o acesso aos serviços de saúde;
- a responsabilização e o vínculo do trabalhador em relação ao usuário;
- a maneira que o usuário era acolhido pelas equipes locais;
- a resolutividade das ações efetuadas na unidade;
- o processo de gestão das unidades básicas;
- a adesão do trabalhador ao modelo em implantação;
- as condições de trabalho relacionadas à logística e à infra-estrutura.

No processo de formulação deste instrumento o Coletivo Dirigente elaborou, num primeiro momento, 40 indicadores, tendo, posteriormente, selecionado quatorze que constituíram a primeira Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde da SMS/Betim⁶.

Os detalhes técnicos deste instrumento, tais como unidades de medida, fontes de coleta de dados e periodicidade de aplicação, foram elaborados pelo conjunto dos dirigentes da Secretaria tendo sido aprimorados, *a posteriori*, por um Grupo Técnico que também coletou e consolidou os resultados aferidos pela aplicação da Planilha (TAB. 4.1).

TABELA 4.1 - Indicadores para avaliação das UBS - maio de 1995

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA(Parâmetro)	PONTOS	CRITÉRIOS	FONTE	PERIODICIDADE
Tempo máximo p/ agendamento da 1ª consulta	01 Semana	5,0 2,5 0,0	≤ 1 Semana ≤ 2 Semanas > 2 Semanas ou Ñ agenda.	Agenda com dia do agendamento e o dia da consulta	Mensal
2)Garantia de consulta de retorno de acordo com rotinas dos programas	Tempo definido em cada programa	5,0 2,5 0,0	100% de retorno (ramas) ≥ 50% de retorno < 50% de retorno	AGENDA dia da consulta + dia do retorno	Mensal
3)Oferta de todas as ações básicas de saúde durante todo o funcionamento da Unidade	SIM OU NÃO	5,0 2,5 0,0	100% das ações ≥ 50% das ações < 50% das ações	Horário de serviço de cada Unidade	Diária
4)A unidade garante todo atendimento referenciado com data e hora marcada	SIM OU NÃO	5,0 0,0	Sim Não	Pode ser um livro ou formulário com anotação por Unidade ou Especialidade.	Mensal
5)Número de deliberações que se consegue implementar pelo C. Social	Nº de deliberações implementadas Nº de deliberações do Conselho 100%	5,0 2,5 0,0	100% ≥ 50% < 50%	Ata de reunião do Conselho	Continua
6)Cobertura vacinal	Nº de crianças c/ esquema vacinal completo Nº de crianças da área de abrangência	5,0 2,5 0,0	100% ≥ 90% < 90%	- IBGE - Mapa de Vacina	Anual
7)Cobertura de consultas à gestante	Nº de gestantes atendidas no Pré-natal (área de Abrangência) População estimada de gestantes (área de abrangência)	5,0 2,5 0,0	≥ 80% ≥ 50% < 50%	- IBGE (Registro pré-natal)	Trimestral
8)Proporção de gestantes atendidas por trimestre de gestação	% de gestantes que iniciam o pré-natal: . no 1º trimestre . no 2º trimestre . no 3º trimestre	5,0 2,5 0,0	90% ou + iniciaram no 1º trim. 70% ou+ iniciaram no 1º e 2º tr. Menos de 70% iniciaram no 1º e 2º trim.	Mapa diário de produção	Trimestral
9) Grau de encaminhamento	Nº de encaminhamentos Nº de atendimentos 20%	5,0 2,5 0,0	< 20% < 30% > 40%	Mapa diário de Produção	Trimestral
10)Cobertura de 1ª consulta	Nº de atendimentos de 1ª consulta Pop da área de abrangência	5,0 2,5 0,0	≥ 80% ≥ 50% < 50%	Mapa diário de produção e IBGE	Trimestral
11)Índice de preenchimento de demanda de R.H.	Nº de hora existente por profissional Nº de hora necessária	5,0 0,0	Sim Não	Folha de frequência	Trimestral
12)Registro dos dados no prontuário.	Nº de prontuários c/ registro completo Total de prontuários da amostra	5,0 2,5 0,0	80% dos pront. c/ 5 itens preenc. 60% dos pront. com mais de 4 itens preenchidos menos de 60% dos pront. com 5 e/ou 4 itens preenchidos	Prontuário	mensal
13)Grau de democracia do colegiado gestor nas UBS.	Nº de setores que participam do colegiado Nº de setores da UBS.	5,0 2,5 0,0	100% ≥ 50% < 50%	Lista de presença das reuniões.	Trimestral
14)Grau de efetividade do colegiado	Nº decisões implementadas no prazo estabelecido Nº de decisões tomadas	5,0 2,5 0,0	100%(13 setores) ≥ 46(6 setores) < 46%	Ata do Colegiado	mensal

FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório sobre aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995 (Planilha de Avaliação das Unidades de Básicas de Saúde - abril de 1996: relatório final)

NOTA:-Os critérios de pontuação da Planilha de maio de 1995 foram atualizados, segundo critérios utilizados no processo de aplicação da Planilha de abril de 1996, objetivando facilitar a comparação dos resultados.

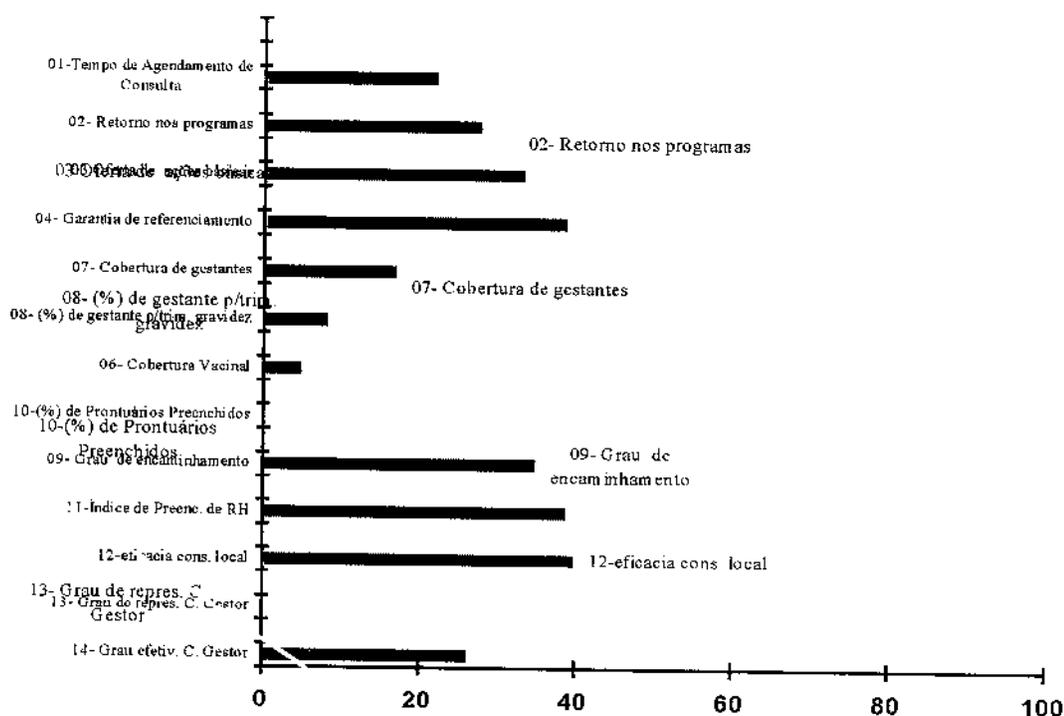
4.1.3 Coleta, consolidação e análise dos dados da Planilha de maio de 1995

Aplicada em maio de 1995 em toda a rede básica, o relatório contendo resultados da avaliação realizada foi divulgado apenas em julho de 1995, portanto, três meses após a coleta dos dados. Esta demora foi motivada por dificuldades de distinta natureza, entre as quais⁷:

- acúmulo de tarefas dos membros do Grupo Técnico responsável pela aplicação da Planilha;
- deficiência dos registros de dados nas unidades de saúde e fragmentação das ações do Sistema de Informação em Saúde da SMS/Betim;
- aplicação consecutiva da Planilha e dos Questionários dos Trabalhadores e Usuários com o conseqüente retardo na apresentação dos resultados da primeira, devido à maior complexidade do processo de aplicação dos Questionários;
- pouca disponibilidade do grupo dirigente de nível central para acompanhar e supervisionar o trabalho do grupo técnico;
- greve no setor saúde no final do mês de maio de 1995.

Em geral, a rede básica apresentou um fraco desempenho em relação aos diversos indicadores (GRAF. 4.1):

GRÁFICO 4.1 - Nota média dos Indicadores/Planilha Maio/95
Valores expressos em percentual da nota máxima possível -



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação da Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995,

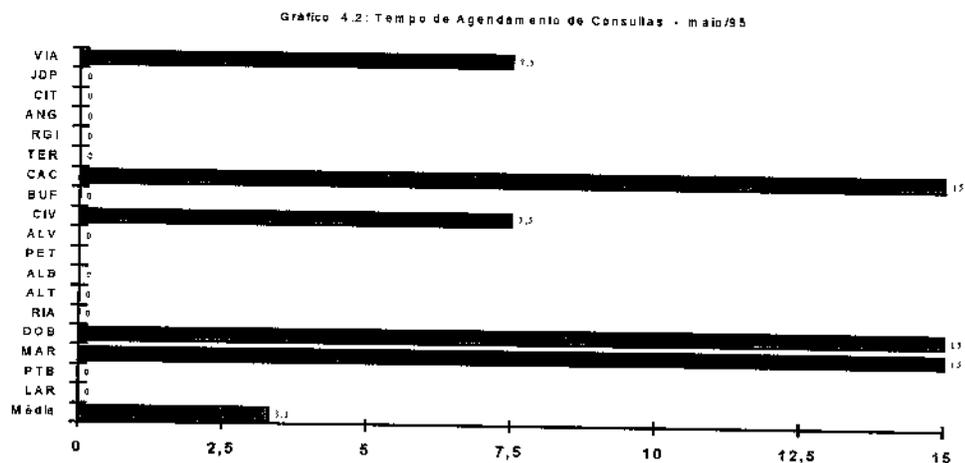
Indicadores de acesso

Do total de indicadores, oito - 1,2,3,4,6,7,8,10 - avaliavam diferentes aspectos do *acesso* dos usuários aos serviços de saúde.

Destes, cinco mostraram-se de boa qualidade - 1,2,3,4 e 8 - e os demais - 5,6,7,10 - apresentaram problemas referentes ao conteúdo ou à viabilidade técnica.

O indicador 1 monitorou o *tempo máximo para agendamento da primeira consulta* nas três clínicas básicas tendo.

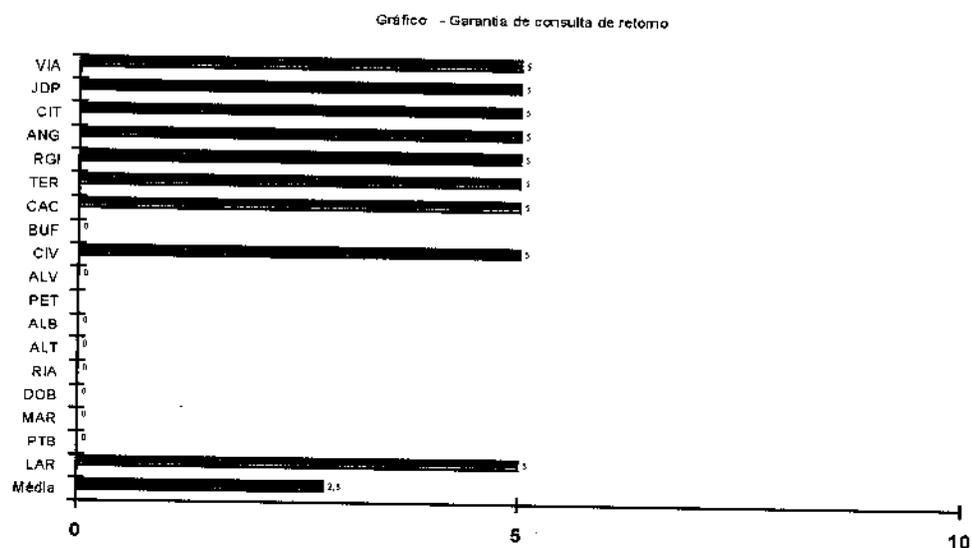
Os resultados (GRAF. 4.2) apontaram a existência de demanda reprimida neste item já que apenas três unidades - a maioria de pequeno porte - garantiam o acesso à consulta médica em menos de uma semana e duas, entre uma a duas semanas.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação da Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995,

NOTA - Pontuação possível de 0 a 15 devido ao peso 3 do indicador

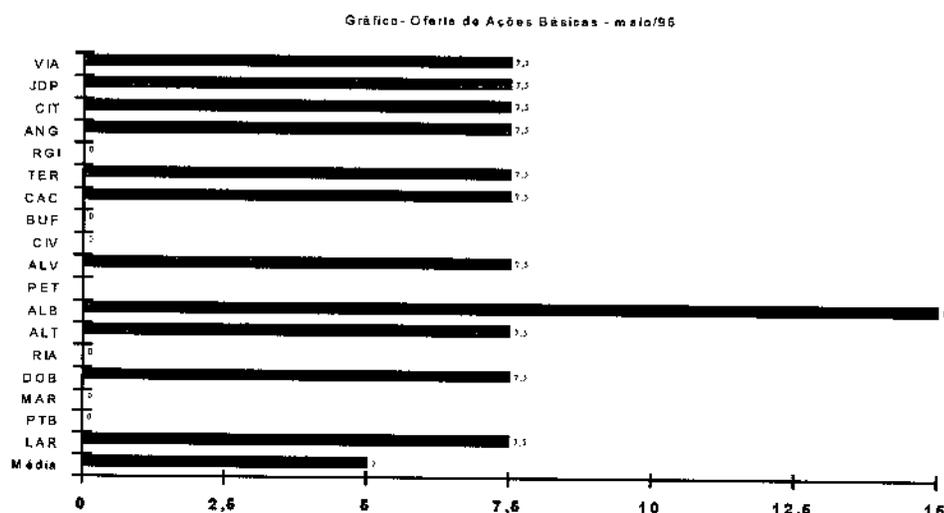
O indicador 2 - *Garantia de consulta de retorno de acordo com rotina de Programas* - permitiu observar que os programas definidos como prioritários pela SMS não estavam efetivamente implantados na rede básica (GRAF. 4.3), apesar de o projeto assistencial implementado durante o biênio 93/94 dispensar atenção a esta forma de se organizar os serviços de saúde.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação da Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995, NOTA - Pontuação possível de 0 a 10 devido ao peso 2 do indicador

O indicador 3 - *Oferta de todas as ações básicas de saúde durante todo o funcionamento da unidade* - reforçou a discussão sobre as ações básicas (atividades de imunização, determinados procedimentos de enfermagem, dispensação de medicamentos e consultas médicas básicas) que as equipes locais deveriam obrigatoriamente ofertar aos usuários durante todo o funcionamento da unidade, segundo determinação do nível central da SMS.

O fraco desempenho (GRAF. 4.4) sinalizou a debilidade das mudanças no processo de gestão, ocorridas até então, alertando para a necessidade de as equipes de saúde aumentarem o perfil de oferta de serviços de suas unidades.



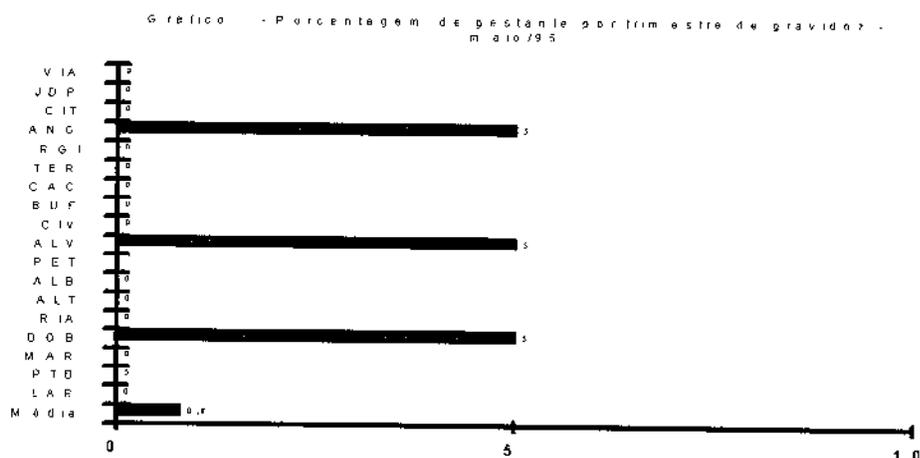
FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995.

NOTA - Pontuação possível de 0 a 15 devido ao peso 3 do indicador

O indicador 8 - *Proporção de gestantes atendidas por trimestre de gestação* - procurou monitorar um componente importante do acesso das gestantes ao pré-natal, assim como a resolutividade do mesmo.

Os resultados alcançados (GRAF. 4.5) sugerem um fraco desempenho da rede como um todo, o que pode ser explicado, parcialmente, pela desestruturação do programa específico e pela má qualidade no registro dos dados.

Ao procurar indicar diretrizes fundamentais ao modelo e trabalhar com dados facilmente coletáveis, foi considerado um indicador consistente e de boa qualidade.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995.

NOTA - Pontuação possível de 0 a 10 devido ao peso 2do indicador

O indicador 4 - *A unidade garante todo atendimento referenciado com data e hora marcada* - teve como objetivo averiguar o fluxo dos pacientes junto ao Sistema de Saúde e o grau de integralidade da rede.

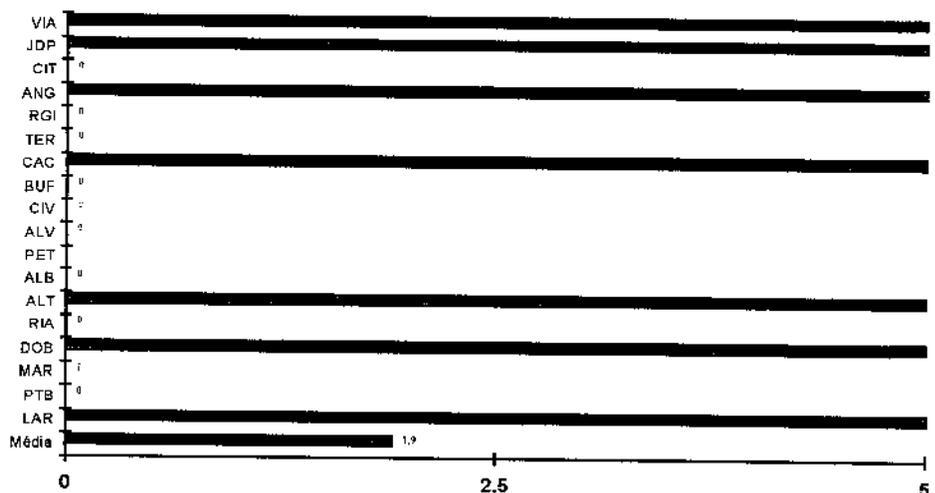
Entretanto, mostrou-se pouco consistente ao se restringir a avaliar apenas a marcação de consultas especializadas por parte das equipes locais, porém, sem aferir o efetivo atendimento dos usuários pelos especialistas (GRAF.4.6).

Chamou atenção, apesar de o indicador avaliar processos organizativos bastante simples, o fato de dez das 17 unidades não conseguirem boa pontuação, o que sugere um baixo grau de responsabilização das equipes em relação aos usuários.

Estes primeiros resultados indicaram a necessidade de se redesenhar estratégias que garantissem a efetivação da diretriz do modelo da SMS que considerava a relação de responsabilização entre equipe de trabalhadores e usuários uma premissa básica para a qualificação das ações de saúde em Betim.

Entre estas estratégias, colocou-se a necessidade de se redesenhar indicadores e de se implantar planilhas de avaliação de desempenho nos serviços de especialidades da rede.

Gráfico 4.5 - Garantia de Referenciamento - maio/95



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995.

NOTA - Pontuação possível de 0 a 5 devido ao peso 1 do indicador

Os indicadores de *Cobertura vacinal*, *Cobertura de consulta à gestante* e *Cobertura de 1ª consulta* mostraram-se pouco consistentes para a qualificação do acesso, devido ao fato de terem no denominador populações específicas de determinada área de abrangência.

Isto se deveu à desatualização do censo demográfico de Betim em 1995, ao fluxo efetivo dos usuários que “teimavam” em desrespeitar o ordenamento geográfico realizado pela SMS e ao crescimento populacional do município, mais de 37% entre 1991 a 1996⁸. Este fatos levaram à pouca legitimidade e à subutilização dos indicadores de cobertura para o monitoramento do processo de trabalho nas unidades básicas⁹.

Indicadores de gestão

Três indicadores - 5, 13 e 14 - buscaram monitorar o *processo de gestão* da SMS a partir das diretrizes do modelo que destacavam a importância em se constituir fóruns gestores com ampla participação dos trabalhadores e usuários.

O indicador 5 - *Número de deliberações que se consegue implementar pelo Conselho Local* - buscou conferir a utilização efetiva deste espaço político por diferentes atores sociais, entretanto, conseguiu detectar apenas a existência formal de determinado Conselho Local não tendo se mostrado sensível para apontar a qualidade de funcionamento dos mesmos.

Os indicadores 13 - *Grau de democracia do Colegiado Gestor da UBS* - e 14 - *Grau de efetividade do Colegiado Gestor* - procuraram conferir a participação dos trabalhadores na *gestão* de suas unidades.

Da mesma maneira que o anterior, estes indicadores foram considerados pouco sensíveis para monitorar a dinâmica do processo de gestão existente na unidade de saúde. Isto se deveu, de um lado, ao conteúdo dos mesmos e, de outro, à inexistência de orientações formais do nível central da Secretaria sobre o papel e a composição que os Colegiados Gestores deveriam ter nas UBS do município¹⁰.

Indicadores de qualidade de processo

O indicador 12 - *Registro de dados no prontuário* - buscou medir a qualidade de preenchimento dos prontuários médicos.

Entretanto, a não disponibilidade de quadros técnicos capacitados e disponíveis para a coleta dos dados, em maio de 1995, impossibilitou a aplicação deste indicador.

Indicadores de resolutividade

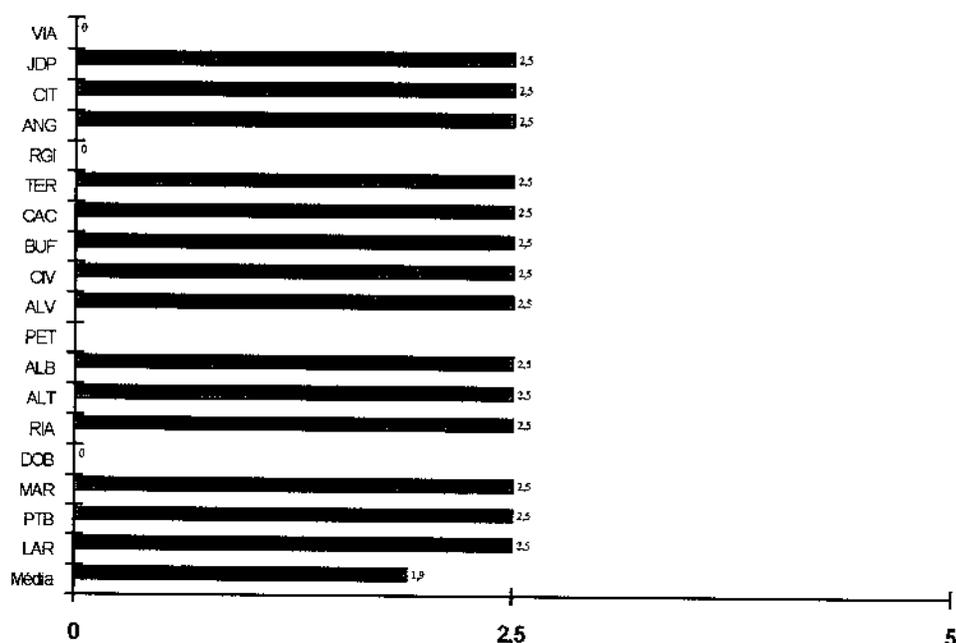
O indicador 9 - *grau de encaminhamento* - pretendeu aferir a resolutividade médica em relação às primeiras consultas.

Entretanto, não foi possível aferir os resultados pois a fonte de dados - no caso, o mapa diário de produção da UBS - apresentou informações pouco fidedignas, devido ao fato de haver na rede entendimentos diferentes sobre o termo "1ª consulta".

Indicador de estrutura

O *Índice de preenchimento da demanda de RH* - indicador 11 - foi medido através da utilização de um formulário específico cujo preenchimento forneceu dados atualizados sobre o quadro de pessoal da rede básica mostrando uma avaliação positiva, coerente com o grande esforço de contratação de pessoal, realizado pela SMS.

Gráfico - Índice de Preenchimento de RH - maio/95



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório de aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS/Betim, maio, 1995.

NOTA - Pontuação possível de 0 a 5 devido ao peso 1 do indicador

Em síntese, pode-se dizer que a Planilha de Indicadores, aplicada junto a rede básica de saúde de Betim no mês de maio de 1995, apresentou, em relação a seu conteúdo, as seguintes características:

- oito indicadores monitorando o acesso do usuário aos serviços dos quais, quatro de boa qualidade - 1, 2, 3, 8 - e os pouco adequados aos objetivos propostos;
- três indicadores que procuraram medir aspectos da gestão - 5, 13, 14 - detectaram apenas aspectos superficiais da mesma;
- o indicador de resolutividade utilizado - 9 - mostrou-se inaproveitável;

- o indicador que aferia qualidade de processo de trabalho - 12 -, embora de boa qualidade, não foi aplicado devido a dificuldades operacionais.

Ou seja, dos quatorze indicadores, nove apresentaram problemas na sua formulação que os tornavam inaproveitáveis ou inadequados ao que se propunham.

Os resultados finais permitem afirmar que o instrumento construído conseguiu aferir razoavelmente a diretriz de “garantir o acesso dos usuários à rede básica de saúde”, mas não deu conta de visualizar outros importantes itens do modelo, tais como: resolutividade das ações, vínculo e responsabilização dos profissionais em relação aos usuários e democratização da gestão. Ou seja, a Planilha de Avaliação foi principalmente uma Planilha de acesso, residindo aí méritos e limites que ajudam a compreender o processo de planejamento e gestão que se efetuou na rede básica a partir de agosto de 1995.

4.1.4 O processo de gestão da rede básica: julho de 1995 - março de 1996

4.1.4.1 O quadro gerencial da SMS em julho de 1995

Em julho de 1995 realizou-se oficina do Programa de Desenvolvimento Gerencial, sob a coordenação de membros do LAPA, com o objetivo de formular operações que desencadeassem processos sistemáticos de formulação de planos locais nas Unidades Básicas de Saúde. Para isto cumpriu-se a seguinte pauta:

- repasse de noções básicas do Planejamento Estratégico Situacional (PES)¹¹,
- apresentação dos resultados da Planilha de Avaliação como subsídio ao momento explicativo do PES da SMS/Betim;
- elaboração de documento com o conteúdo das discussões dos quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional da rede básica da SMS/Betim¹².

Na ocasião, após analisar os resultados da Planilha de Avaliação e dos Questionários aplicados em maio, o Coletivo Dirigente elaborou uma árvore explicativa (ANEXO 4.1) em que considerou a “não implementação do modelo tecno-assistencial da SMS/Betim” como problema central, detectando entre suas causas :

- falta de decisão política e de priorização das atividades de planejamento por parte dos dirigentes da SMS/Betim;
- desconhecimento por grande parte dos trabalhadores do modelo tecno-assistencial formulado para a SMS/Betim;
- dificuldades dos dirigentes para implementar as decisões estratégicas tomadas pelo coletivo dirigente da Secretaria; e
- falta de planejamento nas Unidades Básicas de Saúde.

Documento elaborado, na ocasião, pelo Coletivo Dirigente relatava existir

“...uma sensação de incompetência para implementar o modelo técnico assistencial, tanto no nível local quanto no nível central, pois há falta de estratégias para conduzir o processo de implantação do modelo, falta de definição dos pontos críticos, falta de divulgação e comunicação interna do projeto, com o nível central estando distanciado das unidades.

Aliado a isto, há dificuldade dos gerentes em interagir com os trabalhadores, fazer com eles a abordagem político-ideológica do projeto e até de repassar o MTA para a equipe das Unidades...Provavelmente em decorrência disso, parcela dos trabalhadores ainda não aderiu ao projeto, apesar de avaliar-se que há um potencial de adesão.

A indefinição e inoperância do grupo de apoio gerencial, não favorecem a questão de implementação do modelo.

...falta capacidade de negociação tanto do nível local quanto do nível central
 ...Ainda não há um sistema de avaliação do trabalhador, nem de capacitação do mesmo, para desenvolvimento do MTA...”¹³.

Como resultado desta situação o setor público de saúde apresentava as seguintes características:

- ações pouco resolutivas;
- mal atendimento dos usuários;
- baixa credibilidade das UBS;
- desperdício dos recursos materiais e humanos;
- enfraquecimento do projeto de governo, com perda de capital político e fragilização da proposta do SUS.

Na ocasião aprofundou-se a análise da conjuntura da Secretaria através do desenho de um triângulo de governo¹⁴ (ANEXO 4.2), onde se concluiu que:

- a Secretaria contava com um Projeto assistencial, coletivamente formulado, de boa qualidade teórica e com potencial para dar respostas adequadas aos desafios colocados¹⁵;
- existia uma alta governabilidade para a execução do projeto devida, entre outros:

“... vontade política do governo municipal, com uma situação econômica favorável, (que) prioriza a saúde dentro do modelo do SUS, o que tem levado a um reconhecimento do Projeto de Betim a nível nacional...”

A inclusão do município na gestão semi-plena, a autonomia administrativa do Fundo Municipal de Saúde e a alta governabilidade da Secretaria de Saúde junto ao Governo Municipal, são reconhecidos como fatores positivos do contexto na implantação do SUS/Betim¹⁶;

- a capacidade de governo era média porque, apesar da alto grau de autonomia administrativa, garantia recursos financeiros, materiais e humanos apresentava um

“...grupo dirigente de nível central distanciado do cotidiano das unidades,... parcela do grupo dirigente não capacitada para a gestão... e falta de conhecimento nas áreas de planejamento e administração”¹⁷.

4.1.4.2 Estratégia de intervenção da SMS para as Unidades Básicas de Saúde

Procurando orientar os processos locais de planejamento foi elaborado um conjunto de operações com o objetivo implementar os planos locais nas UBS; implementar mecanismos de prestação de contas e garantir a retaguarda do nível central da Secretaria para estas atividades¹⁸.

Partindo dos resultados da Planilha de Avaliação e contando com uma caixa de ferramentas construída e disponibilizada pelo Programa de Desenvolvimento Gerencial (tecnologias de gestão utilizadas no Planejamento Estratégico Situacional, Questionários de Usuários e Trabalhadores, fluxogramas analíticos, etc.)¹⁹, a partir de agosto de 1995 iniciou-se um esforço sistemático de elaboração dos planos locais das Unidades Básicas de Saúde de Betim, com previsão de conclusão para o mês de novembro do mesmo ano.

Para isto, foi idealizado um roteiro mínimo²⁰ contendo as seguintes operações:

- apresentação e discussão das diretrizes do modelo tecno-assistencial às equipes locais;
- levantamento dos problemas que dificultavam a implementação do modelo em cada unidade utilizando como subsídio a apresentação dos resultados da Planilha de Avaliação como dispositivo para a reflexão da realidade local;
- elaboração do Plano Local contendo operações, responsáveis e prazos;
- formulação de um sistema de acompanhamento do processo de implementação do Plano.

4.1.4.3 Formulação dos planos locais de saúde da rede básica: a constituição de novos sujeitos

O desenvolvimento do planejamento nas UBS ocorreu em meio a uma disputa ético-política diferenciada daquela que ocorria no interior do grupo dirigente da Secretaria. A composição mais heterogênea dos trabalhadores da rede básica determinava que interesses corporativos e práticas informais de privatização do espaço público se manifestassem com maior intensidade no cotidiano institucional dificultando a tarefa dos dirigentes locais²¹.

Diante deste quadro, criou-se um Grupo de Apoio Gerencial (GAG) com o objetivo de apoiar a elaboração e a implementação dos planos locais e de constituir um elo de ligação entre o nível central e as unidades de saúde, além de cumprir o papel de “Vigilante do modelo”²², com o objetivo de garantir a efetivação do modelo tecno-assistencial da Secretaria junto às unidades assistenciais.

O GAG ficou constituído por técnicos e membros da SMS que, trabalhando em duplas, procuraram possibilitar a aproximação do nível central e local, relação até então intermediada, basicamente, pelas “Referências Técnicas” dos distintos programas prioritários da Secretaria, que não contavam muitas vezes, com a necessária visão integral do Modelo tecno-assistencial.²³

A heterogeneidade do grupo no que se refere à capacidade cognitiva, à adesão ao projeto da SMS e à disponibilidade pessoal foi uma característica marcante desta instância, resultando em contribuição diferenciada para o processo de planejamento local das distintas unidades de saúde.(ANEXO 5.4).

Estes fatos não impediram que o GAG viesse constituir enquanto ativo fórum de reflexão sobre o cotidiano dos serviços e formulador de eficazes estratégias de enfrentamento de problemas de distinta natureza.

A ampliação do espaço de atuação deste grupo fez com que o Coletivo Dirigente discutisse o papel desta instância em dezembro de 1995, onde se reafirmou a importância do trabalho realizado, mas alertando para sua manutenção enquanto grupo de apoio sem assumir caráter de fórum deliberativo da SMS/Betim.²⁴

Em janeiro de 1996 o Grupo de Desenvolvimento Gerencial (GDE) decidiu, sob a alegação de necessidade de racionalização do organograma de funcionamento da Secretaria, diluir este grupo em vários projetos da SMS²⁵. Na prática, esta decisão determinou o fim do GAG enquanto instância autônoma de debate e de intercâmbio de experiências, tendo a maioria de seus membros deixado de cumprir a função que em agosto de 1995 lhe havia sido delegada.

Os gerentes das Unidades Básicas de Saúde cumpriram papel fundamental no processo, sendo, quase uma regra, o fato de as unidades que mais avançaram na reorganização do processo de trabalho contarem com dirigentes politicamente motivados e

com capacidade para assumir o novo papel exigido pelo modelo tecno-assistencial da Secretaria de Saúde.

Equipes locais que trabalharam os indicadores sem a necessária articulação com o modelo tecno-assistencial, desenharam Planos segmentados, normativos e ineficazes para o objetivo proposto, fato este que dificultou a incorporação dos mesmos ao cotidiano das equipes de saúde²⁶.

Em meio a dificuldades, conflitos e enfrentamentos de distintos projetos foi se construindo um novo patamar de relações entre o nível central e o nível local. Esta aproximação foi possível principalmente pelo fortalecimento dos mecanismos de participação dos trabalhadores durante o processo de planejamento local, em que muitas equipes constituíram coletivos de discussão que passaram a deliberar sobre a melhor maneira de se autogovernarem e de efetivarem, na prática dos serviços, as diretrizes do modelo tecno-assistencial.

Esta comunicação intra-institucional foi um dos principais avanços do projeto em implantação, já que possibilitou a gradativa superação de uma fase de marcada divisão entre os níveis gerenciais e o conjunto de trabalhadores da SMS/Betim, movimento este que ocorreu de forma diferenciada, segundo as equipes de trabalhadores e o processo de coordenação das unidades locais.

Apesar de avanços assinalados, a oficina de balanço das atividades da Secretaria realizada em dezembro de 1995²⁷, considerou o processo de planejamento local, em geral, como de tímidos resultados em relação aos objetivos propostos, e o modelo tecno-assistencial da Secretaria ainda com limitações para sua plena implantação.

4.1.4.4 Redesenhando estratégias para o ano 1996

Levando em conta a necessidade de avançar nas mudanças e a nova conjuntura que colocava na ordem do dia a inauguração do Hospital Municipal de Betim, e eleições para prefeito e vereadores, o Coletivo Dirigente da SMS buscou aperfeiçoar seus projetos estratégicos, reorganizar suas instâncias deliberativas e priorizar determinadas formas de organização do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde.

Entre estas últimas destacou-se a implementação de Equipes de Acolhimento em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

4.1.4.4.1 Organização das redes básicas através das Equipes de Acolhimento

No primeiro trimestre de 1996, três Unidades Básicas de Saúde mudaram a organização de seu processo de trabalho através da implantação de Equipes de Acolhimento.

Entre os fatores que explicam a mudança na organização nestas unidades, destacaram-se:

- equipe de trabalhadores capacitada e com um histórico de compromisso com os serviços públicos de saúde e gerentes motivados para o projeto da Secretaria;
- processo de gestão participativa com trabalhadores discutindo e opinando sobre os destinos de suas unidades;
- formulação dos planos locais de saúde nos meses anteriores, mobilizou as Equipes Locais com o objetivo de implantar o modelo tecno-assistencial da Secretaria. Estes planos entretanto, não logravam, em um curto espaço de tempo, responder satisfatoriamente ao problema da repressão à demanda e da organização fragmentada do trabalho.
- interlocução com membro do Grupo de Apoio Gerencial que havia participado da experiência de Equipe de Acolhimento no município de Ipatinga, Minas Gerais, nos anos anteriores.

Ao possibilitar o acesso dos usuários durante todo o tempo de funcionamento da unidade e terminar com as filas de madrugada, estas experiências criaram um impacto imediato junto ao governo, aos trabalhadores e aos usuários do Sistema Público de Saúde de Betim.

No mês de março de 1996 o grupo responsável pelo Projeto 6 - *Garantir a implementação do modelo tecno-assistencial na rede básica de saúde* - resolveu desencadear um conjunto de ações, denominado Operação Porta Aberta, com o objetivo de implantar Equipes de Acolhimento em toda as UBS do município e acelerar a implantação das diretrizes do modelo tecno-assistencial da Secretaria.

Esta decisão foi tomada procurando, entre outros, superar as dificuldades de muitos dirigentes e equipes locais para efetivamente mudarem as práticas assistenciais de seus respectivos locais de trabalho.

Avaliou-se naquele momento, que, apesar de apresentar dos limites e dificuldades, havia suficiente acúmulo para testar propostas mais ousadas de organização dos serviços de saúde, acúmulo este sinalizado pelo significativo incremento de pessoal técnico na rede, pela melhoria dos equipamentos de saúde e pela incorporação gradativa de tecnologias de planejamento e gestão por parte dos dirigentes e trabalhadores da SMS/Betim.²⁸

A Operação Porta Aberta colocou como objetivo inicial, terminar com as filas que se formavam todas as madrugadas para a marcação de consultas. No lugar desta “porta” emperrada pela dificuldade de atender a toda a demanda, buscou-se organizar uma nova “porta” que acolhesse todas as pessoas que chegassem à unidade, dando respostas adequadas às suas necessidades²⁹.

Garantido o acesso, caberia às equipes procurar assegurar a boa qualidade do atendimento prestado, sendo indispensável, para isto, a responsabilização pelo usuário e a criação de vínculos entre as partes em relação.

“Na prática, a equipe de acolhimento (deve acomodar) dentro da unidade toda a demanda recebida e promover a escuta de seus problemas, ...(avaliar e fazer) o encaminhamento pertinente; desde simples orientações, pedidos de exames, fornecimento de medicamentos normatizados ou já prescritos, até encaminhamentos para outros setores dentro ou fora da UBS, como reidratação oral, nebulização, consultas médicas, consultas especializadas ou de urgência”³⁰

O processo de acolher significaria, portanto, qualificar a escuta para, desta forma, “receber, ouvir, aconchegar, ser solidário, manifestar carinho e cuidado, estar disponível, dar atenção com qualidade a qualquer pessoa que necessite e (acima de tudo) valorizar o ser humano”³¹.

Entre as ações que se construíram para efetivar a Operação Porta Aberta, cita-se:

- subsidiar tecnicamente as equipes locais através, dentre outros, de um conjunto de orientações que constituía uma espécie de pré-requisitos mínimos para a implantação da Operação Porta Aberta na unidade local;

- realizar Seminário sobre Acolhimento na SMS/BETIM, com o objetivo de avaliar o processo, e cursos nas unidades de saúde; e intercambiar conhecimentos sobre temas, tais como, definição de Equipe de Acolhimento, fluxograma analítico, protocolos e rotina, Sistema de Informação e capacitação de Recursos Humanos³²;
- priorizar a aplicação da Planilha de Indicadores e outros instrumentos de avaliação de desempenho no mês de abril, procurando com isto ter uma “foto” atualizada do processo de planejamento e gestão das unidades básicas.

Notas bibliográficas

- ¹ BUENO, W.S. *Um gestor pleno dos sistema: Saúde Betim*. Campinas: 1996. p.9 (Inédito).
- ² CECÍLIO, L.C.O. *Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na Saúde*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1993. 347p. (Tese de doutorado em Saúde Coletiva).
- ³ CECÍLIO, 1993. p.101.
- ⁴ CAMPOS, G.W.S. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*. Campinas:Out, 1995. 12p. (Mimeo.).
- ⁵ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM Indicadores de avaliação do plano. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo introdutório*. Betim: 1995. p. 32-50 (Relatório).
- ⁶ Ibidem.
- ⁷ Ibidem. p. 6.
- ⁸ PACHECO, L. População de Betim cresce 37% desde 91. *O tempo*, Belo Horizonte, 14 jan. 1997. Caderno Atualidades/Cidades. p.24
- ⁹ CARVALHO. S.R. *Reuniões dos Colegiados Gestores das UBS Citrolândia e Jd. Petrópolis*. Betim: 1996 (Notas pessoais).
- ¹⁰ CARVALHO. S.R. *Reunião do Grupo de Apoio Gerencial*. Betim: out. 1995. (Notas pessoais).
- ¹¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. Planejamento estratégico/ planejamento local. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II*. Betim: jul. 1995. P.69-90. (Relatório).
- ¹² Ibidem. p.69-90.
- ¹³ Ibidem. p.78,79.
- ¹⁴ MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1993. 591p.
- ¹⁵ CARVALHO. S.R. *Oficina de Planejamento Estratégico e Planejamento Local do Programa de Desenvolvimento Gerencial*. Betim: jul. 1995. (Notas pessoais).
- ¹⁶ Ibidem. p.78 .
- ¹⁷ Ibidem. p. 89.
- ¹⁸ Ibidem. p. 85.
- ¹⁹ BUENO, 1996. p.10.
- ²⁰ CARVALHO. S.R. *Reuniões do Grupo de Apoio aos Gerentes*. Betim: ag. 1995. (Notas pessoais).
- ²¹ BUENO, 1996. p.10
- ²² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de reunião do Grupo de Apoio aos Gerentes*. Betim, set 1995. (Relatório de serviço).
- ²³ BUENO, W.S. 1996. p.10.
- ²⁴ Encaminhamentos de Oficina de avaliação do Plano Municipal de Saúde. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulos III e IV*. Betim: 1995. .p.53-57. (Relatório).
- ²⁵ CARVALHO. S.R. *Reuniões do Grupo de Apoio aos Gerentes*. Betim: jan. 1996. (Notas pessoais).
- ²⁶ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Planos locais das UBS Jd. Petrópolis, Citrolândia, Vianópolis e Angola e UBS Alcides Brás*: Betim: 1995. (Relatório de serviço).
- ²⁷ CARVALHO. S.R. *Oficina de Avaliação do Programa de Desenvolvimento Gerencial*. Betim: dez. 1995. (Notas pessoais).
- ²⁸ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE / PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: 1995. (Relatório).
- ²⁹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPATINGA. *De porta aberta prá saúde*. Ipatinga: dez. 1993. 4p. (Informativo).
- ³⁰ BUENO, 1996. p.13.
- ³¹ CARVALHO. S.R. *1º Seminário sobre acolhimento da SMS*. Betim: jul. 1996. (Notas pessoais).
- ³² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. *Convocatória do 1º Seminário sobre acolhimento da SMS/Betim*. Betim: Jun. 1996. 1p. (Relatório de serviço).

CAPÍTULO 5

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE : 1996

Em fevereiro de 1996 o Colegiado Gestor da SMS/Betim tomou a decisão de reaplicar os instrumentos de avaliação da rede básica¹ com o objetivo de fortalecer o planejamento local das unidades básicas.

Para coordenar este processo constituiu-se um grupo com representantes de diferentes setores da Secretaria, tais como: Coordenadoria Operacional e Serviços de Avaliação e Controle, Bioestatística, Desenvolvimento de RH e Vigilância Epidemiológica, além de três gerentes das UBS escolhidos pelo Colegiado Gestor para esta tarefa.

Os instrumentos reformulados, aplicados e consolidados foram a Planilha de Avaliação e os Questionários de Trabalhadores e Usuários. Posteriormente, cruzou-se os resultados encontrados com as informações de outras fontes tradicionalmente utilizadas na organização de sistemas públicos de saúde, tais como, dados epidemiológicos e de produção, procurando com isto realizar uma análise qualitativa mais fidedigna a partir do cruzamento de diferentes fontes de informação.

5.1 Planilha de avaliação de abril de 1996

A nova versão da Planilha foi atualizada a partir da revisão crítica do instrumento anteriormente utilizado, levando em consideração, ainda, sugestões de dirigentes e trabalhadores.

Para isto formulou-se uma agenda de compromissos (TAB. 5.1), com o objetivo de facilitar a comunicação interna, formalizando, assim, um plano operativo que facilitou o processo de prestação de contas do trabalho realizado.

Tabela 5.1 - Agenda de compromissos da aplicação dos indicadores da planilha de avaliação de abril de 1996

OPERAÇÕES	AÇÕES	PRAZO	RESPONSÁVEL
I - Planejar a aplicação de INDICADORES	1 - Consolidar mudanças dos Indicadores		
	2 - Sintetizar sugestões		
	3 - Apresentá-las para deferimento do Colegiado Gestor		
	4 - Rever padronização do instrumento de campo		
	5 - Fazer plano operacional		
	6 - Apresentar plano para Colegiado Gestor		
	7 - Constituir equipe de aplicadores		
	8 - Treinar equipe		
	9 - Aplicar Planilha		
	10 - Consolidação de dados		
	11 - Análise de informações e elaboração de relatório		
	12 - Apresentação do relatório no Colegiado Gestor		

FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

5.1.1 Reformulação dos indicadores

Procurou-se eliminar problemas anteriormente detectados fazendo-se uma reavaliação do conteúdo da Planilha de maio de 1995, do método de aplicação e dos critérios de pontuação dos indicadores.

O resultado foi uma nova Planilha em que se buscou a manutenção de indicadores que haviam se mostrado consistentes e a incorporação de novos, procurando refletir o processo organizativo da SMS naquele momento; onde a organização do trabalho através de Equipes de Acolhimento passava, gradativamente, a constituir um novo eixo operacional do novo modelo em implantação.

A nova planilha passou a ter a seguinte formulação. (TAB. 5.2)

Tabela 5.2 INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DAS UBS - ABRIL DE 1996

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (PARÂMETRO)	PESO	PONTOS	CRITÉRIOS
1. Tempo para agendamento da 1ª consulta	01 semana	3	5,0 2,5 0,0	≤ 1 Semana ≤ 2 Semanas > 2 Semanas ou ã agenda.
2. Grau de demanda reprimida	Nº de pessoas que são atendidas na UBS Nº de pessoas que procurava UBS	---		Deverá ser aplicado para as próximas Planilhas, após a Implantação do fluxograma Analítico
3. Garantia de consulta de retorno de acordo com as rotinas dos programas	Tempo definido em cada programa	2	5,0 2,5 0,0	100% de retorno (10 programas) ≥ 50% de retorno < 50% de retorno
4. Oferta de todas as ações básicas de saúde durante todo o funcionamento da Unidade	Nº de ações ofertadas Nº de ações previstas	3	5,0 2,5 0,0	100% das ações previstas ≥ 50% das ações < 50% das ações
5. A unidade garante o encaminhamento com data e hora marcada	SIM ou NÃO	1	5,0 0,0	
6. Grau de Encaminhamento e Referenciamento	Nº de encaminhamentos e referenciamentos Nº de atendimentos x 20%	---		Será necessário padronização de conceitos na Rede
7. Proporção de crianças com esquema vacinal incompleto (faltosos)	Nº de crianças < de 1 ano com esquema vacinal incompleto (x 100%) Nº de crianças < de 1 ano vacinadas na UBS	1	5,0 2,5 0,0	≤ 10% 10% ≤ 30% > 30%
8. Cobertura de consultas a gestantes	Nº de gestantes atendidas no pré-natal (área de abrangência) População estimada de gestantes (área de abrangência)	1	5,0 2,5 0,0	≥ 80% ≥ 50% < 50%
9. Proporção de gestantes atendidas por trimestre de gestação	% de gestantes que iniciaram o Pré-Natal: • no 1º trimestre • no 2º trimestre • no 3º trimestre	2	5,0 2,5 0,0	90% ou + iniciaram no 1º trim. 70% ou + iniciaram no 1º e 2º tr. Menos de 70% iniciaram no 1º e 2º trim.
10. Registro de dados no Prontuário	Nº de prontuários com registro completo Total de prontuários da amostra	2	5,0 2,5 0,0	80% dos pront. c/ 5 itens preench. 60% dos pront. com mais de 4 itens preenchidos menos de 60% dos pront. com 5 e/ou 4 itens preenchidos
11. Índice de Preenchimento de Recursos Humanos	Nº de profissionais existentes x 100% Nº de profissionais necessários	1	5,0 2,5 0,0	≥ 90% ≥ 50% < 50%
12. O conselho Local se reúne regularmente	SIM ou NÃO	1	5,0 0,0	Sim Não
13. Existência de Colegiado Gestor	SIM ou NÃO	1	5,0 0,0	Sim Não
14. Cobertura vacinal	Nº de crianças c/ esquema vacinal completo Nº de crianças da Área de Abrangência	1		BCG (0-44%; 45-74%; ≥ 75%) DPT (0-49%; 50-79%; ≥ 80%) Sabin (0-54%; 55-84%; ≥ 85%) Sarampo (0-59%; 60-89%; ≥ 90%) (5,0-2,5-0,0) respectivamente Final = Média dos pontos atribuídos a cada uma das 4 vacinas.

FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996. Betim, 1996.

5.1.2 Coleta e consolidação dos dados da Planilha de abril de 1996

A preocupação nesta etapa foi a de melhorar a padronização na coleta dos dados e a de agilizar a publicização dos resultados.

A melhora na qualidade dos dados foi possível devido à elaboração de um formulário-padrão para a coleta dos dados (ANEXO 5.1), à utilização de informações do nível central da Secretaria e ao maior rigor na escolha dos cinco técnicos responsáveis por esta etapa, onde se levou em conta critérios como competência e disponibilidade pessoal.

A experiência na aplicação da Planilha de 1995 facilitou o trabalho, embora não se houvessem corrigido as limitações já assinaladas no processo anterior, entre os quais a crônica deficiência de registros nas unidades locais.

5.1.3 Análise dos indicadores e de seus resultados

A consolidação dos dados e a escolha dos critérios de pontuação foram realizadas pela equipe que aplicou o instrumento e referendadas pelo grupo responsável pelo processo.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, que incorporaram os resultados da Planilha do ano anterior, com o objetivo de explicitar a evolução dos indicadores das respectivas Unidades Básicas de Saúde.

A comparabilidade foi possível devido à manutenção, na Planilha de abril de 1996, de um núcleo básico de indicadores, abordando, em sua maioria, diferentes aspectos do acesso do usuário aos serviços, o qual foi responsável por 60% do total de pontos possíveis para cada unidade. Estes indicadores receberam pontuação mais elevada devida a qualidade dos mesmos enquanto os demais receberam peso 1, por apresentarem problemas de natureza diversa.

Este fato permitiu formular uma tabela que ilustrava a comparação entre os dois momentos da avaliação, expressando os resultados em termos de percentual de pontos alcançados em referência a um total de pontos possíveis.

A comparação indicou avanços significativos no padrão de atendimento realizado pela rede básica, heterogeneidade entre diferentes unidades básicas e um conjunto de dez unidades com desempenho bem abaixo do desejável. (TAB. 5.3)

Tabela 5.3 - Síntese dos resultados finais da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde da SMS/Betim - Abril de 1996

UBS	INDICADORES (%)	
	MAIO 1995	ABRIL 1996
VIA	42 —	→ 84
JDP	33 —	→ 84
CIT	25 —	→ 83
ANG	42 —	→ 79
RGI	8 —	→ 71
TER	25 —	→ 68
CAC	58 —	→ 62
BUF	4 —	→ 55
CIV	25 —	→ 49
ALV	25 —	→ 49
PET		46
ALB	38 —	→ 45
ALT	25 —	→ 45
RIA	4 —	→ 42
DOB	54 —	→ 40
MAR	29 —	→ 40
PTB	4 —	→ 34
LAR	33 —	→ 32

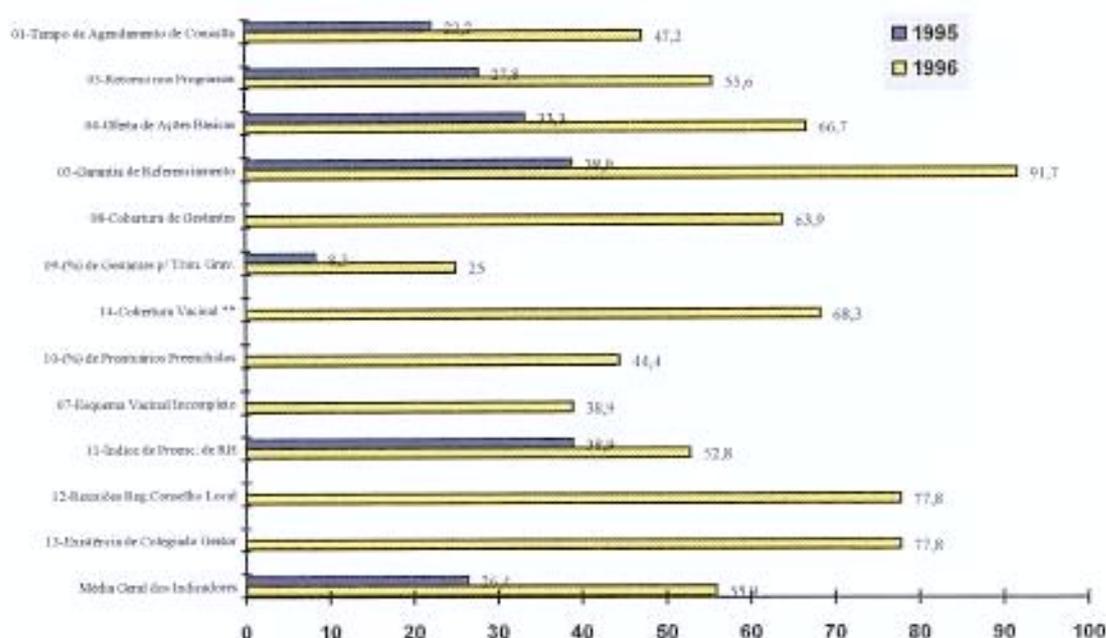
FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996. (Adaptado)

Nota:

- 1- Os valores da Planilha de maio de 1995 se referem a seis indicadores que apresentaram resultados analisados como consistentes. Os valores da Planilha de abril de 1996 representam estes núcleos originais aos quais acrescentam resultados de 6 outros indicadores.
- 2- Significado das cores: Verde → Unidades dentro de um padrão mínimo desejável; Amarelo → Unidades com desempenho médio; Vermelho → Unidades com desempenho ruim
- 3- Altura das células proporcional ao n° de trabalhadores da unidade básica.

O desempenho do conjunto de Unidades Básicas, em relação aos indicadores específicos, está ilustrado no gráfico 5.1, que procurou mostrar a evolução comparativa dos resultados das duas Planilhas aplicadas.

Gráfico 5.1 - Nota média dos indicadores 1996/1995. Valores expressos em percentual da Nota máxima possível para cada indicador. Planilha Abr/96.



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim, *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

NOTA - ** A Nota atingida pelo Indicador Cobertura Vacinal (3,4 em 5,0 = 68,3%) foi decorrente da heterogeneidade dos valores de cobertura vacinal nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (variação de menos de 20% a mais de 450%).

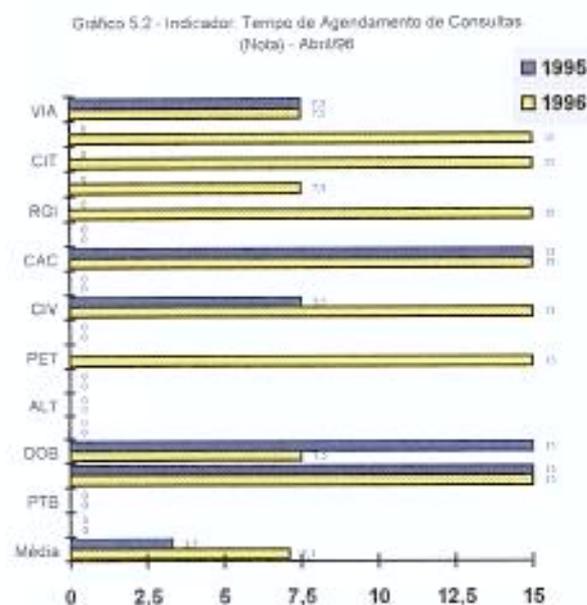
Cobertura Vacinal em Betim: Sabin (96%); DPT(99%); Sarampo(96%) e BCG(111%) - Fonte SINASC.

A evolução da média geral dos indicadores, de um ano para outro, mostra um incremento de 100% (de 26,4 para 55,9%) no rendimento do conjunto da rede que, no entanto, está em um patamar aquém do desejável.

A seguir, faz-se comentários sobre os resultados dos indicadores, divididos segundo o item que preponderantemente procuravam monitorar (acesso, responsabilização, qualidade de processos, gestão e estrutura).

Indicadores de acesso

O gráfico 5.2 - *Tempo de agendamento de 1ª consulta* - mostra uma significativa melhora dos resultados nas diferentes UBS que passam de uma situação em que três unidades conseguiam garantir o acesso à consulta médica em menos de duas semanas e, duas, de uma a duas semanas, em maio de 1995, para um novo patamar em abril de 1996 no qual sete unidades passaram a garantir as consultas num período menor do que uma semana e, três, entre uma e duas semanas.

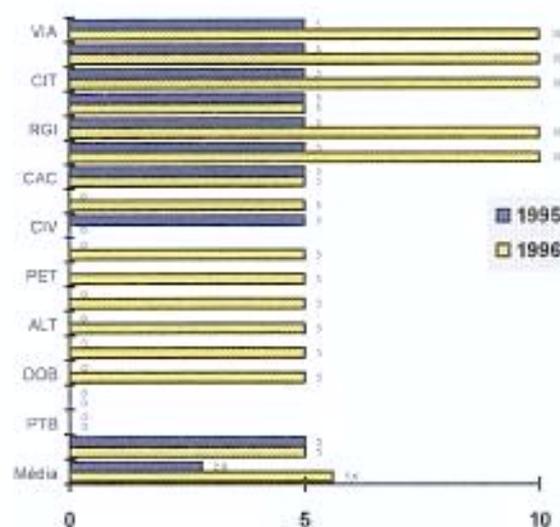


FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

Entre as unidades que tiveram o melhor desempenho, se encontravam aquelas que estavam funcionando com Equipes de Acolhimento (UBS, Petrópolis, Citrolândia e Cidade Verde) e algumas que eram relativamente menos procuradas pelos usuários (UBS Marimbá e Cachoeira). Entretanto, oito unidades demoravam mais de duas semanas para agendar consultas médicas indicando que a demanda se mantinha reprimida em boa parte da rede.

O gráfico 5.3 - *Garantia de consulta de retorno de acordo com a rotina de programas* - avaliou a existência efetiva de determinadas ações programáticas nas unidades básicas tendo apresentado os seguintes resultados:

Gráfico 5.3 - Indicador: Retorno nos Programas (Nota) - Abril/96



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

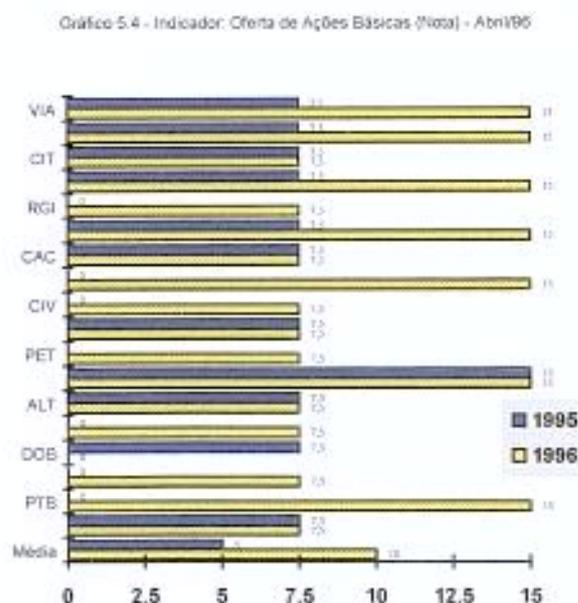
A análise do gráfico mostra razoável evolução neste quesito já que, em abril de 1996, cinco unidades alcançaram a nota máxima, enquanto nenhuma o fez na avaliação de maio de 1995 e, por outro lado, apenas quatro unidades tiraram a nota mínima em 1996 enquanto, em 1995, oito não pontuaram.

Este resultado deve-se, entre outros, à melhor organização dos setores de nível central, responsáveis pelos programas e, ao fortalecimento do planejamento em nível local, onde a apresentação dos resultados da Planilha de 1995 estimulou a elaboração de operações específicas².

Para uma melhor contextualização dos resultados deve ser dito que se utilizaram critérios pouco rigorosos para afirmar que a unidade possuía determinado programa, o que foi feito respeitando o momento organizativo das equipes locais fato este que não impede que, em novas aplicações, se faça uso de critérios mais rigorosos.

O indicador - *Oferta de ações básicas* - procurou monitorar as atividades consideradas pela SMS como básicas para serem disponibilizadas durante todo o horário de funcionamento da UBS, a saber: a) atividades de imunização; b) atendimento médico; c) dispensação de medicamentos; e d) procedimentos de enfermagem.

A análise comparativa dos dois momentos de aplicação da Planilha está sintetizado no gráfico 5.4:



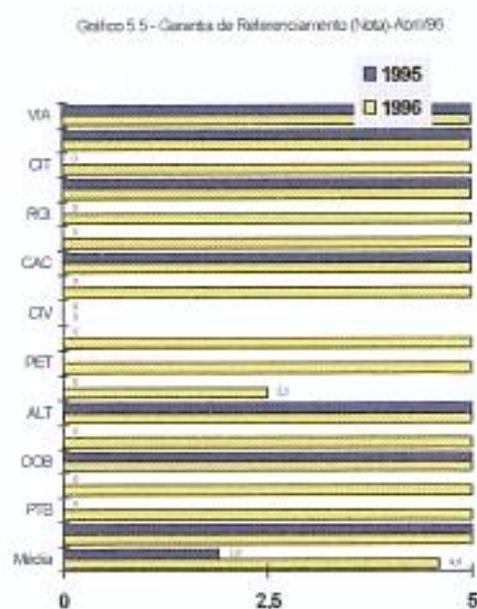
FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

Constatou-se a melhora no índice alcançado, que atingiu 66% dos pontos possíveis em abril de 1996 enquanto em maio de 1995 o índice havia sido de 33%. Além disso, sete unidades alcançaram na segunda planilha o padrão mínimo desejável, em comparação com apenas uma no ano de 1995.

Apesar de todo este avanço, onze unidades não haviam ainda alcançado o patamar mínimo desejável, para a rede sinalizando a debilidade do processo de organização da rede básica.

O indicador - *Garantia de referenciamento* - que monitora o fluxo de pacientes na rede aferiu se as unidades contatavam os serviços de especialidades e se estas encaminhavam os usuários para as mesmas.

Os resultados, como se pode averiguar junto ao gráfico 5.5, mostram uma melhora do desempenho das unidades neste quesito.



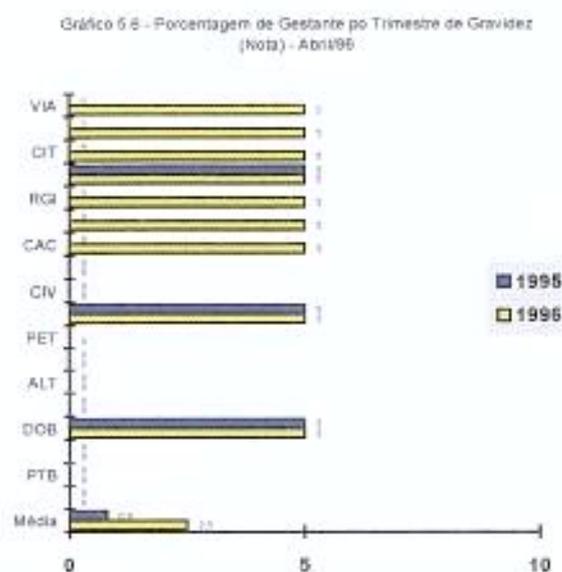
FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde*, abril/1996. Betim, 1996.

Entretanto, a forma de coletar os dados empobreceu o indicador, pois as informações não davam o percentual de encaminhamentos feitos pelas unidades básicas, que efetivamente era atendido pelas especialidades referidas mas aferiam apenas se as UBS tomavam iniciativas para que tal ocorresse.

O indicador - *Grau de demanda reprimida* - foi desenhado com o objetivo de aprimorar as informações sobre acesso tentando detectar o novo momento caracterizado pela implantação de Equipes de Acolhimento na rede. Os limites operacionais não permitiram, entretanto, a realização de inquéritos específicos.

O indicador *Grau de encaminhamento e referenciamento* não foi medido pois constatou-se que os dados fornecidos pelas unidades, à semelhança do ocorrido em maio de 1995, não eram fidedignos devido a diferentes conceituações que o termo “1ª consulta” vinha sendo trabalhado nas unidades de saúde.

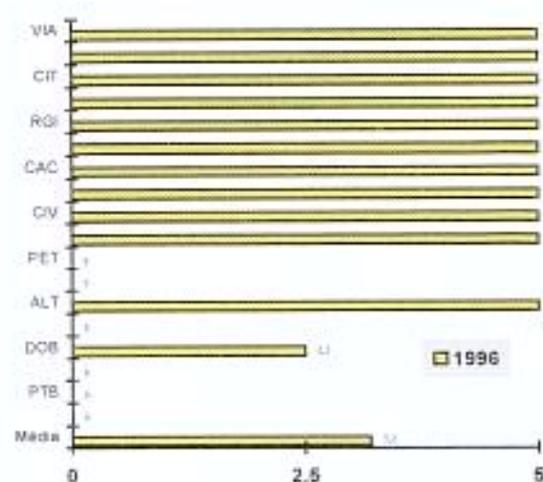
Os resultados do indicador *Proporção de gestantes atendidas por trimestre de gestação* (GRAF. 5.6) apresentaram melhora em relação ao ano anterior, porém, nenhuma unidade atingiu o padrão mínimo. Uma das explicações para a má pontuação de algumas unidades foi a subnotificação o que, de toda forma, indica problemas que demandam análise mais aprimorada.



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim, *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*, Betim, 1996.

O indicador *Cobertura de gestantes* não trouxe esclarecimentos sobre as diferenças nos processos de trabalho das distintas unidades básicas, apresentando baixo poder discriminatório (graf.5.7).

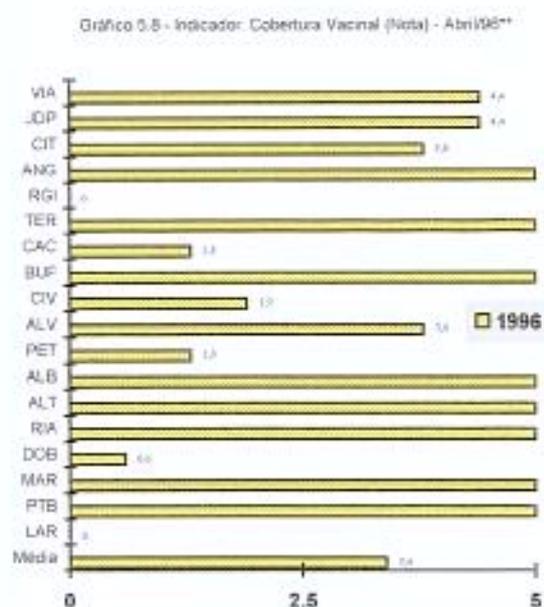
Gráfico 5.7 - Indicador: Cobertura de Gestantes (Nota) - Abril/96



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim, *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

Embora seja um indicador epidemiológico de grande importância ao nível do município, a sua utilização por área de abrangência em municípios com movimentos populacionais importantes como Betim, cuja população aumentou em 37% entre 1991 a 1996, coloca dirigentes e trabalhadores perante a difícil missão de qualificar os resultados, alcançados o que trouxe problemas de legitimação dos mesmos.

Os indicador *Cobertura vacinal da unidade básica em relação a sua área de abrangência* foi consolidado pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria mostrando os seguintes resultados (GRAF. 5.8):



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

NOTA - **Cobertura Vacinal em Betim: Sabin (96%), DPT(99%), Sarampo(96%) e BCG(111%) - Fonte SINASC.

A análise deste indicador detecta problemas semelhantes ao anterior, já que a dificuldade em se precisar o que é área de abrangência e fluxo cotidiano do usuário - que não “respeita” formulação dos planejadores - explica a diferença das notas da UBS quando comparamos com a cobertura do município que chega a quase 100%.

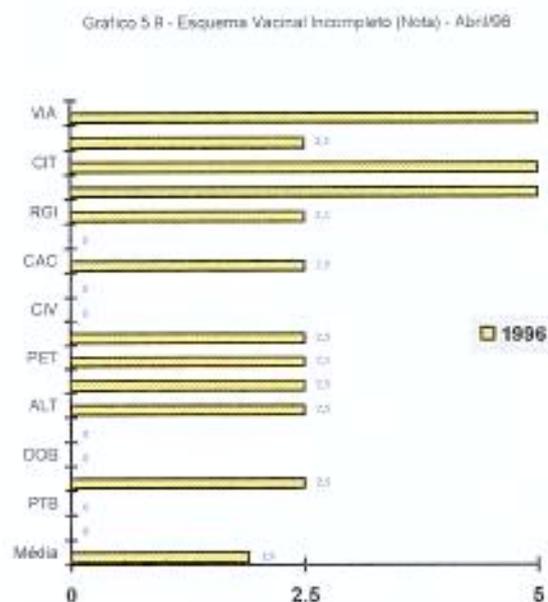
A nota atingida no indicador por UBS foi decorrente da heterogeneidade dos valores de cobertura vacinal nas distintas áreas, que variaram de 20% a 450% do resultado esperado segundo levantamento da população da área de abrangência.

Este indicador se mostrou inadequado para o que se propunha, criando, inclusive, certa confusão na rede devido à denominação “Cobertura Vacinal”, termo que tradicionalmente se refere à Cobertura de unidades populacionais maiores tais como município, estado e país.

Indicador de responsabilização

A partir de críticas à inadequação do indicador *Cobertura vacinal por área de abrangência* formulou-se um indicador para monitorar a dinâmica de atendimento do usuário pela equipe local e particularmente aferir o grau de responsabilidade dos trabalhadores em relação aos usuários.

Desta maneira, construiu-se um indicador factível por trabalhar com dados comumente utilizados pelas equipes locais, com o objetivo de detectar o percentual de crianças que faltavam aos esquemas vacinais de rotina (GRAF. 5.9).

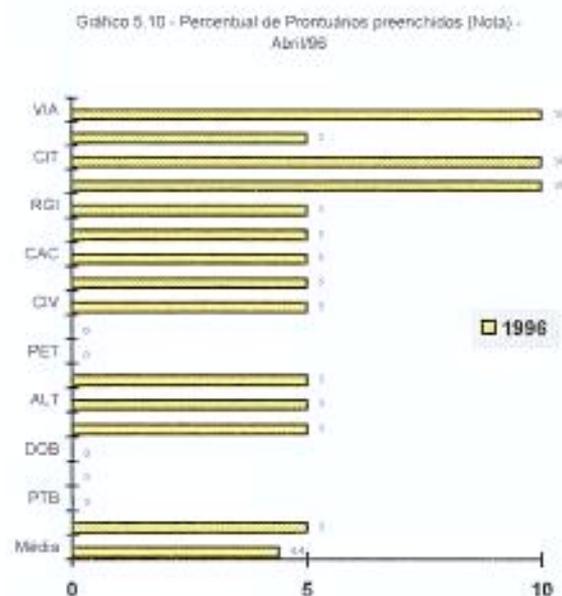


FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

Indicador de qualidade de processo

O indicador percentual de prontuários preenchidos - procurou aferir a qualidade do atendimento médico realizado e a responsabilização do profissional médico pelo usuário. Através da avaliação da qualidade dos registros do prontuário médico, checkou-se a presença de 5 itens considerados essenciais na descrição de 1^ª consultas: dados positivos da história atual da doença, dados positivos do exame físico, hipótese diagnóstica, condutas e encaminhamentos e identificação do profissional responsável pelo atendimento.

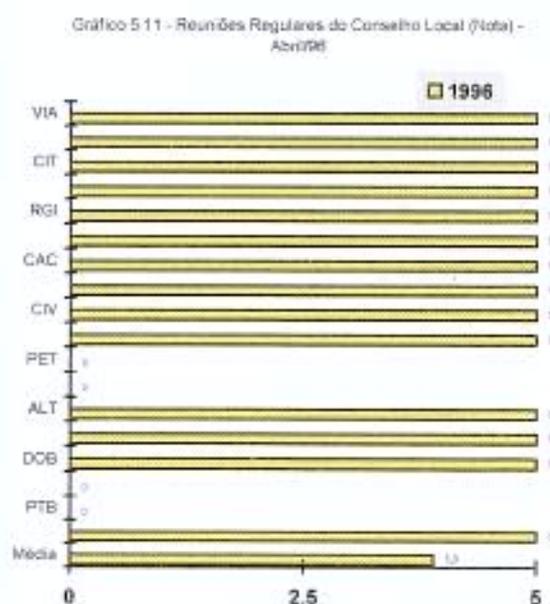
As três unidades que tiveram pontuação máxima fazem parte do grupo que teve melhor desempenho geral (GRAF. 5.10), entretanto, a maioria das unidades apresentou problemas em relação ao preenchimento dos prontuários médicos



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996. Betim, 1996.

Indicadores de gestão

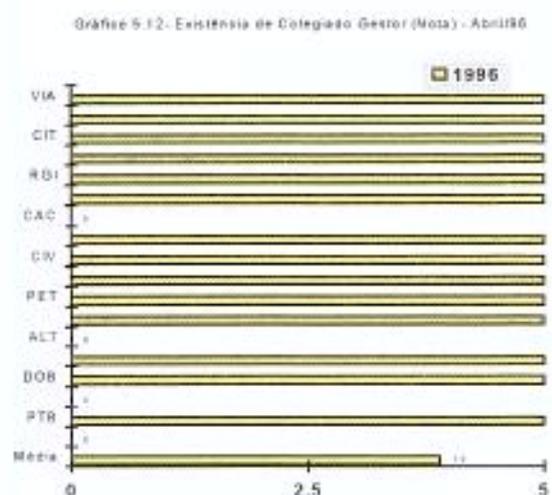
O indicador de n.º 12 - *Existência de Conselho Local* - apesar de alterações realizadas visando melhorá-lo em relação ao indicador utilizado para aferir o funcionamento dos Conselhos em maio de 1995, mostrou-se pouco sensível para aferir a dinâmica de funcionamento dos mesmos, detectando apenas sua existência formal (GRAF 5.11).



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996..

O indicador n.º 13 - *Existência de Colegiado Gestor* - passou informações pouco fidedignas devido ao fato de o Grupo técnico não ter, como a maioria dos dirigentes e profissionais da rede, critérios claros que caracterizassem qual era o papel e a composição de um Colegiado Gestor.

Portanto, o bom resultado (GRAF. 5.12) não traduziu a situação correta do processo de gestão da rede básica.



FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996*. Betim, 1996.

Indicador de estrutura

O indicador n.º 11 - *Índice de preenchimento de RH* - foi mantido no mesmo formato da Planilha anterior. Repetiu-se um equívoco, pois constatou-se que ele não abrangia a multiplicidade de atividades do trabalhador que englobava, além da assistência ao usuário: trabalho de grupos educativos, participação em reuniões gerenciais, formulação de rotinas e protocolos, atividades de treinamento em serviço, etc.

5.1.3.6 Considerações finais sobre a Planilha de abril de 1996

A análise dos indicadores mostrou que houve uma melhora relativa do instrumento Planilha, entretanto a no Planilha continuava apresentando problemas que, se não invalidavam a Planilha, diminuíam a capacidade do instrumento de medir o impacto das ações realizadas sobre o modelo tecno-assistencial².

Em síntese, estas foram as principais características da Planilha de abril de 1996:

- nove indicadores monitorando o acesso dos usuários à rede básica, constituindo, portanto, 64% dos indicadores totais. Entre estes, estão cinco (1,2,3,4,9) dos seis indicadores considerados adequados para os objetivos propostos tendo, por isto, recebido uma ponderação destacada em relação aos demais. Os indicadores 5, 8 e 14 mostraram-se inadequados, enquanto o indicador 6 mostrou-se inaproveitável.
- os indicadores monitoraram diferentes aspectos da diretriz que buscava garantir acesso ao usuário, e foram responsáveis por 68,5% dos pontos efetivamente possíveis de serem alcançados pelas UBS, daí a conclusão de que este instrumento foi, predominantemente, uma Planilha de Avaliação de acesso;
- dois indicadores monitoraram o processo de gestão e, embora tenham sido ligeiramente alterados para corrigirem distorções de indicadores da mesma natureza da Planilha de maio de 1995, continuaram pouco adequados aos objetivos propostos;
- o indicador 11 mostrou-se inadequado, o que induziu o grupo responsável a elaborar novos instrumentos que monitorassem com maior precisão os recursos humanos existentes na rede;
- um indicador de qualidade de processo (Registro de dados no prontuário) mostrou-se bastante adequado ao objetivo proposto.

5.2 Questionários

Juntamente com o processo de construção e aplicação da Planilha de Avaliação, o grupo dirigente da SMS/Betim construiu no início de 1995 dois Questionários com o objetivo de captar a opinião dos usuários e trabalhadores em relação à assistência à saúde prestada nas unidades básicas.

Após um árduo trabalho de formulação dos instrumentos de avaliação e de coleta e consolidação de dados, realizado pelo grupo técnico responsável, o qual contou com a colaboração de dezenas de profissionais da SMS e de alunos da Escola Técnica de Enfermagem, os resultados foram disponibilizados.

Em 1995, os resultados dos Questionários dos Trabalhadores e dos Usuários, apesar de terem sido apresentados sumariamente na oficina do Programa de Desenvolvimento Gerencial de julho, em que se desenhou a estratégia a ser utilizada nas oficinas de planejamento local das unidades básicas, não foram incorporados ao processo de discussões dos planos locais das UBS durante o 2º semestre daquele ano e nem subsidiaram as deliberações tomadas pelos responsáveis dos distintos projetos da Secretaria de Saúde⁴. Apesar disso, estes instrumentos foram reaplicados em abril de 1996.

5.2.1 Questionário dos Trabalhadores

Constituído por perguntas fechadas, elaboradas pelo Coletivo Dirigente da SMS/Betim sob a supervisão do LAPA, buscou refletir questões que indicassem como o modelo tecno-assistencial estava, de fato, se efetivando no Município. Para isto, guiou-se a partir de grandes diretrizes do dito modelo, a saber: livre acesso ao usuário; acolhimento e vínculo entre trabalhador e usuário; gestão colegiada em todos os setores da SMS e fortalecimento da autonomia do usuário.

O Questionário do trabalhador, em sua primeira versão, foi desenhado com o objetivo de avaliar:

- o grau de adesão dos trabalhadores ao modelo tecno-assistencial em implantação na SMS;
- o grau de satisfação da equipe com as atividades desenvolvidas;
- a percepção dos trabalhadores em relação às condições de trabalho; e
- os distintos aspectos do processo de planejamento e gestão da unidade.

Em maio de 1995 este instrumento foi respondido por 288 dos trabalhadores da rede básica (60% do total existente) e os resultados consolidados sob forma de gráficos e tabelas com grande riqueza de informação gerencial, os quais foram apresentados ao coletivo dirigente da Secretaria em julho de 1995.

A crítica à pouca utilização dos resultados do Questionário de Trabalhadores junto às atividades gerenciais do 2º semestre de 1995, levou a que se redefinisse, no início de 1996, a estratégia de aplicação, consolidação, análise e divulgação deste instrumento (ANEXO 5.2).

O grupo responsável aperfeiçoou questões contidas no instrumento de maio de 1995, acrescentou perguntas referentes ao processo de planejamento e gestão realizado nas UBS após julho de 1995 e elaborou questões específicas para três unidades básicas que haviam implantado Equipes de Acolhimento. (ANEXO 5.3)

Cuidou-se de melhorar o sigilo das informações dos trabalhadores ao não se exigindo a identificação dos informantes e evitando a participação dos gerentes no encaminhamento do material para o nível central da SMS. Isto contribuiu para que, dos 647 trabalhadores lotados nas UBS no mês de abril de 1996, 458 respondessem aos questionários (70,8% do total), o que representou um aumento significativo em relação ao número de respostas em maio de 1995.

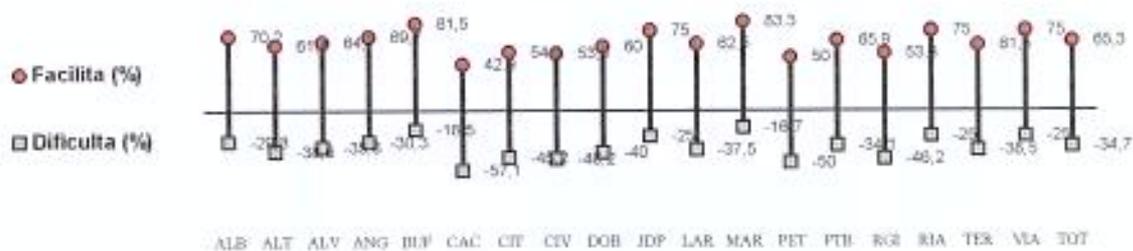
A leitura dos resultados dos questionários foi realizada priorizando um enfoque qualitativo dos dados não se aprofundando na análise estatística dos mesmos.

5.2.1.1 Análise dos resultados referentes à infra-estrutura e logística

A análise deste grupo de respostas confirmou os avanços alcançados neste item tendência, aliás, que é captada por outros instrumentos, como a Pesquisa de Opinião realizada junto à população do município em abril de 1996 que considerou a saúde o melhor setor da administração municipal, aí destacando a melhoria de equipamentos e rede física (ANEXO 5.4).

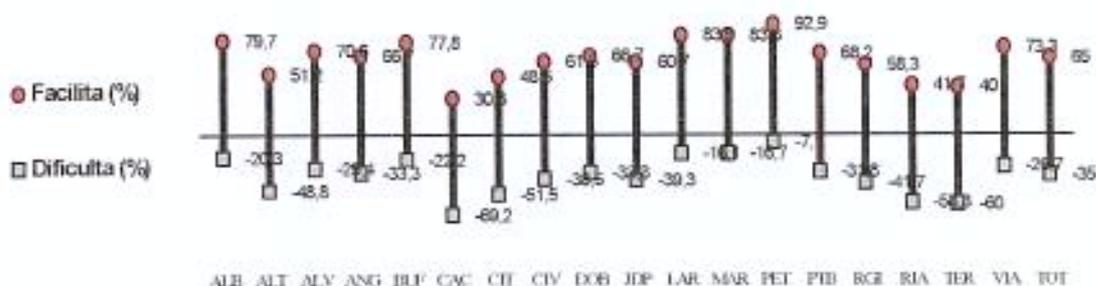
Dos aspectos examinados, constatou-se que a avaliação sobre a suficiência de *materiais de consumo* melhorou significativamente no último ano, passando, de um índice de cerca de 45% de trabalhadores satisfeitos com estes itens em maio de 1995⁵, para 65% em abril de 1996 (GRAF. 5.14).

GRÁFICO 5.14 - MATERIAL DE CONSUMO, Facilita ou Dificulta o atendimento? 1ª SEM, 1996.*



A evolução positiva deste importante quesito, que avalia não só determinado aspecto do processo de gerenciamento das unidades locais mas, principalmente os setores responsáveis por estas atividades em nível central, é repetida de maneira similar na avaliação sobre o material permanente das UBS (GRAF. 5.15).

GRÁFICO 5.15 - MATERIAL PERMANENTE, Facilita ou Dificulta o atendimento? 1ª SEM, 1996.*



Na avaliação dos trabalhadores da rede física, aproximadamente 35% fizeram uma análise positiva da mesma para a realização de suas atividades profissionais.

A avaliação média foi 100% melhor do que a aferida em maio de 1995⁶. No entanto, notou-se uma grande heterogeneidade dos resultados, o que se explica pelo fato de

as quatro unidades que apresentaram índices superiores a 50% de avaliação positiva serem, justamente, aquelas que haviam sofrido processo de reforma ou de construção de edificações.

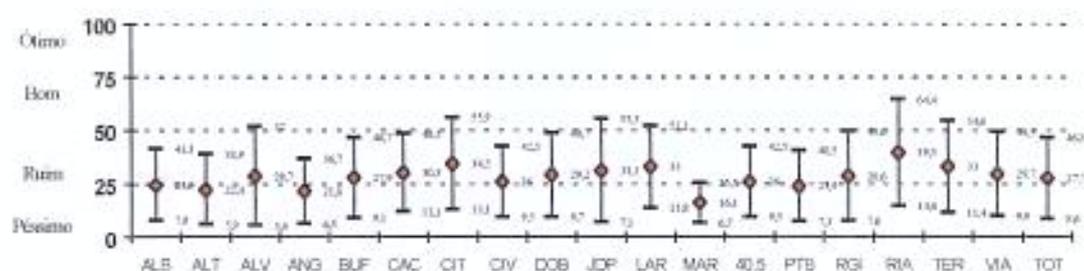
As respostas negativas sugerem a necessidade de se continuar investindo na estrutura física o que é condizente com os resultados da Pesquisa de Opinião realizada no município em abril de 1996⁷.

Com a abertura das unidades à população, através do funcionamento das Equipes de Acolhimento, o problema de espaço físico insuficiente agudizou-se à medida que as equipes locais procuravam aumentar o cardápio de ofertas de serviços de suas unidades.

Deve-se registrar que o município, ao final de 1996, continuava investindo na rede física de saúde tendo concluído em dezembro de 1996 as novas edificações das UBS Angola e Vianópolis e priorizado na elaboração do Orçamento Participativo de 1997 a construção de cinco novas UBS⁸.

A satisfação em relação ao salário manteve-se muito baixa, com uma nota média geral de 27,7 (GRAF. 5.17).

GRÁFICO 5.17 - SALÁRIO ATUAL, Nota (Média, ± 2 Desvios)



A homogeneização das respostas por parte de trabalhadores que recebem tratamento salarial diferenciado, alguns dos quais com rendimentos bem superiores à média de mercado de suas categorias, sugere a necessidade de se elaborar instrumentos com maior poder de discriminatório para aferir este importante item, responsável principal por três greves no setor saúde desde o ano de 1993.

É importante salientar que o questionário não mediu a repercussão do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos⁹ implantado no mês de maio de 1996 que, entre outras

coisas, elevou o salário dos médicos especialistas em 45% em relação ao mês de abril do mesmo ano, ultrapassando assim o piso salarial reivindicado pela categoria ao nível nacional.

5.2.1.2 Análise dos resultados referentes a gestão e planejamento

O conjunto de respostas forneceu um retrato consistente das atividades de planejamento e de gestão realizadas na rede básica nos 12 meses anteriores à aplicação do questionário. Tal fato constituiu um importante subsídio para as discussões junto às equipes locais, já que completou informações coletadas pela Planilha, cujo indicador, que buscava aferir a dinâmica do processo de gestão, havia se mostrado pouco sensível para o objetivo a que se propunha.

Os resultados obtidos (ANEXO 5.5) permitiram perceber a avaliação dos trabalhadores em relação:

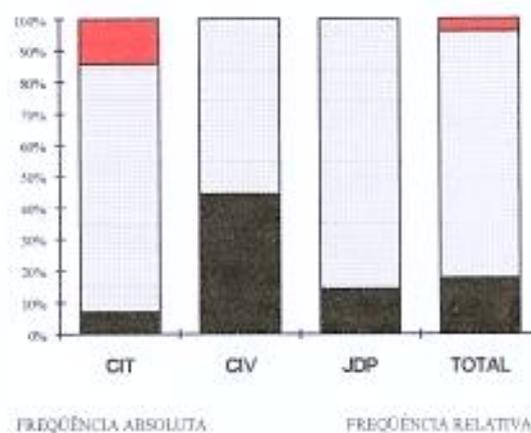
- à atuação da gerência nas atividades gerais da unidade;
- ao papel do gerente no processo de planejamento;
- às atividades de planejamento desenvolvidas;
- à participação dos membros do Grupo de Apoio Gerencial no acompanhamento das atividades;
- à participação dos trabalhadores nas decisões;
- à forma de organização do trabalho nas unidades; e
- aos resultados alcançados pelo planejamento local.

Na média, os trabalhadores avaliaram estes processos como regulares a bom (nota 63,5 a 70,6), variando a nota de acordo com a unidade básica e o conteúdo da pergunta. Estes gráficos forneceram informações variadas sobre o processo de gestão, constituindo-se instrumentos com grande potência para o processo de reorganização das atividades de saúde locais.

5.2.1.3 Análise das respostas referentes a unidades com Equipes de Acolhimento

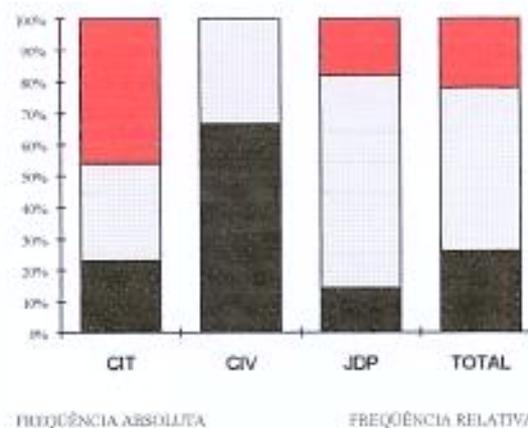
Os trabalhadores consideraram o “Porta Aberta” uma forma de organização do atendimento ao usuário melhor que a tradicional (GRÁF. 5.18)

GRÁF. 5.18
Frequência absoluta e relativa das respostas quanto a FORMA DE ORGANIZAÇÃO EM QUE O PACIENTE É MELHOR ATENDIDO, por Unidades Básicas de Saúde - Inquérito do Trabalhador. 1º semestre, 1996.



E se manifestaram mais satisfeitos em trabalhar no “Porta Aberta” do que na forma tradicional (GRÁF. 5.19)

Gráfico 5.19 - Frequência absoluta relativa das respostas quanto a FORMA DE ORGANIZAÇÃO EM QUE O TRABALHADOR SE SENTE MAIS SATISFEITO, por Unidades Básicas de Saúde - Inquérito do Trabalhador. 1º semestre, 1996.



Os resultados acima sofreram influência de aspectos internos das unidades e da etapa cronológica de implantação das equipes de acolhimento: 2º mês no Jd. Petrópolis, 3º mês na UBS Cidade Verde e 1ª semana (do reinício do processo que havia sido interrompido em fevereiro da UBS Citrolândia).

Chamou atenção as grandes alterações de ânimo das equipes, de acordo com as mudanças de que mudavam de acordo com as diferentes conjunturas, alterando fases otimistas com outras bastante negativas. Esta dinâmica exigiu uma grande capacidade gerencial e o monitoramento intensivo da situação para evitar que as crises ameaçassem o processo e para aproveitar os ruídos surgidos no sentido de desvelar o real e planejar respostas eficazes aos desafios.

5.2.2 Questionário dos Usuários

O Questionário do Usuário (ANEXO 5.6) foi desenhado com o objetivo de avaliar, entre outros fatores:

- a facilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde;
- o grau de satisfação dos usuários com o atendimento prestado; e
- o fluxo de pacientes na rede.

Aplicado pela primeira vez em maio de 1995, trouxe informações úteis que, no entanto, foram pouco utilizadas como subsídio aos planos locais naquele momento.

Da mesma forma como ocorreu em relação aos Questionários dos Trabalhadores, o grupo dirigente da SMS reconheceu a necessidade de aplicação do Questionário do Usuário, determinando sua reaplicação no mês de abril de 1996, após se realizar os devidos aprimoramentos.

A reformulação do Questionário foi realizada a partir da crítica aos problemas detectados no instrumento de maio de 1995, acrescentando perguntas dirigidas à percepção da opinião dos usuários sobre as três unidades básicas que haviam implantado, naquele momento, Equipes de Acolhimento.

Os questionários foram aplicados por 30 estudantes de enfermagem de nível médio, sob a supervisão de técnicos do nível central ou do próprio gerente da unidade, utilizando-se, para isto, um instrumento denominado "satisfatômetro" - constituído por 4

caixas de fósforo sobre uma cartolina, dispostas segundo uma gradação de valores que iam de 0 a 100 - com a finalidade de facilitar a resposta dos distintos usuários, principalmente daqueles que tivessem baixo nível de escolaridade.

A consolidação dos dados foi realizada com a ajuda do programa Epi-Info, corrigindo-se, quando possível, as distorções. Os questionários foram respondidos verbalmente por 584 usuários ou, no caso de crianças, por seus acompanhantes, no período de 15 a 31 de abril, tendo fornecido informações que ajudaram a traçar o perfil da população entrevistada, como tempo de moradia em Betim e grau de escolaridade (ANEXO 5.7), além de um conjunto de dados configurando que configuravam a opinião dos usuários em relação à efetivação de determinadas diretrizes do modelo tecno-assistencial no município.

5.2.2.2 Análises dos resultados referentes à satisfação dos usuários com o atendimento prestado

As perguntas realizadas neste item do questionário não foram reformuladas em abril de 1996 mantendo a estrutura original.

A coleta de dados deste item foi prejudicada pela heterogeneidade na técnica de aplicação dos formulários, que variou segundo as diferentes entrevistadores¹⁰.

Os resultados mostraram que os usuários estavam razoavelmente satisfeitos (nota média acima de 70) com o atendimento médico e de enfermagem e com os serviços de farmácia e de vacinação, avaliação esta que variou de acordo com a unidade básica pesquisada (ANEXO 5.8).

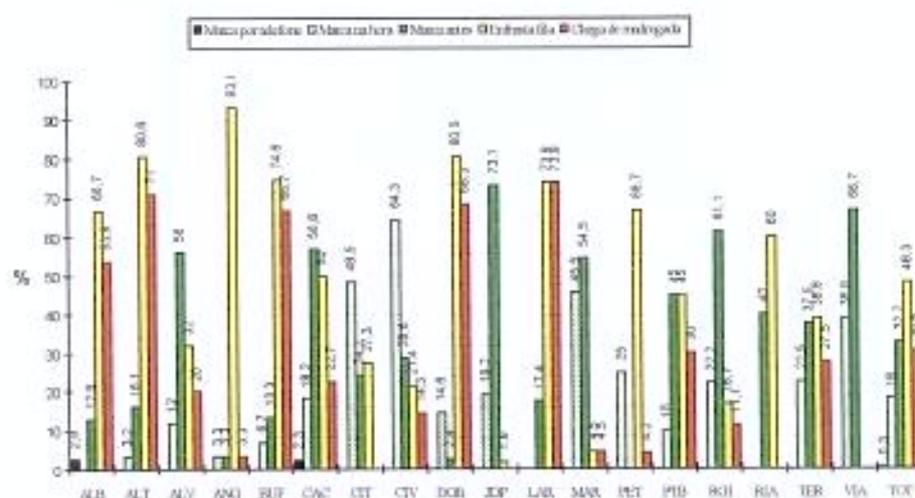
Estas notas estão condizentes com as aferidas por Pesquisa de Opinião realizada com a população adulta de Betim em abril de 1996, na qual os médicos tiveram, em 70% dos casos, uma avaliação positiva, na qual a qualidade dos serviços de saúde em geral, foi considerada boa para 59% dos usuários.

5.2.2.2 Análise dos resultados referentes ao acesso dos usuários

Um conjunto de perguntas procurou perceber características da organização do processo de trabalho que influenciavam o acesso do usuário aos serviços de saúde. Através de seus resultados foi possível avaliar o problema das filas e a agilidade do atendimento realizado nas unidades de saúde.

As respostas dadas à pergunta que se referiu à *rotina de marcação de consultas* permitiram concluir que 48,3% (GRAF. 5.20) dos usuários enfrentavam filas para marcar consultas e, para isto, 30% chegavam de madrugada nas unidades de saúde.

Gráfico 5.20 - Rotina de MARCAÇÃO DE CONSULTA, Usuário, 1ºsem1996

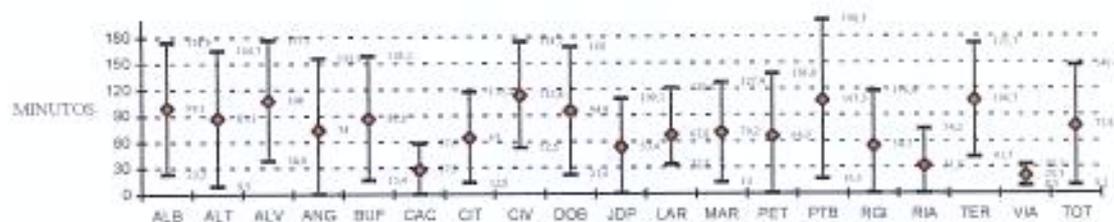


Entre as unidades com pouca ou nenhuma fila, estão aquelas que passaram a funcionar sob a forma de Equipe de Acolhimento; no caso, Jardim Petrópolis (JDP), Cidade Verde (CIV) e Citrolândia (CIT).

Entretanto, chama a atenção o fato de estas unidades, embora tenham acabado com as filas de madrugada, terem criado, do ponto de vista dos usuários, um outro tipo de fila, conforme mostra o gráfico acima.

O tempo de espera para a consulta dentro da unidade foi em média de 77.8 minutos, sendo os melhores tempos alcançados por unidades pequenas (Cachoeira, Riacho III) ou unidades que melhor se pontuaram junto à Planilha de Avaliação (Vianópolis e Jardim Petrópolis); coincidindo, por outro lado, os tempos mais prolongados com o desempenho junto à Planilha. (GRÁF. 5.21)

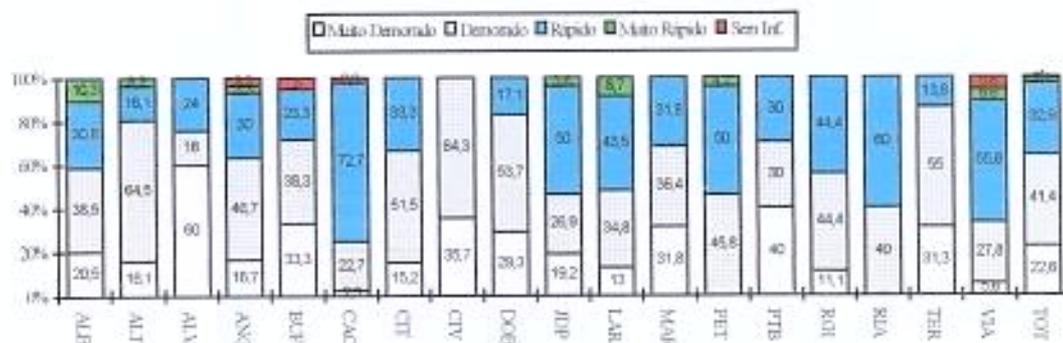
GRÁFICO 5.21 - Avaliação do TEMPO DE ESPERA p/ ser atend., (Média,+/-2 Desv), 1º sem/1996



A avaliação do usuário sobre o tempo de espera dentro das UBS foi, em média, bastante negativa, com 64% considerando o atendimento demorado ou muito demorado (GRAF. 5.22).

Duas das unidades que funcionavam com Equipes de Acolhimento (Citrolândia e Cidade Verde) mantinham, na opinião dos usuários, um longo tempo de espera, o que colocava para as equipes destas unidades a necessidade de se fazer uma análise mais apurada do fluxo dos usuários nos serviços aí prestados.

GRÁFICO 7.7 - Conceito do Usuário sobre o TEMPO DE ESPERA, 1º SEM/1996.



Os resultados acima são condizentes com as respostas dadas à Pesquisa de Opinião realizada em abril de 1996 em que:

- 46% da população pesquisada afirmavam ser difícil conseguir tratamento de saúde, contra 42% que consideravam ser fácil,
- 64% consideravam as filas, quando existentes, grandes, em comparação com 26% que as consideravam pequenas.
- 48% das respostas consideravam insuficiente a quantidade de locais de atendimento existentes no município¹¹.

A análise dessas respostas, além de confirmar observações empíricas, reafirmou a necessidade de se continuar priorizando ações que buscassem garantir acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde, como etapa fundamental para a implantação do modelo técnico-assistencial da SMS/Betim.

Como resposta a este desafio, a Secretaria de Saúde procurou, já no primeiro semestre de 1996, implantar Equipes de Acolhimento em toda a rede básica, desenhando para isto a denominada "Operação Porta Aberta".

Entre as estratégias que a Secretaria utilizou, destacou-se a Operação Porta Aberta, que procurou implantar Equipes de Acolhimento em toda rede.

5.2.2.3 Análise das respostas referentes especificamente às unidades com Equipes de Acolhimento

Na avaliação dos usuários, as unidades que passaram a trabalhar com Equipe de Acolhimento melhoraram o acesso aos serviços (GRÁF. 5.23), considerando esta forma de organização melhor que a tradicional. (GRÁF. 5.24)

Gráfico 5.23 - Ficou mais fácil conseguir atendimento?
1ºsem1996

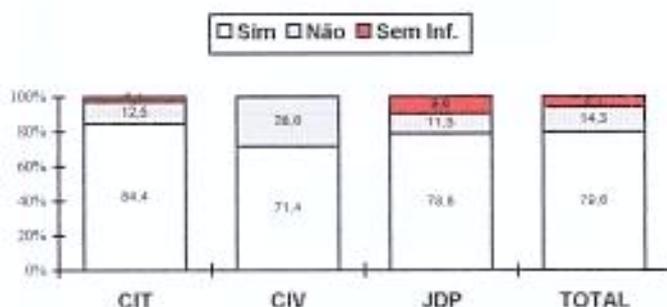
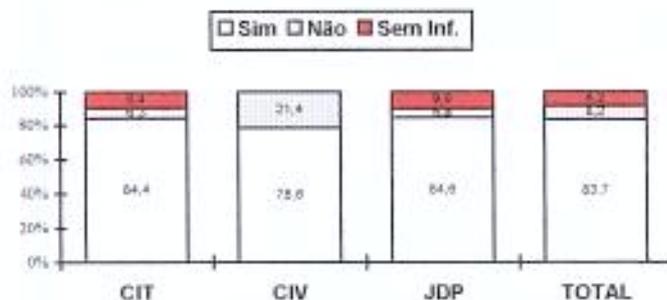


Gráfico 5.24 - De modo geral a mudança foi pi melhor?
1º sem1996



Os resultados indicam uma avaliação positiva dos usuários em relação à Operação Porta Aberta, argumento que foi bastante utilizado nos debates internos às equipes das unidades locais e junto a outras instâncias, como argumento de defesa para a proposta.

Chamou a atenção o patamar inferior de satisfação nas respostas dadas pelos usuários da UBS Cidade Verde em relação às demais, tendência esta que se repete junto aos resultados da Planilha de Indicadores e dos Questionários de Trabalhadores.

Tais resultados devem-se à fragilidade na implantação da nova forma de funcionamento na UBS Cidade Verde e ilustram o que viria a ocorrer posteriormente em diversas outras unidades que após abrirem suas portas, tiveram que recuar para a tradicional organização do processo de trabalho.

A experiência de Betim ensina que não se deve considerar como um objetivo em si o término das filas nas unidades pois, embora seja uma etapa estratégica, quando mal conduzida pode levar ao não cumprimento das demais diretrizes do modelo, tais como: resolutividade, vínculo e responsabilização pelo paciente podendo provocar, inclusive, a perda de qualidade de atividades que funcionaram satisfatoriamente no modelo tradicional tradicionalmente eficazes. Este equívoco confunde usuários, trabalhadores e governo e dá munção aos opositores de um projeto como este que procura consolidar os direitos básicos de cidadania.

5.3 Síntese dos resultados dos instrumentos de avaliação aplicados em abril de 1996

Com o objetivo de se fazer uma ampla divulgação da avaliação de desempenho da rede básica, foi desenhada uma estratégia que buscou apresentar os resultados de forma didática e facilmente compreensível ao conjunto de trabalhadores.

Para isto construiu-se uma tabela-síntese (TABELA 5.4) de todos resultados e redigiu-se um relatório¹² descrevendo o processo de reformulação e aplicação dos distintos instrumentos e seus respectivos resultados.

Tabela 5.4 - Síntese dos resultados finais dos instrumentos de Avaliação / abril de 1996

UBS	INDICADORES (%)		PLANO LOCAL DE SAÚDE	Quest. Trab.		Quest. Usuário	Dados de Produção*	Dados Epid.
	MAIO	ABRIL		Planejam. e Gestão	Infra-Estru. Logis.	Acesso		
JDP	33 —	→ 84	***	2*	11*	2*		
CIT	25 —	→ 83	***	5*	17*	7*		
ANG	42 —	→ 79	****	3*	14*	10*		
RGI	8 —	→ 71	**	13*	13*	5*		
TER	25 —	→ 68	****	8*	8*	11*		
CAC	58 —	→ 62	**	17*	16*	4*		
BUF	4 —	→ 55	*	16*	7*	18*		
CIV	25 —	→ 49	**	6*	18*	3*		
ALV	25 —	→ 49	0	1*	10*	13*		
PET		→ 46	*	9*	4*	9*		
ALB	38 —	→ 45	*	12*	5*	15*		
ALT	25 —	→ 45	**	10*	15*	17*		
RIA	13 —	→ 42	0	11*	12*	6*		
DOB	54 —	→ 40	0	14*	9*	16*		
MAR	29 —	→ 40	0	15*	6*	8*		
PTB	4 —	→ 34	0	18*	3*	14*		
LAR	33 —	→ 32	*	7*	1*	12*		

FONTE - Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Relatório da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, abril/1996. Betim, 1996.

Nota:

- Indicadores: notas em Percentual (%) do total de pontos possíveis;
- Plano Local de Saúde: notas divididas entre 1 a 4 cruzes;
- Questionário dos Trabalhadores: ordem de classificação dada pela soma ponderada dos resultados das perguntas, segundo a temática específica;
- Questionário do Usuário: ordem de classificação da soma ponderada dos resultados das perguntas sobre acesso;
- Significado das cores: Verde → Unidades dentro de um padrão mínimo desejável;
Amarelo → Unidades com desempenho médio;
Vermelho → Unidades com desempenho ruim.

5.3.1 Análise dos resultados

A introdução de diferentes variáveis na tabela acima permite uma análise qualitativa situacional que fornece algumas indicações sobre o processo de gestão das unidades básicas de saúde, embora não suporte um tratamento estatístico mais rigoroso.

A seguir, serão expostas as relações entre os vários instrumentos utilizados, detectadas pelo pesquisador, levantando algumas questões e inferências da leitura da referida tabela que apontam para determinadas tendências.

Os dados relativos a abril de 1996 mostram, através da repetição de determinado padrão de cores, uma relação consistente entre a melhoria do desempenho das unidades, aferida pela Planilha de Avaliação; a melhoria do processo gerencial e da capacidade de lidar com instrumentos de planejamento, reconhecida pelos trabalhadores; e a melhoria na avaliação do item acesso, realizada pelos usuários.

Configuram três blocos de unidades segundo o desempenho das mesmas:

- grupo de quatro unidades com um padrão de desempenho superior, representado pelas cores verdes (ou amarelas) na maioria dos quesitos, e com um aproveitamento acima de 79% em relação à Planilha;
- grupo intermediário de quatro unidades com um desempenho médio, representado pelo predomínio das cores amarelas na maioria dos itens avaliados, e com rendimento superior a 50% dos pontos possíveis junto à Planilha;
- grupo de 10 unidades com um fraco desempenho, representado pelo predomínio de cores vermelhas nos diferentes itens avaliados, e pelo rendimento inferior a 50% do padrão desejável.

A análise desses resultados assinala que a maioria das unidades apresentava sérios problemas organizativos em abril de 1995, não conseguindo atingir um patamar razoável de desempenho em relação aos diferentes instrumentos de avaliação utilizados. Entre estas, estão quatro das seis maiores unidades básicas do município de Betim.

O cruzamento dos resultados oferecidos por diferentes instrumentos, mostram que os mesmos apresentavam avaliações coincidentes sobre diferentes formas de gestão das

unidades, indicando com algumas exceções, que a rede básica não alterado com profundidade a organização de seu processo de trabalho para responder às necessidades dos usuários.

O fato de as demais diretrizes do modelo em implantação terem ligação orgânica com as diretrizes que procuravam garantir o acesso do usuário e a gestão democrática do sistema, permite ao investigador inferir que os problemas em relação à resolutividade das ações, ao vínculo e responsabilização pelo usuário e ao fortalecimento da autonomia da clientela devem apresentar um patamar igual ou superior ao acima referido, sendo necessário o aprimoramento dos instrumentos de avaliação para que monitorem com maior precisão estas importantes diretrizes do modelo.

O fato de as unidades de melhor padrão de desempenho terem sido apontadas pelos trabalhadores como as de piores condições de *infra-estrutura* para o trabalho (Jardim Petrópolis, Citrolândia e Angola), assim como a ocorrência de situações opostas (Marimbá, PTB e Laranjeiras), indica que as mudanças podem iniciar sem a presença de recursos estruturais de boa qualidade, já que alterações do modelo dependem, em boa parte, de tecnologias que estão presentes, em potência, no conhecimento e nas práticas dos trabalhadores.

A afirmativa anterior não nega a importância de recursos estruturais para o bom desempenho do setor saúde, apenas o relativiza. Na prática da SMS/Betim, unidades que aprofundaram o seu processo de reorganização de trabalho, de maneira consistente com o modelo tecno-assistencial da Secretaria, tiveram posteriormente, melhores condições para reivindicar ao nível central da instituição mudanças de caráter estruturado necessárias ao aprofundamento do novo projeto¹³.

Planos que apontavam para a mudança do modelo tecno-assistencial (4 cruces ou 3 cruces) foram elaborados por unidades que apresentavam bom rendimento, enquanto as demais apresentaram planos pouco condizentes com o modelo proposto pela SMS (2 cruces), ou insinuaram operações (1 cruz) ou nada elaboraram (nenhuma cruz). Este resultado confirmou o balanço dos planos locais, realizado em dezembro de 1995, e sugeriu que, embora a formalização de planos locais não fossem indispensáveis para avanços organizativos, a existência do mesmo refletia determinado acúmulo gerencial por parte das equipes locais.

A razoável consistência entre os diferentes instrumentos utilizados não impediu a ocorrência de contradições cuja explicitação só foi possível nas discussões realizadas com as equipes locais.

Para ilustrar esta dinâmica convém relatar o ruído que apareceu na avaliação de desempenho da UBS Alvorada (ALV.) que, na maioria dos instrumentos, teve um mal resultado e que, no entanto, teve uma avaliação altamente positiva por parte dos trabalhadores locais. (TAB 5.4). A elucidação deste paradoxo só foi possível quando, na discussão entre dirigentes do nível central e trabalhadores daquela unidade, se constatou a lógica de trabalho da equipe local não se guiava pelas diretrizes do modelo tecno-assistencial da SMS/Betim, mas era determinada, principalmente, pelos interesses dos trabalhadores locais, posição esta compartilhada pelo próprio gerente e, curiosamente, pelos próprios conselheiros locais de saúde que tinham uma visão altamente positiva do trabalho realizado na unidade¹⁴.

A comparação do desempenho temporal das UBS foi realizada. Utilizando os resultados da Planilha de maio de 1995 e da Planilha de abril de 1996, não tendo sido feito o mesmo para os Questionários de Trabalhadores e Usuários por questões operacionais, já que o banco de dados existente possibilitaria fazê-lo.

Das 17 unidades existentes em 1995, todas, exceto uma, melhoraram a pontuação geral e sete mudaram de patamar de desempenho. Entre as últimas cinco saíram do patamar inferior para o superior, tendo para isto:

- 1) realizado grande investimento no processo de elaboração do planejamento local com ativa participação dos trabalhadores¹⁵;
- 2) contando com gerentes que encaminhavam com competência as deliberações do nível central da SMS, ao mesmo tempo que souberam articular os interesses das equipes locais na perspectiva de se construir um projeto coletivo tendo como referência as diretrizes do modelo tecno-assistencial;
- 3) ocorrido mudanças significativas no processo de trabalho das unidades.

Das 11 unidades que não alcançaram 50% do padrão mínimo, cerca de metade era administrada por técnicos com nível médio de instrução, o que coloca como questão a ser

respondida, já que foge ao objeto deste trabalho, quais as causas e as conseqüências desse perfil gerencial para um projeto de mudança no setor. Os instrumentos de avaliação utilizados, certamente, dão uma importante contribuição para esta discussão estratégica para os rumos do projeto tecno-assistencial da SMS/Betim.

Os dados de produção consolidados em abril de 1996 contribuíram para uma análise macro da evolução da produtividade da Secretaria no período de 1993 a 1996. Entretanto, o grupo responsável pela consolidação das informações considerou os mesmos sem sensibilidade suficiente para mostrar a evolução deste item para UBS específicas devido, entre outros fatores, à pouca fidedignidade do processo de coleta de dados ao nível local.

Embora as informações fornecidas pela Vigilância Epidemiológica tivessem contribuído para a consolidação de determinados indicadores da Planilha, o grupo técnico não conseguiu detectar indicadores que, além de confiáveis, fossem adaptáveis ao objetivo da tabela-síntese, o que não significa necessariamente que tal produto não seja possível.

Apesar destes problemas, foi bastante produtiva a presença de técnicos e dirigentes de diferentes instâncias da Secretaria no grupo que aplicou os instrumentos de avaliação em abril de 1996.

Iniciou-se aí um produtivo processo de elaboração de uma proposta de produção e análise de informações que buscou superar a fragmentação e a ineficácia do setor, com o objetivo de fornecer dados ágeis e pertinentes às reais demandas dos serviços. Nos meses seguintes este grupo procurou responder as demandas colocadas pela Operação Porta Aberta e estruturar um novo projeto para o setor, processos estes que estavam em pleno andamento quando se fechou o trabalho de campo desta investigação.

5.3.2 Discussão dos resultados

Com o objetivo de facilitar a efetiva incorporação dos resultados da avaliação de desempenho ao cotidiano gerencial das equipes locais, cumpriram-se os seguintes passos:

- preparação cuidadosa do material didático, com o objetivo de facilitar a exposição dos resultados e o intercâmbio de opiniões, junto aos trabalhadores e gerentes;
- agilização do repasse dos resultados, através da emissão de relatórios parciais, e entrega do relatório final 40 dias após a aplicação dos diversos instrumentos, o que significou um avanço em relação ao ano anterior quando foram necessários 70 dias para o cumprimento desta etapa.
- repasse de informações sobre o processo de avaliação da rede, sobre a metodologia e sobre os resultados, aos dirigentes da SMS, através de informativos e discussões realizadas em distintos fóruns;
- discussão dos resultados ao nível local, através da Coordenadoria Operacional de Saúde - responsável pelo acompanhamento das atividades assistenciais da rede básica, contando, para tal, com o apoio e a retaguarda dos demais técnicos e dirigentes que aplicaram os instrumentos em abril de 1996.
- o repasse do conteúdo metodológico dos distintos instrumentos, com o objetivo de capacitar os Colegiados Locais para utilização destas ferramentas no dia-a-dia do processo de gerenciamento de suas unidades.

Em consequência destes esforços realizaram-se debates nos locais de trabalho, com a presença da maioria dos trabalhadores da rede básica. Diferentemente do processo que se seguiu à aplicação da Planilha em 1995, os resultados encontraram, desta vez, uma boa receptividade, criando-se uma base propícia para o da análise dos resultados¹⁶.

5.3.3 Os instrumentos de avaliação e a Operação Porta Aberta de 1995

5.3.3.1 Papel dos instrumentos na implementação da Operação Porta Aberta

A divulgação dos resultados na rede deu-se no exato momento em que quinze das dezoito unidades estavam abrindo suas portas para a clientela, através da implantação de Equipes de Acolhimento.

Neste sentido, foi importante a apresentação dos resultados gerais dos instrumentos de avaliação da rede básica e dos resultados de determinados itens especialmente formulados para as três unidades que já estavam funcionando com as Equipes de Acolhimento, os quais deram ensejo a uma discussão mais consistente sobre o processo de trabalho nas diferentes UBS.

A defesa da implantação da Operação Porta Aberta viu-se fortalecida pelos resultados dos Questionários especificamente desenhados para as unidades que estavam trabalhando com Equipes de Acolhimento, reforçando a avaliação geral na qual dois dos quatro melhores desempenhos entre as UBS da rede foram alcançados pelas unidades que funcionavam com suas “portas abertas”.

Ao mesmo tempo, no momento em que os resultados indicaram que a maioria das unidades avaliadas teve desempenho regular ou ruim, em relação ao patamar mínimo desejável para o modelo tecno-assistencial em implantação, e que parte importante da responsabilidade se devia a pouca eficácia do processo gerencial da rede básica, aumentou para a SMS o desafio de implantar a Operação Porta Aberta em toda a rede, ainda que sem as condições ideais para tal, já que segundo Merhy:

“...fazer uma intervenção institucional na direção da mudança de processos de trabalho e de sistemas de direção... é uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas de administração e pronto; mesmo considerando que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos”¹⁷.

5.3.3.2 Características da Operação Porta Aberta

A Operação Porta Aberta foi desenhada pela SMS com o objetivo de fortalecer a implantação das diretrizes do Modelo tecno-assistencial na rede básica, aproveitando, para isto, a experiência das três unidades básicas que haviam implantado Equipes de Acolhimento nos primeiros meses do ano e que mostraram que esta forma de organização possibilitava:

- trazer para dentro das UBS parte da demanda reprimida pelos mecanismos tradicionais de ingresso aos serviços (agendamento, filas, etc.);
- o trabalho multiprofissional e o intercâmbio de saberes visando responder às necessidades dos usuários, dando oportunidade aos profissionais de ampliarem o leque de intervenção dentro da unidade através da participação em diferentes atividades .

Pode-se dizer que o novo arranjo institucional induziu a uma reorientação geral das atividades assistenciais, com conseqüências para o cotidiano de todos os trabalhadores da unidade. Nas unidades melhor organizadas, a maioria dos profissionais se sentiu estimulada a opinar sobre o processo de trabalho, participando e influenciando nas decisões do coletivo local. Neste movimento fortaleceu-se a integração entre profissionais e se potencializou saberes até então “domesticados” pelas normas e hierarquias funcionais tradicionalmente existentes nos serviços públicos de saúde.

A constituição de Equipes multiprofissionais que acolhiam os usuários durante todo o horário de funcionamento das unidades possibilitou a escuta dos problemas, a resolução de parte dos mesmos e o encaminhamento pertinente.

5.3.3.3 Papel dos instrumentos de gestão na Operação Porta Aberta

A implementação deste tipo de organização dos serviços para todas as UBS, a partir de maio de 1996, deu-se de forma heterogênea de acordo com as especificidades locais.

Como era de se esperar, as unidades que tiveram um pior desempenho na avaliação realizada em abril de 1996 tiveram maiores dificuldades na implementação da

operação e apresentaram uma maior resistência, por parte de seus trabalhadores, à implantação do projeto¹⁸.

Constatou-se a necessidade de se reforçar o planejamento local, exigindo planos locais mais articulados e agilidade dos distintos instrumentos que compõem o Sistema de Informações. Assim sendo, a experiência de abrir as portas das UBS Betim demandou da SMS uma maior capacidade e domínio de técnicas, métodos e habilidades gerenciais.

Além de utilizar os instrumentos de avaliação anteriormente citados, outras ferramentas foram utilizadas, entre as quais os fluxogramas, instrumento que possibilitava aos trabalhadores esquematizar processos chaves facilitando desta forma a análise do que ocorria dentro de um serviço de saúde¹⁹. Este instrumento foi bastante utilizado pelas equipes locais, tendo em poucos meses se constituído como ferramenta de utilização cotidiana de dezenas de trabalhadores que, além da facilidade em interpretá-los, capacitaram-se para a construção dos mesmos. As equipes mais organizadas elaboraram coletivamente diversos fluxogramas que buscavam visualizar os processos de trabalho de suas unidades como um todo e nas distintas áreas de produção; tais como: atenção à criança, ao adulto, à mulher, à saúde mental, etc.

A partir de setembro de 1996, começou a se implantar em algumas UBS o denominado fluxograma analítico (ANEXO 5.9), que aplicado sob a forma de inquérito ao usuário, forneceu informações sobre o real fluxo de pacientes dentro da unidade; o nº procedimentos realizados por usuário e o percentual de retorno de usuários por especialidade; além de diversas outras informações gerenciais.

Em agosto de 1996 iniciou-se um processo de atualização da Planilha de Indicadores e de formulação de um questionário de trabalhadores simplificado, com o intuito de acompanhar de maneira ágil o novo processo de trabalho das UBS, devolvendo os resultados à rede um mês após a sua aplicação²⁰.

Apesar de importante instrumental para as atividades gerenciais, reunião do Colegiado Gestor da SMS/Betim, determinou a interrupção do processo sob a alegação de que: a) as unidades não haviam se dedicado à reflexão sobre os resultados da Planilha de abril de 1996, b) era necessário centrar esforços naquele momento, na avaliação das Unidades de Atendimento Imediato e c) aguardar os resultados das eleições municipais de outubro de 1996 para se encaminhar novos esforços de avaliação da rede.

Em novembro de 1996, quando se encerrou o trabalho de campo desta investigação, não havia sido encaminhado uma nova avaliação da rede básica apesar da necessidade de se atualizar o diagnóstico sobre o processo de trabalho nas UBS, sinalizados por problemas inclusive nas unidades que mais haviam avançado no processo UBS Citrolândia e Jardim Petrópolis, que após a “euforia” dos meses iniciais, estavam encontrando dificuldades para, depois de garantir o acesso aos usuários, efetivar as demais diretrizes do modelo tecno-assistencial, tais como que garantissem a resolutividade, o vínculo e a responsabilização dos usuário²¹.

Notas bibliográficas

- ¹ CARVALHO, S.R. *Reunião do Colegiado Gestor da SM/Betim*. Betim: fev. 1996. (Notas pessoais).
- ² Planejamento estratégico/planejamento local. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II*. Betim: jul. 1995. P.69-90. (Relatório).
- ³ Gestão de Qualidade. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulos III e IV*. Betim: 1995. p.4-32 (Relatório).
- ⁴ CARVALHO, S.R. *Oficina de avaliação da SMS em 1995*. Betim: dez. 1995. (Notas pessoais).
- ⁵ *Relatório sobre aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS*: Betim/ maio de 1995. Betim, jul. 1995. 112p.
- ⁶ *Ibidem*.
- ⁷ FONTE: PESQUISA E ANÁLISE. *Relatório de pesquisa quantitativa: Avaliação da área de saúde*. Betim, jul. 1996, 28p.
- ⁸ *Relatório de obras*. Betim: nov. 1996. 6p.
- ⁹ *Plano de Cargo Carreiras e Vencimentos*. Bctim: out. 1996. (Mimeo.).
- ¹⁰ CARVALHO, S.R. *Supervisão do processo de aplicação dos Questionários de trabalhadores e usuários*. Betim: abr. 1996. (Notas pessoais).
- ¹¹ FONTE: PESQUISA E ANÁLISE. *Relatório de pesquisa quantitativa: Avaliação da área de saúde*. Betim, jul. 1996, 28p.
- ¹² *Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde - abril de 1996: relatório final*. Betim: jun. 1996. 60p.
- ¹³ CARVALHO, S.R. *Reuniões dos Colegiados Gestores das UBS Citrolândia e Jd. Petrópolis*. Betim: 1995 (Notas pessoais).
- ¹⁴ CARVALHO, S.R. *Reunião do Grupo responsável pela avaliação da rede básica em abril de 1996*. Betim. (Notas pessoais).
- ¹⁵ *Planos locais das UBS Jd. Petrópolis, Citrolândia, Vianópolis e Angola e UBS Alcides Brás*, Betim: 1995. (Relatório de serviço).
- ¹⁶ CARVALHO, S.R. *Oficinas de planejamento local das UBS Citrolândia, Jd. Petrópolis e Vianópolis*. Betim: jun. 1996. (Notas pessoais).
- ¹⁷ MERHY, E. E. *Agir em Saúde: a micropolítica do processo de trabalho*. Campinas: DMPS/UNICAMP março/abr. 1996. (Inédito).
- ¹⁸ CARVALHO, S.R. *Reunião do Projeto 6 da SMS*. Betim:1996 (Notas pessoais).
- ¹⁹ CARVALHO, S.R. *Oficinas de planejamento local das UBS Citrolândia, Jd. Petrópolis*. Bctim: maio-jun, 1996. (Notas pessoais).
- ²⁰ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Informativo preparatório para a aplicação da Planilha e Questionários de Usuários nas UBS/Betim*. ag. 1996.
- ²¹ CARVALHO, S.R. *Reunião do Colegiado Gestor da SM/Betim*. Betim: ag. 1996. (Notas pessoais).

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Introdução

Os avanços no setor público de saúde de Betim, no período de 1993 a 1996, foram significativos.

Quando o governo tomou posse em 1993 encontrou o Sistema Público de Saúde de Betim caracterizado pela duplicidade de mando, pelo sucateamento da rede, pelo modelo de gestão favorecedor da lógica privada, pela baixa eficácia das ações e insatisfação da clientela obrigada a recorrer a serviços fora do município para encontrar respostas às suas necessidades de saúde.

Quatro anos depois a SMS havia ampliado significativamente a oferta de serviços ambulatoriais, aberto mais de 300 leitos hospitalares, realizado grandes investimentos em obras e na contratação de pessoal; e contava, ainda, com um projeto assistencial consistente e amplamente discutido junto aos dirigentes, trabalhadores e usuários; uma ampla rede de serviços totalmente reformada e acrescida de unidades de médio e grande portes; suficiência de quadros técnicos em número e qualidade; e, por fim, um grupo dirigente experiente e mais capacitado.

Isto se refletiu na legitimidade do setor saúde, revelada no fortalecimento dos Colegiados Gestores das unidades assistenciais e dos Conselhos Locais de Saúde, assim como uma avaliação positiva dos usuários em distintas pesquisas de opinião realizadas, assim como pelo eleitorado que em outubro de 1996 escolheu como prefeito um candidato da mesma coligação partidária que governou Betim entre 1993 a 1996..

Estas mudanças foram possíveis devido à decisão do governo municipal em priorizar políticas sociais que beneficiassem a maioria da população trabalhadora do município, assim como à presença na direção da SMS de um grupo dirigente coeso que foi capaz de se articular politicamente para garantir as condições estruturais e de governabilidade para os principais projetos do setor junto a diferentes fóruns, entre os

quais: Secretariado de Governo, Orçamento Participativo, Conferencia Municipal de Saúde, Câmara Municipal, Bipartite, COSEMS, CONASEMS.

Este esforço resultou em um melhor atendimento da população usuária e colocou para o novo governo eleito o desafio e a possibilidade de consolidar um Sistema Público de Saúde resolutivo, equânime e universal.

Um tema importante na análise dos avanços e dificuldades para a consolidação do SUS/Betim foi o da formulação e operacionalização das diretrizes com que a Secretaria orientou sua prática entre 1993 e 1996. Após ter se guiado por determinadas premissas assistenciais no primeiro período de governo, a direção da SMS realizou em 1994 um balanço dos resultados alcançados onde reconheceu que, apesar dos avanços, era necessário refazer o projeto assistencial da Secretaria com o objetivo de qualificar o atendimento aos usuários, formulando, para isto, novos princípios e diretrizes que procuravam garantir o acolhimento humanizado ao usuário e a resolutividade das ações de saúde.

Julgou-se fundamental, para isto, a democratização e o fortalecimento de instâncias de autogestão e co-gestão envolvendo governo, trabalhadores e usuários, e o desenho de estratégias operacionais, entre as quais, o fortalecimento da capacidade de gestão dos dirigentes, a ampliação dos fóruns de participação, a elaboração dos projetos prioritários da Secretaria e a formulação de planos locais por parte das equipes das unidades de saúde.

A partir de agosto com o desencadeamento do planejamento local junto a rede básica, Planilha de Avaliação e os Questionários de Trabalhadores e Usuários passam a ter um destacado papel junto ao processo de gerenciamento da SMS/Betim. O modo como estes instrumentos circularam no meio institucional da SMS/Betim expressou determinada capacidade de intervenção do governo, ao mesmo tempo que revelou as possibilidades e limites de determinadas tecnologias de gestão.

6.2 Os instrumentos de avaliação: análise do papel e do conteúdo

O resultado da avaliação realizada em abril de 1996 mostrou que houve um salto de qualidade na organização do processo de trabalho da rede básica, em relação ao

ano anterior, com destaque para um determinado grupo de unidades que atingiu um alto patamar de desempenho junto aos diferentes instrumentos..

Os bons resultados alcançados refletiram uma nova dinâmica de trabalho na rede, cuja característica principal foi a formação de grupos que tomaram para si a tarefa de reorganizar o processo de trabalho de suas unidades, contribuindo de maneira criativa e crítica para a implantação do modelo tecno-assistencial da SMS/Betim.

Ao desvelarem problemas “ocultos” das unidades - entre eles, a repressão à demanda e a privatização dos espaços públicos -, para facilitar a comunicação interinstitucional, para instrumentalizar o processo de planejamento, para traduzir as diretrizes do modelo tecno-assistencial e para induzir determinada proposta de governo, a Planilha e os Questionários cumpriram diferentes papéis.

A isto se acrescenta o fato de que estes instrumentos mostraram, de maneira consistente, o impacto de determinadas ações no desempenho das UBS, lembrando, porém, que este papel específico poderia ser efetuado por outros instrumentos de avaliação sob a responsabilidade de um grupo de especialistas, numa relação custo benefício possivelmente mais favorável.

As características anteriormente mencionadas, da Planilha e dos Questionários de Trabalhadores e Usuários utilizados em Betim, é que justificaram o grande investimento realizado para a aplicação destes instrumentos e explicam, porque eles são tão sensíveis ao modo como se governa o setor saúde.

O resultados alcançados com a utilização destes instrumentos foram significativos, apesar de problemas, tais como: a irregularidade na aplicação e utilização dos instrumentos, a morosidade na divulgação dos resultados, assim como a presença, na Planilha, de indicadores de má qualidade.

Entretanto, é necessário afirmar que o papel destes instrumentos dependerá, a longo prazo, dos rumos do Projeto da SMS/Betim a partir de 1997, já que processos de reestruturação institucional que se propõem a transformar com radicalidade processos de trabalho, como o delineado pelas diretrizes do modelo tecno-assistencial de Betim, demandam um tempo maior para se consolidarem.

A SMS conta, para isto, com uma razoável experiência acumulada na utilização destas tecnologias de gestão, além de um conjunto de informações que facilita o

aprofundamento do Projeto assistencial. Entretanto, os limites e as dificuldades do processo requerem um conjunto de medidas com o objetivo de corrigir as imperfeições técnicas dos instrumentos e de rediscutir o papel dos instrumentos de avaliação no processo mais amplo de gestão da Secretaria.

Para que tais objetivos se concretizem é necessário: aprimorar os mecanismos gerenciais; garantir a incorporação da sistemática de avaliação ao cotidiano da direção da Secretaria; criar mecanismos que garantam a utilização qualificada dos instrumentos pelos dirigentes e trabalhadores; desenvolver mecanismos que facilitem a participação dos trabalhadores na formulação dos instrumentos; e constituir um Sistema de Informação em Saúde eficaz.

6.3 Os instrumentos de avaliação e o processo de gestão da SMS/Betim

A participação do grupo dirigente e o funcionamento das instâncias de direção da Secretaria tiveram um papel determinante para o formato e o significado que os instrumentos de avaliação foram assumindo no processo de gestão da SMS, com consequência para o processo de reorganização das unidades básicas de saúde.

O sucesso das estratégias utilizadas e os grandes avanços do SUS/Betim colocaram novos desafios aos gestores e demandaram uma nova qualidade no gerenciamento da rede, sendo importante ter-se uma correta análise da maneira que se governou a saúde no período que vai de 1993 a 1996.

A não utilização dos resultados dos Questionários aplicados em maio de 1995; a demora de apresentação da análise dos referidos instrumentos aos trabalhadores e a irregularidade na aplicação dos instrumentos - inclusive a interrupção da aplicação do instrumento que iria aferir os resultados da Operação Porta Aberta - colocaram em risco a eficácia da estratégia de gestão da SMS/Betim e expressaram dificuldades de diferente natureza da direção para operacionalizar o Projeto assistencial.

A direção superior da SMS, apesar de ter assumido importante papel no desenho do projeto tecno-assistencial e de suas estratégias de implantação, não incorporou os instrumentos de avaliação ao cotidiano gerencial, não obstante a potencialidade de

exploração dos resultados aferidos pela Planilha e pelos Questionários. Esvaziou-se, desta forma, um dos principais objetivos dos instrumentos que era o de possibilitar o acompanhamento, pelo nível central, do desempenho dos gerentes das unidades básicas de saúde.

A Planilha e os Questionários dirigidos aos trabalhadores e usuários continham informações sobre temas que faziam parte dos Projetos da SMS, particularmente sobre aquelas que se referiam ao Controle Social, à democratização da gestão, ao Sistema de Informações, à motivação dos trabalhadores para a efetivação do modelo da Secretaria e ao fortalecimento do papel das UBS. Entretanto, apenas no 2º semestre de 1996 é que se realizou um esforço mais sistematizado de aproveitamento destes resultados pelos coordenadores dos projetos, com exceção do Projeto que tinha como preocupação garantir a implantação do modelo tecno-assistencial nas UBS.

Esta situação pode ser explicada parcialmente pela ambigüidade do organograma da Secretaria no qual, apesar de desejar horizontalizar as relações de poder através da gestão por Projetos, o poder efetivo continuou concentrado nas Coordenadorias que faziam parte do organograma formal. Isto se deveu ao fato de que os recursos para a viabilização dos projetos se encontravam nas referidas Coordenadorias, concluindo que a estrutura de poder da Secretaria não se mostrou compatível e adequada às mudanças desejadas.

A heterogeneidade dos dirigentes, no que se refere à capacidade de formulação, de coordenação de equipes de trabalhadores, de adesão ao projeto e de domínio de temas básicos à Saúde Pública, foi determinante para o grau de sucesso das estratégias de planejamento e de gestão delineadas.

O reconhecimento do problema gerencial como um dos nós críticos para a implementação do Projeto da SMS, por parte de seus dirigentes,¹ abre espaço para que se crie um Sistema de Avaliação de desempenho que complete e, às vezes, se contraponha aos tradicionais métodos de escolha de dirigentes, baseados em critérios de confiança política e pessoal ou na disputa de grupos por espaços de poder institucional, fator de paralisia nos serviços públicos, incluindo aí as administrações de corte progressista.

Neste sentido, o aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação utilizados em abril de 1996, a sua aplicação periódica e a comparabilidade dos dados fornecidos nas

diferentes aferições, constituem um método de inestimável valor para as correções de rumos necessários, e para o provimento dos cargos de direção da Secretaria assim como para a avaliação de desempenho dos gerentes de Projetos e das unidades assistenciais.

Na atualização dos instrumentos de avaliação seria importante avaliar a pertinência de se criar uma Planilha básica para todas as unidades assistenciais de Betim, nos moldes das duas anteriormente utilizadas, e estimular em cada unidade a elaboração de suas Planilhas específicas a partir das realidades locais. Desta forma, seria respeitada a especificidade de cada setor da SMS, sem perder a possibilidade de se ter uma visão do todo, fortalecendo, assim, os espaços de participação de trabalhadores e usuários.

Seria contemplada, desta forma, a máxima de que quem faz deve planejar, bem como ampliada a possibilidade de participação dos trabalhadores na formulação dos novos instrumentos de avaliação, facilitando o diálogo entre as partes. Este processo permitiria a realização de contratos entre os diferentes níveis do Sistema, contendo uma agenda de compromissos de ambas as partes.

Neste sentido, seria útil compatibilizar esta idéia com estudos já encaminhados pela SMS - e incorporados, por lei, ao Plano de Cargo Carreiras e Vencimentos - sobre metodologias que permitem a remuneração por desempenho aproveitando, inclusive, experiências de outros municípios, como Belo Horizonte, onde se constituíram planilhas com tal objetivo.

Coerentes com os objetivos do modelo tecno-assistencial de Betim, tais instrumentos deveriam se guiar pela lógica não só da produtividade mas, também, da qualidade priorizando no processo de avaliação o trabalho de equipes de saúde em relação ao trabalho individual. Tal dinâmica seria um fator de democratização da gestão e de valorização daqueles que em toda instituição se diferenciam pela qualidade do trabalho e pela defesa intransigente de determinados princípios ético-políticos, que no caso de Betim se traduziram nas diretrizes do modelo tecno-assistencial.

A experiência do Grupo de Apoio Gerencial colocou em relevo a importância de se reforçarem instâncias de apoio ao nível local, compostas por profissionais que dominem tecnologias de planejamento e gestão. Aos membros desta instância caberia o papel de repassar aos trabalhadores e gerentes as distintas ferramentas gerenciais, articular cronogramas de intervenção, supervisionar o trabalho das equipes, assim como “vigiar” a

implantação do modelo tecno-assistencial de acordo com as especificidades das diferentes unidades.

Dado bastante positivo foi a incorporação ao processo de gerenciamento de um conjunto de trabalhadores organizados em Colegiados Gestores fortalecendo, assim, o processo de gerenciamento das unidades locais. A discussão do modelo tecno-assistencial e dos resultados dos instrumentos de avaliação tiveram, neste sentido, um papel de grande relevância para a importantíssima incorporação destes atores à gestão da SMS/Betim, coerente com a premissa do modelo de que quem executa deve planejar e, portanto, gerir as ações de saúde.

Este processo revelou lideranças e aproximou os trabalhadores da direção da Secretaria. No entanto, a investigação mostra que este movimento de incorporação de distintos sujeitos ao Projeto não se consolidou suficientemente, demandando sabedoria por parte da direção da Secretaria em relação ao aperfeiçoamento do Projeto, assim como aos mecanismos de gerenciamento do mesmo.

Os usuários organizados, apesar de deliberarem em Conferência Municipal de Saúde pela implantação das diretrizes do Modelo tecno-assistencial em Defesa da Vida e sugerirem a utilização de instrumentos de avaliação qualitativos da rede, participaram, com exceções, marginalmente do processo de reorganização do trabalho das UBS. Este movimento incipiente colocou para a SMS e para o grupo responsável pelo Projeto que busca fortalecer mecanismos de Controle Social, o desafio de criarem mecanismos que incorporem de forma ativa a participação dos usuários na discussão dos planos locais de saúde buscando, com isto, a construção de maneiras eficazes de autogestão dos Serviços Públicos de Saúde.

6.4 O acolhimento e o modelo tecno-assistencial em 1996: desafios

As estratégias de planejamento utilizadas priorizaram operações que conseguissem melhorar o acesso dos usuários aos serviços das UBS, desencadeando um vigoroso processo de formulação de planos locais que, entre outros resultados, foram, pelo menos em parte, responsáveis pelo desenho de diferentes formas de se organizar o processo de trabalho, entre elas, as Equipes de Acolhimento.

As UBS que optaram pelo Acolhimento, principalmente aquelas que vinham acumulando um processo de discussão de suas estratégias de mudança, tiveram uma resposta positiva imediata por parte dos usuários, conseguindo com isto uma inusitada legitimidade política e condições propícias para o questionamento da lógica do privado dentro do processo de gestão.

Ao resolverem com razoável competência o problema de acesso à unidade, ao humanizarem a lógica de atendimento prestado e ao compartilharem com os respectivos gerentes a responsabilidade pelas ações de saúde, os trabalhadores se defrontaram rapidamente com o problema de que já não bastava, apenas, facilitar o acesso aos serviços mas também, garantir a resolutividade das ações através da disponibilização do melhor da tecnologia existente, da responsabilização, do vínculo e da humanização de todas as etapas do processo de trabalho.

Colocaram para si o desafio de encontrar formas efetivas de garantir aos usuários o acesso não só às unidades mas, principalmente, às diferentes tecnologias disponíveis, sendo necessário superar dialeticamente a etapa.

Para superar esta etapa “provisória” do processo de trabalho que buscou intervir na relação de acesso da clientela com os serviços, cumprida pelas Equipes de Acolhimento, fez-se necessário procurar alternativas com o objetivo de se garantir a integralidade do atendimento, existindo indicações, a partir das experiências da SMS/Betim², de que estas devem e podem ser encontradas em diferentes estratégias que aproveitem criativamente diferentes tecnologias e temáticas desenvolvidas em diferentes saberes, tais como, as Ações Programáticas, a Vigilância à Saúde, os grupos terapêuticos da Saúde mental, o vínculo presente na experiência do Médico da Família, e outras.³

Assim, embora se reafirmando a importância das Equipes de Acolhimento para humanizar o acesso dos usuários aos serviços e desencadear a reorganização do processo do trabalho, faz-se necessário ir além para encontrar formas que viabilizem o atendimento integral na rede básica, o que passa pela intervenção na comunidade mas, também, pela necessidade de se visitar a Clínica, no sentido de qualificá-la ao incorporar a responsabilização e o vínculo entre equipes locais e usuários, sendo útil procurar saídas tipo projetos terapêuticos e grupos de vinculação, já utilizadas com sucesso nas experiências dos serviços de Saúde Mental⁴.

Portanto, a Secretaria de Saúde de Betim está hoje perante o dilema de dar um salto de qualidade nas práticas assistenciais das UBS, sem o qual corre o risco de perder a adesão dos diferentes sujeitos sociais, ao projeto em implantação e, inclusive, retroceder a uma situação semelhante à de quando foi iniciado o processo de mudança da rede.

6-5 As Unidades de Atendimento Imediato e o modelo em implantação

O caráter contraditório do modelo tecno-assistencial e, por conseguinte, do modo de se governar a SMS/Betim é indicado, acima de tudo, pela constatação de que houve um aumento exponencial do atendimento realizado pelas Unidades de Atendimento Imediato (UAI), as quais passaram em um curto período a ofertar boa parte do atendimento ambulatorial do município.

Este dado do fluxo de pacientes na rede constituiu uma grande distorção do modelo desenhado para Betim a partir de 1995 e aponta, mais do que qualquer indicador, a existência do problema da demanda reprimida, não obstante os imensos e, parcialmente bem sucedidos esforços realizados para reorganizar o processo de trabalho nas UBS.

Entre as explicações que podem justificar este movimento menciona-se: o aumento da capacidade de atendimento das UAIs - como consequência dos investimentos em rede física, equipamentos e pessoal - o acesso 24 horas sem grandes impedimentos burocráticos; a tecnologia incorporada e a percepção do usuário do que é resolutivo. Possivelmente tudo isto e mais alguma coisa, o fato é que os usuários continuam criando seu fluxo de atenção, independente do desejo dos planejadores mas, também, influenciados pelos mesmos.

Saliente-se que esta expansão não controlada de consultas por parte das UAIs foi questionada em diversas ocasiões. No balanço realizado pelo Coletivo gerencial em dezembro de 1995 apontou-se esta contradição como um dos principais óbices à implantação do modelo tecno-assistencial em Betim, tendo sido desenhada uma operação específica com o objetivo de rediscutir o papel das UAIs junto ao SUS/Betim, resolução que não foi encaminhada pelos responsáveis e nem questionada pelos distintos fóruns de

gestão da Secretaria, sinalizando neste processo as dificuldades e os limites com que se processou o gerenciamento da rede no referido período.

A necessidade de se redimensionar o papel das diferentes instâncias do Sistema vai se afirmando como uma demanda prioritária à medida que novos serviços são abertos, como é o caso da abertura prevista, para janeiro de 1997, do Pronto Socorro do Hospital Regional de Betim, o qual, não sendo tomadas as devidas precauções, poderá se transformar em mais uma nova UAI com maior potência de rapidamente determinar a lógica de funcionamento de todo o Sistema de Saúde de Betim, terminando, assim, com qualquer perspectiva de construção de um projeto de SUS verdadeiramente comprometido com as necessidades dos usuários e com a construção de sujeitos sociais críticos e atuantes.

Constituem-se, pois, um desafio, repensar papéis, concentração de tecnologia e fluxos, além de se fazer necessário rediscutir a questão da porta de entrada. Em relação a este último tema, é útil refletir sobre alternativas, como a abertura de portas com distintas qualificações, ou mesmo avaliar a pertinência de que determinada clientela que receba alta de um serviço passe, através de mecanismos de referência e contra-referência, a ser acompanhada por outra instância⁵.

Portanto, é necessário procurar garantir um fluxo planejado que para ser eficaz deve, necessariamente, escutar os ruídos que fazem os usuários no seu movimento diário de procurar atendimento às suas necessidades.

6.6 O papel do LAPA na assessoria à SMS/Betim

O Laboratório de Planejamento do DMPS/UNICAMP iniciou o seu trabalho de assessoria junto à SMS/Betim em novembro de 1994, tendo para isto deslocado um profissional para o acompanhamento contínuo das atividades da Secretaria e para o apoio a determinados eventos, entre os quais, o Programa de Desenvolvimento Gerencial.

O Coletivo Dirigente da Secretaria e, posteriormente, os trabalhadores aproveitaram e adaptaram para a realidade do SUS/Betim um conjunto de instrumentos e arranjos institucionais que o LAPA tem utilizado em suas assessorias, entre eles: a

concepção de modelo assistencial, a Planilha de Avaliação e os Questionários de Trabalhadores e Usuários, as Equipes de Acolhimento e os organogramas horizontalizados.

Embora o resultado desta interlocução, em termos gerais, tenha sido positiva, como relata o trabalho que agora se conclui, ocorreram dificuldades e limites neste processo tanto na assessoria em si quanto no próprio desenho teórico do Modelo em Defesa da Vida do LAPA.

A assessoria foi realizada basicamente junto ao Coletivo Dirigente da SMS sem que houvessem contatos freqüentes com as realidades dos serviços e trabalhadores. O fato de o modelo que se implantou em Betim dar grande destaque à mudança do processo de trabalho e à co-gestão das unidades sugere ser útil a aproximação do assessor externo ao cotidiano dos serviços, o que possibilitaria, inclusive, uma visão mais próxima do real à medida que se superasse a “barreira”, muitas vezes interposta pelos dirigentes institucionais, ao entendimento da dinâmica concreta dos serviços.

Outra questão relevante, e que foi foco de muitos debates informais durante o período de estudo, é o difícil problema de se definir o papel do assessor e os limites de sua intervenção, particularmente quando estavam em jogo questões estratégicas que colocavam em perigo a própria concepção do modelo, como foi o caso do crescimento desmedido da oferta de serviços pelas Unidades de Atendimento Imediato e a insuficiente discussão sobre o papel das mesmas no modelo tecno-assistencial de Betim.

O desencadeamento da Operação Porta Aberta mostrou a necessidade de se aperfeiçoar o acompanhamento mais contínuo deste processo devido a que este tipo de organização de serviços mexe profundamente com o dia-a-dia dos trabalhadores, exigindo um gerenciamento ágil e eficaz para responder os desafios colocados e a interlocução. Neste sentido, o papel da assessoria do LAPA foi muito importante no apoio ao processo embora a experiência de Betim e as dificuldades em se avançar no processo estivessem colocando no momento em que se terminou a investigação, um novo patamar de exigências dados entre outros pelos desafios teórico-práticos deste tipo de proposta.

A observação do papel do LAPA no acompanhamento dos trabalhos da SMS/Betim, o qual contou com a presença de diferentes profissionais em distintos momentos, deixou a impressão de existirem diferentes nuances no modo com que os assessores trabalham tecnologias de gestão e intervenções no processo de trabalho. Se isto

for correto é válido indagar qual a consequência desta característica do LAPA para o trabalho de assessoria que ele vem desenvolvendo em Betim e em outros municípios brasileiros, assim como para as concepções teórico com que vem se referenciando.

6.7 Estratégias gerenciais: tecnologias de gestão e intervenções no processo de trabalho

As estratégias utilizadas para implantar o modelo tecno-assistencial da SMS/Betim foram marcadas, até abril de 1996, pela utilização de determinadas tecnologias de gestão, tais como, a Planilha, os Questionários e determinados procedimentos oriundos do Planejamento Estratégico Situacional. A partir de maio de 1996 e, em algumas unidades, a partir de janeiro, estiveram muito presentes determinadas tecnologias de gestão que priorizaram o processo de trabalho como dispositivo analisador principal.

Em geral, estas estratégias conviveram entre si, embora tenham apresentado diferentes nuances de acordo com a dinâmica de cada equipe de trabalhadores.

Exemplo paradigmático desta situação foi o processo da primeira unidade que abriu suas portas para a população, a UBS Citrolândia que fez grandes esforços organizativos no 2º semestre de 1995 e que, apesar de haver logrado desenhar um plano consistente contendo operações, ações, responsabilidades e prazos, não conseguiu alterar significativamente o seu processo de trabalho. Estimulada por um membro do Grupo de Apoio gerencial que havia vivenciado a experiência de Equipe de Acolhimento em Ipatinga, a equipe local encontrou aí uma referência para buscar romper com as resistências a um projeto de mudança.

O resultado imediato da experiência foi surpreendente ao conseguir mobilizar os esforços da maioria dos trabalhadores e rapidamente acabar com as filas matutinas. Este processo exigiu grande dedicação e disponibilidade da equipe local já que os ruídos/analísadores provocados foram de forte intensidade, liberando um potencial instituinte enorme.

A partir de determinado momento, os trabalhadores tiveram dificuldade de responder ao aumento de fluxo de pacientes para a unidade e às novas demandas colocadas

pelos usuários, gerando um sentimento de desestímulo e cansaço e o aparecimento de propostas de retorno ao modo tradicional de organização do processo de trabalho.

O Colegiado Gestor local, com apoio do GAG foi obrigado a lançar mão de toda sua capacidade gerencial para reverter o movimento de interrupção da proposta de Acolhimento, tendo para isto se utilizado de diferentes ferramentas de gestão, tais como, inquéritos sobre o Acolhimento dirigido a trabalhadores e usuários, árvore explicativa, inquérito sobre demanda reprimida e dinâmicas de grupos.

O sucesso daquela empreitada permitiu um aprofundamento sobre o projeto e a construção de outras ferramentas, entre as quais, determinados fluxogramas da unidade que conseguiram organizar melhor o processo de trabalho. A partir daí, foi uma constante a demanda por diferentes ferramentas de gestão que dessem conta de direcionar o imenso potencial de mudança que a abertura da Unidade provocou nos usuários

Sem ter a pretensão de concluir se são os mecanismos de gestão ou as mudanças no processo de trabalho que têm mais potência para induzir mudanças, assinala-se aqui a ocorrência de uma contínua tensão, em Betim, das diferentes formas de se gerir o Sistema de Saúde, na qual uma predominava sobre a outra e, às vezes, se complementavam.

Assim, é interessante mencionar a divergência de opiniões entre técnicos e dirigentes da SMS/Betim, em relação a esta questão, pois enquanto alguns consideravam que a abertura das portas da unidades ocorreu no momento em que as condições se encontraram amadurecidas para tal⁶, outros acreditavam que as mudanças seriam mais efetivas se a direção da Secretaria - e também o assessor do LAPA - tivesse desencadeado o processo de implantação de Equipes de Acolhimento com uma maior antecedência.

A impressão que se tem é a de que ambas formas de gerenciar são complementares e devem ser utilizadas a partir de uma análise cuidadosa da conjuntura. Com certeza, as estratégias de planejamento utilizadas, entre elas, a Planilha de Avaliação, os Questionários e as Equipes de Acolhimento são, antes de tudo, ferramentas que o gestor utiliza à medida que as necessite, sendo, portanto, insubstituível o papel dos diferentes sujeitos sociais na escolha e na operacionalização de diferentes estratégias de mudança.

Notas bibliográficas

- ¹ CARVALHO, S.R. *Reunião de avaliação das atividades da SMS/Betim em 1996*. Betim; nov. 1996 (Notas pessoais).
- ² CARVALHO, S.R. *Reunião do Fórum de Saúde da UBS JD. Petrópolis*. Betim: nov.1996. (Notas pessoais). Ibidem.
- ³ Ibidem.
- ⁴ CARVALHO, S.R. *Banca de qualificação de mestrado*. Campinas: out. 1996. (Notas pessoais).
- ⁵ CECÍLIO, L.C.O. *Considerações sobre a mitica do planejamento e sua cumplicidade com o "padrão-fracasso" do projeto da reforma sanitária brasileira*. Campinas: DMPS/UNICAMP. Out.1996. 20p. (Mimeo.).
- ⁶ BUENO,W.S. *Um gestor pleno do sistema: Saúde Betim*. Campinas, 1996. (Inédito).

Summary

It was done a case study taking by theme of investigation the analysis of management process in Municipal Health Secretary, town of Betim, Minas Gerais, Brazil, between 1993-1996. By participant research method and the analysis of official documents a follow-up was done with definite instruments circulating in institucional area: - Performance Indication Table and Workers and Users Questionnaire (of basic health net) - to evaluate the health basic units and, specially, the way the health sector was governned.

An analysis was done of: - elaboration, operation and utilization of instruments by different social actors , the role that instruments had in local planning, done in basic health units; - and a new arrangement with the health net started to organize itself. This demanded research and description of theoretical formulations that influenced the assistencialproject of MunicipalHealth Secretary, with a projection to the reflexions accomplished by “Laboratorio de Planejamento do DMPS/UNICAMP”, the geopolitic context research, and deliniation of the strategies used for Secretary such as: Management Development Program, the priority assistencial programs, the rearrangement of institucional organation chart, and the methodology used in planning of health basic units.

The analisys of the results showed an important improvement in performance of health basic units, characterized by increasing of workers participation,organized in Manager Collegiates, and the decrease of users lines searching for their health necessities answers investigating that evaluation instruments used not even verified the process, but became efficient contrivances analysers that translated and induced the implement of definites directrix to assistencialstandard.

At the same time, the investigation found problems that put in risk the assistencial project, whose surpass is a challenge to Secretaria's managers to consolidate the changes started. It has been observed be necessary: qualify the managers instruments used - among them evaluation table - to increase the democratization, by effective horizontalization of institucional organization chart and the qualification of decision's foruns; consolidate the subjetc group responsible for the project implementation and start a performance evaluation system that supports the mechanism of providing management positions and professional remuneration, in accordance with the quality of the work, having as reference the Assistencial Standards.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALMEIDA FILHO, N. A. *Clinica e a Epidemiologia*. Salvador: Apce/ABRASCO, 1992. 164p.
- 2) BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1992. 204p.
- 3) BETIM inaugura o mais moderno Hospital de Minas Gerais. *Cidade de Betim*. Betim: 1 a 7 ag. 1996 (Edição especial).
- 4) BODSTEIN, R. (org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 136p.
- 5) BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização. *Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- 7) BUENO, W.S. *Um gestor pleno do sistema: Saúde Betim*. Campinas, 1996. (Inédito).
- 8) BUENO, W.S, MERHY, E.E. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta com sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Campinas: DMPS/UNICAMP, dez. 1996. 9p. (Inédito).
- 9) CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 2ªed. Rio de Janeiro. Forense. 1982.
- 10) CAMPOS, F.E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Belo Horizonte : Imprensa Universitária, 1988. 264 p.
- 11) CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- 12) _____. *Os médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1988. 212p
- 13) _____. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec. 1989. 134p.
- 14) _____. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*. Campinas: Out, 1995. 12p. (Mimeo.).
- 15) _____. *Reforma da reforma: repensando a Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992. 220p.

- 16) _____. *Saberes disciplinares e organização das práticas de saúde no SUS*. Campinas: DMPS/UNICAMP, jul. 1996. 12p. (Mimeo.).
- 17) _____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. 175p.
- 18) CECÍLIO, L.C.O. *Considerações sobre a mítica do planejamento e sua cumplicidade com o "padrão-fracasso" do projeto da reforma sanitária brasileira*. Campinas: DMPS/UNICAMP. Out.1996. 20p. (Mimeo.).
- 19) _____. *Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na Saúde*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1993. 347P. (Tese de doutorado em Saúde Coletiva).
- 20) _____. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, um redesenho necessário*. Campinas: DMPS/UNICAMP. Jun. 1996. 20p. (Mimeo.).
- 21) _____. *As propostas de melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e suas inter-relações com os espaços de controle social*. Campinas:DMPS/UNICAMP. Jul. 1996. 5p. (Mimeogr.).
- 22) CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 334p.
- 23) CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994. 215p.
- 24) COSTA, D.C. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1990. 222p.
- 25) ECO, U. *Como se faz uma tese*. 12ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1995. 170p.
- 26) FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P.J. *A universalização excludente : reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ / IEL, 1989.
- 27) FONTE: PESQUISA E ANÁLISE. *Relatório de pesquisa quantitativa: Avaliação da área de saúde*. Betim, jul. 1996, 28p.
- 28) FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11ª reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995. 295p.
- 29) GOMES, MÁRCIO. PIB per capita de Minas ainda é o 11º do País. *Estado de Minas*. Belo Horizonte: 18 dez. 1994. Caderno Economia, p.4.
- 30) GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: (s.n.), 1992. 94p. (Mimeogr.)

- 31) _____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994. 278p.
- 32) GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papyrus, 1990. 56p.
- 33) GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (org.) *Saúde e Sociedade no Brasil anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 280p.
- 34) KADT, E., TASCAR, R. *Promovendo a Equidade: Um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo-Salvador, Hucitec/Cooperação Italiana, 1993. 107p.
- 35) LUZ, M.T. *NATURAL, Racional e Social*. Rio de Janeiro, Campus, 1988. 151p.
- 36) MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1993. 591p.
- 37) MENDES, E.V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: OPAS. *A vigilância à saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: (s.n.), 1993.
- 38) MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde: São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. 310p.*
- 39) MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde: São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. Introdução*
- 40) MERHY, E.E *Agir em Saúde: a micropolítica do processo de trabalho*. Campinas: DMPS/UNICAMP, out. 1995. (Mimeo.)
- 41) _____. *Agir em Saúde: a micropolítica do processo de trabalho*. Campinas: DMPS/UNICAMP março/abr. 1996. (Inédito).
- 42) _____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 43) _____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do Planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, E. (org.) *Razão e planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.
- 44) _____. *Universalidade, equidade e acesso sim mas, não bastam*. Campinas, DMPS/UNICAMP. março 1996. 7p. (Mimeo.)
- 45) MERHY, E.E, CECÍLIO, L.C.O, NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde e Debate*, São Paulo-Rio de Janeiro: 33, p.84-89.

- 46) MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. 268p.
- 47) MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes, 1994. Cap. 1: Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. 80p.
- 48) MUNICÍPIO já é o maior gerador de ICMS. *O TEMPO*, Betim, 5 jan. 1996. Caderno de Política, p.3.
- 49) OLIVEIRA, R. C. *Projeto 7 - Implantar as ações básicas nas unidades de saúde individual e coletiva*. Betim: abr., 1996. 13p. (Mimeo.).
- 50) PACHECO, L. População de Betim cresce 37% desde 91. *O Tempo*, Belo Horizonte, 14 jan. 1997. Caderno Atualidades/Cidades. p.24.
- 51) PERPÉTUO, M. C. L. O futuro para todos. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. *Betim de frente para o futuro*. Betim: 1996. (Informativo).
- 52) RIVERA, F.J.U (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*: São Paulo: Cortez Editora/ABRASCO, 1989. 222p.
- 53) ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. São Paulo: 4ª Ed. Medsi, 1994, 528p
- 54) SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980*. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988. 329p.
- 55) SCHRAIBER, L.B *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*: São Paulo: Hucitec, 1993. 229p.
- 56) SCHRAIBER, L.B. (org.). *Programação em saúde hoje*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1993, 243p.
- 57) SUELY, F.D. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 58) SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E., RIVERA, F.H.U., MACHADO, M.H. *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- 59) UAI é pronto-socorro: atendimento 24h por dia no PTB. *Cidade de Betim*. Betim, 13 fev. 1996.

DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

1) CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE / PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM.

- *Relatório final da 2ª Conferência Municipal de Saúde de Betim.* Betim. 1993.
- *Deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim.* Betim: 1995. (Relatório).

2) PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM.

- *Betim de frente para o futuro.* Betim: 1996. 51p. (Informativo).
- *Plano diretor Betim 2010: Para nossa cidade crescer do jeito certo.* Betim: 1996. 24p.(Informativo).

3) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM.

- *Modelo assistencial para o município de Betim.* Betim, jul.1988. 186p. (Mimeo.).
- *Construção do Sistema Local de Saúde de Betim (Silos-Betim) em Defesa da Vida: projeto preliminar.* Betim: 1993. 23p. (Mimeo.).
- *Sistema Único de Saúde - Silos/Betim: Unidades de Atendimento Imediato.* Betim: set. 1994. 12p. (Mimeo.).
- *Oficinas de planejamento do 1º semestre de 1994.* Betim: 1994. (Relatório).
- Modelo organofuncional da Secretaria Municipal de Saúde. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo Introdutório.* Betim: 1995. p. 23- 25. (Relatório). jan. 1995.
- Modelos Assistenciais. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II.* Betim: maio, 1995. p.55-68. (Relatório).
- Planejamento estratégico/planejamento local. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II.* Betim: jul. 1995. P.69-90. (Relatório).
- *Relatório sobre aplicação da Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde do SUS:* Betim/ maio de 1995. Betim, jul.1995. 112p.

- *Relatório de reunião do Grupo de Apoio aos Gerentes.* Betim, set 1995. (Relatório de serviço).
- *Relatório de reunião do Grupo de Apoio aos Gerentes.* Betim: out. 1995. (Relatório de serviço).
- *Relatório sobre perfil epidemiológico do município de Betim - MG a partir dos dados de nascimento, mortalidade e morbidade coletados e analisados pelo Serviço de Vigilância à Saúde.* Betim: dez. 1995.
- Avaliação do PDG. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial: Módulo III e IV.* Betim: 1995. p.48-52. (Relatório).
- Caracterização do município de Betim. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo introdutório.* Betim: 1995. p. 2-6 (Relatório)
- Encaminhamentos de Oficina de avaliação do Plano Municipal de Saúde. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulos III e IV.* Betim: 1995. p.53-57. (Relatório)
- Gestão de Qualidade. . In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulos III e IV.* Betim: 1995. p.4-32 (Relatório).
- Indicadores de avaliação do plano. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo introdutório.* Betim: 1995. p. 32-50 (Relatório).
- Modelos de gestão/processo de trabalho. In: In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo III e IV.* Betim: 1995. P.33-47. (Relatório).
- Plano Municipal de Saúde. In: *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo Introdutório.* Betim: 1995. p. 7-22 (Relatório).
- *Planos locais das UBS Jd. Petrópolis, Citrolândia, Vianópolis e Angola e UBS Alcides Brás,* Betim: 1995. (Relatório de serviço).
- *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo Introdutório.* Betim: 1995. 50p. (Relatório).
- *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II.* Betim: 1995. 90p. (Relatório).

- *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulos III e IV* Betim: 1995. 57p. (Relatório).
- *Saúde: direito de todos, dever do Estado*. Betim, 1995. 16p. (Informativo).
- Sistemas de informação. In: : *Programa de Desenvolvimento Gerencial - Módulo II*. Betim: 1995. p.8-34. (Relatório).
- *Reflexão sobre os seis meses de operacionalização da Planilha de Avaliação do SUS/Betim: avanços, limites e propostas*. Betim: jan. 1996. 8p. (Mimeo.).
- *Prestação de contas aos trabalhadores da UBS Citrolândia*. Betim: fev. 1996. 4p. (Relatório de serviço).
- *Relatório do Projeto Porta Aberta na UBS Citrolândia*. Betim: fev. 1996. (Relatório de serviço).
- *Projeto Porta Aberta - SMS/Betim 1996*. Betim: março 1996. 3p.
- *Relatório do Serviço de Saúde Mental de Betim*. Betim: mar. 1996. (Relatório de serviço).
- *Projeto Porta Aberta: Fim da fila*. Betim: ab. 1996. 4p. (Relatório).
- *Sugestões práticas para a implantação do Projeto Porta Aberta (PPA) nas UBS da SMS/Betim*. Betim: ab. 1996. 3p. (Mimeo.).
- *Sugestões para a implantação do PPA nas UBS/Betim: 2ª parte*. Betim: maio 1996. 4p. (Mimeo.).
- *Convocatória do 1º Seminário sobre acolhimento da SMS/Betim*. Betim: jun. 1996. 1p. (Relatório de serviço).
- *Planilha de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde - abril de 1996: relatório final*. Betim: jun. 1996. 60p.
- *Como usar o sistema de saúde de Betim*. Betim: jul. 1996. 21p. (Informativo).
- *Hospital Regional de Betim*. Betim: ag. 1996. 6p. (Relatório de Serviço).
- *Avaliação da morbidade atendida pela rede ambulatorial básica de Betim : 1º semestre de 1996*. Betim: set. 1996. 6p. (Mimeo.).
- *Proposta de avaliação da rede básica de saúde para setembro de 1996*. Betim: ag. 1996. 2p. (Relatório de serviço).

- *Análise da mortalidade infantil no município de Betim: Sistema de Informação sobre a Mortalidade - SIM.* Betim: out. 1996. 5p. (Mimeo.).
- *O percurso da Saúde Mental em Betim: 1993-1996.* Betim: out. 1996. 12p. (Mimeo.).
- *Plano de Cargo Carreiras e Vencimentos.* Betim: out. 1996. (Mimeo.).
- *Relatório da Comissão que investigou mortalidade materna no município de Betim.* Betim: nov. 1996. 2p. (Mimeo.).
- *Relatório de obras.* Betim: nov. 1996. 6p.
- *Rotinas das UBS Jd. Petrópolis, Citrolândia e Cidade Verde por setor de atendimento.* Betim: 1996. (Relatório de serviço).
- *UBS Rosa Capuche - Jardim Petrópolis: histórico da unidade.* Betim: 1996. 5p. (Mimeo.).

4) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS.

- *Planilha de avaliação de desempenho da SMS.* Campinas: 1991. (Mimeo.).

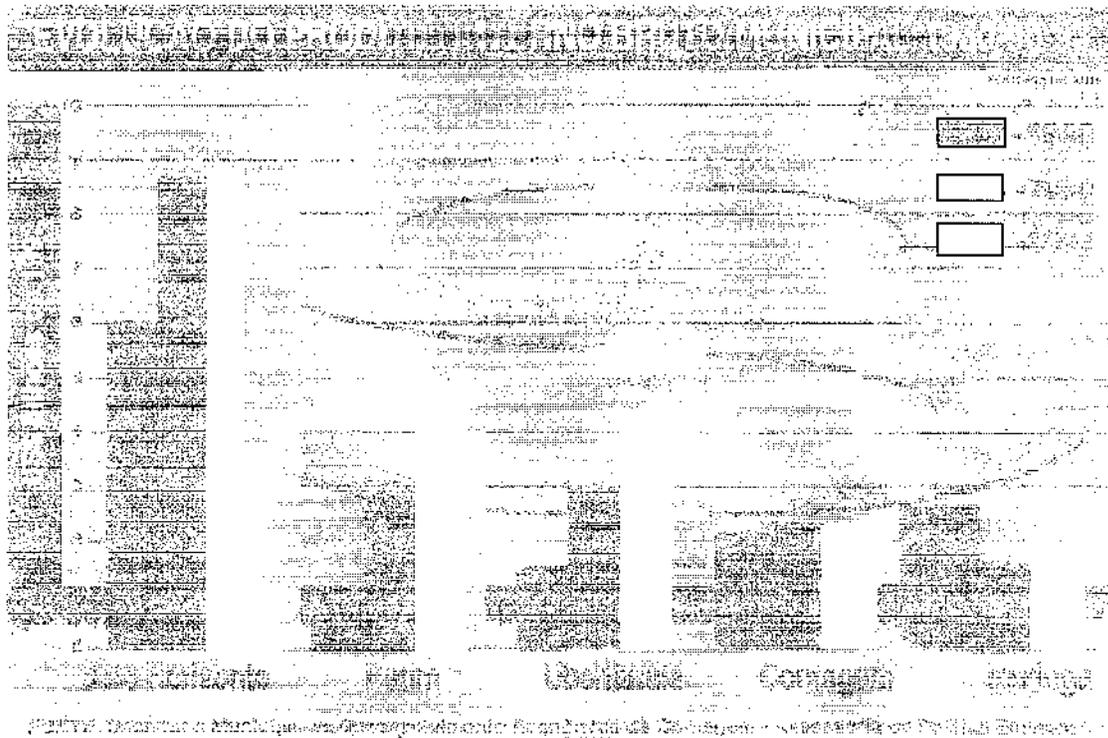
5) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPATINGA

- *De porta aberta prá saúde.* Ipatinga: dez. 1993. 4p. (Informativo).

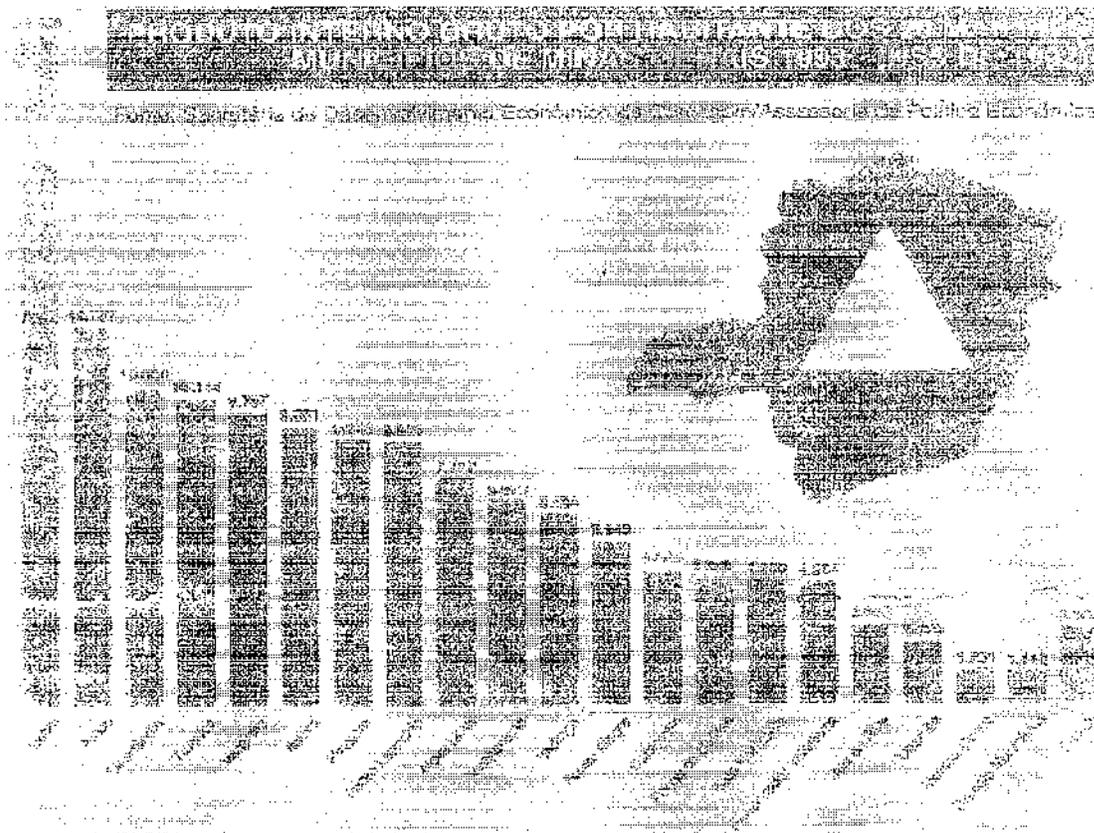
6) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

- *Padrão Mínimo - protocolo e planilha de avaliação: qualificando a rede e construindo relações.* Porto Alegre: 1996. (Mimeo.).

ANEXO 2.1



ANEXO 2.2



ANEXO 2.3

Receita Anual (em Real)

	1993	1994	1995
Receita de capital (contratos) financeira	2.179.790,48	2.295.944,68	1.587.361,23
Receita financeira (aplicações)	24.508.460,25	35.648.764,18	7.109.187,37
Receita tributária própria (IPTU, ISS e outras)	11.619.016,26	9.861.169,36	12.203.177,92
ICMS	49.382.418,08	76.242.816,83	104.305.402,96
Convênios	0,00	766.643,96	1.059.629,52
Outras transferências (outros contratos)	8.426.916,06	13.766.586,74	14.810.391,60
Total	96.116.601,13	138.581.925,76	141.078.156,60

Fonte: Secretaria da Fazenda da Prefeitura de Betim
Base: Fevereiro/1996 (valores reajustados conforme IGP)

ANEXO 2.4

Despesa Anual (em Real)

	1993	1994	1995
Saúde e san. básico	18.308.402,27	25.095.023,58	34.742.264,83
Educação e cultura	17.229.560,81	27.133.906,21	41.668.463,69
Vias urbanas	5.585.304,05	7.521.732,27	12.023.496,02
Adm. e planej.	19.086.280,23	26.181.351,81	33.480.156,31
Outros investim.	13.855.349,57	19.639.620,06	25.445.477,76
Total	74.064.896,94	105.571.634,93	147.359.838,81

Fonte: Secretaria da Fazenda da Prefeitura de Betim
 Base: Fevereiro/1996 (valores reajustados conforme IGP)

ANEXO 2.5

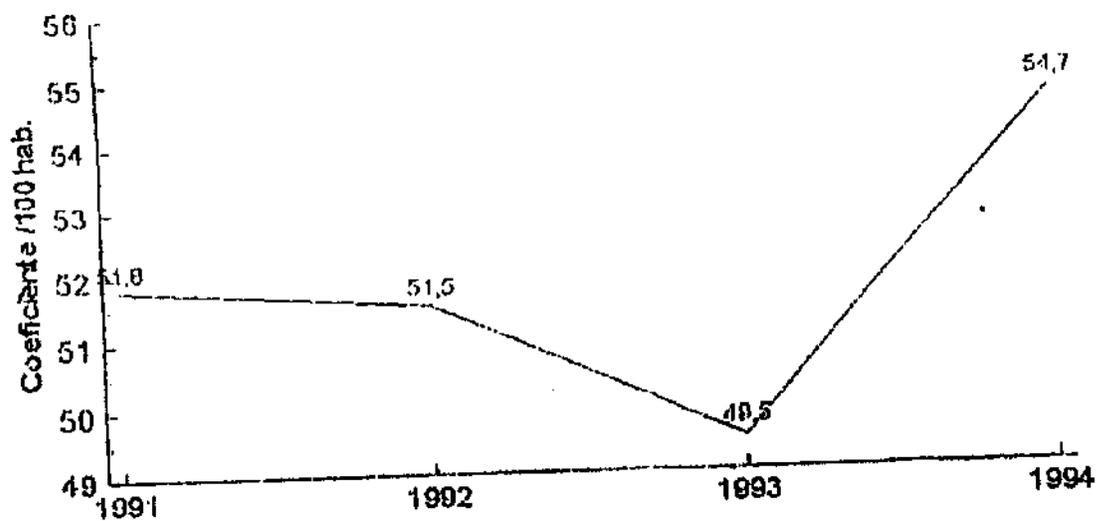
OBITOS NO MUNICÍPIO DE BETIM SEGUNDO PRINCIPAIS CAUSAS NO PERÍODO 1991-1994.

CAUSAS	1991	1992	1993	1994
DOENÇAS CARDIOVASCULARES	238	282	327	340
ACIDENTES, ENVENENAMENTOS, VIOLÊNCIA	108	127	146	135
DOENÇAS DO AP. RESPIRATÓRIO	94	110	124	132
NEOPLASIAS	91	110	72	121
MORTALIDADE PERINATAL	74	69	86	82
MAL DEFINIDAS	21	53	40	57
INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	52	85	71	55
DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO	49	39	52	53
DESNUTRIÇÃO E ANEMIAS	12	22	21	33
DO SIST. NERVOSO E ORGAOS SENTIDOS	18	18	11	23
DEMAIS CAUSAS	66	82	80	72
Total	823	997	1030	1103

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde, 1995

ANEXO 2. 6

**Mortalidade entre maiores de 50 anos* no município de Betim, MG
1991-1994**



* Índice de Swanson & Ventura

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde, 1995

ANEXO 2.7

COMPARATIVO DA MEDIA MENSAL DE ATENDIMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE BETIM

ATENDIMENTO	1992	1993	1994	1995	1996
ATENDIMENTO MÉDICO					
Consulta Básica	25417	15231	19056	26610	24949
Consulta Especializada	1430	2057	3425	3263	5000
Urgência/Emergência	3300	7783	10402	10075	16948
Pequenas Cirurgias	682	354	1051	907	1102
Cirurgias Ambulatoriais	28	15	29	143	184
TOTAL	30857	25440	33963	40998	48183

ODONTOLOGIA					
Procedimento Coletivo		481	33372	52433	52040
Procedimento Individual	10198	6069	5019	5083	30032
TOTAL	10198	6550	38391	57516	82072

ATEND. DE VIG. EPIDEMIOLÓGICA E ATOS NÃO MÉDICOS					
Aplicação de vacinas	5441	5421	5568	5119	8139
Atos de Vig. Sanitária	471	840	1928	1543	1653
Visitas Domiciliares	116	148	197	498	568
Consultas/Atend. nível Superior	2598	2153	3107	4271	11828
Atos profissionais nível médio	67397	11855	18556	27219	47787
Educação em saúde/palestras	181	284	666	1359	1821
TOTAL	76204	20701	30022	40009	71796

SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSTICO E TERAPIA					
Exames radiologia	959	1072	2316	2145	5240
Exames eletrocardiografia	288	258	415	410	643
Sessões de fisioterapia		972	1672	2003	1638
Exames ultrasonografia			353	550	667
Exames patologia clínica	6846	6363	9348	6591	33544
Exames especializados	23	22	138	157	393
Atendimentos NAPS			0	513	1093
Atendimentos oficinas terapêuticas				36	86
TOTAL	8116	8685	14242	12405	43304

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório do Serviço de Bioestatística*. Betim: nov. 1996

ANEXO 4.2

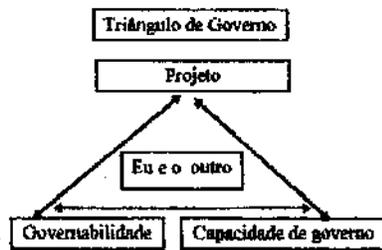
Alta

Saúde é prioridade no governo municipal

- Tempo político restritivo
- Projeto tem apoio na Câmara Municipal
- Adesão crescente dos trabalhadores ao projeto
- Amadurecimento da relação política de governo / sindicatos

Usuários insatisfeitos, mas reconhecem os avanços desta gestão

Cons. Mun. Saúde pouco politizado e pouco atuante



Média

- Nível central distanciado da rede
- Falta conhecimento nas áreas de planejamento e administração
- Falta sistematização do conhecimento para implementar projetos.
- Parcela do grupo dirigente não capacitada para a gestão
- Rede equipada e suprida com + de 70% de suas necessidades de RFI
- Orçamento de 30 milhões de reais para 1996
- Autonomia administrativa

ANEXO 5.1

GUIA DE APLICAÇÃO DA PLANILHA DE AVALIAÇÃO DE ABRIL 1996
(Indicadores atualizados e orientação para aplicação)

NOME DE UBS: _____

DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: _____

INFORMANTES DA UBS: _____
(COM CATEGORIA PROFISSIONAL)

INDICADOR 01

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Tempo máximo para agendamento da 1ª consulta	01 semana	Agenda com: dia do agendamento e o dia da consulta	Mensal

Orientações:

a) Perguntar quando é que se tem vaga para:

ESPECIALIDADE	TEMPO PARA AGENDAMENTO (EM DIAS)
CLÍNICO	
PEDIATRA	
GINECOLOGISTA	

b) Consultas marcadas para o mesmo dia em que o usuário enfrenta fila de madrugada para ser atendido não é considerado AGENDAMENTO ?

c) Fazer levantamento dos meses de março a 1ª quinzena de abril

INDICADOR 02

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Grau de demanda reprimida	nº de pessoas que são atendidas na _____ nº de pessoas que procuram a UBS	UBS Inquérito com USUÁRIO	Trimestral

Orientações:

a) Este novo indicador será aferido através de inquérito no mês de Maio.

b) Por atendido se compreende todos aqueles usuários que são acolhidos e ouvidos pela equipe da UBS e que a partir daí busca responder as necessidades do mesmo.

INDICADOR 03

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Garantia de consulta de retorno de acordo com rotinas dos programas	Tempo definido em cada programa	AGENDA dia da consulta + dia do retorno + nível central	Mensal

Orientações:

a) Perguntar se a Unidade tem os programas abaixo, qual o tempo definido em cada programa e se o mesmo é cumprido:

PROGRAMA	EXISTE O PROGRAMA ?	TEMPO DEFINIDO PARA RETORNO DO PACIENTE	O TEMPO DEFINIDO PARA RETORNO É CUMPRIDO ?	ESTE PROGRAMA ESTÁ PREVISTO P/ A UBS ?
Tuberculose	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
Hanseníase	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
Hipertensão	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
Diabetes	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
Saúde Mulher				
* Plan. Familiar	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
* Pré-Natal	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
* Menopausa	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
* Prev. Câncer	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
Saúde Criança				
* Puericultura	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
* Leite/desnutrido	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()
DST/AIDS	Sim () Não ()		Sim () Não ()	Sim () Não ()

INDICADOR 04

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Oferta de todas as ações básicas de saúde durante todo o funcionamento da Unidade	SIM OU NÃO	Horário de serviço de cada Unidade (nível central) + Horário de trabalho dos funcionários + Livro de ponto	Diária

Orientações:

a)

ACÇÕES BÁSICAS	É OFERTADA ?	PERÍODO DE ATENDIMENTO
Imunização:		
BCG	Sim () Não ()	
Outras	Sim () Não ()	
Consultas básicas de médicos (b) *	Sim () Não ()	
Dispensação de medicamentos	Sim () Não ()	
Procedimentos de enfermagem: (curativo, injeção, teste do pezinho, TRO)	Sim () Não ()	

*b) Presença mínima de 1 médico na Unidade Básica de Saúde.

INDICADOR 05

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
A Unidade garante referenciamento com data e hora marcada	SIM OU NÃO	Pode ser um livro ou formulário com anotação por Unidade ou especialidade ou impresso de referência e contra-referência	Mensal

Orientações:

a) Referência é a ação que supõe contra-referência.

b) O referenciamento é da UBS para especialidades ofertadas na Rede Pública (Policlínica, especialidades na própria UBS ou localizadas em outra UBS da SMS/Betim, especialidades ofertadas em Belo Horizonte, etc.) e na rede privada.

INDICADOR 06

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Grau de Encaminhamento e Referenciamento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de encaminhamentos}}{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos} \times 20\%}$	Consolidado Mensal	Trimestral

Orientações:

- a) Encaminhamentos são casos que a UBS não tem nenhuma resolutividade. (é diferente de referenciamento)
- b) Buscar nos consolidados mensais os números de consultas do período e o nº de primeiras consultas encaminhadas ou referenciadas:

MESES/96	Nº DE CONSULTAS	Nº PRIMEIRAS CONSULTAS ENCAMINHADAS OU REFERENCIADAS
JANEIRO		
FEVEREIRO		
MARÇO		

- c) O nº de primeiras consultas encaminhadas ou referenciadas é a soma dos sub-itens "3, 4, 5" (internação, clínica especializada e hospital) do item "Destino do Paciente" do formulário "MOVIMENTO DIÁRIO DE PACIENTES" da SMS/Betim.

INDICADOR 07

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Proporção de crianças com esquema vacinal incompleto (faltosos)	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças} < \text{de 1 ano com esquema vacinal incompleto} \times 100\%}{\text{n}^\circ \text{ de crianças} < \text{de 1 ano vacinadas na UBS}}$	Arquivo Rotativo (UBS) Mapa de Vacina (Vig. Epidemiológica)	ANUAL

Orientações:

- a) Período de referência: abril de 1995 a março de 1996
- b) Colher nº de faltosos no arquivo rotativo
- c) Colher nº de crianças menores de 1 ano vacinadas na UBS 1995 junto à Vigilância Epidemiológica.

INDICADOR 08

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Cobertura de consultas à gestante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes atendidas no pré-natal (área abrangência)}}{\text{População estimada de gestantes (área abrangência)}}$	Livro de Registro Pré-Natal IBGE	Trimestral

Orientações:

- a) Investigar através do livro de registro o nº de gestantes atendidas de janeiro a março de 1996. (Não contar gestante repetida !)
- b) A estimativa da população da área de abrangência será coletada a Nível Central (NC)
- c) A alternativa, caso falte as fontes acima, seria a Ubs se organizar para colher estes dados sob supervisão do técnico responsável.

INDICADOR 09

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Proporção de gestantes atendidas por trimestre de gestação	% de gestantes que iniciam o pré-natal: ♦ no 1º trimestre ♦ no 2º trimestre ♦ no 3º trimestre	Livro de Registro de Pré-Natal	Trimestral

Orientações:

- a) Investigar entre os meses de outubro de 95 a março de 96, em que período a gestante começou a ser atendida no pré-natal:

	Nº DE GESTANTES
1º TRIMESTRE	
2º TRIMESTRE	
3º TRIMESTRE	

- b) A alternativa, caso falte as fontes acima seria a UBS se organizar para colher estes dados sob supervisão do técnico responsável.

INDICADOR 10

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Registro dos dados no prontuário	nº de prontuários com registro completo _____ Total de prontuários da amostra	Prontuário + Livro de registro de prontuários	Mensal

Orientações:

- a) A avaliação deve ser realizada por médico ou enfermeira. Caso o técnico responsável não tenha esta formação, fazer a análise dos prontuários junto com um dos profissionais acima referidos, da própria UBS.

- b) Prontuário com registro completo deve conter:
-dados positivos da história atual da doença
-dados positivos do exame físico
-hipótese diagnóstica
-condutas e encaminhamentos
-identificação do profissional

- c) Coletar os prontuários da seguinte forma:

1º começar a coleta a partir do final do arquivo

2º pegar envelope de prontuários aleatoriamente (de 10 cm 10) e coletar dados do 1º prontuário cuja informações foram obtidas entre os meses de outubro de 95 a março de 96

- d) As informações coletadas devem ser referentes às primeiras consultas.

INDICADOR 11

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Índice de preenchimento de demanda de RH	nº de profissionais existentes x 100% _____ nº de profissionais necessários	Plano da UBS Folha de Frequência	Trimestral

Orientações: Coleta pelo Serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos

- a) Perguntar se existe Plano Local de Saúde:
() SIM () NÃO

- b) Por categoria, levantar o número de profissionais existentes e necessários na UBS segundo o Plano Local

INDICADOR 12

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
O Conselho Local se reúne regularmente	SIM OU NÃO	Ata da reunião ou outro tipo de comprovação formal	Contínua

Orientações:

- a) Verificar as reuniões do Conselho Local nos últimos seis meses.

- b) Anotar as datas das reuniões: _____

INDICADOR 13

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Existência de Gestão Colegiada	SIM () NÃO ()	Informações do grupo gerencial e atas	Bimensal

INDICADOR 14

INDICADOR	UNIDADE MEDIDA (Parâmetro)	FONTE	PERIODICIDADE
Cobertura Vacinal	Menores de 1 ano c/ 3ª dose completa População de Menores de 1 ano (para cada vacina)	Dados coletados pela Vigilância Epidemiológica e SINASC	

ANEXO 5.2

AGENDA DE COMPROMISSOS DA APLICAÇÃO DOS INDICADORES DO QUESTIONÁRIO DOS TRABALHADORES

OPERAÇÕES	AÇÕES	Prazo	RESPONSÁVEL
Planejar a aplicação dos questionários dos trabalhadores	1 - Consolidar mudanças do questionário		
	2 - Sintetizar sugestões e apresentar deferimento do Colegiado Gestor		
	3 - Digitar e reproduzir novo modelo de questionário		
	4 - Preparar aplicação do Questionário do Trabalhador		
	5 - Fazer plano operacional		
	6 - Apresentar Plano ao Colegiado Gestor		
	7 - Reapresentar resultados aos trabalhadores com análise		
	8 - Constituir Equipe para organizar aplicação (GAG)		
	9 - Treinar Equipe		
	10 - Aplicar Questionário a 100% dos trabalhadores		
	11 - Consolidar dados		
	12 - Análise de informações		
	13 - Apresentação do relatório ao Colegiado Gestor		

ANEXO 5.3

Questionário do trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde

Unidade de Saúde: _____ Turno _____

Função: _____ Data _____

Primeira Parte.

Visando avaliar o grau de satisfação da equipe e a qualidade do atendimento desta unidade, solicitamos responder aos itens abaixo pontuando de 1 a 2:

- (1) facilita o bom atendimento
- (2) dificulta o bom atendimento

1. O seu relacionamento com tua equipe de trabalho: ().
2. O relacionamento da unidade básica de saúde com o restante da rede pública de saúde: ().
3. O seu relacionamento com o usuário: ().
4. O seu horário de trabalho: ().
5. O horário de funcionamento da unidade: ().
6. Em relação ao material de consumo necessário ao seu trabalho (que a unidade lhe oferece), você considera que: ().
7. Em relação aos materiais permanentes disponíveis nesta Unidade, você considera que: ().
8. O espaço físico onde você desempenha as atividades: ().

Segunda Parte.

a) Perguntas gerais sobre as Unidades Básicas de Saúde.

Que nota você dá para:

1. a satisfação pelas atividades desenvolvidas:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
2. o salário atual frente às atividades realizadas por você:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
3. a possibilidade de participar nas decisões referentes a esta unidade de saúde:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
4. a satisfação em trabalhar nesta unidade:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
5. a responsabilidade assumida pela equipe desta unidade em relação ao usuário:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
6. a forma que o trabalho está organizado nesta unidade de saúde:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
7. a equipe da UBS que trabalha com você:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
8. a atuação da gerência na sua unidade de saúde:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

b) Perguntas sobre o processo de planejamento das Unidades Básicas de Saúde:

Que nota você dá para:

09. as atividades de planejamento desenvolvidas em sua UBS:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
10. os resultados alcançados com as UBS nos últimos seis meses:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
11. a planilha de indicadores aplicada em maio de 1995, enquanto instrumento para ajudar o planejamento da sua UBS:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
12. o questionário dos trabalhadores aplicados em maio de 95 em sua UBS:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
13. o questionário dos usuários aplicados em maio de 95 em sua UBS:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
14. o papel desempenhado por seu gerente no processo de planejamento de sua UBS nos últimos 6 meses:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
15. o papel desempenhado pelos membros do grupo de apoio aos gerentes para processo de planejamento de sua UBS nos últimos 6 meses:
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

ANEXO 5.4

AVALIAÇÃO MEDIDAS E OBRAS

POSITIVAS

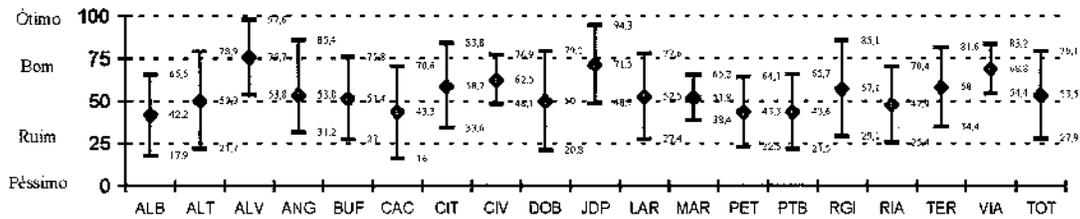
P — Qual você acha que foi a coisa mais positiva que esta prefeitura fez na área de saúde?

Construção hospital.....	29%
Reforma/Construção postos de saúde.	17%
Construção UAI's.....	17%
Construção/reformas policlínicas...	6%
Construção maternidade.....	4%
Melhoria atendimento.....	4%
Melhoria equipamentos.....	2%
Descentralização do atendimento....	0%
Nada/nenhuma.....	5%
NS/NR.....	17%
TOTAL.....	100%
BASE.....	452

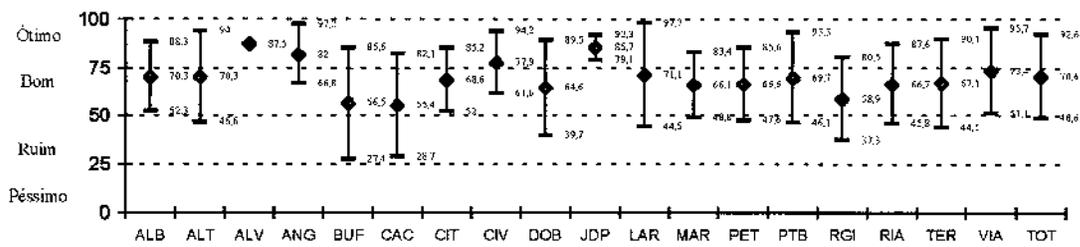
ANEXO 5.5

Perguntas sobre gestão e planejamento no processo de trabalho

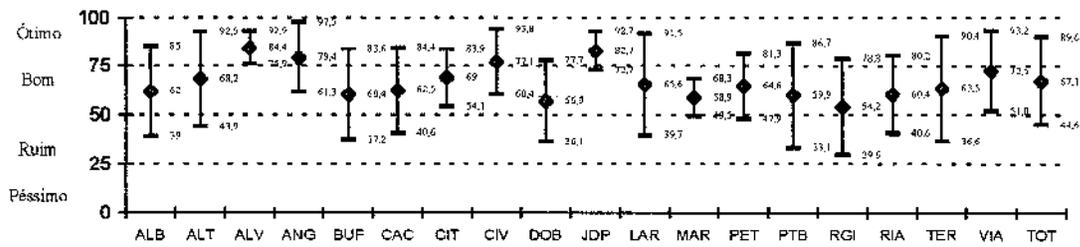
PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES TOMADAS NA UBS, Nota (Média,+/-2 Desvios)



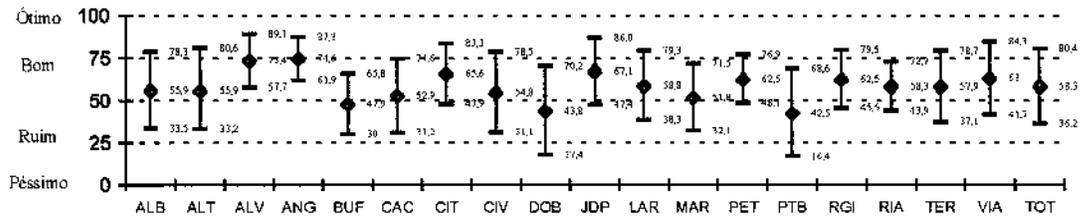
ATUAÇÃO DA GERÊNCIA NA UBS, Nota (Média,+/-2 Desvios)



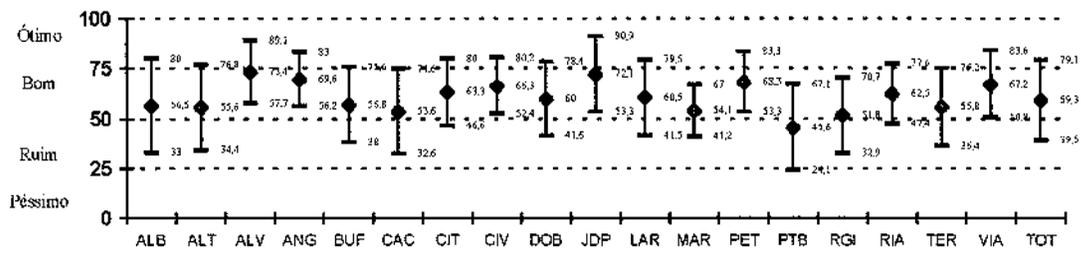
PAPEL DO GERENTE NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO.
Nota (Média,+/-2 Desvios)



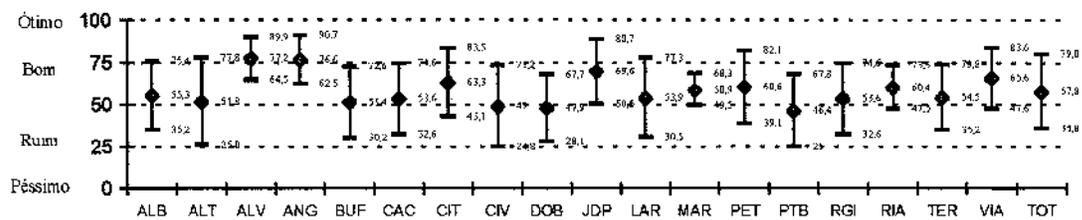
ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO DESENV. NA UBS, Nota (Média,+/-2 Desvios)



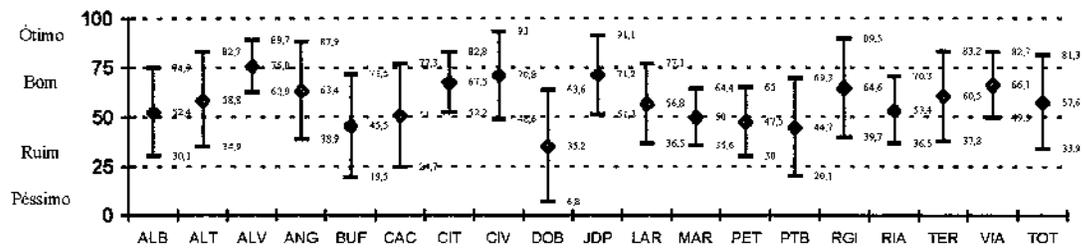
RESULTADOS NOS ÚLTIMOS 6 MESES, Nota (Média,+/-2 Desvios)



FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UBS, Nota (Média,+/-2 Desvios)



PAPEL DO GAG NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO, Nota (Média,+/-2 Desvios)



ANEXO 5.6

Questionário de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde. *Inquérito do usuário.*

A. Identificação da Unidade Básica de Saúde:

Unidade de Saúde: _____ Ficha no. _____
Ordem de pacientes entrevistados: 5 em 5 () 10 em 10 ()

Data: _____ Turno: _____

B. Identificação do usuário:

1. Em que bairro mora o usuário? _____
2. Há quantos anos o usuário mora em Botim? _____
3. Qual a idade do usuário? _____
4. É a 1a. vez que o usuário vem a esta unid. de saúde? () sim, () não
5. Qual a idade do informante? _____
6. Qual a escolaridade do informante?
() analfabeto, () 2o. grau
() 1o. grau (1a. a 4a. série) () 3o. grau (superior)
() 2o. grau (5a. a 8a. série)

C. Acesso:

7. O que você acha da localização desta unidade de saúde?
() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.
8. Como você vem até esta unidade de saúde?
() a pé () em veículo da prefeitura;
() em ônibus () em outros meios.
() em veículo particular
9. Quanto tempo você gasta da sua casa até a unidade de saúde?
(em minutos).
() 00 a 15, () 16 a 30, () 31 a 60, () mais de 60.
10. Para marcar a consulta nesta unidade você?
() marca por telefone no dia da consulta;
() marca na hora do dia da consulta;
() marca antes do dia da consulta;
() enfrenta fila para marcar a consulta.
() chega de madrugada no dia da consulta.
11. Quanto tempo você espera para ser atendido nesta unidade de saúde após sua chegada?
() 00 a 30 minutos;
() 31 a 60 minutos;
() 1 a 2 horas;
() 2 a 3 horas;
() mais de 3 horas.
12. O que você acha deste tempo de espera?
() muito demorado;
() demorado;
() rápido;
() muito rápido.

D. Perguntas sobre estrutura física e acolhimento

13. Que nota você determina para:

a) o conforto da sala de espera:

() 00 a 25, () 25 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

b) limpeza da unidade de saúde:

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

E. Perguntas sobre Acesso e Resolutividade:

14. Você é atendido no serviço de **consulta médica**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

15. Você é atendido no serviço de **enfermagem**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

16. Você é atendido no serviço de **vacinação**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

17. Você é atendido no serviço de **posto de coleta**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

18. Você é atendido no serviço de **farmácia**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

19. Você é atendido no serviço de **odontologia**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

20. Você é atendido no serviço de **psicologia**? () **sim**, () **não**.
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

21. Você é atendido no serviço de **serviço social**?
Que nota você dá para o atendimento que este serviço te prestou?

() 00 a 25, () 26 a 50, () 51 a 75, () 76 a 100.

22. Se alguém precisar de atendimento, você indica esta Unidade de Saúde?

() **sim**, () **não**.

23. Porque você procura este serviço? (1a. e 2a. opção)

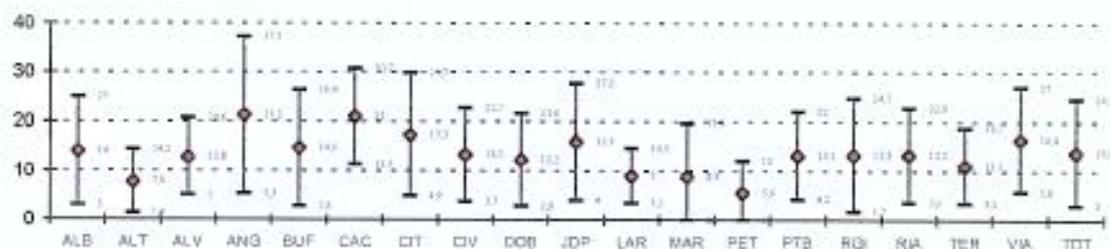
- é o mais perto;
- gosta do atendimento desta unidade;
- por outro motivo. Qual: _____

24. Qual o primeiro serviço de saúde que você procurou na última vez que você esteve doente?

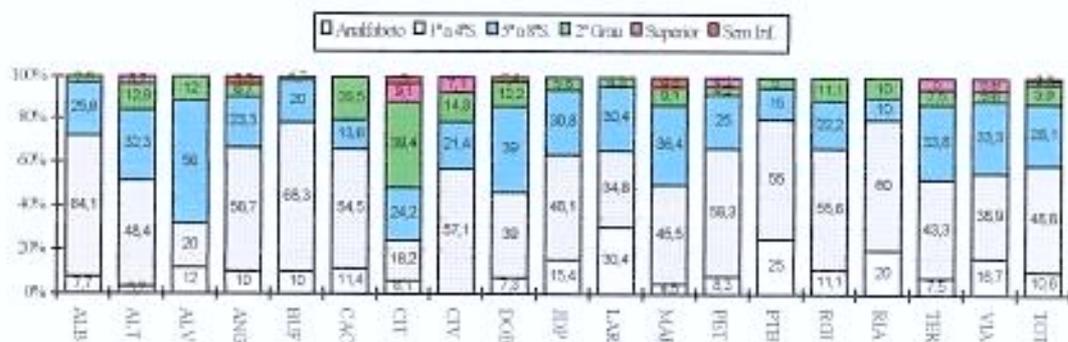
- uma Unidade Básica de Saúde da SMS/BETIM;
- uma Unidade de Atendimento Imediato;
- uma das Policlínicas;
- a Unimed/Betim;
- uma farmácia;
- outros. Qual? _____

ANEXO 5.7

Média de Tempo de Moradia em Betim (Média,+/-2 Desvios)

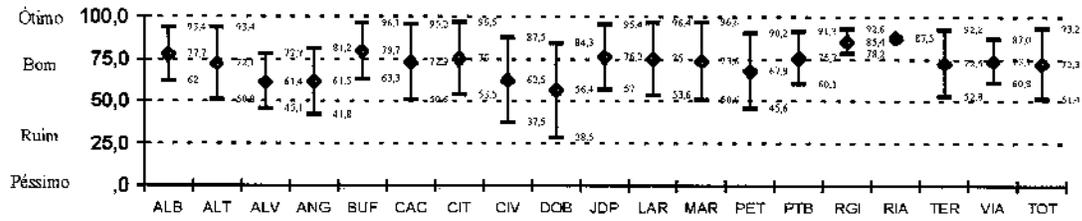


Distribuição de Usuários de acordo com a ESCOLARIDADE, 1ª SEM/1996.

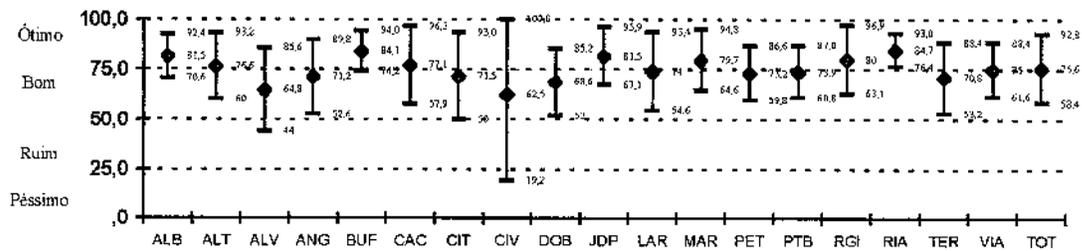


ANEXO 5.8

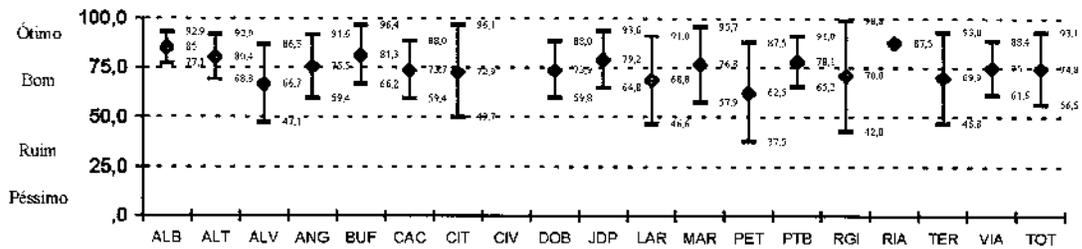
Atendimento no Serviço de CONSULTA MÉDICA, Nota (Média, +/-2 Desvios)



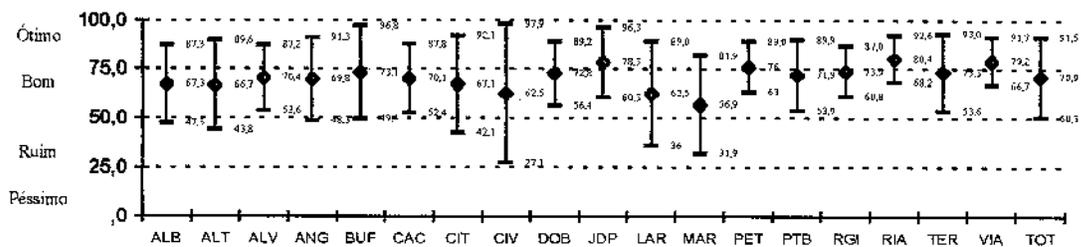
Atendimento no Serviço de ENFERMAGEM, Nota (Média, +/-2 Desvios)



Atendimento no Serviço de VACINAÇÃO, Nota (Média, +/-2 Desvios)



Atendimento no Serviço de FARMÁCIA, Nota (Média, +/-2 Desvios)



ANEXO 5.9

Fluxograma Analítico
Unidade Básica de Saúde Citrolândia

Usuário reside na área de abrangência: Sim Não

Motivo da consulta: _____

Horário de entrada: ____:____

Horário de saída: ____:____

Atividades desenvolvidas:

SAME (janela) orientação

pedido de prontuário

resultado de exames

marcação de consulta especializada

pedido de ambulância

EQUIPE DE ACOLHIMENTO orientação

pedido de exames

medicado

enc. serviço fora da UBS

enc. serviço na própria unidade

AGENDAMENTO NA PRÓPRIA UNIDADE: pediatria

clínica médica

psiquiatria

ginecologia

dermatologia

grupo

outros profissionais não médicos

CONSULTA MÉDICA REALIZADA: pediatria

clínica geral

psiquiatria

ginecologia

dermatologia

CONSULTA REALIZADA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS (NÍVEL SUPERIOR)

FARMÁCIA atendimento total

atendimento parcial

não atendido

VACINA total

parcial

não atendido

TESTE DO PEZINHO

CURATIVOS

ODONTOLOGIA

GRUPO

AUTORIZAÇÃO DE EXAMES

OUTROS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM (TRO, APLIOCAÇÃO

MEDICAMENTOS, P.A., DADOS VITAIS)

MARCAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA Conseguiu

Não conseguiu

COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL

ENCAMINHAMENTO: policlínica Colônia Santa Izabel

UAI Hospital Regional Outros

VALE TRANSPORTE

OUTROS *ESPECIFIQUE:* _____

ANEXO 5.9

Fluxograma Analítico
Unidade Básica de Saúde Citrolândia

Usuário reside na área de abrangência: Sim Não

Motivo da consulta: _____

Horário de entrada: ____:____

Horário de saída: ____:____

Atividades desenvolvidas:

SAME (janela) orientação

pedido de prontuário

resultado de exames

marcação de consulta especializada

pedido de ambulância

EQUIPE DE ACOLHIMENTO orientação

pedido de exames

medicado

enc. serviço fora da UBS

enc. serviço na própria unidade

AGENDAMENTO NA PRÓPRIA UNIDADE: pediatria

clínica médica

psiquiatria

ginecologia

dermatologia

grupo

outros profissionais não médicos

CONSULTA MÉDICA REALIZADA: pediatria

clínica geral

psiquiatria

ginecologia

dermatologia

CONSULTA REALIZADA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS (NÍVEL SUPERIOR)

FARMÁCIA atendimento total

atendimento parcial

não atendido

VACINA total

parcial

não atendido

TESTE DO PEZINHO

CURATIVOS

ODONTOLOGIA

GRUPO

AUTORIZAÇÃO DE EXAMES

OUTROS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM (TRO, APLIOCAÇÃO

MEDICAMENTOS, P.A., DADOS VITAIS)

MARCAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA Conseguiu

Não conseguiu

COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL

ENCAMINHAMENTO: policlínica Colônia Santa Izabel

UAI Hospital Regional Outros

VALE TRANSPORTE

OUTROS *ESPECIFIQUE:* _____