



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

**MODELO DE ATENÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE
FLORESTA – ALAGOINHAS BA:
DO IMAGINÁRIO À REALIDADE**

MARCIO COSTA DE SOUZA

Feira de Santana – Bahia

2006

MARCIO COSTA DE SOUZA

**MODELO DE ATENÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE
FLORESTA – ALAGOINHAS BA:
DO IMAGINÁRIO À REALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Ângela Alves do Nascimento

Feira de Santana – Bahia

2006

MARCIO COSTA DE SOUZA

**MODELO DE ATENÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE
FLORESTA – ALAGOINHAS BA:
DO IMAGINÁRIO À REALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Ângela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª Dr^ª Carmem Fontes Teixeira
Universidade Federal da Bahia

Feira de Santana – Bahia

2006

Dedico a

Jairose Nascimento Souza, minha verdadeira companheira de todos os momentos nessa dura e preciosa caminhada, pela cumplicidade e paciência, cujo o apoio constante foi fundamental para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Após uma longa caminhada nos deparamos com um momento especial que são os agradecimentos, sabemos que apesar da alegria de ter findado um trabalho árduo e ao mesmo tempo prazeroso, quero de antemão pedir-lhes desculpas, pois faltarão palavras e conseqüentemente algumas pessoas importantes não serão lembradas, contudo, qualquer omissão terá sido mero capricho do destino.

Em primeira mão, agradecemos a Deus pelas oportunidades concedidas ao seu humilde servo, que tenta compreender todas as suas decisões, muitas vezes difíceis de aceitar no primeiro momento, mas entendidas após analisadas, que nos dá a certeza da sua presença constante em minha vida e de todos nós seres humanos.

Em especial aos meus queridíssimos pais, pelo amor, carinho, compreensão, às vezes não correspondidos com a mesma intensidade, mas com certeza há uma tentativa de retribuição constante. Obrigado pelo valiosíssimo ensinamento sobre a importância da educação, que sempre me foi colocado por vocês como primordial.

Ao meu irmão Antônio Marcos, companheiro de todas as horas, nas alegrias e dificuldades, principalmente nos momentos de fadiga e sono, onde o mesmo largava as suas atividades para dividir a estrada tão longa entre Alagoinhas e Feira de Santana. Sem contar os abusos nos outros momentos, como ida ao banco, por exemplo. Valeu de verdade.

Ao meu irmão Luis, apesar deste momento estar tão ausente na minha vida, mas foi à pessoa que eu tive como referência na minha infância e adolescência.

Aos meus lindos sobrinhos, que através dos seus olhares de ternura, carinhos e às vezes admiração, faz com que a alma torne pura como a água das nascentes.

A minha amada esposa, pela ajuda constante, demonstrando ser uma companheira fiel, estando ao meu lado nas noites perdidas, suportando-me nos momentos de estresse e consolando-me em todos os instantes.

A minha queridíssima D. Rozélia (minha sogra), que com sua ternura de sempre e compreensão contribuíram para minha jornada ser mais tranquila.

A minha real orientadora, que soube transmitir os seus conhecimentos com amor, dedicação, compreensão e outros, é impossível descrever a contribuição da minha querida professora Ângela, que além da sua paciência incomensurável, o seu afeto constante, portanto é indescritível a sua contribuição.

A professora Marluce, que em todos os momentos de produção de conhecimento durante o mestrado esteve presente com sua garra e determinação.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva que se dedicaram nesses dois anos de luta.

A professora Iraíldes, pelo incentivo inicial a seleção do mestrado, nunca esquecerei a sua força dada para a realização do mestrado; o dia do telefonema da aprovação deste curso; e toda a torcida durante o curso para a finalização desse projeto de vida.

Aos companheiros Carmem Liêta e Adroaldo, Erenilde, Regina e Amanda; pelos ensinamentos no estágio docência, que muito contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional.

A Secretaria Municipal de Saúde, pelo acolhimento e recepção desde o primeiro momento de apresentação do trabalho até sua finalização, e ainda em muitos momentos soube entender todas as minhas ausências devido à necessidade de dedicação ao Mestrado.

Um muito obrigado especial ao amigo e secretário municipal de saúde Washington, pelas incansáveis viagens diárias principalmente no primeiro ano do mestrado, pelas discussões e sorrisos no carro, e principalmente pelos ensinamentos de vida e pela lealdade constante.

A minha “eterna equipe de trabalho”, Adriano, Cida, Emanuela, Letícia, Wilza e Rogério, que por muitas vezes me substituíram nas minhas atribuições nesta secretaria, me

dando força para continuar a andar sempre; e a todos os funcionários desta secretaria, que em todos os momentos estiveram ao meu lado.

Um especial agradecimento ao Prefeito Joseildo Ramos, pela sua competência administrativa, e que me confiou diversas atribuições, e soube entender o momento da minha saída com bastante nobreza, mantendo a nossa admiração pela sua pessoa.

Aos educandos e educandas, independente da instituição, pois são vocês a razão deste trabalho, que durante o semestre nos rejuvenesce, alimentando-nos com os seus conhecimentos de vida.

Despertar a curiosidade, inata ao homem e vivíssima no menino, eis o primeiro empenho do professor no método racional. Da curiosidade nasce a atenção, da atenção a percepção e a memória inteligente.

Rui Barbosa

RESUMO

Estudo sobre o modelo de atenção à saúde no Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas – Bahia, com o **objetivo** de analisar a relação público-privado para a produção de ações de saúde e de discutir as relações de acolhimento, vínculo, responsabilização entre os trabalhadores de saúde e usuários no Centro de Saúde Parque Floresta para atender as necessidades de saúde dessa população. Esta unidade é referência em atenção básica deste município para áreas descobertas pela estratégia Saúde da Família e de ações de média complexidade. O **caminho metodológico** é fundamentado no contexto histórico-social, através de uma abordagem dialética. A análise da produção dos dados buscou a aproximação da hermenêutica-dialética. Nos **resultados** o modelo de atenção à saúde é ainda o liberal-privatista (biologicista, mecanicista, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico), porém, apesar de existir uma dificuldade de alocação de recursos, o município tem investido para mudar esta relação. Há também uma forte participação do setor privado nos sistemas municipais, além de uma relação entre trabalhador e usuário fragmentada, ocorrida principalmente por encontrar uma atenção individualizada e curativista. Sendo necessário instituir o acolhimento, vínculo e responsabilização como ferramenta de (re) orientação do modelo de atenção vigente em Alagoinhas, assim como estimular a descentralização da atenção à saúde no Centro de Saúde Parque Floresta.

Palavras-chave: Modelos de Atenção. Práticas de Saúde. Acolhimento. Vínculo.

ABSTRACT

This is a study about a model of health-centered attention at the “Parque Floresta” Health Center in Alagoinhas – Bahia. Its **objective** is to analyze the public-private relationship in producing health actions and to discuss the relations of the welcoming, bonding, and responsibility aspects between the health care workers and those who receive care at the “Parque Floresta” Health Center in order to meet the health needs of this population. This unit is a reference center on basic attention given in this municipality for the areas discovered by the Family Health strategy and for actions of average complexity. The **methodological path** is founded on the social-historical context, by way of a dialectic approach. The data production analysis sought to bring the Hermeneutic-dialectic sides closer together. The **results** of the model of health-centered attention show that it is still that of the liberal, private-practice professional (of the biologist, mechanical and hospital-centered, and centered around the figure of the doctor); however, although the difficulty exists in allocating resources, the municipality has invested to change this relationship. There is also a compelling participation from the private sector in the municipal system, beyond the fragmented worker-receiver relationship, mainly occurring from encountering individualized and healing-based attention. Thus, it is necessary to institute the welcoming, bonding, and responsibility aspects as tools to (re) orient in the model of health-centered attention in force in Alagoinhas, as well as stimulate the decentralization of attention to health at the “Parque Floresta” Health Center.

Key words: Models on Attention. Health Practices. Welcoming. Bonding.

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	12
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: (des) articulação teoria-prática	12
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS	20
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO: um caminho para organização de serviços de saúde no Brasil	20
2.2	Modelo(s) de ATENÇÃO À SAÚDE: propostas de intervenção para (re) organização dos serviços de saúde	30
3	METODOLOGIA	44
3.1	TIPO DE ESTUDO	44
3.2	CAMPO DE ESTUDO	45
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	54
3.4	TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS	56
3.5	MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS	59
4	RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA: “nós estamos investindo no desenvolvimento público”	66
5	MODELO(S) DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE FLORESTA	76
5.1	ACESSO, DEMANDA E OFERTA: “a universalização é excludente, (...) [pois] a demanda é maior que a oferta”	76
5.2	ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO: “não existe um processo de acolhimento, [...] mas alguns usuários pelas suas necessidades conseguem formar um vínculo”	90
6	SÍNTESE	102
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	112

Quando nada mais parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras martelando sua rocha, talvez cem vezes, sem que uma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas, e eu sei que não foi aquela a que consegui, mas todas as que vieram antes.

Jacob Ritts

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: (des) articulação teoria - prática

A escolha do objeto de estudo – análise do(s) modelo(s) de atenção na unidade de referência na atenção à saúde (básica e média complexidade) no Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas - BA – é conseqüente de um processo de reflexão profissional, a partir da construção da nossa formação enquanto fisioterapeuta, diante a historicidade e concretude da política do sistema de saúde brasileiro em prol da defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Para discutirmos o referido objeto, resgatamos a realidade experienciada aqui contextualizada a partir da nossa formação acadêmica, enquanto discente do curso de graduação em Fisioterapia, cujo paradigma é ainda hoje, fortemente sustentado no modelo flexneriano¹, tendo como finalidade a formação do profissional capacitado para realizar a reabilitação como instrumento do dia-a-dia da sua vivência. Vale salientar, que desde a regulamentação do Curso de Fisioterapia no Brasil, em 13 de outubro de 1969, o fisioterapeuta teve como dimensão no campo de atuação a reabilitação, até porque o contexto histórico de industrialização a partir do pós-guerra (2ª grande guerra mundial em 1945) e da década de 50, “incentivaram” as instituições de ensino superior a formarem os profissionais nesse paradigma, cujas características são demarcadas no mecanicismo (o homem como uma máquina), biologicismo (exclusão dos determinantes econômicos e sociais), individualismo (indivíduo visto fora do contexto), especialização (conhecimento científico especializado), com enfoque curativo e hospitalocêntrico, o que influenciou, inclusive a realizarmos uma Especialização em “Correção de Postura e Tratamento da Dor”.

Entretanto, no decorrer dessa especialização começamos a questionar o(s) modelo(s) de atenção à saúde, uma vez que, gradativamente, algumas reflexões sobre o sistema de saúde

¹ **Modelo flexneriano:** paradigma formado através de relatório de Abraham Flexner em 1910 nos Estados Unidos da América, em que determinava um aumento na duração para quatro anos, expansão do ensino clínico, ênfase na pesquisa biológica, estímulo à especialização médica, entre outros.

da realidade em que trabalhávamos tomavam outra vertente, incomodando-nos tanto no pessoal quanto no profissional, enquanto sujeito desse processo. Contudo, não foi um caminho fácil, apesar de gradativamente termos incorporado uma nova consciência cidadã diante do amadurecimento e crescimento pessoal e profissional frente às transformações pelo quais passamos retratadas a seguir, enquanto trabalhador em saúde.

Após a graduação, em abril de 1999, a primeira experiência de trabalho foi em uma instituição hospitalar estatal do Estado da Bahia, conveniada ao Sistema Único de Saúde, quando na oportunidade, assumimos a função de coordenador do serviço de reabilitação, o que nos possibilitou formar uma equipe de trabalho na área de Fisioterapia. Vale ressaltarmos que a instituição, até aquele momento, não contava com um único fisioterapeuta.

Com a nossa inserção no hospital fizemos além do reconhecimento de campo, um diagnóstico preliminar sobre os problemas de saúde da área de fisioterapia, encaminhando-os à direção do hospital, tendo em vista a necessidade da implantação, estruturação e organização do Serviço de Fisioterapia que respondesse às necessidades específicas dos usuários da instituição.

Neste momento, percebemos na direção do hospital, uma vontade política à efetivação desta proposta numa intervenção imediata, com a contratação de mais dois fisioterapeutas e aparelhamento do serviço de Fisioterapia com a compra de equipamentos básicos para o desenvolvimento de suas atividades, as quais trouxeram resultados impactantes e de forma gradativa ao serviço. Porém, as atividades eram direcionadas especialmente aos usuários internados com doenças crônicas (diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, seqüela de doença cerebrovascular).

Entretanto, gostaríamos de ressaltar que naquele momento [1999], no município de Alagoinhas, apenas 5% de cobertura da atenção básica de saúde estava sob a responsabilidade do Programa Saúde da Família (PSF), que se encontrava em fase embrionária; os outros 95% dos usuários utilizavam o Centro de Saúde Parque Floresta, considerado não resolutivo no atendimento às necessidades básicas de saúde devido à grande demanda. Conseqüentemente, o serviço de emergência do hospital geral do município era a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde municipal, com características ambulatoriais.

Em outubro de 2000, com a vitória do partido dos trabalhadores na prefeitura de Alagoinhas - Bahia houve uma ruptura política no município com mudanças históricas no

quadro político-sócio-cultural². Nesse momento, as forças políticas neoliberais que detinham o poder há mais de duas décadas com o controle de todos os cargos comissionados desse hospital estadual - grupo político contrário ao novo partido eleito para governar o município - demitiu alguns trabalhadores de saúde do hospital que não comungavam politicamente com esse grupo político, inclusive este pesquisador, por discordância ideológica partidária. Nesse sentido, o serviço de Fisioterapia passou a ser coordenado por outro profissional através de indicação política desse grupo.

Concomitante ao trabalho hospitalar, tivemos também oportunidade de atuar como fisioterapeuta na Sociedade Pestalozzi de Alagoinhas, instituição filantrópica conveniada com o SUS. Dentre as atividades desenvolvidas nessa Sociedade - que trabalha com crianças especiais – destaca-se entre os seus vários serviços um ambulatório de fisioterapia na área de neuropediatria, o qual nos deu a possibilidade de desenvolver ações dirigidas ao cidadão individual/coletivo. Porém, apesar da Sociedade Pestalozzi oferecer outros serviços como Psicologia, Terapia Ocupacional e Assistência Social, experienciamos a sua fragilidade na sua infra-estrutura e organização, agravando-se posteriormente diante a exigência de produtividade, lógica esta que nos incomodava por interferir na nossa forma de pensar e fazer saúde em prol do fortalecimento do SUS, uma contradição no desenvolvimento na nossa práxis, porque a preocupação maior era a produtividade, pois o nosso trabalho seria realizado com um número maior de crianças, interferindo assim, na qualidade da atenção à saúde.

Nesse ínterim, logo após o término da Especialização, em janeiro de 2001, começamos a trabalhar em uma clínica particular que prestava serviços fisioterapêuticos ao SUS e, concomitantemente, assumimos a direção clínica desta instituição. A partir daí começamos a ter uma relação de trabalho mais efetiva com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através de reuniões com pautas direcionadas ao teto financeiro da clínica e o futuro do serviço de fisioterapia aos munícipes sob responsabilização do SUS de Alagoinhas.

Essa nossa aproximação com a SMS de Alagoinhas, frente aos trabalhos que até então vínhamos desenvolvendo em parceria com a clínica privada, acreditamos que talvez tenha contribuído no reconhecimento do nosso trabalho, oportunizando-nos a assumir no município o cargo de Coordenador da Divisão da Vigilância à Saúde da SMS, em fevereiro de 2004.

² Pela primeira vez na história do município um partido de origem política de esquerda assume a prefeitura municipal de Alagoinhas.

Ao assumirmos a coordenação da Divisão de Vigilância à Saúde, durante os três primeiros meses desenvolvemos um trabalho de caráter diagnóstico com a vigilância sanitária através de inspeções e cadastramentos de todos os estabelecimentos comerciais de Alagoinhas. Concomitantemente houve uma assessoria técnica de um grupo de professores do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana à SMS estendida aos órgãos de nível central, com o intuito de estruturar o planejamento em saúde através da participação efetiva de seus representantes com discussões e debates. Na oportunidade foi sugerida pela Assessoria a criação do cargo de chefe de gabinete no sentido de facilitar o trabalho do Secretário Municipal de Saúde diante da necessidade de estreitar a relação com os órgãos desta Secretaria, tendo sido indicado por essa equipe para assumir tal função, na qual exercemos até outubro do mesmo ano.

É importante que resgatemos que durante a nossa experiência no cargo de chefe de gabinete acompanhamos o início do processo de (re) organização, (re) estruturação da SMS e seus respectivos serviços, com ampliação visível da rede pública. Porém, ressaltamos que houve também um aumento da compra de serviços privados, e a realização de concurso público para profissionais de saúde diante da demanda das necessidades de atenção e serviços de saúde a serem oferecidos, assim como regularizar a situação dos servidores contratados de acordo com a Constituição Federal brasileira de 1988, pois havia uma necessidade de implementação de serviços pactuados na programação pactuada e integrada (PPI)³ realizada no final do ano em 2003.

Outra experiência de vida fez mais uma vez mudarmos a trajetória do trabalho ao passarmos na seleção do Mestrado em Saúde Coletiva, o que nos impossibilitou a continuar como chefe de gabinete. Entretanto, tal impossibilidade levou-nos a um novo desafio ao assumirmos a direção da Divisão de Assistência de Saúde (DIVAS), cuja finalidade é coordenar as ações e serviços de saúde pública de caráter municipal, em todos os níveis de atenção, exceto os serviços de gerência estadual, filantrópica e privada. Frente à nova função, vemos que o município tem a responsabilidade para com a atenção básica de saúde e de alguns serviços de média complexidade, que se complementam com o setor privado e filantrópico. Em relação à alta complexidade, o município tem um convênio com uma instituição privada para atendimento aos usuários que necessitam de terapia renal substitutiva,

³ **PPI**: envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo (BRASIL, 2001a, p. 56-57).

também de caráter privado. Tal realidade tem nos preocupado sobremaneira diante das dificuldades do Município, em assumir os serviços de média complexidade – atualmente sob a responsabilidade dos serviços privado/filantrópico e os de alta complexidade⁴ sob a responsabilidade privada, apesar de o município encontrar-se na Gestão Plena do Sistema.

No decorrer dessa experiência profissional, cada vez mais começamos a ter algumas inquietações sobre o funcionamento do SUS, particularmente após a implantação da gestão plena do sistema municipal (GPSM) em 2001, quando houve uma mudança na estruturação dos serviços, iniciados pela reorganização da atenção básica (ALAGOINHAS, p. 12, 2001/DOC.1) com o PSF que naquele momento foi implantado com duas equipes, e atualmente conta com vinte e seis equipes de saúde da família (ESF). Durante este “boom” no PSF, observamos que muitos trabalhadores de saúde da própria SMS optaram por trabalhar no Programa, preocupando-nos sobremaneira a forma como vem sendo o trabalho dessa “nova” proposta de intervenção do modelo de atenção à saúde, que é dirigida às famílias, uma vez que, até então, a formação universitária desses trabalhadores – acreditamos ser incompatível à proposta do PSF, que tem como responsabilidade a (re) organização da atenção básica à saúde, uma contradição não só diante do conhecimento adquirido por tais trabalhadores de saúde na formação acadêmica e sua prática profissional fortalecidas pelo modelo neoliberal, muitas vezes desconsiderando as teorias e práticas das políticas sociais e suas influências no sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, outro modo de pensar e agir na saúde através do modelo Vigilância da Saúde.

Enquanto coordenador da DIVAS tivemos a oportunidade de conhecer concretamente o sistema local de saúde de Alagoinhas, ao defrontarmos com problemas constantes, dentre eles a (re) organização dos modelos de atenção à saúde, o que nos inquietou e nos fez repensar sobre o(s) modelo(s) de atenção à saúde, e levou-nos a demarcarmos um campo de investigação – Centro de Saúde Parque Floresta.

O Centro de Saúde Parque Floresta nos chamou atenção devido a sua importância no atendimento à população de Alagoinhas, pois o mesmo tem a responsabilidade de atender as necessidades básicas de 48% da população, com abrangência às áreas cobertas pelo PSF, quando as mesmas não possuíam médico naquele momento, e também devido ao fato de ser

⁴ **Atenção básica, média complexidade e alta complexidade** são denominações que definem os níveis de atenção à saúde de acordo com a complexidade, anteriormente denominada respectivamente por níveis de atenção primária, secundária e terciária.

um centro de referência de algumas especialidades, sendo assim, presta atendimentos de média complexidade a toda população alagoinhense.

Neste sentido algumas reflexões foram se formando, diante desta problemática, que nos levou a explicitar através deste estudo, por meio das **questões norteadoras**:

Como se dá a relação público-privado na produção de ações de saúde no Centro de Saúde Parque Floresta na “atenção” às necessidades de saúde dos seus usuários?

Quais as características do (s) modelo (s) de atenção à saúde do Centro de Saúde Parque Floresta em relação ao acesso e à demanda/oferta?

Como são estabelecidas as relações de acolhimento, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários no Centro de Saúde Parque Floresta na atenção as necessidades dessa população?

Por conseguinte, para responder a tais questões elaboramos os seguintes **objetivos**:

Analisar a relação público-privado para a produção de ações de saúde no Centro de Saúde Parque Floresta na atenção à saúde dos seus usuários.

Caracterizar o (s) modelo (s) de atenção à saúde do Centro de Saúde Parque Floresta.

Discutir as relações de acolhimento, vínculo e responsabilização estabelecidas pelos trabalhadores de saúde e usuário e vice-versa no Centro de Saúde Parque Floresta no município de Alagoinhas – BA para atender as necessidades dessa população.

Esse estudo tem como uma das suas características o ineditismo, pois até o presente momento não existe pesquisa desta natureza no município. Acreditamos que o mesmo poderá trazer novos conceitos, e/ou paradigmas, e/ou inovações para com o sistema de saúde de Alagoinhas/BA ao apontar a realidade *in loco* as características do(s) modelo(s) de atenção no Centro de Saúde Parque Floresta, e conseqüentemente, tendo em vista o compromisso com a saúde no município, torna-se necessário conhecermos qual (ais) o (s) conceito (s) e paradigma (s) desse (s) modelo (s) de saúde com a finalidade de corresponder aos anseios das necessidades dos cidadãos deste município.

A optarmos por estudar este objeto, buscamos encontrar possibilidades de transformações nas formas de intervenção sobre a atenção à saúde dirigida à sociedade, frente

à implementação do “novo” modo de pensar e agir em saúde, em prol da construção de novos paradigmas que incorporem e fortaleçam o SUS por meio dos princípios da integralidade, universalidade, resolubilidade e outros.

É importante salientarmos, que este trabalho, trouxe alguns apontamentos que poderão redirecionar o(s) modelo(s) instituído(s), no sentido de possibilitar uma (re) organização das ações e serviços de saúde, fazendo com que a SMS de Alagoinhas repense seu(s) modelo(s) e/ou práticas em saúde, articuladas com os trabalhadores de saúde, os usuários e toda a sociedade alagoinhense e que, desta forma, possa construir concretamente um novo sistema local e, que, se possível, sirva de experiência para outras cidades, ao adequar às suas realidades.

Portanto, tanto o município enquanto gestor quanto sua população poderão ser beneficiados por meio da contribuição deste estudo, uma vez que poderá ocorrer um redirecionamento das ações e serviços de saúde coletiva, diante o compromisso do SUS - “Saúde é um Direito de todos e Dever do Estado” (BRASIL, 1989, p. 96).

Nunca deixe que lhe digam que não vale à pena acreditar no sonho que se tem ou que seus planos nunca vão dar certo ou que você nunca vai ser alguém. [...] Quem acredita sempre alcança / Quem acredita sempre alcança / Quem acredita sempre alcança.

Renato Russo e Flávio Venturini (Mais uma vez)

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Os referenciais teóricos tratados neste estudo de referem à descentralização das ações e serviços de saúde e os modelos de atenção à saúde no Brasil.

Por conseguinte, a categoria teórica descentralização é aqui inserida por entendermos que esta é um caminho para organização dos serviços que contribuem diretamente na construção dos modelos de atenção à saúde a serem adotados.

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO: um caminho para organização dos serviços de saúde no Brasil

Na nossa visão observamos uma confluência entre a descentralização e a municipalização. Segundo Assis (1998, p.320), “a municipalização concebida como um processo integrado à descentralização” é um caminho a ser percorrido pelo sistema de saúde brasileiro, para que a população tenha um serviço de saúde integral, equânime, universal, regionalizado e hierarquizado, como objetiva o SUS. Portanto, buscaremos explicitar as experiências brasileiras em busca da descentralização, onde em alguns momentos estará relacionada diretamente com a municipalização.

A crise na saúde que afetava os países principalmente de origem capitalista, iniciada na década de 70, ocorreu “devido os problemas relativos à ineficiência, ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos” (SILVA JR., 1998, p. 48). Os cientistas sociais e sanitaristas como Amélia Cohn, Sônia Maria Fleury Teixeira, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Maria Cecília Donnangelo, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy, Jairnilson Silva Paim, Carmem Fontes Teixeira e outros, pertencentes aos departamentos de Medicina Preventiva e Social ou Comunitária em algumas universidades brasileiras começaram a pensar em um novo modelo de saúde, através do movimento de Reforma sanitária Brasileira (RSB).

Ainda no mesmo período, o Brasil atravessava uma fase de intensa de privatização da assistência médica previdenciária. Para Cohn (1998, p.23),

[...] essa apropriação privada da coisa pública não reside somente na modalidade política de manipulação da Previdência Social como instrumento político, mas também na destinação da parcela significativa de seus recursos na compra de serviços privados.

Portanto, podemos constatar que de fato houve uma grande utilização de dinheiro público no setor privado da saúde brasileira, beneficiando alguns grupos capitalistas no setor de saúde brasileiro.

Por conseguinte, para Oliveira e Teixeira (1989, p. 279), até então o que ocorria era uma centralização dos comandos e das ações. De um lado, o Ministério da Saúde (MS) “pobre”, limitava-se a realizar campanhas de caráter “preventivo”; do outro, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) “rico”, é responsável não só pela assistência médica dos seus contribuintes, como também pela destinação dos recursos financeiros, o que na realidade mostra que endereçava para a contratação de serviços; por meio dessas contribuições também foram realizadas “obras faraônicas”, desviando-se dos objetivos de assistência à saúde.

Precisamente no final da década de 70 e no início de 1980 deflagrou-se a crise financeira da Previdência Social e política do governo, em consequência da má administração do dinheiro público – até aquele momento o regime militar manteve esses problemas escondidos – o que muito contribuiu pela sua agudização, considerada inclusive um estopim, através de debates/discussões e reivindicações por novas propostas de reformulações das políticas de saúde que emergiam acompanhadas muitas vezes de greve dos trabalhadores e sociedade civil organizada, tendo como ponto de pauta a luta em prol de uma saúde mais digna. Neste momento histórico efetivou-se uma articulação com propostas para a área de saúde através de um projeto conjunto de membros do MPAS e MS, do qual teve origem o Programa Nacional de serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). De acordo com Oliveira e Teixeira (1989, p. 271), “nacionalmente o projeto inspirou-se com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que consistia na ampliação das

ações básicas, saneamento e habitação”. Mas devido aos embates políticos, não conseguiu avançar esta proposta, que infelizmente, sequer saiu do papel.

Em 1982, com o agravamento das crises financeira e política, o governo brasileiro preocupado com o alto custo da saúde, cria as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de desconcentrar as ações do âmbito federal e, no ano seguinte, os contratos gradativamente foram assinados com os Estados e Municípios. Segundo Cohn (1998, p. 44), “as AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre a previdência social e os setores públicos de saúde, estadual e municipal”.

Conforme Teixeira e Paim (1990), a forma de implementação da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) tornou explícito um modelo assistencial, no qual, procurava abandonar a forma de organização dos serviços por programas verticais, horizontalizando-os através da destruição de linhas de mando e pelo fim dos recursos vinculados, todavia, tendo o cuidado para que as atividades da oferta organizada pelos programas de saúde pública não sejam substituídas pelo mero atendimento à demanda espontânea.

Vale destacarmos que em 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a responsabilidade de regular financeiramente e organizar e aperfeiçoar a assistência médica no Brasil. Teve como exemplo pioneiro a cidade de São Paulo na adoção deste programa, apesar das conjunturas políticas, econômicas e sociais da época, o que consideramos um grande avanço no processo de descentralização, deixando de ser as ações de saúde desconcentradas em algumas localidades específicas.

Mas, no decorrer do período de redemocratização do país, durante a VIII Conferência Nacional de saúde (CNS) realizada em 1986, com a participação dos intelectuais da RSB e de representantes da sociedade civil organizada, foi redigido um texto base para a Constituição Federal (CF) de 1988, sobre uma reforma sanitária que tinha como princípios básicos a integralidade, universalidade e equidade, assegurados inclusive após debates e discussões na plenária do referido evento.

Segundo Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), nessa Conferência pode-se observar as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo denominado movimento sanitário e que serviram de base para a nova Constituição Federal brasileira, que foi promulgada em 1988, com um conjunto de princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional.

No ano de 1987, recomendado pela VIII CNS foi criado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), segundo Silva Jr. (1998, p. 72), como “estratégia-ponte para o SUS”, e, o estado da Bahia foi considerado pioneiro, através da influência de membros da Reforma Sanitária Brasileira que, naquele momento participavam do governo estadual na organização da saúde em prol da construção de um sistema único de saúde, tendo influenciado outros Estados do Brasil, ao iniciar de fato o processo de descentralização, que segundo Cohn (1998, p. 46), ocorreu de forma diferenciada nos diversos Estados brasileiros “que poderia ser chamado de desconcentração”.

Porém Teixeira e Paim (1990) ressaltam que, em alguns estados brasileiros a criação do Convênio SUDS, com o intuito de aperfeiçoar qualitativamente a Estratégia das Ações Integradas de Saúde, possibilitou que as Secretarias Estaduais fossem um pouco além do debate e que algumas mudanças concretas pudessem ser implementadas não só no âmbito político-gerencial como também no da organização de serviços.

Em 1988, com base no texto da VIII CNS foi incluído na CF, no capítulo da Seguridade Social, uma seção referente à saúde, onde a descentralização é considerada um princípio. No seu art. 198 determina que

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizada de acordo com as seguintes diretrizes:- **Descentralização** (destaque nosso), com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1989, p. 96).

Portanto, notamos que a descentralização tornou-se um dos baluartes para a conformação de um novo sistema de saúde, sendo uma das três diretrizes, completadas com o atendimento integral e a participação da comunidade, porém havia uma necessidade de regulamentar esse novo sistema de saúde constituído na carta magna do País, que ocorreu com a criação das Leis Orgânicas de Saúde (LOS).

Esta regulamentação do SUS, através das LOS, ocorreu inicialmente após aprovação em 19 de setembro de 1990 a Lei 8080. Porém vetos importantes ocorreram que prejudicaram a descentralização e a democratização do setor saúde.

De acordo com Silva (2001), o governo Collor impôs entraves para a descentralização e democratização da saúde, ao vetar pontos importantes da Lei 8080, que previam a transferência direta e automática de recursos federais aos fundos estaduais e municipais de saúde e da participação deliberativa da população no SUS, através de Conferências e Conselhos de Saúde.

Contudo, foi então que através de movimentos sociais e com apoio da Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) que no VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, redigiram um novo texto que se transformou na Lei 8142, sancionada em 28 de dezembro de 1990, formando um arcabouço jurídico legal do SUS (SILVA, 2001).

Concomitante a esse processo - influenciado pelo sistema neoliberal adotado pelo governo federal, onde reduzia gastos nas áreas sociais, inclusive à saúde – observou-se que para ocorrer à descentralização necessitava no primeiro momento de desconcentração do dinheiro público, repassando-o, como previa na LOS, para Estados e Municípios. Mas, segundo Mendes (1999a, p. 70),

[...] no primeiro ano de existência do SUS, 1989, o gasto público federal em saúde foi da ordem de US\$ 11,3 bilhões, o que representou gasto *per capita*/ano US\$80,32. A partir daí, esses gastos caíram para US\$9,4 bilhões em 1990, para US\$7,8 bilhões em 1992, até atingirem, em 1993, US\$7,5 bilhões.

Como podemos observar durante o processo inicial de conformação do sistema houve uma diminuição nos investimentos, o que gerou uma crise, em consequência das dúvidas sobre a possibilidade da real implementação do SUS.

No ano de 1991, foi editada pela presidência do Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS) a Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/91, que teve como principal objetivo fornecer instruções para implementação do SUS, com a finalidade de operacionalizar a legislação infraconstitucional e o fez tendo como instrumento o convênio entre a União, os Estados e Municípios. Porém o pagamento – ainda centralizado no INAMPS – era realizado aos prestadores de saúde do sistema, como meros vendedores dos serviços, pois os mesmos recebiam pelo que produziam, sem nenhum tipo de controle e/ou fiscalização, e da mesma

forma, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que eram também tratados como prestadores públicos de serviços ambulatoriais e hospitalares, também recebiam pelo que produziam, portanto, houve um retrocesso à experiência do SUDS. Sobre a forma de relação entre governo e os prestadores estabelecida nesta NOB, Siqueira e outros (2002, p. 27) afirmam que,

[...] a primeira Norma Operacional Básica, emitida em 1991, deflagrou o processo de descentralização, tendo como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os, neste aspecto, aqueles de natureza privada e filantrópica.

Mesmo com os retrocessos apontados anteriormente, Andrade (2001, p.48) destaca a NOB/SUS 01/91 como um dos caminhos traçados em busca da municipalização, “quando se trata de descentralização das ações e serviços de saúde”. Igualmente, a NOB/SUS 01/91 explicita a necessidade de se empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei.

Um ano depois, em 1992, de forma incipiente o MS edita uma nova NOB/SUS 01/92 com vistas a minimizar os erros da anterior, contudo é importante que destaquemos que ambas não operacionalizam a descentralização de fato e sim uma desconcentração das ações junto ao governo federal. Porém, neste mesmo ano, em meio a uma crise política do governo - *impeachment*⁵ do presidente Collor - foi realizada com dois anos de atraso ao previsto a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema “Saúde: a Municipalização é o caminho”. Nesta Conferência foi reforçada a proposta descentralizante da anterior, dando origem a um documento intitulado de "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, este texto foi base para formação da NOB/SUS 01/93. Sobre o fortalecimento da municipalização desta NOB, com o intuito de descentralizar.

Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) asseguram que, o tema principal da IX Conferência foi à municipalização, e teve em parte, a finalidade de colaborar para a

⁵ **Impeachment**: estado de quem se acha impedido de exercer suas funções (BRASIL, 1989, p. 146).

implementação deste processo de descentralização da saúde, chamando a atenção sobre riscos de mudanças nos preceitos do SUS.

Em maio de 1993, é editada a NOB/SUS 01/93 sobre a égide de um novo governo, determinando alterações significativas nos mecanismos de transferência de recursos federais para os municípios, e são criadas formas de gestão que garantissem um controle dos órgãos federal e estadual, além de comissões intergestoras de nível estadual e federal que estabelecessem fóruns de articulação entre as três esferas de governo.

Para Siqueira e outros (2002), a edição da Norma Operacional Básica 01/93, foi responsável por expressar um maior potencial de indução, a partir da institucionalização de novas arenas de pactuação, que tinham como objetivo fortalecer o processo de descentralização do SUS: a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) em âmbito estadual e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em nível federal. Além de outras definições, estabeleceu três diferentes níveis de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semiplena, conforme cumprimento de pré-requisitos estabelecidos nesta NOB.

É importante salientarmos que enfim, o Município iria comandar a sua saúde de forma descentralizada; porém, o mecanismo possuía uma falha considerável, pois para o município chegar à condição de gestão semiplena, onde todas as ações e serviços são geridos pelo município, no qual permitiria de fato uma descentralização, constatamos que, o caminho era de fato longo, pois o mesmo teria que passar pelas gestões incipiente, parcial até a semiplena, sabendo que esta condição de modelo de gestão foi criada com a finalidade estratégica de transição para a descentralização, um percurso maior dificultaria essa transição.

Diante desta dificuldade, comprovou-se que, em 1994, num universo de aproximadamente 5000 municípios, apenas 24 assumiram a condição de gestão semiplena no país. Em 1996, esse número passou para 137 municípios, incluindo as capitais de 11 estados, com uma cobertura de 16% da população do país e com um aporte de recursos da ordem de 23% do montante do Fundo nacional de Saúde, destinados à assistência, (SIQUEIRA et al.2002).

Frente tal realidade, houve necessidade de regulamentar e estipular novas formas de condição de gestão, devido à discrepância do fomento da descentralização no país, que de forma heterogênea e com um número restrito de municípios, aumentavam as divergências dentro de um sistema que se intitulava de único, denominado de SUS.

Para tanto, Levcovitz, Lima e Machado (2001) afirmam que houve condicionalidades à execução descentralizada do SUS, através da criação de níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas.

Para tais autores a ascendência aos níveis de gestão ocorre de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada através do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos na norma.

De acordo com Silva (2001, p. 76), a municipalização atinge novos passos com a NOB/SUS 01/96 ao ampliar a municipalização, uma vez que o município é considerado o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo. Neste sentido, concreta e institucionalmente os avanços no processo de descentralização poderão tornar-se bastante perceptíveis.

Sobre a NOB/SUS 01/96, corrigindo o caminho para a condição de o município gerenciar todas as ações e serviços de saúde dos seus usuários, facilitando desta forma a efetivação da descentralização da saúde, Siqueira e outros (2002, p. 27) relatam que

[...] o aprofundamento do processo de descentralização se torna mais intenso com a Norma Operacional Básica 01/96 que simplificou o processo de responsabilização municipal proposta pela norma anterior, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades.

Todavia, vale lembrarmos que o processo de descentralização não foi harmônico em virtude da complexidade e diversidade dos modelos de gestão do SUS, em conjunção com as imensas desigualdades regionais, o que, conseqüentemente, trouxe dificuldades para que os avanços ocorressem de forma homogênea nos quatro cantos do país, até porque, na NOB/SUS 01/96, criaram-se apenas dois modos de gestão, a Plena da Atenção Básica (GPAB) e a Plena do Sistema Municipal (GPSM), diminuindo assim o percurso para descentralização nos municípios.

Na GPAB o município tem responsabilidade na elaboração da programação de saúde, no gerenciamento das ações e serviços de atenção básica e das ações da vigilância sanitária e epidemiológica. Igualmente, a GPSM além de incorporar todas as responsabilidades da

GPAB, também é acrescida à gerência e/ou contratação de serviços de outras complexidades. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.11), apesar de essa norma ser considerada altamente municipalista “houve um esquecimento das funções dos Estados, corrigidas posteriormente”.

Desta forma afirmamos que, de fato esta NOB poderá contribuir para a descentralização, pois “é inegável o avanço do processo de municipalização a partir desta NOB.” Os dados mais recentes demonstram que, em junho de 2000 mais de 98% dos municípios encontravam-se habilitados em uma das formas de gestão estabelecidas; 98,7% da população brasileira e 60% dos recursos assistenciais eram transferidos fundo a fundo (SIQUEIRA et al., 2002, p.28).

Além das condições de gestão, a NOB/96 também proporcionou incentivos financeiros que atraíam os municípios, incentivando a adoção de programas voltados para a reorientação da atenção básica e outros fomentos financeiros específicos.

Vale destacarmos que uma preocupação que marca a NOB/96 é a **reorientação do modelo assistencial** (destaque nosso). Contudo, para induzir essa “nova orientação” há de se estabelecer alguns aspectos financeiros de indução, tais como: Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, PAB variável, Fração Assistencial Especializada (FAE), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), incentivo ao combate das Carências Nutricionais (ICCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VISA) e Assistência Farmacêutica Básica (AFB).

A NOB/SUS 01/96 contribuiu de forma satisfatória para a municipalização, porém a desarmonia anteriormente citada entre os processos de construção dos sistemas locais de saúde foi alavancada, não somente por desinteresse dos municípios, mas também pelo descaso dos governos estaduais que, em muitos casos não aceitavam a perda de poder gerada com a municipalização.

Todavia, segundo Siqueira e outros (2002), nas localidades em que os executivos estaduais implementaram programas favoráveis à descentralização, pode-se observar que a proporção de municípios que aderiram ao programa de descentralização foi maior, o que revela a importância das secretarias estaduais de saúde.

Portanto, para corrigir essa discrepância no processo de descentralização, no ano de 2001, editou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com a finalidade de criar um Plano Diretor de Regionalização (PDR), para garantir melhor o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, principalmente aqueles não oferecidos em seu domicílio; a instituição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) que além das responsabilidades do GPAB da NOB/SUS 01/96, incluem-se alguns programas específicos, como controle de tuberculose e hanseníase entre outros; e o Plano Diretor de Investimentos (BRASIL, 2001a).

A atuação dos governos estaduais volta a ser definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde, que tem como um dos principais objetivos a retomada da instância estadual, como um *locus* importante de definição e implementação de políticas de saúde, que pode redesenhar a participação no processo da descentralização da saúde (SIQUEIRA et al., 2002).

Concomitante a este objetivo, Giovanella (2002, p.38) resgata que a NOAS/2001, “dentre outros aspectos, definiu o processo de regionalização do sistema de saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica”.

Conseqüentemente, a partir da NOAS/2002, a oferta de procedimento de média complexidade deve obedecer à lógica da territorialidade, tendo com princípio organizador as necessidades e características dos próprios municípios, mediada pelos governos estaduais, através das CIB, e organizada na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Portanto, assim como a anterior, essa nova norma enfatiza a necessidade de avaliação no sistema, tanto no tocante à sua organização como no tocante à qualidade e impacto da atenção prestada.

Frente ao exposto, é necessário que conheçamos assim, qual (ais) o(s) modelo(s) de atenção que são incorporados no Sistema de Saúde para a implementação da NOAS/2002 no Município de Alagoinhas.

2.2 **MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:** propostas de intervenção para (re) organização dos serviços de saúde

Este tema tem sido objeto de discussões dentro da Saúde Coletiva, desde a denominação - modelos tecnoassistenciais, modelos assistenciais e modelos de atenção - até a sua definição. Entretanto, optamos pela denominação **Modelos de Atenção à Saúde** por comungarmos com o entendimento das definições de Merhy (2003), Campos (1997) e Teixeira (2003). Contudo, trouxemos também Paim (2003) no sentido de melhor explicar tal opção.

Merhy (2003) concebe modelos de atenção da seguinte forma, partindo da idéia de que qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir saúde.

Portanto, entendemos que a construção de saúde parte de um conglomerado dos processos políticos, organizacionais e do trabalho, que no seu conjunto favorecem o ato de cuidar, tanto individual, como coletivo, acreditando num processo amplo e complexo a construção da saúde de uma população.

Para Campos (1992, p. 38), é possível a identificação concreta de diferentes modos ou forma de produção de serviços, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Nesta perspectiva, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho) tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social.

Nesta perspectiva, modelos de atenção é um conceito que estabelece,

[...] intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção a saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável (CAMPOS, 1997, p. 230).

Como vimos, nessa concepção, um modelo de atenção portanto, não é só uma coisa política, tão pouco tecnologia, nem também direcionado apenas aos determinantes, mas de um desenho de desejos e direcionada à concepção ampliada da saúde enquanto qualidade de vida.

Entretanto para Paim (2003, p.456),

[...] **modelos assistenciais** (destaque nosso) podem ser entendidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos utilizados para resolver os problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tão pouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde.

Diante de tal concepção, entendemos os modelos assistenciais como uma articulação teórico-prática - saberes e técnicas - que seria capaz de atender as necessidades da população, sendo uma prática resolutiva. Entretanto, há de se atentar ao destaque dado pelo autor, no que diz a minimização à forma de organização e gestão do Sistema de Saúde, ao conceber os modelos assistenciais.

Contudo, para Teixeira (2003, p. 260), modelos de atenção

[...] são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (matérias e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre os problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Nesta definição é destacada a organização das relações entre os sujeitos – profissionais de saúde e usuários – que utilizam tecnologias para atender as necessidades. Assim, como Paim (2003), a resolubilidade é uma das ferramentas do modelo de atenção.

Diante destas definições, entendemos que a organização dos serviços de saúde é o campo específico referente à tecnologia utilizada na assistência. Portanto, ao reportamos a nossa realidade, observamos que, no Brasil, sofremos influência principal do **modelo médico-hegemônico**, desde o início do século XX com o advento da medicina científica, sendo a mesma reforçada com relatório de Abraham Flexner (1910), que influenciou a prática médica ao centralizar as ações do profissional médico e na concentração de recursos que norteiam os serviços e a tecnificação dos mesmos no âmbito hospitalar.

Assim, esse modelo, segundo Campos (1991, p. 45), a partir dos anos 50 ficou evidenciado inclusive com sua influência na saúde pública quando,

[...] através de Centros e Postos de Saúde, tratou-se de criar uma estrutura de serviços que permitisse o desenvolvimento de uma série de atividades de caráter permanente e que compreendiam a assistência médica individual, fortalecendo ainda mais a centralização na figura do médico.

Concomitantemente, o Ministério da Saúde desenvolvia ações de caráter campanhista, com a finalidade de combater algumas doenças específicas, o que gerou o **modelo sanitarista-campanhista**, com ações executadas em períodos correlatos com o aparecimento das patologias, que grassavam o momento histórico, o que levou a influenciar e a prevalecer no nosso país até os anos 80, uma concepção do processo saúde-doença focalizado na doença, ou seja, “as concepções de saúde/doença, (...) tinham maior vinculação com as doenças e a morte” (MENDES, 1999a, p.235).

Entretanto, outro modelo de atenção à saúde foi originado de condições sócio-econômicas, a partir da criação do sistema previdenciário, através da lei Elói Chaves, mesmo de forma incipiente com a criação das Caixas de Aposentadorias e pensões (CAP) em 1923. Para Cohn (1998), nesse momento iniciou-se a privatização dos serviços de saúde no nosso país a partir do **modelo de assistência médico-previdenciário** que, apesar de características

próprias, leva consigo a influência do modelo médico hegemônico, ocorrido principalmente na década de 1970.

Ao longo da história, no final da década de 1970, é importante ressaltarmos que houve um grande movimento na saúde – movimento reforma sanitária - com uma nova orientação sobre o modelo de atenção no Brasil no processo de criação do sistema único de saúde, em contraposição ao sistema de saúde vigente. Porém, apesar dos avanços no final da década de 1980; mais precisamente em 1988, com a nova Constituição Brasileira, foi assegurado que a “saúde é um direito de todos e Dever do Estado” (BRASIL, 1989). E, em 1990, através das LOS 8080/90 e 8142/90, foi criado o Sistema Único de Saúde.

Contudo, conforme Alves (2004, p. 40), a construção do SUS é fundamental à reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país.

Apesar de mais de uma década da criação do SUS, convivemos com um conglomerado de características destes três modelos anteriormente referidos, ou seja, um modelo resultante de uma combinação e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico assistencial privatista e do modelo sanitarista, que dicotomiza a assistência e prevenção.

Outrossim, é importante que relembremos que esta realidade é uma preocupação do movimento sanitário brasileiro, como também de outros países, pois desde a década de 20, quando Dawson, médico inglês, questionou o Relatório de Flexner e algumas mudanças foram propostas em relação à assistência à saúde. Segundo Silva Jr. (1998, p. 54), “os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas”, ganhando corpo na década de 40, quando a população, sob uma nova compreensão do conceito de saúde e através de pressões de algumas classes trabalhadoras em países que atravessaram um momento político de Estado de Bem-estar Social, reivindicaram uma assistência à saúde diferenciada até então, o que fez surgir uma proposta de intervenção denominada de **Medicina comunitária**, também chamada de Cuidados Primários de Saúde, concebidos como,

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (Brasil 2001b, p.16).

Os Cuidados Primários de Saúde teve seu advento na Conferência de Alma-Ata em 1978, alicerçada no modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e de cobertura mais abrangente, justificado por uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Por coincidência, nessa década de 70 eclodiu uma forte crise do capitalismo sob influência do corte nos gastos das políticas sociais com repercussões na saúde, através da implantação do Estado Neoliberal, que tem como fundamento a redução de gastos na área social, que por sua vez atingia à saúde, ou seja, o Estado reduziria os gastos com saúde, conseqüentemente haveria uma diminuição de responsabilidade dos mesmos, sendo, portanto, uma relação antagônica, pois ao mesmo tempo em que se falava em democratização da saúde no país, instituída na constituição de 1988, o governo tinha como proposta de governo a desresponsabilização do Estado perante os gastos sociais.

Frente a essa realidade, segundo Silva Jr. (1998, p. 48), “a ineficiência da medicina científica nos crescentes investimentos”, muito influenciou no fortalecimento da proposta de intervenção **liberal-privatista** (destaque nosso), àquela, segundo Paim (2003a, p. 568), que consiste na busca dos serviços através “dos indivíduos por livre iniciativa, expandindo para a formação de medicinas de grupo, cooperativas e seguros-saúde”.

Concretamente, segundo Campos (1989, p.54), o modelo médico liberal-privatista,

[...] caracteriza-se pela organização e distribuição dos serviços de saúde através do mercado, [...] e o investimento é realizado onde há possibilidade de lucro. A atenção ao usuário é de forma impessoal e de pequena resolutividade, onde o atendimento é feito de forma individual, curativo e centrado em procedimentos.

Diante de inúmeras discussões e debates ocorridos sobre a necessidade da (re) organização do Sistema de Saúde no Brasil, no meado da década de 1980 surge outra proposta, a **racionalizadora/reformista**, que para Campos (1989, p. 55), teve a intencionalidade de corrigir a ausência do Estado nas ações e serviços de saúde, com a tentativa de formação de programas como as ações Integradas de Saúde (AIS), SUDS, e outros. Porém, a influência de outros modelos tornou complicado o controle das ações, que consistiu em uma diminuição da rede básica de saúde e o fortalecimento do setor privado, com a alocação de recursos para outras finalidades.

Dentre os conflitos, Campos (1989, p. 56) destaca no final dos anos 1980, o surgimento a proposta do **SUS** (destaque nosso), que tem como princípios a universalidade, com acesso garantido gratuitamente e organizado; a hierarquização das ações de acordo com a complexidade da atenção e a regionalização conforme a distribuição populacional. Diante desta proposta a rede básica é estrategicamente distribuída geograficamente, mas de forma integrada. Os recursos humanos têm como perfil o generalista, com a incorporação a (o) enfermeira (o), havendo uma necessidade de capacitação técnica permanente. Entretanto, existe uma necessidade de conscientização do usuário, além da humanização das unidades e do intercâmbio da equipe/usuário, através da diretriz de responsabilidade. Contudo, no decorrer desses anos vimos que durante o processo de construção do SUS, ele tem “inspirado” outras idéias na (re) construção de modelo (s) assistencial (ais) à saúde no Brasil.

Enfim, no Brasil, durante a década de 80 houve influência das diversas propostas de intervenção de modelos de atenção que se firmavam pelo mundo, principalmente pelas propostas de mudanças na concepção de saúde-doença, do paradigma sanitário e da prática sanitária, dentre elas a medicina comunitária, os sistemas locais de saúde (SILOS) e as cidades saudáveis, apesar de alguns questionamentos sobre suas eficácias de modelos, foi possível retirar importantes ensinamentos, que provavelmente, influenciaram os teóricos, os pesquisadores e os sanitaristas brasileiros (MENDES, 1999a), conforme explicitação a seguir.

A primeira grande experiência de proposta inovadora para reorientação do modelo de atenção à saúde foi na Bahia, com os **Sistemas Locais de Saúde** (SILOS) em 1987, através da criação dos distritos sanitários com objetivo de orientar a formulação e implementação de ações voltadas a desencadear mudanças nas formas de organização dos serviços.

Segundo Silva Jr. (1998, p. 78),

[...] a proposta [SILOS] tinha como eixo orientador as recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que indicavam um processo de regionalização das ações e serviços de saúde por meio de Distritos Sanitários como uma forma de descentralizar decisões, compreender problemas locais e permitir maior acesso da população aos serviços de saúde.

Este modelo, influenciado pela Carta de Otawa em 1986, tinha o intuito de regionalizar as ações de saúde e descentralizar as decisões; essas ações foram facilitadas pelo momento de implantação do SUDS também no Estado. A experiência, segundo Silva Jr. (1998), não foi à frente devido a mudanças políticas em 1989, quando o atual governador o Sr. Waldir Pires deixou o governo para ser candidato à vice-presidente da República, e ao assumir o vice-governador, Nilo Coelho, não deu continuidade ao projeto. No nosso entendimento, essa proposta tinha uma grande contribuição para a (re) orientação da atenção à saúde para a população, pois, por ter sido originado de um governo de Estado, a proposta iria ter uma dimensão estadual e, portanto, poderia influenciar o Ministério da Saúde para que tivesse uma ação homogênea na construção do SUS.

No ano de 1989 surge em Campinas, à **proposta em defesa da vida**, criado por um grupo de pesquisadores sanitaristas oriundos da Universidade de Campinas (UNICAMP), que considerava fundamental a organização das instituições de saúde através dos direitos dos cidadãos, havendo em 1991 uma descontinuidade da política institucional, mas que transferiu a experiência para outros municípios. Tal proposta tem alguns princípios fundamentais que o norteiam dentre eles,

[...] a gestão democrática, a saúde como um direito de cidadania⁶ e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva, com base no vínculo, humanização, ampliação da consciência sanitária e acolhimento (SILVA JR., 1998, p.100).

⁶ **Cidadania:** “condição de cidadão” que por sua vez é, “indivíduo no pleno gozo de seus direitos políticos e civis. Pessoa, sujeito” (XIMENES, 2000, p. 212).

Portanto, em nosso entendimento, esta proposta tem o intuito de construir uma sociedade com uma consciência sanitária, capaz de compreender todos os seus direitos, inclusive o político, pois a sociedade brasileira ainda é carente de conhecimento do que verdadeiramente tem direito, é onde esta proposta se sustenta, buscando a (re) afirmação dos direitos conquistados na Constituição, transformando-nos em sujeitos capazes de projetar as nossas ações, utilizando-os para formulação de uma saúde igualitária, onde o acolhimento e o vínculo seriam as principais ferramentas, associadas com o processo educacional de transformação.

Para Silva Jr. (1998, p. 101),

[...] a forma considerada para o desenvolvimento desses princípios é a organização das Instituições de Saúde em virtude dos direitos do cidadão aos serviços e a uma vida mais qualificada. A relação instituição/usuário deve permitir o controle social, uma gestão democrática de serviços, a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, e ampliar a consciência sanitária da população em geral.

No modelo em defesa da vida, o cidadão é co-responsável pela sua saúde, dividindo a responsabilidade com o Estado e os profissionais de saúde, tendo como princípio para adquirir saúde à cidadania. Como ferramentas são utilizados o vínculo e a humanização dos serviços para aquisição de uma nova prática sanitária.

Tal proposta, de acordo com Teixeira (2003, p. 264), tem como fundamento filosófico e conceitual comum, construída através da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional.

Como desdobramento dessa proposta, surgiu uma nova experiência na (re) organização dos modelos de atenção à saúde em alguns municípios, utilizando uma das ferramentas denominada de **acolhimento**, na qual a relação instituição-usuário, seria a fundamentação principal.

Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 39) definem o acolhimento

[...] como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho-vivo⁷ é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há relações clínicas em saúde; além de expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde interrogando centralmente as relações de acessibilidade.

Esses processos intercessores seriam capazes de transformar as relações no âmbito da unidade de saúde, pois modificaria o processo de trabalho, aproximando os trabalhadores de saúde e usuários e vice-versa, constituindo uma nova prática através de um formato diferenciado, que modifica o cuidado, tornando mais abrangente esta ação.

Após avançada essa nova forma de relação, que é chamada de vínculo, o processo de trabalho que será baseado no cuidar do próximo, e não do doente, ampliando a sua dimensão, abre uma oportunidade de intervenção capaz de transformar a sociedade, como pretende a proposta em defesa da vida.

Entretanto, esta proposta ficou apenas restrita nos municípios – Chapecó, Betim – em que foram realizadas as intervenções pelos pesquisadores, porém discute-se atualmente sobre a inclusão do acolhimento em outras propostas, agora como dispositivo e não como uma proposta isolada.

Em 1991 - outra grande experiência em Curitiba, que já atravessava um processo de reurbanização nos seus últimos anos - criou-se a proposta denominada de **Saudicidade**, que preconizava uma cidade saudável para os cidadãos, em que os mesmos buscariam a plenitude da vida, e assim estariam longe da patogenicidade, e a intersectorialidade estaria fortalecida.

Segundo Teixeira (2003), esta proposta apresenta a promoção de saúde como enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado; refere-se a uma combinação de ações e estratégias que envolvem o Estado, a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e as parcerias interinstitucionais.

⁷ Trabalho - vivo “é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves” (MERHY, 2002. p. 31).

Por conseguinte, para a referida autora, a noção de cidades saudáveis implica

[...] uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas para melhoria das condições de vida e saúde (TEIXEIRA,2003, p. 271).

Nesta proposta observamos uma amplitude no que se refere à construção de um “modelo” de atenção à saúde, no aspecto governamental, onde a intersetorialidade seria a ferramenta principal, pois todos os setores do governo trabalhariam em conjunto, com o objetivo de oferecer uma cidade saudável, produzindo assim uma melhor condição de saúde para a população.

Para tanto, a proposta Saudicidade, segundo Silva Jr. (1998, p. 93), apresenta as seguintes diretrizes:

descentralização gerencial;

regionalização;

controle social;

vigilância da saúde da população;

política de recursos humanos;

política de comunicação;

educação em saúde;

atuação intersetorial;

regulação dos serviços de saúde;

incentivos de formação dos Conselhos Locais de Saúde;

ênfase voltado em saúde de família.

Tais diretrizes no nosso entendimento traduzem a complexidade de um sistema local de saúde formado com este embasamento, envolvendo diversos setores, que teriam que ter uma aliança considerável para sustentação da proposta, porém, esta ação foi efetivada em Curitiba – PR, que utiliza como vemos, princípios do SUS para a sua devida concretização.

Mais uma vez no Brasil, surge na década de 90 um novo paradigma sanitário, influenciado pela evolução do conceito de saúde dentro da comunidade científica, diante de novos métodos e práticas sanitárias dirigidas ao paradigma sanitário da produção social da saúde.

E, nesta perspectiva, Mendes (1999b, p. 234) apresenta uma nova concepção de saúde – doença ao traduzir ideologicamente a saúde como “resultado de um processo de produção social que expressa à qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano”. Assim, a produção social da saúde é definida como um novo paradigma e uma prática sanitária através da construção social da **vigilância da saúde**, um novo modelo de atenção.

A vigilância da saúde é um modelo que preconiza o fortalecimento das ações da vigilância epidemiológica e sanitária. Mendes (1999b) a caracteriza [vigilância de saúde] como uma nova concepção do processo saúde-doença, ao enfatizar sua ação na redução dos riscos e agravos; assim como na mudança do paradigma sanitário, que observa a saúde como um produto social, resultante de determinantes econômicos, políticos, ideológicos e sociais, inscrevendo-a como campo do conhecimento e campo social; e na mudança da prática sanitária, organizando os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção.

Enfim, para Mendes (1999b), a Vigilância da Saúde é uma prática sanitária, responsável por organizar processos de trabalho em saúde sob forma de operações, com o intuito de comportar problemas de enfrentamentos contínuos, num território determinado. Portanto, o enfrentamento desses problemas em seus diferentes períodos do processo de saúde/enfermidades, far-se-ão por meio de operações sobre os produtos, os processos e os insumos dos problemas. Conseqüentemente não incide apenas sobre os produtos finais deste processo como mortes, indícios de danos “assintomáticos”, indícios de exposição (expostos), grupos de riscos e necessidades sociais de saúde.

Teixeira (2003) considera a Vigilância da Saúde uma proposta que pretende dar conta da integralidade, pensando tanto em uma perspectiva vertical, de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto horizontal, no que diz respeito à articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação.

Influenciada pela proposta da Vigilância da Saúde, o **Programa Saúde da Família** (PSF), vem tomando corpo perante a nossa sociedade, pois os municípios influenciados com os incentivos financeiros federais que o programa oferece têm adotado esta estratégia como reorganização das suas ações em saúde. Portanto, o PSF que tem características fortemente influenciadas pelo modelo Vigilância da Saúde - no nosso entendimento formulado verticalmente com o intuito de reverter epidemias particularmente nas regiões norte e nordeste - que tem como um dos seus pilares a territorialização, base da fundamentação deste modelo, com atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos com ações básicas em grupos específicos.

Para o Ministério da Saúde o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, ao desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial, - que tem um histórico de centralização no hospital e uma cultura medicalizante – o PSF a focar a família em seu ambiente físico e social, sendo a promoção de saúde o principal dispositivo da prática sanitária (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

O PSF segundo Levcovitz e Garrido (1996, p.4) é

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

Como vemos, o PSF em princípio deveria operacionalizar uma política focalizada na atenção básica, enquanto porta de entrada do usuário ao sistema de saúde tendo inicialmente sido criado para atender as populações excluídas historicamente dos serviços de saúde, que após a NOB/SUS 01/96, a qual determinou uma estratégia de mudança do modelo de atenção

à saúde do SUS, tornando-se, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Assim, defendemos a estratégia Saúde da Família, concebida como principal ferramenta para construção de um “novo” modelo de atenção, até porque a mesma poderá atingir a organização da atenção de média e alta complexidade.

Todavia, no Brasil ainda é visível certa indefinição do modelo de atenção à saúde na área da Saúde Coletiva, onde diversas escolas através de seus estudos estabelecem definições e/ou conceitos diferenciados, o que nos possibilita afirmar que há uma necessidade de aprofundamentos sobre o tema, bem como pesquisas de campo para compreensão das realidades sociais vividas em cada comunidade que de fato estabelece uma visão diferenciada sobre as diversas formas de propostas de intervenção, estudando todas as ferramentas e/ou dispositivos no qual as caracterizam.

Veja / Não diga que a canção está perdida / Tenha em fé em Deus, tenha fé na vida / Tente outra vez / Beba / Pois a água viva ainda está na fonte / Você tem dois pés para cruzar a ponte / Nada acabou, não, não, não, não / Tente / Levante sua mão sedenta e recomece a andar / Não pense que a cabeça agüenta se você parar, não, não, não, não / Há uma voz que canta uma voz que dança uma voz que gira / Bailando no ar

Raul Seixas (Tente outra vez)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Ao levarmos em consideração o objeto de estudo - análise do(s) modelo(s) de atenção em Alagoinhas - BA - optamos pelo estudo de abordagem qualitativa numa perspectiva histórico-estrutural-dialético, que se coaduna com uma compreensão e análise crítica da realidade de forma concreta, por buscar “as raízes deles, as causas de sua existência, suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico, tratando de explicar e compreender o desenvolvimento da vida humana e de seus diferentes significados no devir dos diversos meios culturas” (TRIVIÑOS, 1987, p.130).

Para Minayo (1995, p. 21), “a abordagem qualitativa preocupa-se, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, ou seja, aprofunda-se no significado das ações e relações humanas, o que corresponde a um espaço mais profundo dos processos, fenômenos e relações que estabelecem entre os sujeitos no exercício destas práticas, não podendo ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Portanto, acreditamos que a abordagem histórico - estrutural tem condições de acompanhar a construção do objeto de estudo por compreendê-lo enquanto um processo que também depende da observação e da historicidade dos fenômenos numa forma dinâmica, para que possam ocorrer as transformações.

Neste sentido, acreditamos que tal abordagem é sem dúvida a mais coerente para tal proposta que está sendo objetivada, uma vez que segundo Triviños (1987, p. 130), “diante do seu caráter histórico-estrutural, dialético, não ficará só na compreensão dos significados que estão nos determinados pressupostos. Vai além de uma visão relativamente simples, superficial e estética”.

Enfim, embasado nas idéias de Triviños (1987) buscamos as suas raízes, as causas de sua existência, suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser sócio-histórico, tratando de explicar e compreender o desenvolvimento da vida humana, o contexto e seus diferentes significados no devir dos diversos meios culturais.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

3.2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS-BA⁸

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas – BA, devido não apenas a complexidade de serviços, mas também pela sua cobertura populacional, pois mais da metade da população alagoinhense é assistida nesta unidade classificada como mista, considerada referência no atendimento à atenção básica e média complexidade.

O Centro de Saúde Parque Floresta é classificado como unidade mista, um tipo de estabelecimento que executa todas as ações características de um Centro de Saúde (assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispendo continuamente de profissionais de nível universitário, atuando nos níveis de atenção primário e secundário, e na modalidade ambulatorial), ao qual se acoplam intervenções nas área de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e nutrição; sendo também a unidade de referência para os tratamentos de hanseníase e tuberculose. Dadas suas características, apresenta um grau maior de incorporação tecnológica e dispõe de recursos humanos qualificados.

O Centro de Saúde Parque Floresta foi à primeira unidade de saúde responsável e a atenção básica no município, com a expansão do PSF, ele ficou responsável em atender a parcela da comunidade não coberta por esse programa, porém, devido à cultura firmada nesta unidade, notamos que grande parte da população, mesmo de área coberta, procura esse centro de saúde para atender as suas necessidades básicas, devido a algumas ações de referência realizadas nessa unidade, o que faz aumentar exageradamente a demanda populacional.

No sentido de melhor conhecer o município, descreveremos um breve histórico sobre Alagoinhas, demarcando a seguir o Sistema de Saúde por meio dos serviços de saúde públicos.

Alagoinhas nasceu do desmembramento do município de Inhambupe, a partir de um povoado que surgiu em torno de uma capela construída por um sacerdote português (jesuíta), que emigrou para o Brasil a procura de um local onde pudesse trabalhar e realizar seus ideais.

⁸ Dados históricos extraídos do Relatório de gestão de 2000 da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas - BA.

O seu povoamento se deu de início com os boiadeiros, os negros fugidos que iam à busca dos quilombos, os índios aldeãos e os migrantes, além de tropeiros e viajantes.

Esse povoado, conhecido hoje como o bairro de Alagoinhas Velha, posteriormente foi perdendo importância para outro localizado bem próximo, principalmente após o surgimento e a consolidação da estação da “Estrada de Ferro” (Estação São Francisco) construída nos moldes ingleses, ainda hoje existente, porém suas instalações encontram-se em condições precárias.

A origem do nome deveu-se à existência de uma bacia de águas límpidas e refrescantes que ficou denominada de “Fonte dos Padres” e de várias outras lagoas e córregos nas proximidades, que levou a região a receber o topônimo de Lagoinha. Em 1816, Alagoinhas passou de povoado à categoria de Freguesia, tornando-se a Freguesia de Santo Antônio de Alagoinhas. Em 16 de junho de 1852 foi criado o município de Alagoinhas pela Lei Provincial nº. 442 e em 02 de julho de 1853 foi criado oficialmente o município de Alagoinhas. Atualmente é constituído pela sede, pelos distritos de Riacho da Guia e Boa União e pelos povoados de Estevão, Narandiba, Quizambú, Sauípe, Rio Branco, Macaquinho, Catuzinho, Calú, Lamarão, Papagaio, Buri, entre outros.

Situa-se na macrorregião Nordeste, denominado de litoral norte, limitando-se com os seguintes municípios: ao norte, Inhambupe; ao sul, Catu e Araçás; ao leste, Entre Rios; e ao oeste, com Teodoro Sampaio e Aramari. Comunica-se com Salvador através da BR-110 e BA-93, numa distância de 107 km; dista de Feira de Santana a 88 km, pela BR 101. É a 3ª Região Administrativa do Estado e abrange uma série de órgãos públicos estaduais e federais, dentre eles, a 3ª Diretoria Regional de Saúde, Secretária de Fazenda, Receita Federal, Correios, Ministério Público e Ministério do Trabalho.

O município possui um clima úmido e sub-úmido, com temperatura média anual de 24,2°C; o período chuvoso é de abril a junho. A sua vegetação é de predominância de caatinga e floresta. O relevo é constituído de tabuleiros interioranos e tabuleiros do recôncavo, onde se destacam por sua altitude, a Serra do Ouro; a Serra Maria de Brito, localizada no distrito de Boa União; a Serra Fortaleza e a Serra do Tambor. Os principais rios que cortam este município são os rios Catu, Sauípe, Aramari e Subaúma.

Durante muito tempo teve como principal base econômica a produção agrícola com os cultivos de mandiocas, fumo e laranja. Essa última lhe deu, por muito tempo, a denominação

popular de “Terra da Laranja”, apesar da sua produção ter decaído em quantidade e qualidade. Atualmente o comércio é umas das bases de sua economia, acrescida de outras, como indústrias de pequeno porte, a exemplo de saboarias, cerâmicas, artefatos de cimento, vassoura, gráficas, sorveterias, curtumes, mármore e placas de gesso. Outras indústrias de gêneros variados têm se desenvolvido a partir da implantação do Distrito Industrial de Sauípe (DISAI) com as empresas Cavan, Brespel, Resimar e a Cervejaria Schincariol, além da CHABA, uma fábrica de charutos do tipo exportação. O município possui ainda doze agências bancárias, oito revendedoras autorizadas de automóveis e um Shopping Center com um cinema.

Historicamente, por ter sido povoado originado por diferentes grupos populacionais, convive hoje com uma diversificada cultura. Os principais pontos turísticos são a ruínas da igreja de Alagoinhas Velha, cuja tentativa de construção no século passado com argamassa de argila e sangue de boi foi interrompida devido à mudança da sede municipal; a Estação de São Francisco, construída em 1863; as Igrejas de São Francisco e Santo Antônio e o mercado Municipal.

Nos esportes Alagoinhas é conhecida por possuir um time de futebol - o Alagoinhas Atlético Clube e um Estádio Municipal Antônio de Figueiredo Carneiro, mais popularmente conhecido como Carneirão, e pelo Ginásio Estadual de Esporte Antônio Carlos Magalhães.

Para a microrregião de Alagoinhas convergiram os mais diversificados grupos étnicos e interesses, influenciando na criação de organizações religiosas e sindicais, formando assim, uma forte cultura associativista, onde se destacam as seguintes organizações:

União das Associações de Moradores de Alagoinhas (UAMA);

União das Associações Rurais de Alagoinhas (UARA);

Associação Comercial e Industrial de Alagoinhas (ACIA);

Associação dos Deficientes de Alagoinhas;

Sindicato dos ferroviários de Alagoinhas (SINDIFERRO);

Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais (SINPA);

Sindicato do Ramo Químico e Petroleiro;

Conselho Municipal de Saúde (CMS);

Conselho Municipal de Educação;

Conselho Municipal de Ação Social;

Conselho Municipal da Criança e do Adolescente;

Associação dos Agentes Comunitários de Saúde;

Associação dos Vigilantes locais de Saúde;

Conselho Tutelar;

Rotary Clube de Alagoinhas;

Lions Clube de Alagoinhas;

Sociedade Pestalozzi de Alagoinhas;

Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE);

Fórum Alagoinhense de Desenvolvimento Sustentável (FADES).

3.2.2 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS - BA⁹

O município possui uma extensão territorial de 734 km² com uma população estimada para 2004 de 136.868 habitantes; sua densidade demográfica é de 186,47 hab/km².

Quanto à distribuição da população recebem o por segmento territorial, 86,43% reside na zona urbana, enquanto 13,57% encontra-se na zona rural, caracterizando-se numa população essencialmente urbana.

⁹ Dados extraídos do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no site www.ibge.com.br (BRASIL 2005b).

A população do município de Alagoinhas possui características concentradas em jovem/adulto, 44% pertence à faixa etária de 20 a 49 anos, economicamente ativa, com uma renda média mensal de R\$430, 87 (quatrocentos e trinta reais e oitenta centavos), porém observa-se ainda uma desigualdade salarial de gênero, pois as mulheres percebem um rendimento de R\$310, 93 (trezentos e dez reais e noventa e três centavos) e os homens recebem em média R\$550,81 (quinhentos e cinquenta reais e oitenta e um centavos). Cerca de 23% da população, encontra-se na faixa de 10 a 19 anos, o que cria uma demanda para programas de inserção do adolescente no Sistema de Saúde. As crianças menores de um ano representam 2% do total da população, talvez pela efetividade dos cidadãos ao acesso do Programa do Planejamento Familiar implementado massivamente a partir do ano de 2001.

A distribuição da população por sexo e por segmento territorial, aponta para a predominância do sexo feminino (52,29%), característica não observada no segmento territorial rural cujo sexo masculino representa 51,18% da população residente nessa área.

3.2.3 CARACTERÍSTICAS DE MORBI-MORTALIDADE DE ALAGOINHAS-BA¹⁰

No período de 2000/2004, o coeficiente de mortalidade geral da população manteve-se estável: em 2000 de 6,4/1000 habitantes (hab.); em 2001, de 4,3/1000 hab. e em 2004 de 5,3/1.000 habitantes. De acordo com os dados do DATASUS (2005a), as três primeiras causas de óbitos entre 2000 e 2004 foram mantidas respectivamente pelas doenças do aparelho circulatório, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e as causas externas.

No que tange as causas externas, observamos que no ano de 2001 ocorreu um aumento de 100% neste percentual (4,6% em 2000 e 9,0% em 2001), estando mantido no ano de 2004. Um dado constatado é que a violência urbana tornou-se um problema de saúde pública, pois passou de quinto para quarto lugar, aproximando-se ao número de mortes por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

O coeficiente de mortalidade infantil foi de 21,82 por 1000 nascido-vivos (NV) em 2004; em 2000 a taxa foi de 34,2/1000 NV, uma significativa queda, provavelmente em

¹⁰ Dados extraídos dos relatórios de gestão do ano 2000, 2001, 2004 da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas – BA (ALAGOINHAS, 2000; 2001; 2004); e DATASUS – www.datasus.gov.br (BRASIL, 2005a).

conseqüência da implantação de Programa Saúde da Família. No município, até maio de 2005, foram cadastrados 1500 diabéticos, destes, 1449 estão sendo assistidos; os hipertensos, em números de 4862, sendo que 4617 estão sendo assistidos, nos Programas de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes das UBS¹¹ e das USF¹² do Município (DATASUS, 2006).

3.2.4 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

O município de Alagoinhas – BA encontra-se na GPSM, Atualmente conta com 32 unidades públicas de saúde da esfera municipal, as quais são distribuídas entre as áreas urbana e rural (quadro1) e mais 16 instituições de saúde, 15 privadas e uma filantrópica uma que prestam serviço ao SUS (Quadro 2), demonstrados a seguir.

¹¹ UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹² USF: Unidade de Saúde da Família.

QUADRO 1 - Demonstrativo das Unidades Públicas de Saúde de Alagoinhas – BA, mar. 2006.

Nº	UNIDADE DE SAÚDE	NÍVEL DE ATENÇÃO	ÁREA
01	USF Pró – saúde	Atenção Básica	Urbana
02	USF Lírio dos vales	Atenção Básica	Urbana
03	USF Flávio Cavalcante	Atenção Básica	Urbana
04	USF Sagrada família	Atenção Básica	Urbana
05	USF Nova Brasília	Atenção Básica	Urbana
06	USF São Cristóvão	Atenção Básica	Urbana
07	USF Santo Antônio	Atenção Básica	Urbana
08	USF Santa Terezinha	Atenção Básica	Urbana
09	USF São José operário	Atenção Básica	Urbana
10	USF Renovação	Atenção Básica	Urbana
11	USF Taizé	Atenção Básica	Urbana
12	USF 21 de setembro	Atenção Básica	Urbana
13	USF URBIS III	Atenção Básica	Urbana
14	USF Riacho da guia	Atenção Básica	Rural
15	USF Boa união	Atenção Básica	Rural
16	USF Sauípe	Atenção Básica	Rural
17	USF Estevão	Atenção Básica	Rural
18	USF Narandiba	Atenção Básica	Rural
19	USF Miguel velho	Atenção Básica	Rural
20	UBS Nossa Senhora de Fátima	Atenção Básica	Urbana
21	UBS Pau – Brasil	Atenção Básica	Urbana
22	UBS Alagoinhas Velha	Atenção Básica	Urbana
23	UBS Praça Kennedy	Atenção Básica	Urbana
24	UBS Jardim Petrolar	Atenção Básica	Urbana
25	Centro de Saúde Parque Floresta	Unidade Mista	Urbana
26	CAPS ¹³	Média Complexidade	Urbana
27	CAE ¹⁴	Média Complexidade	Urbana
28	Laboratório Central Municipal	Média Complexidade	Urbana
29	SAMU ¹⁵	Média Complexidade	Urbana
30	HMA ¹⁶	Média Complexidade	Urbana
31	HGDB ¹⁷	Média Complexidade	Urbana
32	Fundação HEMOBA	Alta Complexidade	Urbana

Obs.: destaque em negrito refere-se ao campo de pesquisa deste estudo.

Fontes: Relatório de Gestão 2004 (ALAGOINHAS, 2004/DOC.1), complementados pelo pesquisador em março de 2006, no momento da produção dos dados.

¹³ CAPS: Centro de Atenção Psico – Social.

¹⁴ CAE: Centro de Atenção Especializada.

¹⁵ SAMU: Serviço de Atenção Móvel de Urgência.

¹⁶ HMA: Hospital Maternidade de Alagoinhas.

¹⁷ HGDB: Hospital Geral Dantas Bião.

Conforme documentamos no quadro 1, destas vinte e nove instituições públicas de saúde, vinte e sete delas estão sob a responsabilidade gerencial do referido município. Apenas duas o HGDB e o serviço de Hemoterapia da Bahia (HEMOBA), são de responsabilidade do Estado, através da Secretaria Estadual de saúde (SESAB).

Dentre as trinta e duas instituições, vinte e quatro delas prestam exclusivamente atendimento básico de saúde (dezenove são USF, treze delas localizadas na zona urbana e seis na zona rural; e duas são UBS, além de e um centro de saúde, que presta atendimento básico e de média complexidade todos localizados na zona urbana). As instituições que prestam atendimento de média complexidade (seis) e uma de alta complexidade estão todas elas sediadas na zona urbana.

Como vemos as ações de saúde, são organizadas conforme a complexidade. Atualmente estão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde as ações de atenção básica e de média complexidade e ao Estado às ações de alta complexidade.

Portanto, sob a competência do Município estão as ações da atenção básicas nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades da Saúde da Família onde são desenvolvidas atividades de Planejamento Familiar, Pré-natal, Imunização, SISVAN, controle de DST/AIDS, além de acompanhamentos dos usuários da UBS/USF diabéticos e hipertensos, e do crescimento e desenvolvimento da criança até 12 anos de idade e outros.

A atenção de saúde de média complexidade fica sob a responsabilidade do CAE, o qual disponibiliza a comunidade as seguintes especialidades: dermatologia, cardiologia, mastologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, pneumologia e angiologia, além de realizar pequenas cirurgias e autorizar internações hospitalares e exames complementares. Ainda com ações de média complexidade o município dispõe de um Laboratório Central; CAPS, que é um serviço que assiste a população de Alagoinhas que possui transtornos mentais; SAMU, atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar; e HMA, que além de realizar os partos de origem pública do município e das cidades pactuadas, presta atendimento aos recém-nascidos e faz cirurgias obstétricas e ginecologias (histerectomia, plástica vaginal, outros).

O quadro 2 demonstra que no município, existem dezesseis instituições credenciadas ao SUS, quinze privadas e uma filantrópica, demarcadas a seguir:

QUADRO 2 - Demonstrativo das Instituições de saúde filantrópicas e privadas que prestam serviços ao SUS em Alagoinhas - BA, 2005.

Nº	INSTITUIÇÕES	ATIVIDADES OFERTADAS	ENTIDADE MANTENEDORA	GRAU DE COMPLEXIDADE
01	COP	Ortopedia e Radiologia	Privado	Média
02	COA	Oftalmologia	Privado	Média
03	CMD	Endoscopia digestiva	Privado	Média
04	CETRO	Ortopedia, Fisioterapia e Angiologia	Privado	Média
05	CLIVISÃO	Oftalmologia	Privado	Média
06	AUDIOCLÍNICA	Audiologia, Otologia e Endoscopia auditiva	Privado	Média
07	SOA	Oftalmologia	Privado	Média
08	PESTALOZZI	Neurologia, EEG ¹⁸ e Fisioterapia	Filantrópico	Média
09	FISIOCENTER	Fisioterapia	Privado	Média
10	CLINO	Oftalmologia	Privado	Média
11	RAIOS-X	Radiologia	Privado	Média
12	LABOCLIN	Exames Laboratoriais	Privado	Média
13	LML	Exames Laboratoriais	Privado	Média
14	LABI	Exames Laboratoriais	Privado	Média
15	LCE	Exames Laboratoriais	Privado	Média
16	HEMOVIDA	Nefrologia e Diálise	Privado	Alta

Fonte: Relatório de gestão de 2005.

Como vemos, no quadro 2, destas dezesseis instituições, quinze são de média complexidade e apenas uma de alta complexidade.

Os serviços de alta complexidade – nefrologia e hemodiálise – são executados apenas por uma instituição.

As dezesseis instituições de saúde têm características comuns, tendo ações especializadas, direcionadas à clínica individual, ao biologicismo, ao diagnóstico, cura e reabilitação e a especialidade. Dentre elas se destacam: oftalmologia (quatro), exames laboratoriais (quatro), radiologia (dois), fisioterapia (três), endoscopia digestiva, cirurgia, angiologia, eletroencefalograma, audiologia e outros serviços afins, neurologia e diálise (um serviço cada um deles).

¹⁸ EEG: Eletroencefalograma.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Por ser um estudo qualitativo, não nos preocupamos com o quantitativo de sujeitos pesquisados, até porque nos detivemos no aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado, conseqüentemente o critério não foi numérico, uma vez que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir representatividade; a amostragem ideal é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004).

Na realidade, o estudo privilegiou 14 sujeitos, número suficiente que permitiu certa reincidência das informações, porém não foram desprezadas as informações ímpares, cujo potencial foi levado em conta. Contudo, destacamos a sua homogeneidade por possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças. Foram consideradas também a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação, contemplando as experiências pretendidas com a pesquisa. Desta forma, a amostragem constituída pelos 14 sujeitos, foi capaz “de refletir a totalidade em várias dimensões” (MINAYO, 2004, p. 106).

Os sujeitos deste estudo foram representados por gestores, trabalhadores de saúde e usuários, configurados em três grupos, destacados a seguir:

Grupo I, denominados de Formuladores de políticas¹⁹, foi constituídos pelo secretário municipal de saúde de Alagoinhas, o coordenador municipal de saúde bucal, a coordenadora municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de saúde da Família - PACS/PSF, a coordenadora do Centro de Saúde Parque Floresta e a presidente do Conselho Municipal de Saúde do município (usuária), num total de cinco sujeitos; o **grupo II**, denominados de Trabalhadores de saúde²⁰, formado por grupo de trabalhadores do Centro de Saúde Parque Floresta, constituído por um vigilante, um agente administrativo, um técnico de

¹⁹ **Formuladores de políticas:** pessoas, autoridades em exercício do governo (poder formal) que participam da formulação das políticas de saúde do município, sejam gestores, técnicos e conselheiros municipais (OPAS, 1975).

²⁰ **Trabalhadores de saúde:** são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não de formação específica para desempenho das funções do setor (PAIM, 1994, p. 5).

enfermagem, um enfermeiro e um médico, totalizando neste grupo cinco sujeitos; e **grupo III**, denominados de usuários²¹, representados por quatro sujeitos.

Desta forma caracterizamos os catorze sujeitos deste estudo no quadro 3 a seguir:

Quadro 3 Caracterização dos sujeitos estudados. Alagoínhas, jan./abr. de 2006.

Identificação	Idade	Sexo	Profissão	Ocupação/Cargo	Escolaridade/ Pós-Graduação	Grupo Representado
Ent.1	31	M	Cirurgião-dentista	Coordenador de saúde bucal	Mestrado	Formulador de política
Ent.2	49	F	Doméstica	Presidente do conselho municipal de Saúde	2º grau completo	Formuladora de política
Ent.3	41	F	Enfermeira	Coordenadora do Centro de saúde Parque Floresta	Lato sensu	Formuladora de política
Ent.4	32	M	Médico	Secretário Municipal de Saúde	Lato sensu	Formulador de política
Ent.5	31	F	Enfermeira	Coordenadora municipal do PACS/PSF	Lato sensu	Formuladora de política
Ent.6	51	M	Agente Administrativo	Agente Administrativo	2º grau Completo	Trabalhador de saúde
Ent.7	58	M	Médico	Médico	Stricto sensu	Trabalhador de saúde
Ent.8	49	M	Vigilante	Vigilante	1º grau incompleto	Trabalhador de saúde
Ent.9	48	F	Técnica de enfermagem	Técnica de enfermagem	2º grau completo	Trabalhadora de saúde
Ent.10	34	F	Enfermeira	Enfermeira	Lato sensu	Trabalhadora de saúde
Ent.11	61	M	Aposentado	---	2º grau completo	Usuário
Ent.12	18	F	Doméstica	---	1º grau completo	Usuária
Ent.13	22	F	Doméstica	---	2º grau completo	Usuária
Ent.14	25	F	Doméstica	---	1º grau completo	Usuária

Obs.: Os sujeitos deste estudo são identificados por um número representado em ordem crescente de cada entrevista realizada, ou se já, o primeiro entrevistado leia-se Entrevistado 1 – Ent. 1, a assim sucessivamente.

No quadro 3 observamos que , dos catorze sujeitos estudados, oito são do sexo feminino e seis do sexo masculino e idade média é de 39 anos; dentre os grupos estudados, no grupo I, cinco são formuladores de política, representados por duas enfermeiras, um cirurgião dentista, um médico e uma conselheira municipal (usuária), quatro deles com formação *lato e/ou stricto sensu* (três especialistas na área de Saúde Pública e um mestre em Saúde Coletiva). No grupo II, formado por trabalhadores de saúde, em número de cinco, existe um

²¹ **Usuário:** é o sujeito portador de uma individualidade, que tem a posse, o gozo de alguma coisa pelo direito de uso coletivo (XIMENES, 2000).

médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um agente administrativo e um vigilante; neste grupo, o médico é mestre, ora cursando doutorado na área de pneumologia; a enfermeira é especialista em Saúde da Família; os outros não têm nível superior.

No grupo III, constituído por usuários (três domésticas e um aposentado), são aqui caracterizados com o seguinte grau de escolarização: dois têm o segundo grau completo e os outros dois tem o primeiro grau incompleto, sendo os mesmos usuários do Centro de Saúde Parque Floresta.

3.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Por ser uma pesquisa qualitativa, escolhemos técnicas que possibilitaram a construção de um conhecimento em sua totalidade, pois segundo Minayo (2004, p. 96), é preciso ultrapassar esse viés positivista das Ciências Sociais e quando for possível quantificar, quantifiquemos, mas não coloquemos aí a cientificidade do trabalho. Comungamos com a autora que os dados qualitativos são imprescindíveis na construção do conhecimento e, também “eles podem permitir o início de uma teoria ou a sua reformulação, refocalizar ou clarificar abordagens que já estão consolidadas, sem que seja necessária a comprovação formal quantitativa”.

A **entrevista** foi uma das técnicas de produção de dados desta pesquisa. Segundo Minayo (2004, p.57), é “através dela que o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais”.

Nesse procedimento metodológico, optamos pela entrevista **semi-estruturada**, àquela em que, de acordo com Minayo (2004, p. 99), “visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, sendo o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”, possibilitando-nos combinar perguntas fechadas e abertas, que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto.

Os entrevistados foram consultados antes do início da entrevista sobre o uso do gravador durante a conversa. Assim como foram esclarecidos sobre o tempo limite da entrevista, que não ultrapassaram uma hora. Essas entrevistas foram realizadas no período de

janeiro a abril de 2006, com auxílio dos roteiros (Apêndices A, B e C), que nos direcionaram sobre as informações do tema proposto.

No roteiro de entrevista do grupo I (Apêndice A) direcionamos as questões, sobre os temas explicitados a seguir:

Conformação do (s) Modelo (s) de atenção no Centro de Saúde Parque Floresta: resolubilidade, vínculo, acolhimento, acesso, demanda/oferta, relação público/ privado.

Para grupo II, no roteiro de entrevista (Apêndice B) norteamos os questionamentos sobre os seguintes aspectos:

Características do(s) modelos de atenção do Centro de Saúde Parque Floresta: universalidade/ resolubilidade; acesso, demanda/oferta;

relação interpessoal trabalhador de saúde e usuário e vice-versa; relação Público/ Privado;

E o grupo III (Apêndice C), objetivamos as questões sobre os seguintes aspectos:

Características do atendimento no Centro de Saúde Parque Floresta: vínculo, acolhimento, acesso, resolubilidade, oferta/ demanda, relação público/ privado.

Durante as entrevistas utilizamos o gravador como forma de garantir o registro dos depoimentos com mais fidedignidade. Todavia este só foi utilizado após autorização do (a) entrevistado (a). Cada entrevista durou em média trinta e cinco minutos.

Para realizar as entrevistas, buscamos atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998). Por conseguinte, o projeto foi encaminhado o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS sob o protocolo nº 032/2005 (CAAE 0033.0.059.000-05), recebendo posteriormente um Parecer datado de 02 de setembro de 2005, autorizando a realização do estudo. A partir daí, iniciamos a pesquisa após o consentimento dos sujeitos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), quando tomaram conhecimento sobre a proposta da pesquisa, objetivos, justificativa, riscos e benefícios, assim como deram permissão para os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de transcrição e de sua transcrição literal, bem como autorização para publicação dos resultados

da pesquisa em artigos, revistas, eventos técnico-científicos nacionais e internacionais, sem perdemos de vista a garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos deste estudo.

No corpo do texto, as falas dos entrevistados foram identificadas entre parênteses com um número correspondente conforme o quadro 3. Portanto, entrevistado 1, lê-se (Ent. 1) e sucessivamente. Destacamos também alguns trechos em negrito, no sentido de demarcar o aspecto de análise priorizado.

A segunda técnica utilizada foi à **observação sistemática**. Segundo Gil (1999, p.114), “a observação sistemática é frequentemente utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos (...). Por essa razão, elabora previamente um plano de observação”, conforme roteiro elaborado (apêndice D). Este roteiro explicita os seguintes aspectos: recepção do usuário, estratégias utilizadas e espaço físico, relação profissional/usuário e vice-versa, interdisciplinaridade; trabalho em equipe e atividades desenvolvidas pela equipe.

Essa observação foi realizada *in loco*, durante o mês de abril de 2006, sem quaisquer dificuldades e/ou impedimentos da instituição observada, e dos trabalhadores de saúde.

Outra técnica usada foi à **análise documental** com a finalidade de complementar a produção de dados por entendermos que são fontes de dados importantes que ajudaram na construção do estudo.

Selecionamos para análise os seguintes documentos discriminados abaixo em ordem cronológica decrescente, Os mesmos foram citados no texto entre parênteses pelos seus respectivos números, ou seja, documento 1 leia-se (Doc. 1), e assim sucessivamente.

Doc. 1 – Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Alagoinhas de 2004.

Doc. 2 – Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Alagoinhas de 2003.

Doc. 3 – Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Alagoinhas de 2001.

3.5 MÉTODO DA ANÁLISE DE DADOS

Para Minayo (2004, p.197) “uma análise do material recolhido busca atingir a três objetivos: ultrapassagem da incerteza, enriquecimento da leitura, e a integração das descobertas, que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social no quais as mensagens se inserem”.

Para analisarmos os dados coletados através da entrevista semi-estruturada, observação sistemática e a análise documental nos aproximamos do método de análise da **hermenêutica dialética**, pois houve uma necessidade de maior interpretação dos textos e, sobretudo à comunicação humana. A hermenêutica busca interpretar e compreender o mundo nos diferentes contextos históricos e sociais a partir do senso comum, da história de cada um e da vivência, compreendendo o fenômeno social. Por sua vez a dialética valoriza o homem como ser histórico e parte do princípio do social e que as mudanças e as transformações são dinâmicas, nada é eterno.

Concordamos com Minayo (2004, p. 227), que

[...] a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos os frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico.

No sentido de sistematizar os dados para uma análise, Minayo (1999) afirma que devemos inicialmente formular as categorias e em seguida realizar um encontro dos fatos surgidos na investigação. Para tanto, embasado na sua teoria seguimos alguns passos para facilitar a operacionalização da análise de dados, descritos a seguir: inicialmente fizemos a **ordenação dos dados** por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos no campo (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações, dos dados da observação sistemática e documentos). Em seguida realizamos a **classificação dos dados**, quando identificamos os núcleos de sentidos e posteriormente elaboramos as categorias empíricas. Por fim, o momento da **análise final**, articulamos os dados empíricos com os

referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, sem deixar de atentar para as convergências, as divergências, o diferente e o complementar diante os dados coletados.

As três etapas citadas anteriormente estão explicitadas a seguir, embasada em Minayo (2004), considerando o método de análise da hermenêutica - dialética.

1º) Ordenação dos dados

Nesta etapa, apesar de termos tido o primeiro contato com o material empírico durante a produção dos dados, este foi o momento de maior contato não só por relembrarmos as conversas com os entrevistados, mas porque transcrevemos as entrevistas *ipsi literis* das fitas gravadas. Após esta fase, realizamos a leitura geral do material transcrito, o que nos permitiu a organização dos dados coletados, levando-se em consideração as informações obtidas nos três grupos dos entrevistados.

Grupo I – os formuladores de políticas que planejam as ações e serviços no Centro de Saúde Parque Floresta no município de Alagoinhas- Ba.

Grupo II – os trabalhadores de saúde que executam as ações e serviços no Centro de Saúde Parque Floresta no município de Alagoinhas- Ba.

Grupo III – os usuários que utilizam para atender as suas necessidades, as ações e serviços no Centro de Saúde Parque Floresta no município de Alagoinhas- Ba.

2º) Classificação dos dados

A classificação dos dados seguiu a seguinte ordem: **leitura exaustiva** e repetida das entrevistas, documentos e da observação, criando uma interrogativa entre eles;

leitura flutuante, que nos permitiu entender as estruturas de relevância e as idéias centrais sobre o tema proposto. Após a leitura flutuante, onde foi possível apreender o material analisado e identificar os núcleos de sentido, fizemos uma leitura transversal. Recortamos cada entrevista/observação/documentos em termos de núcleo de sentido, colocando-as em gavetas onde cada núcleo foi separado e guardado.

A partir desta fase, nos foi possível identificar os **núcleos de sentido** (acesso, demanda/oferta, resolubilidade, relação profissional/usuário, interdisciplinariedade, intersetorialidade, capacitação, autonomia, relação público/privado) e, estabelecer duas **categorias empíricas e as subcategorias** a partir do recorte das falas correspondentes dos núcleos com as sínteses vertical e horizontal, ou seja, realizamos um confronto entre os depoimentos dos sujeitos estudados, em seus diversos segmentos sociais com a observação, com os documentos e com o referencial teórico, tentando buscar as relações dialéticas entre ambas, para tanto foi montado um quadro para cada grupo de entrevistado com o objetivo de confrontar os núcleos de sentido de cada texto entre si, onde cada grupo forneceu informação com sua especificidade, em seguida, confrontamos a síntese de cada grupo estudado (grupos I, II e III).

Quadro 4 - Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I – Formuladores de Políticas do Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas – BA (jan./abril), 2006.

Formuladores	E1	E2	E3	E4	E5	Síntese horizontal
Núcleos de Sentido						
Acesso						
Demanda/Oferta						
Resolubilidade						
Relação profissional-usuário						
Relação Público/Privado						
Síntese Vertical						

Obs.: Foram entrevistados cinco formuladores de políticas.

Quadro 5 - Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo II – Trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas – BA (jan./abril), 2006.

Trabalhadores	E6	E7	E8	E9	E10	Síntese horizontal
Núcleos de Sentido						
Acesso						
Demanda/Oferta						
Resolubilidade						
Relação profissional-usuário						
Relação Público/Privado						
Síntese Vertical						

Obs.: Foram entrevistados cinco trabalhadores de saúde.

Quadro 6 - Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo III – Usuários do Centro de Saúde Parque Floresta em Alagoinhas – BA (jan./abril), 2006.

Usuários	E11	E12	E13	E14	Síntese horizontal
Núcleos de Sentido					
Acesso					
Demanda/Oferta					
Resolubilidade					
Relação profissional-usuário					
Síntese Vertical					

Obs.: foram entrevistados quatro (4) usuários.

Em seguida, sistematizamos os dados empíricos com a síntese horizontal e vertical, realizando os confrontos das entrevistas referentes aos três grupos, possibilitando o surgimento da categoria central e das subcategorias inerente no processo.

É importante ressaltamos que, na síntese horizontal de cada quadro foram identificadas as convergências, as divergências, as diferenças e as complementariedades, tanto dos sujeitos entrevistados, quanto da observação e dos documentos analisados sobre o objeto estudado em quadros diferenciados. Já síntese vertical, é realizada uma síntese de cada entrevista, observação e documentos.

A partir deste ponto, fazemos um enxugamento da classificação por temas mais relevantes, reagrupando-os em duas categorias, tendo uma delas mais duas subcategorias demonstradas a seguir:

Categoria 1: **RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO:** “nós estamos investindo no desenvolvimento público”

Nesta categoria buscamos entender como se dá a construção do modelo (s) de saúde desenvolvidos nos serviços de saúde públicos alagoinhense, e qual a relação do público e do privado.

Categoria 2: **MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE FLORESTA:**

Subcategoria 1: **ACESSO, DEMANDA E OFERTA:** “a universalização é excludente, [pois] a demanda é maior que a oferta”

Nesta subcategoria analisamos o acesso ao serviço de saúde; a relação da demanda/oferta para a população alagoinhense

Subcategoria 2: **ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO:** “não existe um processo de acolhimento, [...] mas alguns usuários pelas suas necessidades conseguem formar um vínculo”

Na referida sub-categoria analisamos a inter-relação entre a instituição, os trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Parque Floresta e os usuários e vice-e-versa, nos aspectos subjetivo; acolhimento, vínculo e responsabilização com destaque à maneira como essa relação é estabelecida.

Em seguida, depois de construído os quadros, realizamos a releitura dos documentos, buscando identificar os conteúdos relacionados às categorias, no sentido de complementar os dados empíricos produzidos.

3º) Análise final dos dados

Para compreender de forma eficaz o objeto de estudo, fizemos uma articulação do interior das falas dos entrevistados com a observação, os documentos oficiais e o referencial teórico. Durante análise, percebemos os vários olhares estabelecidos pelos diversos sujeitos, trazendo as convergências, divergências, diferenças e complementariedades, com o intuito de construir uma análise crítica e reflexiva.

Os dados empíricos foram construídos com sujeitos que vivenciam contextos históricos diferenciados (formuladores de políticas, trabalhadores de saúde e usuários), possibilitando uma diversidade das informações que foram confrontadas através de aspectos teóricos e empíricos, utilizando a técnica da triangulação dos dados, com o objetivo de confrontar os vários olhares sobre o modelo de atenção à saúde institucionalizada no Centro de Saúde Parque Floresta.

Não há perigo / Que vá nos parar / Se o bom de
viver é estar vivo / Ter amor, ter abrigo / Ter
sonhos, ter motivos pra cantar

Hebert Vianna (Soldado da Paz)

4 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO: “há predominância do setor privado, [mas] nós estamos investindo no desenvolvimento público”.

Nesta Categoria de análise discutiremos sobre a conformação do serviço de saúde oferecido a população alagoanhense, tendo como base a relação do poder público e o setor privado no âmbito da saúde. Inicialmente faremos uma breve teorização sobre o assunto abordado.

A saúde brasileira tem uma historicidade de liberdade em suas ações desde o início do século XX, mesmo com ação intervencionista ocorrida com a criação da caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) em 1923 com a implementação da Lei Elói Chaves, estimuladas após as reivindicações do movimento operário contra o Estado Liberal, o qual caracterizava por uma postura de inelegibilidade governamental no âmbito da área social, incluindo a saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Porém, a sociedade conquistou um avanço, avaliando o contexto da época, mas vale destacar que

[...] boa parte da assistência médica aos segurados era prestada no período, por terceiros. As CAP, em geral, adotavam a prática de arrendar períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios, durante os quais eram feitos, então, os atendimentos aos segurados. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p.27)

Portanto, percebemos que desde a “primeira” intervenção do Estado sobre a saúde foi assinalada por uma ação distanciada no gerenciamento das ações de saúde, contribuindo para a privatização dos serviços, pois o mesmo não assumia a responsabilidade perante a população, somente determinou naquele espaço e tempo o que deveria ser feito; o serviço era de origem privada, já que nem o governo criou o serviço e nem a CAP; e altamente excludente, pois apenas uma pequena parcela da população, pertencentes a grupos organizados foram favorecidos naquele instante (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Essa característica manteve-se no período dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), porém nada comparável após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 no regime militar. Para Oliveira e Teixeira (1989, p. 210), com a formação do INPS, houve uma política de “exclusão dos setores populares, aumento da centralização e privilégio do produtor privado, que podemos compreender a evolução da política de assistência médica previdenciária [privada] neste período”.

Segundo os autores, essa política privatizante estava embasada na Constituição instituída no momento, que dava ênfase ao setor privado como exploradores do setor econômico na época, inclusive com apoio do Estado, que só deveria participar de forma suplementar. Em detrimento a legislação vigente na época, a saúde foi incluída como setor produtivo, portanto, de responsabilidade do setor privado.

Portanto, houve um aumento considerável da participação do setor privado na assistência à saúde, fortalecendo o **modelo médico-hegemônico** e constituindo o **modelo liberal-privatista**, deparando com discussões sobre a mudança do rumo das políticas de saúde no nosso país.

Como elemento transformador, a Constituição brasileira de 1988 foi concebida como instrumento potencial das mudanças nas políticas de saúde, porém, nos debatemos com uma conformação estrutural de um serviço público nas mãos das instituições privadas, tornado-se notório que algo deveria ser realizado para modificar esse quadro, mas o que fazer?

Deste modo, apresentávamos reféns de um arcabouço de difícil modificação, que nos levou a construção de uma Constituição Federal que valorizava o público, através do artigo 196 que afirmava que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, mas que contraditoriamente dava direito ao setor privado de participação no seu artigo 199 assegurando que “a participação da iniciativa privada é livre” (BRASIL, 1989).

Então, podemos vivenciar um sistema dúbio, que tinha a pretensão de publicizar os serviços de saúde, responsabilizando de fato e como está de direito o Estado, contudo deparamos com uma estruturação privatizante real e fortalecida.

Neste momento, o país vivenciava uma característica importante a ser relatada, os hospitais eram a grande porta de entrada no serviço público, é importante relatar que em 1992, o setor privado detinha de 72,31% dos leitos hospitalares públicos, sendo que 46,79% eram

instituições com fins lucrativos (GIOVANELLA; BAHIA, 1995), uma enorme contradição a Lei 8080/90, que indicava que o serviço de saúde tem que ser realizado pelo setor público, e que de forma complementar o setor privado pode participar, sendo que as instituições filantrópicas têm preferência na participação (BRASIL, 1990).

Em estudos recentes têm-se demonstrado uma mudança lenta dessa situação - considerando todos os estabelecimentos em 1992 que tem suas mantenedoras as instituições de origem pública e privada (hospitais, ambulatórios, etc.) – foi encontrado que o setor público detinha 54,5% e o setor privado 45,5%, já em 1999, o setor público possuía 58,7% dos estabelecimentos, contra 41,3% do setor privado (ALMEIDA; GIOVANELLA; MATTOS, 2002).

Se aprofundarmos esses dados, iremos entender o verdadeiro aumento da participação do setor público na assistência à saúde no Brasil, uma vez que nesse momento iniciou a ampliação da atenção básica através da estratégia Saúde da Família, que nos leva a compreender o aumento do setor público em estabelecimentos, desta forma analisamos que os serviços de média complexidade mantiveram-se no controle do setor privado.

O que percebemos neste momento é uma compartimentalização da responsabilidade dos serviços perante o grau de complexidade, onde a atenção básica é garantida pelo o Estado – em sua esfera – e a média e a alta complexidade é dividida entre o Estado e o setor privado, determinado pela rentabilidade da ação, ou seja, a possibilidade do lucro orienta a participação do setor privado na assistência.

A distribuição da oferta pública de serviços entre provedores públicos e privados e as características dos parques tecnológicos de um e de outro são determinadas por critérios econômicos e políticos. Com o crescimento de um mercado privado potencialmente mais rentável, as lógicas da oferta privada passam a determinar a composição do parque empresarial e a criar uma arena de conflito e negociação que tende a ganhar destaque no futuro (Santos; Gerschman, 2004).

Contudo, na nossa concepção, a publicização do serviço de saúde que assiste a nossa população deve ser concretizada, como pensava os conferencistas da VIII Conferência Nacional de Saúde, fortalecidos com o movimento de reforma sanitária na época, corroborando com esses pensamentos,

[...] entendemos a necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde, e que também possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços públicos e privados (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Tendo como base teórica desta categoria os elementos citados acima, percebemos em nossa produção de dados na fala dos seguintes entrevistados, sobre a relação pública e privada no setor saúde no município de Alagoinhas:

Tem mais privado, os serviços foram comprados pelo município. Há uns dez anos atrás a gente só tinha acesso à saúde, quem tinha plano de saúde, **hoje o município compra e está tentando instalar em sua rede** (Ent. 2; Grupo I).

[...] o que não é disponibilizado no Parque Floresta, em parte é disponibilizado na rede pública, mas também em parte, é **disponibilizada também na rede conveniada. [Mas] nós estamos investindo no desenvolvimento público** (Ent. 4; Grupo I).

Eu acho que o serviço privado em relação à oferta no município, **ele ainda é maior**, o que **há é uma tentativa de mudança**, de inversão do privado estabelecendo em relação ao público, mas de fato isso ainda não consegue se efetivar. (Ent. 9; Grupo II).

Os entrevistados 2, 4 e 9 convergem no sentido de que o município tem investido na ampliação do setor público nos serviços oferecidos para a população, porém os entrevistados 2 e 9 afirmam uma superioridade na oferta de serviços para a comunidade, onde a mantenedora é de origem privada.

Na nossa experiência enquanto sujeito da Secretaria Municipal de Saúde, participamos de uma luta constante para efetivação desta mudança organizacional, pois vivenciamos a ampliação e modernização do Laboratório municipal; a entrega a comunidade de duas

unidades básicas de saúde; a implementação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); abertura do Centro de Atenção Psico-Social (CAPS); ampliação do Centro de Atenção Especializada (CAE); reforma e ampliação de duas unidades básicas de saúde; e construção do centro radiológico público, é importante ressaltar que todos estão com suas obras concluídas.

Na nossa saída, em dezembro de 2005, da instituição, deixamos a reforma e ampliação do Hospital Maternidade de Alagoinhas, com a proposta de tornar-se um hospital materno-infantil; construção de duas farmácias populares; e reforma de duas unidades básicas.

No documento 2, há uma importância citada sobre o assunto, quando é afirmado que houve naquele ano um investimento alto no setor público, mas que necessita investir mais, reafirmado no documento 1, que define como estratégia a ampliação do setor público na rede especializada.

No documento 3, percebemos que a situação encontrada no município era insatisfatória, existia uma atenção básica deficitária; um serviço de média complexidade realizado em sua maioria por instituições e privadas, pois alguns serviços eram realizados pelo Hospital Geral Dantas Bião (público); e nenhum serviço de alta complexidade. Nesta situação, pleiteando a Gestão plena do Sistema Municipal, que aumenta a responsabilidade nos serviços de média complexidade, fez com que o município comprasse mais serviços das mantenedoras privadas.

Naquele momento (2001), nós fazíamos parte da direção técnica de uma clínica de fisioterapia que pleiteava a sua contratação como prestador do SUS neste município, o que ocorreu no ano seguinte, porém, nesse ínterim, participamos de diversas reuniões em que nos relatava sobre a necessidade dessa ampliação dos serviços para a contemplação das exigências do Ministério da Saúde.

Bem na verdade que houve um investimento no ano de 2002, principalmente com a reforma do Centro de saúde Parque Floresta e a construção do CAE, que constituía as primeiras instâncias ambulatoriais de especialidades de saúde pública do município, porém o que notávamos sempre era que o setor privado aumentava a sua participação com maior efetividade, que o serviço público.

Em nossa observação no campo de estudo, por diversas vezes nos foi relatado à dificuldade ao acesso aos serviços de média complexidade, que normalmente pertencem às instituições privadas, pela demanda ser maior que a oferta, o que fortalece os relatos dos entrevistados, reforçado pelo o que foi encontrado nos documentos citados.

Complementando a nossa discussão, o entrevistado 7 em sua fala diz que

[...] na verdade, geralmente as outras complexidades é feita por terceiros, a Tomografia Computadorizada por exemplo, firma terceirizada, contratada, alguns procedimentos de alta complexidade, angiografia, ressonância, ou coisas desse tipo, **são todas encaminhadas para Salvador e com muita dificuldade para se conseguir marcar, através do Serviço Social** (Ent. 7; Grupo II).

De fato, notamos que alguns serviços de média complexidade, em sua maioria, são realizados por terceiros, porém o entrevistado trás uma nova discussão, os serviços não oferecidos pelo município que são realizados em Salvador com grande dificuldade, muitas vezes, enquanto Diretor da DIVAS, fomos procurados por usuários para nos pedir “ajuda” para realização destes exames, porém nos sentíamos impotentes, pois nada poderíamos fazer naquele instante, já que a necessidade fugia da nossa esfera. O que fazíamos era expor em nossas reuniões a real necessidade para ampliação dos serviços.

Mas vale destacar, que de fato há uma vontade política das pessoas responsáveis para a mudança do quadro, desde o prefeito Joseildo Ramos, que por diversas vezes, em suas viagens para Brasília, buscava recursos referentes à saúde, principalmente para ampliação do serviço; o secretário municipal de saúde, que através de construção de projetos tem angariados recursos inerentes esta necessidade; assim como todos os formuladores de políticas.

Mas não podemos deixar de ressaltar, que falta recursos para esses investimentos, o que é repassado, normalmente é utilizado para pagar os serviços prestados existentes e manter os serviços públicos.

Outra fala que reforça o nosso pensamento sobre a predominância do setor privado na assistência à saúde para a nossa população nos complementa é do entrevistado 3,

[...] eu acho que ainda predomina o Setor Privado, eu acho que há uma tentativa do setor público em diminuir essa relação, **essa dependência, mas eu acho que a gente ainda depende muito**, eu acho que isso já melhorou muito, até a população está confiando mais de que passando pelo serviço público, [...] eu acho que tem mais particulares, o município ainda não tem autonomia ,em termos de serviços, de oferecer não, eu acho que não (Ent. 3; Grupo I).

[...] **ele se concentra muito no setor privado**, se compra muito serviço, **serviços simples e também dependente do setor privado** e aí têm gerado assim umas distorções, número de vagas insuficientes, filas, pessoas, distorcendo o próprio pagamento (Ent. 1, Grupo I).

Essa fala nos remete a outra discussão fundamental, que é a dependência da secretaria municipal de saúde aos serviços prestados, nos lembramos de um momento marcante na nossa passagem enquanto trabalhador foi durante uma exigência de aumento do valor pago ao serviço que prestava para o atendimento a população de endoscopia digestiva, o mesmo ameaçou de suspensão do serviço caso não aumente o valor da tabela SUS, que concordamos que há uma defasagem, mas a nossa realidade, não tínhamos como negociar, até porque poderia ocorrer uma “avalanche”, onde os outros prestadores poderiam requerer o mesmo, portanto não cedemos e o mesmo solicitou o descredenciamento, assim tivemos que comprar outro serviço e discutimos a criação do serviço próprio, que até a minha saída não tinha ocorrido.

Sobre essa fala, ainda podemos discutir um outro aspecto, pois vários serviços são oferecidos exclusivamente por prestadores, como Oftalmologia, Fisioterapia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia e Tomografia Computadorizada, o que acontecerá se esses serviços reivindicarem o aumento do valor pago pelo serviço, a secretaria terá outros serviços para substituir? Ou terá recursos para pagar mais essas instituições? Ou ficará sem o serviço para a comunidade?

Neste momento o Hospital Geral Dantas Bião, o único público de urgência e emergência na microrregião de Alagoinhas, está em reforma, que perdura há mais de um ano,

quando terminar a reforma haverá aumento de leitos e de especialidades a serem oferecidas a população, assim como a criação de leitos de UTI e cirurgias de grande porte, ampliando a alta complexidade, que hoje se restringe ao serviço prestado por uma instituição privada de hemodiálise.

Assim, o cidadão alagoinhense e de toda a região terá uma assistência a saúde com os “pés” na integralidade, pois haverá um maior número de serviços a serem ofertados, mas o número de serviços é de fato o necessário para atender de forma resolutiva os anseios desta população.

Além do que, essa instituição que é originalmente pertencente à esfera pública, com sua administração pertencente ao âmbito estadual, que caracterizaria uma ampliação dos serviços públicos neste município após sua reforma, porém há uma discussão ao redor de mudança de sua mantenedora, que passaria a ser administrado por uma instituição privada do tipo filantrópico, que seria um descompasso pela próprio momento que este município está passando, na tentativa de mudança da relação do público/privado, mesmo em grandes dificuldades. Mas é de no mínimo estranhar, após 17 anos de implementação do SUS, onde a discussão sobre o assunto nos leva a compreensão do fortalecimento do público, que isso venha ocorrer, indo de encontro à legislação sanitária.

Enquanto membro efetivo da secretaria municipal de saúde, muita das vezes foi discutido a municipalização deste hospital, que constituiria em um dos princípios da constituição que é a descentralização, porém essa discussão não avança por disputas ideológicas partidárias que retrocedem o caminho de construção do SUS.

Então, no município de Alagoinhas, podemos constatar que há uma vontade política dos seus formuladores de mudança da relação público/privado, buscando ampliar a rede pública, entretanto há uma grande estrutura montada do setor privado que presta serviço ao SUS, que historicamente tinha sido instalada até a gestão plena do sistema, e que foi aumentada devido à necessidade desta condição de gestão.

Mas não podemos deixar de comentar sobre a força do setor privado existente neste município, que o torna dependente destas instituições de natureza privada, principalmente por falta de vários serviços que estão sobre a responsabilidade deste setor.

Além disso, o controle existente sobre os prestadores é meramente financeiro, ou seja, a maneira como essas instituições atendem no que diz respeito principalmente a acolhimento, vínculo e responsabilização, fica a critério dos mesmos, tornado assim quase impossível uma possível “uniformização” do atendimento, utilizando esses dispositivos como são estabelecidos enquanto propostas para reorientação do modelo de atenção à saúde descritas no documento 1.

Ao mesmo tempo, há um descompasso entre a outra esfera que presta serviço neste município, pois tem em sua administração uma entidade hospitalar de médio porte de caráter público, que neste momento está ampliando os seus serviços, mas que a sua administração planeja a privatização dessa unidade, indo de encontro ao arcabouço jurídico institucional, que estabelece que o serviço deve ser realizado pelo poder público.

Você não sabe o quanto eu caminhei /
Pra chegar até aqui / Percorri milhas e
milhas antes de dormir / Eu não
cochilei / Os mais belos montes
escalei / Nas noites escuras de frio
chorei.

Tony Garrido (Estrada)

5 MODELO (S) DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE FLORESTA

Nesta seção segunda categoria de análise, nos detivemos em analisar diante das produções de dados, duas sub-categorias, destacadas a seguir.

5.1 ACESSO, DEMANDA E OFERTA: “a universalização é excludente (...), [pois] a demanda é maior que a oferta”

Acesso, demanda e oferta são componentes fundamentais para a análise do modelo de atenção à saúde em Alagoinhas, no Centro de Saúde Parque Floresta, campo de investigação do nosso estudo. Portanto, faremos primeiramente uma discussão teórica sobre o assunto, para que possamos compreender as categorias teórico-práticas desta pesquisa.

Na língua portuguesa, **acesso** é interpretado como ingresso, entrada, passagem, trânsito e aproximação, isso definido em termo generalizado (XIMENES, 2000).

Na área da saúde Unglert (1995) compreende acesso como algo vinculado a condições de vida, nutrição, habitação, renda e educação, sendo os mesmos elementos fundamentais no processo saúde doença. Ao discutir o nosso objeto - o acesso ao serviço de saúde - a mesma o denomina de acessibilidade, classificando-o de geográfico, funcional, cultural, econômico. Nós utilizaremos o termo acesso, ao nos referirmos aos serviços de saúde.

Ramos e Lima (2003) embasados nos conceitos de Unglert (1995) faz uma adaptação, ao considerar consideram três dessas classificações, que caracterizam o acesso do usuário aos serviços de saúde, o que leva-nos a perceber que vêm refletir na realidade estudada, a qual descreveremos a seguir.

O **acesso geográfico** é caracterizado desde o deslocamento, o tempo de deslocamento, a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, e ainda os recursos naturais (rios, montanhas, e outros). Neste sentido entendemos que a forma de deslocamento utilizada

pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde, desde os meios de transporte, que podem variar entre dirigir-se a pé, de ônibus, de carro e outros até a unidade.

O **acesso econômico** é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento. No estudo do acesso econômico ao serviço de saúde, um dos primeiros aspectos a considerar é o custo desses serviços e do próprio deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca.

A outra característica do acesso em questão é a **funcional**, que envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão naquele momento necessita, onde podemos incluir os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento prestado, atendendo a demanda real e constituindo um sistema que assegure assistência integral.

Na nossa experiência, podemos também acrescentar, outra forma de acesso, o qual denominamos de **comunicacional**, pois temos clareza que a informação é uma ferramenta fundamental para o acesso. Haja vista que constantemente nos deparamos na prática diária de nossas atividades com usuárias que não possuem ou até mesmo desconhecem os seus direitos e deveres enquanto cidadãos na sua unidade de abrangência, a importância da sua unidade de saúde como porta de entrada no sistema, como também nos deparamos com pessoas que não conseguem compreender a organização de um sistema de saúde por falta de comunicação, informação, divulgação e educação à saúde.

Assim, por entendermos que qualquer barreira existente em relação ao acesso aos serviços e práticas de saúde de natureza geográfica, funcional, comunicacional ou econômica poderá intervir no processo do cuidado aos usuários, consideramos portanto esta categoria fundamental para a discussão do nosso estudo por se constituir um dispositivo essencial para a conformação de um modelo de atenção à saúde.

No Brasil, o acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde tem sido uma preocupação, inclusive pauta de discussões nas últimas Conferências Nacionais de Saúde, com destaque no tema central da XI Conferência Nacional de Saúde, denominada de: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Nessas discussões os sujeitos concluíram que há uma necessidade de ampliar a cobertura dos serviços em todos

os níveis de complexidade, com ênfase na atenção básica, buscando aumentar a capacidade instalada da rede pública (BRASIL, 2004).

A partir da categoria analítica acesso, trouxemos também um entendimento teórico sobre demanda e oferta. Ximenes (2000, p. 288) define **demanda** como a “quantidade de mercadoria ou serviço que o conjunto de consumidores está determinado a comprar”, e **oferta** como “quantidade total de um produto ou serviço oferecido ao consumidor, num certo momento, por certo preço”. É evidente que nos deparamos com definições que têm sua origem no arcabouço econômico, nas quais refletem no modo de produção capitalista vigente em nossa sociedade.

Porém, o tema demanda/oferta na área da saúde, nos leva a enveredarmos em outros campos da ciência, como as Ciências Políticas Sociais, para que possamos apreender com maior propriedade este assunto, ultrapassando as formulações originais do campo econômico (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

É importante ressaltarmos, principalmente no campo da saúde, que a separação da demanda e da oferta devem ser evitadas, relacionando-as a todo instante. Desta forma, constatamos que demanda/oferta “são categorias que permitem apreender as dimensões assistencial, tecnológica e política, que têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos” (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003; p. 239).

Entretanto, sobre esse assunto vemos a importância de articular a demanda/oferta com o tema necessidade. As necessidades de saúde quando percebidas pelo usuário ou pelo trabalhador de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde. Todavia, a satisfação dessa demanda depende da existência dos recursos necessários para produzirem os serviços desejados. Consequentemente, a oferta/demanda é essencial nos serviços de saúde diante a necessidade de saúde dos indivíduos (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005), até porque, entendemos que a influência das necessidades de saúde sobre o uso desses serviços/práticos dependem de como a oferta organiza-se nas diferentes áreas da saúde para atender a tais necessidades.

No entanto, diante dessa compreensão para Castro, Travassos e Carvalho (2005), as necessidades da população no âmbito da saúde, podem ser determinadas pela percepção do usuário ou do profissional, frente à possibilidade de ofertar aquelas ações ou serviços

“desejados” de acordo com o aporte financeiro, assim como, podem ser determinadas através do mercado, pois o que é ofertado, teoricamente é o que é utilizado.

Na nossa concepção, entendemos que há uma interface das duas idéias sobre as influências das necessidades no campo da saúde, pois assim como uma ação e/ou um serviço pode partir de um olhar do usuário ou de um profissional de saúde, que por meio do controle social nas suas instâncias colegiadas (Conselhos e/ou Conferências), as esferas governamentais – estruturas responsáveis em planejar e executar a saúde – podem oferecer ações e serviços de acordo com as suas concepções, não atendendo a demanda e muito menos as necessidades da população.

Na realidade este tema tem sido discutido desde a criação do Sistema Único de Saúde, pois houve dificuldades de operacionalizar o equilíbrio entre oferta e procura com vista à inclusão universal da população e a alocação de recursos no setor saúde o que envolve escolhas e dificuldades específicas e mais complexas. Porém, segundo Farias e Melamed (2003), a alocação não pode ser baseada somente no custo-efetividade, que focaliza a eficiência, mas ignora a equidade até porque, a incerteza associada ao risco financeiro potencial, gerado pela ocorrência de doenças graves, legitima a demanda por subsídios ou seguro público.

A forma em que o acesso aos serviços e às práticas de saúde estão disponíveis, juntamente com outros dispositivos, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, poderá contribuir muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento.

Diante destas concepções aqui analisadas sobre o acesso – oferta/demanda, destacamos os depoimentos dos entrevistados acerca do modelo de atenção à saúde desenvolvido no Centro de Saúde do Parque Floresta, uma unidade mista, com atividades básicas e média complexidade.

Se você pensar universal, pelo menos pelo o que eu entendo, de que **ele está aberto para todo mundo, ele é universal, o Parque Floresta não exclui**, até porque ele não está na zona de adscrição, assim que diz que as pessoas pretendem ser atendidas em determinadas áreas, mas acaba atendendo todo mundo (Ent. 1, grupo I).

[...] tem **acesso** sim, mas ainda não é completo esse **acesso**, ainda fica, fica algumas pessoas insatisfeitas né, com esse, com esse **acesso** porque tem que ficar na fila né, aguardando e tem um número é de atendimento né, muito restrito pra nossa cidade, [...] a **demand**a é maior que a oferta (Ent. 10, grupo II).

[...] **até então não tinha feito nenhum pré-natal, devido a minha área estar sem agente comunitário** (Ent. 13, grupo III).

Contrapondo-se aos depoimentos dos entrevistados referidos anteriormente, temos a fala do entrevistado 4 afirma, quando afirma que

[...] [existe] **uma universalidade excludente**, enquanto uma unidade de saúde, que é uma unidade básica, mais que já tem uma cara de média complexidade também, um programa de referência, agora tem Raios-X, vai ter o CEO, tem a pediatria, pneumologia, o laboratório que vai ser construído, então, **a lógica da unidade, enquanto concepção é para ser um centro de referência e que pensa ter um acesso a todos, mais hoje pela sobrecarga que ela tem, até porque a Atenção Básica que está lá dentro, eu acho que ela vê mais uma universalização excludente do que pela Universalidade** (Ent. 4, grupo I).

Quando o entrevistado 1 afirma que o acesso é universal, pois todos têm acesso aos serviços do Centro de Saúde Parque Floresta, o mesmo não exclui, atende qualquer cidadão. Contudo, ele se contradiz em relação à oferta que possui um número limitado de procedimentos, devido à grande demanda da população que necessitam desses serviços, como podemos perceber com as repercussões negativas, sustentados pelos depoimentos tanto do entrevistado 10, ao declarar que as pessoas acabam insatisfeitas com o serviço devido à restrição de vagas pela alta demanda, quanto do entrevistado 13, ao referir-se sobre a demora para se conseguir uma vaga para o pré-natal.

Concomitantemente, com a implantação do Sistema Único de Saúde, o Brasil adotava como política econômica a proposta neoliberal, que estabelecia uma redução nos gastos sociais – saúde, educação, e outros – uma divergência com a proposta da saúde, pois a mesma garantia o acesso universal a todos os cidadãos, portanto incluía toda aquela “massa” excluída pelo sistema de contribuição previdenciária. Mas se a proposta incluía, ou seja, aumentava os usuários do sistema público de saúde, como fazê-lo com redução de gastos?

Pois é, desta forma se constituiu uma universalização excludente, pois grande parte da população não consegue ser contemplada em seus anseios mínimos de saúde, assim como, outra parte da sociedade distanciou-se do sistema, buscando a alternativa do sistema de saúde suplementar (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Desta forma, foi construída no nosso sistema de saúde, essa universalização denominada de excludente, sendo que tem essas duas formas de exclusão, uma pela oferta não suprir a demanda, então os que têm maior necessidade podem não ser contemplados, e ainda, temos aqueles que se excluem por “livre escolha²²”, optando pelo sistema privado, através da compra direta dos serviços ou através dos seguros de saúde.

Esta realidade aqui traduzida não é coisa nova. Durante nossa experiência, enquanto Diretor da Divisão de Assistência à Saúde (DIVAS), por diversas vezes nos deparamos com alguns usuários, queixando-se de dificuldades para marcação de consultas médicas e odontológicas no Centro de Saúde Parque Floresta. Naquele momento, tínhamos que agir com habilidade para dar respostas às suas necessidades, inclusive fizemos muitos encaminhamentos para a coordenação da unidade para dar resolubilidade às necessidades individuais e coletivas demandadas.

No processo de produção dos dados através da observação, muitas vezes chegamos até o Centro de Saúde Parque Floresta às 06h 30 min da manhã, e percebemos já naquele horário a existência de uma grande fila de usuários, fora da instituição, que aos poucos aglomeravam novas pessoas e, conseqüentemente, aumentava a cada instante. Porém, apesar da unidade ter vários serviços, existia uma fila única. Contudo, ao se abrirem os portões, uma nova fila se criava dentro do Centro de Saúde, no setor chamado Serviço de Atendimento Médico (SAME), onde constatamos que as pessoas ali presentes, em sua maioria, procuravam a consulta médica, apesar de muitas vezes só ter vaga para o outro dia, isto é, aqueles usuários que eram contemplados com a vaga, só teriam atendimento para o dia seguinte. Concretamente, a marcação da consulta sempre teria que ser feita no mínimo com um dia antes.

Apesar do acesso ainda ser uma grande preocupação no Brasil, já destacada anteriormente nas últimas CNS explicitamente a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando foram debatidas, discutidas e deliberadas ações de políticas públicas na área

²² **Livre escolha:** política liberal que consiste em “proteger” a autonomia dos indivíduos, oferecendo-lhes a possibilidade de escolha (FALEIROS, 1987).

de saúde, os respectivos Relatórios Finais apontam a necessidade de ampliar a cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na atenção básica, buscando aumentar a capacidade instalada da rede pública (BRASIL, 2004).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 30), algumas pessoas têm acesso diferenciado ao SUS, seja por desorganização ou por desvinculação dos serviços, onde uma grande parte da população amarga fila de espera, precisa madrugar à espera de atendimento.

Outro aspecto abordado neste estudo se refere à dificuldade de acesso dos usuários, **acesso geográfico**, em relação à distância do Centro de Saúde, conforme os depoimentos a seguir

[...] eles chegam de madrugada de acordo com as condições de cada um porque o acesso ao PF, em termos geográficos é difícil ainda, não tem transporte que passe na porta, as ruas não tem calçamento, os assaltos estão acontecendo de dia (Ent. 5, grupo I).

O acesso geográfico é complicado, até porque a própria localização do PF, ela dificulta o acesso do usuário, porque assim em relação ao próprio transporte que o município disponibiliza ele não consegue diretamente para a unidade, então assim, principalmente em relação á idosos, gestantes, crianças, isso dificulta (Ent. 10, grupo II).

Eu venho a pé, porque mesmo quando a gente vem de ônibus o ponto é distante e **a gente tem que vim andando mesmo assim uma parte do caminho** (Ent. 13, grupo III).

Nestes três depoimentos, formuladores de políticas, trabalhadores de saúde e usuários referem não apenas à maneira como o usuário se desloca, mas também apontam as barreiras existentes, consideradas fundamentais para caracterizar a difícil acessibilidade até o Centro de Saúde. Como percebemos nos depoimentos, há uma dificuldade para chegar à unidade, principalmente para os usuários, tais como gestantes, idosos e crianças. Nos momentos de chuva percebemos que a dificuldade aumenta, pois a rua não é pavimentada, conseqüentemente poças se formam, tornando o caminho com mais empecilhos para a locomoção das pessoas.

Enquanto Diretor da DIVAS (2004-2005) tivemos a oportunidade de discutir como melhorar o transporte urbano daquela localidade, pois o único coletivo existente para o bairro

onde se localiza o Centro de Saúde Parque Floresta, que a 300 metros da instituição fazendo o itinerário para um bairro popular (Jardim Petrolar – Centro), onde a maioria da população se opta em fazer uso dessa linha tem que pagar dois transportes, assumindo uma nova questão de acesso, que é o econômico. Infelizmente as pessoas carentes têm dificuldades financeiras, piorando assim a situação. As demais linhas de ônibus que têm uma menor distância, o ponto de ônibus mais perto dista aproximadamente 600 metros. Assim, as pessoas com incapacidades físicas temporárias ou não, ficam impossibilitadas de realizar este percurso. Então, novamente entra em discussão a economia, pois os mesmos terão que arcar com um outro transporte alternativo, muitas das vezes com o custo ainda maior, caso realmente procurem essa instituição de saúde.

Complementando, os entrevistados 6 e 9 (grupo II) afirmam em seus depoimentos que

[...] o que precisa é melhorar esse transporte, porque na verdade onde está situado o Parque Floresta, **o transporte fica a certa distância e se tratando de uma grande dificuldade, o pessoal da zona rural**, aí é uma grande dificuldade, da zona rural (Ent. 6, grupo II).

[...] muitos chegam a me dizer que vem da..., **do ponto do Beiju²³ andando né, que é longe também é... Eu tô falando justamente o que, o que eu escuto né**, algumas reclamações dos pacientes. Aí quando chega aqui não conseguem mais marcar consulta pelo fato de não ter né... A quantidade necessária pra, pra suprir né... As necessidades de atendimento (Ent. 9, grupo II).

Nas falas dos entrevistados (trabalhadores de saúde) referem à dificuldade no acesso ao Centro de Saúde Parque Floresta devido não só a distância da unidade de saúde, mas também o transporte urbano, o que ocasiona transtornos para os moradores da zona rural e, principalmente, para os idosos, gestantes e as crianças.

²³ **Ponto do Beijú:** área localizada em zona rural, estando aproximadamente a 10 km da unidade do Parque Floresta.

Entretanto os entrevistados 4 e 11 divergem destes entrevistados ao minimizarem a forma de acesso geográfico, conforme os depoimentos a seguir

O acesso à unidade de saúde do PF, é uma coisa relativa, **pois a unidade está localizada num bairro de classe média alta**, isso a gente não discute, o fato de estar localizado num bairro de classe média alta (Ent. 4, grupo I).

Não encontrei dificuldade para chegar até aqui não. Eu moro na Rua Lins Farias. Da minha rua tem, tem duas linhas, barreiro, Parque São Francisco (Ent. 11, grupo III).

Contudo, apesar das divergências Ent. 5, 6, 9, 10 e 13 observamos “olhares” diferenciados, entre o formulador de política ao afirmar que o Centro de Saúde é bem localizado, num bairro de classe média alta, como se fosse apenas uma questão social. Em compensação, o outro entrevistado, usuário, refere que não há dificuldade para chegar até a unidade, por ter duas linhas de ônibus no bairro em que mora, uma opções para chegar ao Centro de Saúde.

Normalmente, durante a nossa observação, conversávamos com alguns trabalhadores que já atuam no Parque Floresta há anos. Na oportunidade questionamos sobre a localização da referida unidade diante os motivos citados pelos entrevistados 5, 6, 10 e 13 e, vários trabalhadores relataram que aquela unidade foi construída no início da década de 1980 naquela localização “para privilegiar naquele momento um provável coordenador do Centro de Saúde, que morava nas intermediações, ou seja, uma exigência do mesmo para assumir esse cargo” (SIC). Como vemos, uma contradição aos princípios do movimento da reforma Sanitária, a partir da Atenção Primária de Saúde, AIS e outros, desvirtuando as diretrizes quanto à acessibilidade na atenção à população.

Criado por nós, o **acesso comunicacional** também foi abordado por dois usuários, pois os mesmos não tinham informações sobre o pré-natal, e outros serviços como nutrição,

[...] eu moro no Petrolar e minha área está descoberta, ainda não tem agente comunitário me acompanhando, aí eu vim, fui pro posto que tem lá, me encaminharam pra cá, e eu consegui vaga rapidamente, não demorou não.mas mesmo estando no quinto mês, é o meu primeiro pré-natal, **pois eu não sabia quando e onde fazer** (Ent. 13, grupo III).

[...] deveria ter mais opções aqui, nutricionista mesmo, eu não consegui marcar ainda, e **eu nem sabia que tinha aqui** (Ent. 14, grupo III).

Cabe salientarmos, que durante as entrevistas, grande parte dos entrevistados não sabiam responder sobre os serviços oferecidos no Parque Floresta. Por exemplo, nenhum usuário sabia da existência de uma nutricionista, sendo que três deles afirmaram estarem necessitando desse serviço, como o entrevistado 14. O mais grave da dificuldade de informação, é que uma das entrevistadas (Ent. 13) é filha de agente comunitário, e mesmo assim, não obteve as informações precisas sobre o seu pré-natal, quando iniciar o acompanhamento e onde fazê-lo [esta informação sobre o grau de parentesco entre as mesmas foi por nós detectada, pois ao dirigimos à casa da entrevistada para fazer a no momento da entrevista o ACS encontra-se na casa da filha, sendo então apresentada a mim].

Como vimos anteriormente ao nos reportarmos sobre as enormes filas dos usuários a procura de “consulta médica”, os depoimentos a seguir a valoriza, dando assim visibilidade ao modelo médico-centrado.

Se não tem médico na unidade de origem (PSF), eles tem todo o direito de serem atendidos aqui, pegando a fila, né (Ent. 7, grupo III).

O atendimento de médico tem a vontade. Não encontrei dificuldade para ser atendido aqui não. Tem um pouco de dificuldade (Ent. 11, grupo III).

Ao constatarmos *in loco* as filas existentes observadas durante as manhãs e as falas anteriores, percebemos características fundamentais do modelo vigente, que é a figura do médico como o centro do “universo doença” e, conseqüentemente, a busca da cura, como motivo principal da ida ao Centro de Saúde Parque Floresta.

No Doc. 3, o Centro de Saúde Parque Floresta em sua organização no município estudado, tem um atendimento realizado com demanda aberta para toda a sua população, pois o mesmo é um centro de referência. Na prática, em nossa vivência nos deparamos com essa realidade, pois constantemente ouvíamos no programa de rádio Pauta Livre²⁴, usuários queixosos que tinham chegado de madrugada na unidade e só conseguiam atendimento médico para o dia seguinte. Um contra-senso em relação ao que assegura diante à nossa Constituição Federal brasileira, seu Artigo 196, que determina que o serviço de saúde deve ser igualitário e universal, pois todos os cidadãos têm direito às ações e aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1989).

Apesar da prioridade demandada pelos usuários em busca da consulta médica, ele [usuário] não conclui sua jornada ao chegar ao Centro de Saúde Parque Floresta pois para ser atendido, dependerá da demanda/oferta conforme estes depoimentos.

A demanda tem sido maior do que a oferta isso aí não tenho dúvida, **apesar de que o Parque Floresta por ser uma referência tem até um número de médicos maior, porém, ainda está muito limitado essa questão de vagas e conseqüentemente o número de atendimentos** (Ent. 5, grupo I).

Olha, o número de pessoas que vem ao Parque Floresta é muito, e o atendimento é muito pouco que nós temos, mas nós temos dado um jeito assim, é jogado de um dia para o outro e tal, para que possa assim dar cobertura, mas tem sido complicado (Ent 10, grupo II).

²⁴ **Pauta Livre**: Programa de rádio exibido diariamente das 06:00 às 08:00h., que tinha como finalidade transmitir as notícias do município. Vale ressaltar que o apresentador é ex-vereador, que faz parte de partido político contrário ao executivo local.

Entretanto, complementando as falas anteriores (Ent. 5 e 10) o ent. 14 (usuário) afirma a forma como faz marcação de consulta nem sempre acontece, o que de fato deveria ocorrer.

Converso com a menina, e se tiver vaga marca, se não tiver eu tenho que marcar outro dia, vai até um mês ou mais (Ent. 14, grupo III).

Percebemos nesta declaração, que as pessoas de fato, nem sempre resolvem o problema do agendamento no mesmo dia, e mesmo quando conseguem, o período de espera até o procedimento pode durar um mês.

Em nossa observação, vimos claramente que nos serviços de atendimento médico e odontológico, há uma demanda maior que a oferta, apesar do usuário (Ent. 11) afirmar que “atendimento médico tem a vontade (...)”. Durante a nossa experiência como diretor da DIVAS tivemos alguns momentos de conflitos com a comunidade por percebermos a importância dada à doença, aos exames laboratoriais e outros, em detrimento aos serviços de promoção à saúde, em particular no Centro de Saúde Parque Floresta, pois a solicitação da comunidade era sempre à contratação de mais médicos.

Por diversas vezes encontramos a nutricionista de “braços cruzados”, sem ter o que fazer, quando perguntada sobre outras atividades que poderiam ser feitas, a mesma dizia não ter apoio, e quando perguntado sobre o porquê da ociosidade, numa cidade com 1605 diabéticos²⁵ cadastrados no município, a mesma afirmava que os outros profissionais não os encaminhavam, identificando assim uma falta de interdisciplinariedade, pois 1560 diabéticos são acompanhados em suas unidades pelos médicos e enfermeiros, o que vem reforçar a centralização da ação na figura do médico e/ou enfermeiro, sem a preocupação dos referidos programas de saúde com o trabalho de equipe.

Frente os dados empíricos demonstrados até então, articulados com o referencial teórico vemos que a universalidade, de fato, existe, porém a mesma é excludente, dificultada pelos tipos de acesso (funcional, geográfico, comunicacional e econômico) e principalmente pela oferta insatisfatória em relação à demanda. No entanto vimos que alguns serviços não precisam de filas, como vacinação e curativo, e que todas as pessoas são atendidas no mesmo

²⁵ **Fonte:** DATASUS, Abr./2006

dia, como também referenciado pelos sujeitos entrevistados, nos documentos utilizados e no referencial, como se os usuários só fossem à unidade de saúde para procurar o atendimento médico.

É evidente que, em sua grande maioria, a população desloca-se para unidade em busca de consulta médica, mas não pode deixar de observar, que os outros serviços também são procurados, porém está enraizado culturalmente, pois o processo de saúde doença evidente nesta população é centrado na doença, portanto curativista.

Também visualizamos que o acesso ao serviço de odontologia existente no Centro de Saúde Parque Floresta tem uma lógica diferente dos demais; as pessoas procuram diretamente o serviço, que é atendido por uma auxiliar de consultório dentário (ACD), a qual, além de auxiliar o cirurgião-dentista, também fica responsável pela marcação das consultas odontológicas.

Enquanto diretor da DIVAS, esta ação era “descentralizada”, pois qualquer problema existente na unidade, ou seja, desde a falta de uma amálgama²⁶ até um problema no compressor, tudo era “resolvido” pelo coordenador de saúde bucal, desconsiderando a coordenação do Centro de Saúde Parque Floresta, o que gera um limite na interdisciplinaridade e uma fragmentação hierárquica. Contudo, quando o problema atingia outras instâncias inalcançáveis pela coordenação de saúde bucal, o coordenador da DIVAS superior hierarquicamente era solicitado para que pudesse intervir e resolver o (s) problema (s).

Esta realidade aqui trazida em relação à Odontologia é ressaltada na fala a seguir, o que podemos denotar na satisfação do entrevistado, no sentido das pessoas “criarem uma expectativa que a odontologia é difícil”, ou seja, um imaginário de poder.

[...] odontologia ninguém se mete, é impressionante, ninguém entende, ninguém quer se meter, o que eu não acho que seja ruim não, eu até gosto, assim, acho que as pessoas acabam criando, assim, uma expectativa que odonto é difícil, né, e aí ninguém quer se meter (Ent. 1, grupo I).

²⁶ **Amálgama:** Produto utilizado na restauração dos dentes.

No setor de odontologia durante a observação no Centro de Saúde do Parque Floresta constatamos que as pessoas dirigem-se diretamente para o referido serviço. Ao chegar é atendido pela ACD, que faz as marcações das consultas odontológicas (atividade observada durante todos os dias de observação) para o mês seguinte, exceto em casos de urgência, por não haver mais vagas para atendimento naquele mês.

Segundo Santos (2005), as equipes de saúde bucal no município de Alagoinhas criam estratégias locais, tentando dar conta da sua realidade, onde a ACD da unidade é responsável pela marcação do usuário [constatado em nossa observação durante a produção dos dados] apesar desta situação, o autor refere à fragmentação das ações de odontologia perante os outros profissionais.

Portanto dentro de um mesmo serviço percebemos uma fragmentação clara em relação ao trabalho de equipe, à integralidade da assistência, a oferta, demanda.

Constatamos ainda durante o processo de observação as ações curativas e individuais da Odontologia dentro do Centro de Saúde do Parque Floresta. Muitos usuários acabam voltando para casa para serem atendidos em outros dias, que pode ser no dia seguinte ou não, dependendo do serviço procurado, devido à alta demanda e pouca oferta daquele serviço, o que se denota uma falta de planejamento em saúde no que diz respeito às necessidades dos usuários que têm este Centro de Saúde como arcabouço sanitário capaz de dar respostas as suas necessidades e de seus familiares, por ser um centro de referência para as ações de saúde de média complexidade.

Enfim, a acessibilidade é um tema polêmico e bastante discutido entre os pesquisadores, um dispositivo inerente das propostas do SUS, definido por Faleiros (1987) como normas ou leis que o Estado cria para vencer as barreiras. Na nossa realidade na área da Saúde a descentralização é fundamental enquanto diretriz do Sistema Único de Saúde, não somente no âmbito político-administrativo, mas também no patamar das ações e serviços.

Vimos assim que o SUS, após quase duas décadas de promulgado e 15 anos de regulamentado, com o direito ao acesso à saúde garantido, percebemos que uma grande parcela da população mantêm-se excluída, o que é um desrespeito ao arcabouço jurídico nacional, por corroborar com a desigualdade social já existente e a sua perpetuação.

Para Campos (2003), o SUS é como uma rede, onde os gestores são responsáveis na articulação com os outros níveis de governo e com os seguimentos sociais para que haja uma discussão sobre as demandas dos usuários, assim como dos trabalhadores, dos prestadores, e outros, onde essas demandas sejam discutidas com o intuito de pactuação.

5.2 ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO: “não existe um processo de acolhimento, [...] alguns usuários pelas suas necessidades conseguem formar um vínculo”

As ferramentas acolhimento, vínculo e responsabilização têm atraído os diversos pesquisadores da área da Saúde Coletiva, com o intuito de instrumentalizarem propostas para (re) construção de um modelo de atenção voltado para o usuário com maior potencialização. Portanto, devido o objeto de estudo estar intimamente ligado a estas categorias, fizemos uma breve teorização sobre as temáticas.

Ximenes (2000) em seu dicionário de língua portuguesa define os três instrumentos da seguinte forma: **acolhimento** é a recepção que se faz a alguém, atenção, consideração; **vínculo** é aquilo que une, liga ou aperta; **responsabilização** é a obrigação de responder pelos seus atos.

Na área de saúde, Panizzi e Franco (2004, p. 83) consideram **acolhimento**

[...] uma diretriz operacional do modelo [de atenção à saúde], que traz uma ressignificação da relação com o usuário, entendendo-o como sujeito e, portanto, alguém que se apresenta nos serviços sendo portador de um problema de saúde, e além disso, de uma história de vida que age para formar sua subjetividade, trazendo consigo um modo cultural, relações sociais e a origem em determinado meio ambiente. Além disso, é portador de direitos de cidadania, especialmente para o caso, o de ser assistido e ter sua necessidade atendida.

Assim, compreendemos o acolhimento como o dispositivo de um modelo de saúde capaz de valorizar a relação com o usuário, ao utilizar como ferramenta a escuta,

principalmente na porta de entrada do serviço. Esta escuta tem que ser utilizada de forma qualificada, com a responsabilidade de dar uma resposta ao problema no atendimento àquela necessidade.

De acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004), o acolhimento pode ser visto em três dimensões; como postura, como técnica e como princípio de reorientação dos serviços. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude dos profissionais e da equipe ao receber humanizadamente os usuários; como técnica, instrumentaliza a geração dos procedimentos e ações organizativas; e como organização dos serviços, deve nortear todo o trabalho realizado em conjunto com os sujeitos - usuários e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

Ao considerarem o acolhimento, enquanto diretriz operacional que tem a idealização de inverter a lógica organizacional e do funcionamento do serviço de saúde, Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem um modelo de saúde que seja organizado de forma usuário-centrado, e que leve em consideração os seguintes princípios:

atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;

reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento, portanto, significa uma humanização do atendimento, em busca da garantia e acesso a todas as pessoas. No sentido de aprimorar esse acolhimento é preciso que os trabalhadores de saúde e os serviços exercitem a escuta dos problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, para que tenham eco, dando-lhes sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução dos seus problemas. Por conseguinte, o Acolhimento trabalha para garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, ou seja, resolver efetivamente o problema do usuário (GOMES ; PINHEIRO, 2005).

Em relação ao **vínculo**, este existe

[...] na relação de confiança entre os usuários adscritos à equipe de profissionais. Dessa forma, essa deve ser sua referência segura e ao mesmo tempo se responsabiliza por seu cuidado, disponibilizando todos os recursos necessários ao atendimento da sua necessidade, definida nos projetos terapêuticos individuais e coletivos da população a ela vinculada. Estes projetos terapêuticos serão geridos por profissional indicado pela equipe (PANIZZI; FRANCO, 2005, p. 93).

Assim sendo, a noção de vínculo está em consonância com um dos sentidos da integralidade. Para Silva Junior e Mascarenhas (2004), a possibilidade de criar vínculos implica em ter relações tão próximas, conseqüentemente claras, que promovem uma sensibilização de todo o sofrimento daquele outro ser, sentindo-se assim responsável pela vida e morte do usuário, possibilitando uma intervenção intermediária, ou seja, nem burocrática e nem impessoal.

A **responsabilização** para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária, o que dificulta, na nossa visão, a separação dos conceitos durante a nossa discussão.

Portanto estas categorias buscam uma mudança de paradigma nos modelos de atenção à saúde, pois ao programar em mudanças que resultem em novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar dos sujeitos.

Destacamos as seguintes falas convergentes sobre acolhimento extraídas dos dados empíricos deste estudo.

[...] eu vejo assim, **não existe um processo de acolhimento nas portas de entrada das unidades de saúde**, as pessoas chegam vê lá a quantidade de vagas, ficam e vão embora, na hora de atender, como existe uma grande demanda nas unidades assim que não tem nem espaço físico suficiente para adequar, acomodar todas as pessoas elas ficam perambulando, ficam reclamando aí esperam até o meio-dia (Ent. 1, grupo I).

[...] ela mandou eu me informar através daqui, de lá da frente, **mas como marca ela não me explicou e eu não sei não, eu não sei mesmo, sinceramente, eu estou perdida, eu procurei a sala sozinha**, dei a minha identidade, depois ela me chamou pra fazer a ficha, e eu fiquei das 8 h até as 11 h para ser atendida. eu fui perguntar aqui onde faz a ficha, perguntei aqui e ela mandou esperar um pouquinho, aí depois eu fui perguntar onde marcou o pré-natal e ela foi procurar minha ficha, só que ela não encontrou, aí atenção aos usuários. eu tive que esperar atender as outras pessoas, aí ela encontrou a ficha e agora que a moça veio me chamar (Ent. 13, grupo III).

[...] **uma coisa que ninguém sabe de nada, não bota informação, [...] a gente pergunta e dizem, ah não sei não, pergunte lá, não sei, pergunte a sicrano**, [...] Não tenho o que falar não, mais falta paciência, um pouco de atenção, nem informação direito eles sabem dar. Porque a gente vem, procura uma informação, aí dizem espere aí, tal dia, mas não explica direito qual é o dia, só tal dia ta marcando, hoje não, [...] eu já cheguei aqui e não tem ninguém para lhe explicar (Ent. 14, grupo III).

O processo de escuta é definido por Ximenes (2000, p. 387) como a “ação de escutar”, sendo escutar “dar atenção a (sons, falas), ouvir”. Como princípio básico para a realização do acolhimento, entendemos que o acolhimento ou ato de acolher é dar atenção, que é muito mais abrangente que apenas ouvir. Contudo, percebemos na fala dos entrevistado 1, 13 e 14, que a ação realizada pelos profissionais é de “ouvir”, sem possibilidades de dar atenção aos usuários.

Divergindo das falas anteriores, o depoimento a seguir vêm fortalecer o acolhimento sentido pelo usuário em relação aos trabalhadores de saúde.

Os funcionários pra mim são tudo nota 10. Sou bem atendido. Perfeito, a gente tem um atendimento de excelência (Ent. 11, grupo III).

No entanto, o entrevistado 6 reforça que é preciso o trabalhador de saúde “atender da melhor forma e gerar mais um amigo...”

[...] **precisamos atender da melhor forma e gerar mais um amigo**, então aqui se o senhor conseguir aqui, numa fila dessas entrevistar um grande número de pessoas, o senhor vai entender com essas pessoas, vai ouvir pessoas que são contempladas, que estão satisfeitas (Ent. 6, grupo II).

O entrevistado 6, aborda sobre atender bem o usuário com o intuito de formar mais um amigo, e ainda reforça, ao afirmar que encontraríamos as pessoas satisfeitas, ou seja, poderíamos descobrir “amigos” construídos em sua relação, vontade de cada um.

Em nossa observação vimos inúmeras vezes usuários sem informações até sobre o acesso ao sanitário, pois, não era raro sermos abordados pelos corredores para dar informações. Na oportunidade visualizamos a importância que deveria ser do Centro de Saúde Parque Floresta, uma vez que havia apenas um trabalhador de saúde - agente administrativo para “receber” os usuários, diante da superposição de atividades desenvolvidas, além da grande demanda no serviço, acompanhada de grande fila desses usuários.

Contrapondo as falas dos ent. 1, 13 e 14 em relação ao processo de escuta, os entrevistados 6 e 7 (grupo II) relataram que

[...] **nós lutamos pra atender**, pra apresentar tudo àquilo que nós temos, nós lutamos, **eu mesmo tenho o prazer de fazer tudo pra atender**, pra que aquelas pessoas não saiam contrariadas (Ent. 6, grupo II).

[...] **eles são atendidos adequadamente e são orientados ao que deve ser feito**, solicitado exames, orientado a ir para CAPS, quando é procurado o Serviço Social para fazer algum exame para marcar em Salvador ou acessibilidade a um profissional que não exista na saúde de Alagoinhas (Ent. 7, grupo II).

Diante destas falas, alguns profissionais têm procurado atender melhor a população, porém na observação vimos atos isolados e descompartmentalizados, ou seja, vimos o médico chamar o usuário pelo nome, fazer uma anamnese em tempo adequado, o usuário sair

informado da sua situação de saúde naquele momento e o que será realizado a seguir. Porém, até o usuário chegar até o médico e após sair da consulta, poucas pessoas estão disponíveis em dar atenção aos mesmos.

Em contraposição, também observamos em vários momentos os trabalhadores de saúde em seus setores, ao tempo que respondiam sem nem olhar para o usuário ou quando muito, respondiam que não sabiam informar, situação normalmente referida sobre algum serviço em funcionamento na unidade. Momentos esses que questionamos intimamente: se os funcionários não sabiam “realmente” sobre os serviços desse Centro de Saúde, quem poderá saber?

Reafirmamos que nos deparamos com alguns trabalhadores que de fato escutavam os usuários, mas não existe algo organizado neste sentido, pensando na (re) orientação do modelo. Concretamente são ações individuais e fragmentadas entre os profissionais e os usuários nos serviços no Centro de Saúde Parque Floresta.

Por conseguinte, a fala do ent. 10, vem complementar tal realidade por nós descrita no processo de escuta da atenção.

É que é de profissional pra profissional né, nem todo mundo tem aquele perfil né, de, de um profissional que tem a capacidade de escuta né, esses usuários né, tem que dar uma assistência mais rápida se não a fila cresce (Ent. 10, grupo II).

Percebemos que o entrevistado 10, ao argumentar sobre o perfil do profissional para justificar o ato de escutar entre os “colegas de trabalho”, ele traz uma visão reducionista sobre a questão que perpassa pela ética, respeito, compromisso, humanização dentre outros. Se levarmos em consideração esta fala do ent. 10, é importante que reflitamos sobre a necessidade que o trabalhador tem que ter de escutar o próximo, por ser a escuta um instrumento que poderá direcionar concretamente as políticas de saúde, no sentido de atender as necessidades de saúde individuais e coletivas.

Constantemente, durante o período de observação, nos deparamos com profissionais que atuam em instituições de origem privada e pública, e percebemos um comportamento com o usuário diferenciado, ou seja, o para o “cliente particular” a escuta é uma ferramenta

importante, mas para o usuário do SUS, não pode existir, porque “(...) senão a fila cresce” (Ent. 8, grupo II).

De fato, enquanto Diretor da DIVAS, por diversas vezes discutimos sobre a relação existente entre os nossos trabalhadores de saúde e os usuários, porém esses debates não conseguiram até então sair da nossas salas ou dos papéis, documentado no Relatório de Gestão da S.M.S de Alagoinhas – 2004 (Doc. 1), no qual diante do resultado de uma oficina para levantamentos de problemas, foi problematizada a inexistência de uma relação efetiva do trabalhador de saúde-usuário no sistema de saúde de Alagoinhas/Ba.

Neste mesmo documento (DOC 1) foram definidas estratégias de intervenções para reorientação do modelo de atenção à saúde, utilizando bases conceituais da proposta da Vigilância da Saúde, articuladas às propostas em defesa da vida, tendo como princípio básico o acolhimento, para a construção de uma atenção à saúde integral.

Diferentemente da abordagem anterior, constatamos em outros, falas, “olhares” sobre a falta de acolhimento / vínculo dos usuários para com os trabalhadores de saúde.

Ah, isso aí existe pelo seguinte, é natural existir porque **é infiltrada pessoas para gerar problemas, pra que a coisa não ande no caminho** que deve andar na sua total harmonia (Ent. 6, grupo II).

[...] acontece alguns caso né, é... com outros colegas de ouvir assim, discussões mas no geral é... eles são...ele se, se satisfaz com o atendimento, **eu acho que alguns chegam nervosos pelo fato de tá sofrendo e já foi, já bateu em algum lugar** (Ent. 10, grupo II).

[...] os funcionários trabalham muito bem, eles fazem o melhor possível para atender o povo, **às vezes chegam pessoas agressivas, chega pessoas querendo nos agredir, mas nós procuramos retornar aquela situação e se dá melhor e possa sair contente** (Ent. 8, grupo II).

Segundo Santos (2005, p. 140), em estudo sobre saúde bucal realizado em Alagoinhas, o mesmo observou que nas unidades de saúde existiam conflitos que o denominou de linhas de tensão, ocorrida na primeira relação estabelecida com a unidade, “o primeiro tensionamento é desencadeado na procura por uma vaga para consulta com o profissional

dentista”, portanto, as falas destes entrevistados mostram que esses tensionamentos podem gerar conflitos entre os trabalhadores e usuários e vice-versa.

Outro princípio básico do acolhimento constitui-se na organização do processo de trabalho ao se formar uma equipe de acolhimento, em que a mesma deve ser interdisciplinar. Este processo no Centro de Saúde do Parque Floresta apresenta-se desarticulado, descritos nas falas a seguir.

[...] **o atendimento ainda é fragmentado** e o exemplo mais básico eu vou dar o prontuário do DST é separado, o usuário do Diabetes é separado (Ent. 4, grupo II).

[...] **eu sinto muita distância nessa relação** né, pelo fato de não ter muito tempo né, **de contato principalmente do nível superior né, que chegam pro atendimento já, nas carreiras e tem que cumprir aquele atendimento** e muitos vão embora né (Ent. 10, grupo II).

[...] **os profissionais de outros setores não conversam**, eu não vi isso não [acolhimento]. Só as meninas que atendem aqui, quando é do próprio pré-natal (Ent. 13, grupo III).

Como vimos, o acolhimento não é instituído no Centro de Saúde Parque Floresta. O modelo de atenção à saúde fragmenta o processo de trabalho, delimitado para que cada sujeito execute sua função. Neste sentido, é preciso que se reformule a maneira desses trabalhadores trabalharem, pois, sem conseguir a interdisciplinariedade, dificilmente uma equipe de acolhimento será formada, até mesmo entre os próprios trabalhadores, retratado aqui pelo ent. 7.

[...] **muitas vezes o profissional tem horários diferentes de trabalho e além do que, os profissionais já tem aquele número de atendimentos naquele dia**, [...] quando eles se encontram é excelente, os médicos tem bom relacionamento com os outros funcionários, com o pessoal administrativos, também o relacionamento entre eles é excelente e conosco é muito bom, agora a gente tem pouco contato com outros profissionais, porque a gente vêm, faz o atendimento no nosso consultório e nos encontramos nos corredores e raramente vai ao consultório de outro profissional para trocar uma idéia (Ent. 7, grupo II).

Esta fala traduz realmente como as relações estão constituídas entre os trabalhadores, apesar de o entrevistado relatar que existe um bom relacionamento em si porém, quando se encontram. Mas a nossa experiência na Secretaria Municipal de Saúde, constantemente nos deparávamos com questionamentos na unidade de outros trabalhadores sobre quem era aquele “novo” funcionário, portanto, há uma dificuldade a ser revista no que diz respeito à relação interpessoal, no momento de acolher o outro na instituição em que trabalha. Outrossim, observamos no mês de abril de 2006 alguns funcionários comentarem que conhecia um determinado funcionário, apenas “de vista”, ou seja, as pessoas dividem o mesmo espaço diariamente, e muitas das vezes não sabem nem o nome daquele “colega”.

Outra categoria importante discutida neste estudo é o vínculo, que será dialogada em conjunto com a responsabilização, pois o “vínculo também implica em responsabilização” (SILVA Jr.; MASCARENHAS, 2004, p. 249).

Quanto ao vínculo, este é aqui referido por dois grupos diferentes: o trabalhador de saúde e o usuário.

[...] **A minha percepção é que alguns usuários pelas suas necessidades conseguem formar um vínculo com o profissional**, então na própria unidade e do ponto de vista das suas necessidades ele acaba criando um vínculo isso alguns usuários, com alguns profissionais, **mas na maioria, no geral, esse vínculo não é totalmente firmado pela própria dinâmica do atendimento aqui, a rotatividade**, então as pessoas visualizam o PF, como o local onde elas conseguem resolver o problema dela total (Ent. 9, grupo II).

[...] **quando eu chego aqui, procuro logo (...), ela me informa e me leva, como ela me levou agora, mas só ela me atende assim** (Ent.13, grupo III).

Frente a tais falas, não há efetivamente um vínculo entre o trabalhador e usuário e vice-versa. Este vínculo é formado entre os usuários e os trabalhadores de forma “conveniente”, construído a partir de uma necessidade pessoal e fomentada com os contatos diários. Percebemos que alguns usuários tinham um maior “grau de proximidade” com determinados funcionários.

Esse “vínculo” dos usuários para com determinados trabalhadores talvez fosse por eles [os usuários] apresentarem uma patologia crônica, o que faz com que o mesmo esteja constantemente no Centro de Saúde. Observamos também que determinados usuários freqüentam diariamente o serviço estudado, inclusive há aproximadamente uns dois anos e esta realidade leve a um “bom relacionamento” do usuário com os trabalhadores. Essa “afinidade”, mais visível foi vista no serviço de curativo, utilizado pelo usuário, no atendimento à sua necessidade de saúde naquele período.

Porém, a maioria dos usuários, quando estão esperando resolver o seu problema, muitas das vezes nem se quer são notados, quando [os usuários] se dirigem aos funcionários, muitos deles nem se quer olham para o sujeito que está a sua frente e ouvem, sem dar atenção devida.

O estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores e os usuários, ainda é frágil, conforme se pode notar nos depoimentos aqui trazidos. Entretanto, o vínculo é um problema a ser trabalhado na relação equipe de saúde e usuários e vice-versa, até porque constitui um processo de responsabilização para com a saúde, tanto individual-coletiva, quanto institucional-trabalhadores de saúde.

Perante esta fragmentação, o vínculo aparece como um sonho, pois, quando encontramos o trabalhador de saúde e o usuário, nos deparamos com uma “relação construída” apenas durante o tempo de tratamento, ou seja, precisa-se ter uma doença crônica para se obter “vínculo”, que conseqüentemente, influenciará na responsabilização, tanto no meio dos trabalhadores, quanto no dos usuários.

Em Alagoinhas, o doc. 1, da Secretaria Municipal de Saúde estabelece como meta a reorientação do modelo de atenção vigente, acompanhado do vínculo e responsabilização para a construção de uma saúde local integral. Porém, em nossa vivência enquanto trabalhador desta instituição, não conseguimos perceber mecanismos para esta transformação.

Desta forma, no Centro de Saúde Parque Floresta o modelo de atenção à saúde é caracterizado por ações de caráter individual, com organização da consulta centrado na figura médica/odontológica/enfermagem direcionada a ações e procedimentos curativos. Apesar das ações de saúde pública ali desenvolvidas, essas ações continuam centradas no modelo clínico, diferenciando-se com ações isoladas de poucos trabalhadores de saúde diante do desenvolvimento de uma prática humanizada (vínculo, acolhimento, compromisso e respeito) para com os usuários. Por conseguinte, tal modelo de atenção à saúde não tem uma política

efetiva de acolhimento nem processo de escuta definida como padrão, ou seja, cada um constrói o seu formato de atender, como se o Centro de Saúde Parque Floresta metaforicamente fosse um “guarda roupa”, onde cada um teria a sua gaveta ou porta, e portanto, cada um define o momento de abrir ou fechar a porta, ou seja, há uma prática desorganizada no “atender” a população alagoinhense.

Isto aqui ô, ô, é um pouquinho de Brasil / Desse
Brasil que canta e é feliz / Feliz, feliz / É também
um pouco de uma raça / Que não tem medo de
fumaça / E não se entrega não

Ary Barroso (Isso aqui, o que é?)

6 SÍNTESE

A realização deste trabalho nos proporcionou grandes desafios enquanto trabalhador de saúde, cidadão alagoinhense e quanto pesquisador, pois ao mesmo tempo o autor experienciada essas três condições no dia-a-dia durante o longo percurso na produção desta obra.

Enquanto trabalhador de saúde nos fez lembrar todos os passos caminhados nos dois anos que estivemos atuando profissionalmente nesta instituição, passos estes que pensávamos que eram largos, mas nos foi necessário uma reflexão exterior realizada durante e após a produção dos dados para nos proporcionar um novo entendimento sobre as nossas ações durante o período em que fizemos parte da administração do sistema de saúde local deste município.

Como cidadão, procuramos refletir sobre o verdadeiro sentido de cidadania para a nossa sociedade, como ela está disponibilizada à população. Esse questionamento foi quem nos estimulou durante toda a pesquisa, colaborando com o aumento da “sede” para encontrar a realidade aproximada do modelo de atenção à saúde desenvolvido no Centro de Saúde Parque Floresta.

Duro foi nosso desafio enquanto pesquisador, pois quando relacionávamos a duas inserções enquanto sujeitos, a de trabalhador de saúde e a de “cidadão”, vinha à análise do pesquisador, que ao mesmo tempo em que colocava os pés no chão, deparava-se com a mente trabalhando o tempo inteiro para construir um entendimento sólido e real.

Os dados nos levaram a concluir que em Alagoinhas, através de um estudo no Centro de Saúde Parque Floresta, ainda é fortemente arraigada temos o modelo de atenção à saúde, responsável em atender a sua população o modelo de atenção **liberal-privatista**, e que há aproximadamente há dois anos vínhamos trabalhando arduamente para uma (re) organização.

Um fato notório é a existência de uma assistência à saúde nos graus de média e alta complexidade, sob a responsabilidade da iniciativa privada, apesar dos esforços da Secretaria de Saúde em investir em novos serviços, em convênio com o governo federal, além do

empenho dos formuladores de políticas que demonstram grande “desejo” de construir um novo sistema de saúde que atendam aos princípios do SUS.

Porém faltam recursos para a ampliação da rede, que foi constituída inicialmente na década de 1980, e hegemonicamente liderada por serviços privados conveniados ao sistema previdenciário, e ampliados, em sua maioria com entidades dessa natureza para responder os anseios da gestão plena do sistema no final da década de 1990.

Podemos também destacar em nosso estudo que o acesso ao Centro de Saúde Parque Floresta é universal, no sentido que todos tem direito à saúde, apesar das barreiras geográfica, econômica, comunicacional e funcional existentes no sistema, porém o serviço é organizado através da demanda espontânea, e que a mesma é maior que a oferta.

Portanto, nos faz compreender, que há uma necessidade de uma planificação emergencial para estruturação da rede básica, quebrando as barreiras existentes, dando melhores condições aos seus usuários usufruírem dos serviços de saúde quando necessários.

Além disso, é preciso descentralizar as ações e os serviços de saúde. Neste sentido sugerimos como proposta a ampliação da estratégia saúde da família para romper de vez com as dificuldades apresentadas pelos usuários, que em nosso entendimento talvez seja o melhor caminho nesse momento. Assim como deverá responder também a outra necessidade de intervenção, que é a demanda espontânea, que precisa organizar-se o quanto antes.

Outro dado encontrado é a centralização da figura do médico como responsável pela cura como fórmula de resolubilidade dos problema. A transdisciplinariedade está em questão em vários estudos existentes, mas ainda nos deparamos com a centralização do poder em algumas situações. É evidente que sabemos que historicamente essa realidade está intimamente relacionada com o modelo médico, acompanhada de uma cultura quase centenária sobre a hegemonia do modelo médico-liberal-privatista, diante inclusive do fortalecimento do neoliberalismo no mundo e no Brasil. Por conseguinte, enquanto sujeito, precisamos lutar para formação de uma nova cultura, pois encontramos não apenas nos usuários, mas na sociedade em geral essa característica massificada, ou seja, “como se o médico tudo resolvesse”.

Na realidade, é preciso resgatemos uma política sócio-cultural, com o intuito de construir uma nova relação profissional - usuário capaz de estabelecer uma resposta positiva.

Por isso acreditamos que é necessária a implantação do dispositivo acolhimento para que através do mesmo seja construído essa nova relação de caráter interdisciplinar – com o sonho de chegarmos a transdisciplinariedade – instituindo uma nova prática de saúde centrada no usuário, capaz de atender as suas verdadeiras necessidades e não pronto-atendimento resolvamos os seus problemas de ordem temporária, como por exemplo, as enfermidades.

Na produção dos dados no Centro de Saúde Parque Floresta, encontramos duas formas de você construir um vínculo entre o trabalhador e usuário. Primeiro, o usuário precisa ter uma enfermidade crônica, e conseqüentemente passar um bom tempo se tratando lá, assim através da convivência contínua acaba construindo um “vínculo” com o trabalhador. Segundo, varia a sua necessidade, ou seja, se você estiver precisando muito do serviço de saúde, deve estabelecer uma relação próxima com alguém.

Percebemos também em vários depoimentos, momentos de tensão entre os usuários e os trabalhadores, que normalmente eram gerados por insatisfação pela não resolubilidade daquele problema pontual, que o mesmo tinha ido buscar no Centro de Saúde Parque Floresta. Porém se houvesse um vínculo constituído entre o trabalhador/usuário, a maneira como o usuário iria resolver essa “não resolubilidade” acreditamos que, não seria através da violência, e sim, buscaria o entendimento.

É preciso que não apenas os trabalhadores de saúde, mas também os formuladores de políticas, fiquem atentos e sensíveis à realidade aqui colocada. Não podemos aceitar a tensão entre os trabalhadores e usuários, que atrapalha o andamento natural do serviço, prejudicando o processo de trabalho e afasta-os ainda mais. Além da necessidade de planejamento de saúde para que possa dar conta da realidade é importante a (re) organização do modelo de atenção à saúde, levando-se em consideração aspectos da tecnologia leve. Por isso precisa-se instituir o acolhimento enquanto política de saúde utilizando a escuta no seu sentido mais amplo relacionado à atenção, para que desta forma possamos construir uma relação com vínculo sólido, que conseqüentemente implicaria na responsabilização.

A responsabilização faz com que o trabalhador sinta-se parte do processo de restabelecimento da “normalidade” daquele problema pontual existente no usuário ou principalmente na manutenção da “normalidade” atendendo as suas necessidades, que deve ser o principal olhar que deveremos ter sobre a população atendida.

Ao mesmo tempo uma nova consciência sanitária estaria sendo formada entre os usuários, que em sua maioria não tem uma escolaridade compatível para um aprofundamento das discussões do processo saúde/doença, mas após um vínculo formado poderemos transformar esse indivíduo cidadão capaz de modificar o seu modo de pensar e agir em relação à saúde, tornando co-responsável pela sua própria condição, transformando em um sujeito do seu próprio cuidar.

Portanto o que queremos sugerir é uma mudança das práticas de saúde através de uma atenção à saúde humanizada, capaz de resolver os problemas da população sim, mas que também atenda as suas mais diversas necessidades, desta forma pensamos em uma proposta de mudança do modelo de atenção que possa de fato possibilitar uma saúde integral a toda à população deste município.

REFERÊNCIAS

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de saúde. **Relatório de gestão**. Prefeitura Municipal de Alagoinhas: 2000.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de saúde. **Relatório de gestão**. Prefeitura Municipal de Alagoinhas: 2003.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de saúde. **Relatório de gestão**. Prefeitura Municipal de Alagoinhas: 2004.

ALMEIDA, Patty Fidelis, Giovanella, LIGIA, MATTOS, Márcia. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 137 - 154, 2002.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.39 - 52, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS passo a passo: norma, gestão e financiamento**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. 1998. 313 fls. Tese (Doutorado em Práticas, Saberes e Políticas de Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 1998.

ASSIS, Marluce Maria Araújo, VILLA, Tereza Cristina Scatena, NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do, Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 8 (3): 815 - 823, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: FAE, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N°. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 11ª Conferência nacional de Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. In: Série A. Normas e manuais técnicos. N. 116, Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção de saúde.** Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica.** DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab.htm>. Acesso em 21 de julho de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica.** DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab.htm>. Acesso em 20 de maio de 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE – cidades@. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades@/default.php>. Acesso em 21 de julho de 2005b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Eduardo Duarte. **Planejamento sem normas.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: HUCITEC, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre a gestão do trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias, OLIVEIRA, Cecílio Luis Carlos de; CAMPOS, Rosana Onocko. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro, TRAVASSOS, Cláudia, CARVALHO Marília Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, 39 (2): 277 - 284, 2005.

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 2. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado Capitalista**. São Paulo: Editora Cortez, 1987.

FARIAS, Luís Otávio, MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 8 (2): 585 - 598, 2003.

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva, MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15 (2): 345 - 353, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Ligia, BAHIA, Ligia. Saúde: o poder da atenção pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 08 - 13, 1995.

GIOVANELLA, Ligia et. al. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37 - 61, 2002.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne, PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287 - 301, 2005.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Caderno Saúde da Família**, v. 1, p. 3 - 9, 1996.

LEVCOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana Dias, MACHADO, Cristiane Vieira. Política de saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 6 (2): 269 - 291, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos Sanitários: conceitos chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de Saúde**. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: ABRASCO/ HUCITEC, 1999a.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999b.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 1. ed. São Paulo, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Um dos desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **(IM) Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes/ ABRASCO, 1989.

Organização Pan-Americana de Saúde. Formulación de políticas de salud. Organización de la salud. **Boletim da oficina Panamericana de Saúde**. Oficina regional de la organización mundial de la salud. Santiago – Chile, 1975.

PAIM, Jairnilson Silva, **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia, ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PANIZZI, Mirvaine, FRANCO, Túlio Batista. A implantação do acolher chapecó: reorganizando o processo de trabalho. In: **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso, WESTPHAL, Márcia Faria, AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21 (2): 449 - 458, 2005.

RAMOS, Donatela Dourado, LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (1): 27 - 34, 2003.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho, LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 13 (6): 1027 - 1034, 2005.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos, GERSCHMAN, Sílvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 9 (3): 795 - 806, 2004

SANTOS, Adriano Maia. **Da Fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. 229 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - BA , 2005.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e o poder local**: sujeito, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, José Paulo Vicente, PINHEIRO, Roseni, MACHADO, Felipe Rangel S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65: 234 - 242, 2003.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da, MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHIRO, Roseni, MATTOS, Rubem Araújo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS / ABRASCO, 2001.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: um balanço dos anos 90. **Revista Saúde em Debate** 26 (60): 25 - 36, 2002.

TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz e PAIM, Jairnilson Silva. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 264 - 277, 1990.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65: 257 - 277, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. Territorialização em sistema de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de Saúde. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: ABRASCO / HUCITEC, 1999a.

VILLAROSA, Francesco Notarbartolo di. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Manual de instrução. Brasília: Organização Panamericana de saúde. Cooperativa Italiana de Saúde, 1993.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a DR^a MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO
PESQUISADOR/COLABORADOR: MARCIO COSTA DE SOUZA

ROTEIRO DE ENTREVISTA- FORMULADORES DE POLÍTICAS

Entrevista n°: _____ Data: _____ Hora: Início: _____
Término: _____

1. Caracterização da (o) entrevistada (o):

Idade: ____ Ocupação/Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Sexo: _____

Formação Profissional: Graduação: _____ Ano: ____

 Pós-Graduação (Área): _____ Ano: ____

2. Conformação do Modelo de Atenção de Saúde

Políticas de saúde: universalidade/ integralidade/resolubilidade

Planejamento em Saúde

Articulação Intersetorial

Articulação interinstitucional dos serviços/Referência- Contra-Referência

Relação Público/ Privado: compra de serviços

Porta de entrada do usuário ao Sistema de Saúde: UBS/serviços ambulatoriais/ serviços hospitalares (oferta/demanda)

3. Facilidades, Dificuldades e Perspectivas Frente ao Atual Modelo

Ação Política: Negociação/Pactuação

Recursos/ Orçamento

Autonomia

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a DR^a MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO
PESQUISADOR/COLABORADOR: MARCIO COSTA DE SOUZA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHADORES DE SAÚDE

Entrevista n°: _____ Data: _____ Hora: _____ Início: _____
Término: _____

1. Caracterização da (o) entrevistada (o):

Idade: _____ Ocupação/Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Sexo: _____

Formação Profissional: _____ Graduação: _____ Ano: _____

Pós-Graduação (Área): _____ Ano: _____

2. Conformação do Modelo de Atenção de Saúde

Características do(s) Modelos de Tecnoassistenciais na área de saúde coletiva: universalidade/
integralidade/resolubilidade

Relação interpessoal, Trabalhador de Saúde e Usuário e vice-versa

Práticas de Saúde/ Atividades Desenvolvidas

Articulação Intersetorial

Organização Técnica/Política

Articulação interinstitucional dos serviços/Referência- Contra-Referência

Relação Público / Privado

3. Facilidades, Dificuldades e Perspectivas Frente ao Atual Modelo

Processo de Trabalho

Ação Política

Capacitação

Recursos/ Orçamento

Autonomia

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a DR^a MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO
PESQUISADOR/COLABORADOR: MARCIO COSTA DE SOUZA

ROTEIRO DE ENTREVISTA - USUÁRIOS

Entrevista n°: _____ Data: _____ Hora: _____ Início: _____
Término: _____

1. Caracterização da (o) entrevistada (o):

Idade: _____ Ocupação/Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Sexo: _____

Formação Profissional: _____ Graduação: _____ Ano: _____

Pós-Graduação (Área): _____ Ano: _____

2. Conformação das ações e serviços de Saúde

Características do(s) serviços de Saúde

Forma de atendimento (humanização, acolhimento, vínculo e acolhimento)

Práticas de Saúde utilizadas

Forma(s) de participação da comunidade

Acessibilidade aos serviços (UBS/USF/ambulatórios/hospitais)

3. Facilidades, Dificuldades e Perspectivas Frente ao Atual Modelo

Melhora ou piora da saúde no município a partir de 2001

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a DR^a MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO
PESQUISADOR/COLABORADOR: MARCIO COSTA DE SOUZA

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Unidade: _____ Tipo de atividade: _____

Nível de atenção: _____ Responsável: _____ Data:

_____ Hora- Início: _____

Término: _____

Recepção do usuário

Relação Profissional/Usuário

Interdisciplinaridade/trabalho em equipe

Tecnologias leve-dura

Atividades desenvolvidas pela equipe

Estratégias utilizadas

Espaço Físico

Participação da comunidade

APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF^a DR^a MARIA ÂNGELA ALVES DO NASCIMENTO
PESQUISADOR/COLABORADOR: MARCIO COSTA DE SOUZA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MODELO(S) DE ATENÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE PARQUE FLORESTA é um estudo do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva – NUPISC, do Departamento de Saúde – DSAU, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Tem como pesquisadora responsável a Professora Doutora Maria Ângela Alves do Nascimento e como colaborador o Fisioterapeuta Marcio Costa de Souza, estudante do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC. Apresenta como objetivos Analisar a relação público-privado para a produção de ações de saúde no Centro de Saúde Parque Floresta na atenção à saúde dos seus usuários, caracterizar o (s) modelo (s) de atenção à saúde do Centro de Saúde Parque Floresta e discutir as relações de acolhimento, vínculo e responsabilização estabelecidas pelos trabalhadores de saúde e usuário e vice-versa no Centro de Saúde Parque Floresta no município de Alagoinhas – BA para atender as necessidades dessa população. Sua justificativa se dá por conta, encontrar possibilidades de transformações nas formas de intervenção sobre a atenção à saúde dirigida à sociedade, frente à implementação do “novo” modo de pensar e agir em saúde, em prol da construção de novos paradigmas que incorporem e fortaleçam o SUS por meio dos princípios da integralidade, universalidade,. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeiro, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pela pesquisadora, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa sendo o entrevistado indenizado em qualquer risco ou prejuízo imediato ou tardio, desde que haja comprovação de que tais danos atinja-o no que se refere à livre expressão de suas opiniões. Podemos ainda afirmar, que os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista que poderá ser realizada com o auxílio do gravador, em no máximo uma hora e marcado com antecedência a ser realizada em local e horário determinados pelo(a) entrevistado(a), onde caso haja algum constrangimento durante a entrevista, o entrevistado pode pedir para parar a entrevista, onde será respeitado a vontade. No que se refere aos benefícios, ressaltamos que os mesmos não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos os formuladores de políticas, trabalhadores de saúde, os usuários e toda a sociedade alagoinhense. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos relacionados com possibilidades de gerarem incômodos e também aos benefícios, portanto a pesquisadora responsável estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o(a) entrevistado(a) poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como todos os procedimentos utilizados. Os pesquisadores só deverão divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que, o entrevistado (a) tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, os (as) entrevistado (a) pode entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou o colaborador no NUPISC, localizado no Módulo VI da UEFS, telefone (75) 3224 8162.

Alagoinhas, de de 2006

Assinatura do Entrevistado (a)

Pesquisadora Responsável

Pesquisador Colaborador