

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA SÓCIO-CULTURAL

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NÍVEL
UNIVERSITÁRIO DA REDE PÚBLICA DE SANTA CRUZ DO SUL, RS. - Um
estudo sobre Recursos Humanos no SUS, através das representações sociais.

LENI DIAS WEIGELT

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL - MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO: SÓCIO-CULTURAL

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NÍVEL
UNIVERSITÁRIO DA REDE PÚBLICA DE SANTA CRUZ DO SUL, RS. - Um
estudo sobre Recursos Humanos no SUS, através das representações sociais.

Leni Dias Weigelt

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento Regional –
Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS
para obtenção de título de Mestre em
Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Marcos A. F. Ferreira

Santa Cruz do Sul, junho de 1999

AGRADECIMENTOS

Durante o desenvolvimento deste trabalho, tivemos a oportunidade de trocar idéias com várias pessoas, como também podemos contar com a colaboração e solidariedade de muitos amigos e colegas. Dentre os inúmeros colaboradores, gostaria de registrar a minha gratidão:

- ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da UNISC, ao corpo docente que oportunizou as trocas de idéias, e o ambiente de interdisciplinaridade;
- aos colegas e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC, pelos questionamentos e debates que favoreceram o aprofundamento deste tema;
- aos colegas da 13^a Delegacia Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde pelo acolhimento e atenção sempre que precisei de informações;
- aos amigos Maria Loeci e Eduardo pela incansável dedicação na realização deste trabalho;
- aos meus filhos Diego e Aline pela compreensão e companhia nos programas “leituras e estudos” de finais de semana;
- ao meu esposo Sergio, pelo companheirismo de todas as horas e pela atenção e carinho que sempre dedicou aos nossos filhos, principalmente nos momentos em que eu não pude estar presente;

- ao meu orientador Prof. Dr. Marcos A . F. Ferreira gostaria de homenagear, mais do que agradecer, pelos conhecimentos, sua “vasta bagagem cultural”.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	15
1.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	15
1.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a Institucionalidade.....	15
1.1.2 A Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde.....	27
1.1.3 Os Recursos Humanos no SUS.....	36
1.2 O MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL	45
1.3 As Representações Sociais: base para reflexão do cotidiano dos profissionais da saúde.....	60
1.3.1 As Representações Sociais na visão de alguns autores.....	61
1.3.2 A abordagem dialética das Representações Sociais na condução do estudo 67	
2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO.....	70
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	70
2.2 SUJEITOS DA PESQUISA	75
PARA O LEVANTAMENTO DE DADOS, FORAM UTILIZADOS ALÉM DE DOCUMENTOS DA SECRETARIA DA SAÚDE, COMO O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS.....	76
2.3.1 Entrevistas	76
2.3.2 Questionário com questões fechadas e abertas	78
2.4 O LOCAL DO ESTUDO	79
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	79
3 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	83
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE SANTA CRUZ DO SUL.....	83
3.1.1 Idade e Sexo	84
3.1.2 Formação Profissional.....	85
3.1.3 Tempo de Serviço	86
3.1.4 Vínculo Empregatício	87
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO E A REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL	89
3.2.1 Atividades Desenvolvidas	90

3.2.2 Carga Horária e Salários	101
3.2.3 Capacitação Profissional no SUS.....	105
3.2.4 Avaliação do Desempenho – “Qualidade das Ações”	108
3.2.5 Definição e orientação de tarefas nos serviços	111
3.2.6 Participação no planejamento e organização dos serviços no SUS.....	114
3.2.7 Organização do Trabalho – “Trabalho de Equipe”	116
3.2.8 Existência de Política de Recursos Humanos no SUS.....	119
3.2.9 Reuniões para integração dos trabalhadores.....	124
3.3 OBSERVAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	125
3.3.1 O SUS em Santa Cruz do Sul	128
3.3.2 O Programa de Saúde da Família.....	129
3.3.3 A Cobrança no Serviço Público x Considerações sobre o SUS... ..	131
3.3.4 Necessidade de Informações sentida pelos profissionais ao atuar no SUS.....	134
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
ANEXO 1 ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	144
ANEXO 2 QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA.....	146
ANEXO 3 ENTREVISTA.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	85
FIGURA 2. VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS PROFISSIONAIS.....	87
FIGURA 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS....	90
FIGURA 4. CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL ESPECÍFICA PARA ATUAÇÃO NO SUS.....	105
FIGURA 5. QUEM DEFINE, DISTRIBUI E ORIENTA AS TAREFAS NOS SERVIÇOS ?	111
FIGURA 6- EXISTÊNCIA DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E A PERSPECTIVA DE CARREIRA PROFISSIONAL NO SUS.	122
FIGURA 7. OPINIÕES SOBRE A FORMA COMO ESTA IMPLANTADO O SUS LOCAL.	128
FIGURA 8. OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PSF NESTE MUNICÍPIO.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos profissionais de saúde em relação a categoria profissional, idade e sexo.....	84
Quadro 2	Tempo de serviço na rede pública de saúde de Santa Cruz do Sul	86
Quadro 3	Cobrança no serviço público x considerações sobre o SUS.....	130

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, vem sendo discutidas as propostas de reformulação da prática médica e do sistema de saúde brasileiro, através de um movimento denominado Reforma Sanitária. Fazem parte desse movimento, intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações e associações que possuem como referencial a universalização da saúde, a concretização da equidade das ações e a descentralização dos serviços de saúde, sendo estas as diretrizes que devem nortear o nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Falar de um processo social como o SUS, implica em reconhecer a complexidade de uma construção que ocorre em ambiente habitado pela diversidade de representações, de interesses e de interferências tanto políticas, quanto culturais e tecnológicas.

No processo de trabalho em saúde no SUS, os profissionais da saúde agem e reagem sob influência destes fatores culturais, técnicos e políticos. Portanto, identificar as características dos profissionais da saúde que atuam no

SUS em Santa Cruz do Sul, no plano de suas relações institucionais e das representações que constróem sobre esse sistema é o objeto deste estudo.

Através da identificação da constituição* destes profissionais, bem como de suas necessidades, pretende-se contribuir para melhorias nas questões de saúde regional. Justifica-se o presente estudo pela inexistência de um trabalho dessa natureza na região.

A preocupação com essa temática foi ocorrendo a partir de reflexões e questionamentos sobre os conflitos e as formas diversas de operar o trabalho nos serviços de saúde, bem como das contradições existentes entre a filosofia do SUS e a funcionalidade dos serviços de saúde. É na prática cotidiana que nos deparamos com dificuldades, questionamentos e desejos de mudança; apesar de cada um de nós percorrer o seu caminho, vamos construindo nossa visão de mundo, nossos posicionamentos, que em várias situações, são partilhados com outras pessoas e tomam certos delineamentos. Portanto, experiências vividas como enfermeira e como docente da área da saúde auxiliaram na eleição desse tema, porém a idéia dessa pesquisa nasceu e partiu de discussões e reflexões durante o Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional.

A experiência vivida por essa pesquisadora durante dezessete anos (1980 – 1997), como enfermeira em unidade de internação clínica do SUS,

* A palavra constituição no contexto deste estudo quer dizer o modo pelo qual se constituem os profissionais da saúde, enquanto pessoas e grupos, as características de

trabalhando no turno da noite no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, permitiu a convivência num ambiente de harmonia e satisfação profissional, com raras situações de conflito nas relações de trabalho. Nesse mesmo período, concomitantemente, durante três anos (1992 – 1995) a coordenação dos serviços de enfermagem no Plantão de Urgências do SUS, em Santa Cruz do Sul (PU) oportunizou o conhecimento de uma outra realidade: a convivência com situações de conflitos, disputas e insatisfações entre os profissionais de saúde em suas relações de trabalho, envolvendo questões de autonomia e poder entre as categorias profissionais.

No ano de 1992 a municipalização da saúde em Santa Cruz do Sul ocasionou várias alterações nos serviços de saúde. Com a gestão municipal, várias ações e profissionais foram transferidos para o comando do município, situação que exacerbou angústias, inseguranças e conflitos nos ambientes de trabalho dos profissionais da saúde.

Nas relações entre os profissionais perpassavam as questões de disputa pelo poder, principalmente entre os que não se conformavam com as cedências de suas instâncias, federal ou estadual, para o município, como se isso fosse um desprestígio ou uma perda de status profissional. Alguns profissionais médicos sentiam sua autonomia ameaçada pelo risco de submissão ao comando de coordenadores do município, realizavam suas atividades de maneira isolada, e até expressavam sentimentos de indignação e

formação e organização que se estabelecem numa perspectiva histórica nas relações do trabalho cotidiano.

rebeldia às mudanças que estavam ocorrendo na política de saúde. Essa maneira de trabalhar independente e desarticulada das demais ações de saúde, pode estar ainda repercutindo atualmente no cotidiano dos serviços de saúde local.

O pensamento norteador dessa pesquisa, a representação do SUS para os profissionais de saúde, é uma questão que acompanhava e às vezes até perturbava a pesquisadora, durante o período em que também foi profissional do SUS. Muitas vezes questionava-se, por quê os profissionais do SUS agem e reagem de maneira tão diversa durante o desempenho de suas atribuições. Alguns demonstravam cordialidade e tranqüilidade no trato com os demais profissionais e usuários, outros demonstravam insatisfação e irritabilidade, e outros ainda, pareciam indiferentes e isolados.

Na condição de docente e estudante, nos últimos anos em que atuava como profissional do SUS (1996 – 1998), surgiu a oportunidade de conhecer e realizar estudos mais específicos e aprofundados sobre o sistema de saúde brasileiro, e o contato com pesquisas na área da saúde pública.

Vários estudos já foram realizados com o objetivo de caracterizar o processo de trabalho na saúde, as funções, atividades e desempenho profissional das diversas categorias profissionais. Entre eles podemos citar os de Mendes Gonçalves (1994), os de Almeida et al. (1997) entre outros. A maioria destes estudos se referem aos serviços de saúde no Estado de São

Paulo, na nossa realidade estudos semelhantes nesta área, ainda são reduzidos.

Embora, Almeida et. al. (1997) tenha em seus estudos focado a concepção dos profissionais no trabalho em unidades básicas de saúde, eles ocorreram em momentos mais iniciais da implantação do SUS. Após esse período houve maior tempo para as pessoas desenvolverem mais atividades e terem mais experiências.

Partindo-se do pressuposto de que na saúde o trabalho se realiza de forma coletiva, é de fundamental importância que se conheça melhor os profissionais da saúde, e quais suas representações sobre o seu trabalho e o sistema em que atuam.

Estas representações sobre o sistema de saúde e as condições de inserção dos profissionais no mesmo, contribuirão decisóriamente para a compreensão de muitos nós críticos do sistema. A relevância da presente investigação, e o objetivo deste estudo é contribuir para a compreensão da historicidade dessas transformações na área da saúde e no processo de trabalho dos profissionais, bem como averiguar como as representações dos profissionais têm interferido nas finalidades sociais que o SUS tem se proposto a atender na sociedade brasileira, a partir das práticas do cotidiano da saúde.

Como forma de investigar esse objeto, utilizou-se a estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul, mais especificamente os profissionais de nível universitário, médicos, enfermeiros, odontólogos,

assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos dos setores que prestam assistência direta à saúde da comunidade, no período de julho à outubro de 1998, para a realização do trabalho de campo.

Esse estudo partiu de um nível de abstração, correspondente aos princípios filosóficos que fundamentam o SUS, para o campo mais pragmático do dia-a-dia das práticas dos profissionais da saúde como forma de identificar a maneira com que se concretiza esta política de saúde. Estudos sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira foram utilizados como um marco de referência no campo das políticas de saúde, o que contribuiu também para a compreensão dos movimentos sociais e de mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde brasileira.

1 ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

Com a intenção de facilitar o entendimento da problemática deste estudo e contribuir para a compreensão dos movimentos sociais e de mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde, tentaremos resgatar alguns momentos que marcaram a história da saúde brasileira.

1.1 O Processo de Construção do Sistema de Saúde Brasileiro

1.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a Institucionalidade

A reforma sanitária brasileira enquanto resultado de um processo de lutas políticas, sociais, econômicas e ideológicas, na conquista do arcabouço institucional e legal, pode ser vista, coroada de grande êxito. Os marcos desta conquista fazem-se presentes na atual Constituição Federal, Estaduais e mais especificamente nas Leis Orgânicas Municipais da Saúde. Como lembra Cohn

(1996, p.315), a reforma sanitária brasileira caracteriza-se por ter sido um movimento que, em seu interior teve como foco principal o *“Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional”*, um movimento do Estado para a sociedade, ou dos setores progressistas da saúde para a sociedade, num movimento de cima para baixo. Tal preocupação já se evidenciava na década de 60, quando a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) reciclou o seu discurso economicista, e começou a enxergar o desenvolvimento não apenas como um processo de crescimento econômico, mas como um processo *“global a incluir as estruturas políticas e sociais”*¹. Reconheceu que a expansão econômica tende a favorecer uma minoria, e as classes sociais mais desfavorecidas, tendem a ficar cada vez mais empobrecidas. Nesta época de grandes interesses desenvolvimentistas, se fez necessário uma transformação no campo da saúde, da educação, no regime de propriedade de terra e administração pública. Ciente dessas necessidades é que a CEPAL, juntamente com a administração Kennedy, lançam a proposta da *“Aliança para o Progresso”*, visando a modernização da sociedade agrícola, melhorias na mão de obra, agilidade administrativa e maior preocupação com o social, recomendando inclusive, que os países latino-americanos aplicassem formas de planejamento que integrassem os setores econômicos e sociais.

¹ Processo de desenvolvimento citado por RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde - Um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1992, p. 18.

Para discutir estas questões, houve uma reunião dos países latinos em Punta del Este no ano de 1961. Essa reunião pode ser considerada como o momento pactual do acordo de Aliança para o Progresso, e fundamental para a formulação de conceitos básicos de saúde, bem como a possibilidade de elaboração de planos para a saúde e a criação de unidades para colaborar na formulação e promoção de procedimentos de planejamento em saúde. Neste encontro os governos latino-americanos se comprometeram a integrar o desenvolvimento social ao econômico nos movimentos de mudanças.

Dando continuidade às discussões sobre estas mudanças, reuniram-se os Ministros de Saúde das Américas em 1963, quando então é outorgado à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a função de assessoria permanente no cumprimento deste compromisso. Diante da necessidade de um método próprio de programação de saúde, a OPAS, com apoio do Centro Nacional de Desenvolvimento (Cendes) da Universidade Central da Venezuela e de alguns técnicos da CEPAL, elaboram o documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programacion de la Salud” (OPS-OMS, 1965), conhecido como o método Cendes-OPAS.

As experiências de governos de alguns países como a Argentina e o Chile, na década de 70, também contribuíram para a formulação e ampliação de conceitos de saúde. Dentro deste enfoque é que se realizou em 1973 a III

Reunião de Ministros de Saúde em Santiago, no Chile, onde foi aprovado o Plano Decenal das Américas.

Através deste plano é reconhecido o direito universal à saúde dos povos e propõe-se estender a cobertura sanitária às periferias urbanas e zonas rurais, através da atenção primária, enfatizando-se o papel do Estado na formulação de uma política setorial e propõe-se incorporar a população na organização e execução das tarefas sanitárias -planificação participativa (Rivera, 1992).

No caso brasileiro a reforma sanitária se deu gradativamente, através de fatos e construções ideológicas, transitando do sanitarismo campanhista até 1965, com inspiração militarista, combatendo as epidemias, através de fortes e concentradas decisões de estilo repressivo às intervenções sociais, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, com a prática médica curativa, até o final da década de 80 com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (Mendes, 1996, p.58).

Ocorreram, no Brasil, movimentos de trabalhadores de saúde, principalmente através das organizações sindicais médicas, na tentativa de quebrar o monopólio previdenciário na orientação e implementação das políticas de saúde. Surgiu assim, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), para o desenvolvimento de atividades,

publicações e simpósios, com o objetivo de apresentar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista. Foi apresentado para discussão no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, uma série de propostas contrárias a hegemonia da Previdência.

Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento em 1974, ocorreu, no modelo médico-assistencial privatista, a separação das ações de saúde pública das demais ações de atenção à saúde das pessoas, gerando desta organização em 1977 a nova sigla INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, Lei 6.229 – 1995).

Segundo Mendes (1996, p.60), esse modelo médico-assistencial privatista, compunha-se de três subsistemas: o estatal, na base, representado pelo complexo Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com uma medicina simplificada, dando cobertura às populações não privilegiadas economicamente; o privado, hegemônico, contratado e conveniado com a Previdência Social, que cobria seus beneficiados; o de atenção médica supletiva, que tentou aproveitar os incentivos do convênio empresa, mas não conseguiu atingir uma massa significativa de beneficiários nesta década, apenas nos anos 80 consegue seu grande destaque.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata (URSS, 1978), “Saúde para Todos no Ano 2000”, ocorreram diversas

discussões, propostas, e estratégias de ação, através da atenção primária de saúde, desenvolvida através de uma rede básica de saúde com a realização de atos simplificados, de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde menos complexos. Nesta Conferência promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a atenção primária foi catalogada como a nova política a ser desenvolvida em todo o mundo para facilitar uma melhor atenção à saúde de todos. Através de um enfoque mais amplo, não apenas de consultas médicas, mas de maior atenção à promoção da saúde, como a nutrição adequada à mãe e ao filho; imunizações, planejamento familiar, prevenção contra enfermidades endêmicas, educação sobre problemas de saúde, tratamento adequado das enfermidades, saneamento básico e outros. Estas ações deveriam surgir das reais condições de vida e dos valores sociais de cada país.

Apesar das diversas interpretações dadas à atenção primária de saúde e às implicações destes significados nos aspectos operacionais, é notável a tentativa de criar políticas mais articuladas com a saúde da população num momento histórico em que era nítido o predomínio apenas da assistência médica.

Consta no relatório desta Conferência (OMS/UNICEF,1979), que

uma das principais metas dos governos, organizações internacionais e de toda a comunidade mundial deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

A chave para que esta meta seja atingida é constituída pelos cuidados primários de saúde, que fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país quanto do desenvolvimento global da comunidade, em todos os seus aspectos.

Nessa mesma década, com a atenção primária da saúde, surgiram no Brasil (Paulínia - UNICAMP e Montes Claros - Universidade de Minas) os primeiros projetos pilotos de medicina comunitária e os programas de medicina simplificados, dando maior enfoque à sobrevivência de grupos de risco, como desnutridos, portadores de doenças endêmicas e outras; atendendo apenas parte da população.

Foi desenvolvido também o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS)², com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e contribuir para a melhoria das condições de vida da população, especialmente rural. Através deste programa eram atendidas as necessidades

² PIASS, 1976 a esse respeito veja-se ROSAS, E. J. *A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS - análise de uma experiência*. Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, 1981. (Dissertação de Mestrado).

mais imediatas. Iniciou no Nordeste e desenvolveu-se nacionalmente em 1979 como uma rede ambulatorial pública.

Como lembra Mendes (1996, p. 51), a reforma sanitária brasileira é de “inspiração político-ideológico”, por isso tende a fixar-se em princípios, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade, sendo hoje um dos grandes desafios o contraste entre a teoria e as práticas. A exemplo disso, pode-se observar as diferenças existentes entre os textos legais e os estilos de organização e operacionalização das ações nos serviços e instituições de saúde, a atenção que é dada às questões de interesse da população, e a participação desta, nas tomadas de decisões, enquanto processo, onde alguns atores atuam de forma específica na defesa de seus interesses. Na maioria das vezes, a população, motivo principal, usuária do sistema de saúde, não é convidada, nem consultada sobre suas necessidades reais. Os profissionais da saúde, que atuam junto a população e que, por isso, conhecem os principais problemas de saúde que aí ocorrerem, além de suas prioridades, muito pouco são envolvidos no processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

Numa crítica de Campos, (1988, P.187) ao discurso de Hésio Cordeiro, dirigente do movimento sanitário e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS, 1987), que afirmava ser a “reforma sanitária irreversível”, fica clara sua indignação com este discurso, e

com os que a imaginam estruturalmente determinada para a modernização e ampliação do modelo assistencial. Campos não admite na história brasileira, a irreversibilidade de um processo de mudanças, no caso da reforma sanitária em que “a maioria da sociedade civil sequer percebeu, baseado apenas no apoio político-institucional. Um processo restrito de mudanças, com medidas voltadas centralmente para uma reestruturação administrativa do aparelho público, prestador de serviços de saúde”. Nesta visão, a reforma só podia ser entendida, como esforços racionalizadores, estruturados para os interesses do Estado, para resolução da crise fiscal e de legitimidade do setor saúde, condicionado pela dinâmica do desenvolvimento capitalista, estendendo a cobertura assistencial e racionalizando os gastos.

Para Oliveira e Teixeira (1986), o modelo médico-assistencial privatista, institucionalizado no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), teve como principais características: a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública; a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

As dificuldades financeiras do Brasil, materializadas na deterioração da situação cambial, na aceleração inflacionária, na recessão e no desemprego da década de 80, são intensificadas ainda mais na saúde pela diminuição da arrecadação da Previdência Social, proveniente das contribuições, inviabilizando o equilíbrio financeiro e gerencial, e provocando uma grande crise, de cunho ideológico, financeiro e político-institucional. Essa situação de crise é reconhecida pelos autores citados, sendo que atribui-se à crise político-institucional o desencadeamento de medidas racionalizadoras.

Neste mesmo período novas mudanças foram propostas para o setor saúde, surgindo então, o PREV-SAÚDE e o CONASP. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) visava a organização de uma rede básica de atenção, com uma lógica de funcionamento integralizante, com um sistema único de serviços médicos e sanitários. Assim, em 1982 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de elaborar normas adequadas de assistência à saúde da população previdenciária, como também avaliar as necessidades de alocação de recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle ao sistema de assistência médica, tomando, inclusive medidas para a redução dos gastos, especialmente na atenção hospitalar.

Visando a reorientação das políticas de saúde, em 1983, estabeleceram-se as Ações Integradas de Saúde - AIS, que mantinham as propostas bastante

racionalizadoras de reorganização dos serviços, mas com possibilidades de ampliação dos espaços democráticos, com movimentos populares e políticos. Esses movimentos apontaram para a necessidade de uma modificação mais radical na política de saúde, considerando-a como um bem público e um controle mais efetivo da sociedade civil sobre o Estado.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 foi deliberado que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que representasse uma estrutura institucional, separando a saúde da previdência, constituindo-se assim uma ampla Reforma Sanitária. O relatório final desta conferência define saúde como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Anais da 8ª CNS, 1986)

Portanto, a 8ª CNS, passa através de seu conteúdo, a constituir-se no instrumento que viria influenciar de forma significativa no processo de implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos Estados e na elaboração da nova Constituição Federal.

O SUDS começa a ser implantado em 1987, com a participação do Ministério da Saúde e da Educação e Cultura nesse programa. Além de convênios,

protocolos de intenções e termos aditivos aos convênios das Ações Integradas de Saúde, os postulados do SUDS incorporaram também os princípios da Reforma Sanitária, que visavam gradativamente:

a superação da organização sanitária centralizada e desordenada em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente, relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades no sentido de darem respostas às necessidades da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critério epidemiológico-sociais.³

Assim, houve um avanço na desconcentração do sistema de saúde do Estado e a possibilidade de municipalização dos serviços. Neste mesmo período, através das forças sociais representadas no Congresso Nacional, também foi possível elaborar um modelo constitucional de saúde.

A constituição de 1988, tem incorporado em seu conteúdo um conjunto de conceitos e princípios conquistados pela sociedade e considerados norteadores da reforma sanitária.

Esse foi um período turbulento de confronto aberto entre as diversas concepções sobre a reforma, com interesses variados em disputa que acabaram desenhando um perfil, através de um texto razoável do ponto de

³ SUDS - Decreto - Lei Nº 94.657 de 20 de Julho de 1987. Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS, INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, p.04.

vista da construção de uma política baseada na solidariedade. Ocorre que a abrangência do texto permite manobras de vários tipos em seu interior e a construção de inúmeros tipos de “SUS”.

1.1.2 A Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde

A política de saúde no Brasil, tem como marco mais recente de sua redefinição a Constituição Federal de 1988. Nela ficou estabelecido que todo o cidadão brasileiro tem direito à saúde – Saúde é um dos direitos sociais da cidadania (Artigo 196). Cabe ao Estado, nos três níveis do governo: federal, estadual e municipal, garantir este direito através de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos à saúde; oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam resolutivas. O direito à saúde e as formas para garanti-lo, devem ser efetivadas através do Sistema Único de Saúde (SUS).

No artigo 198 da Constituição Federal que trata do Sistema Único de Saúde, ficou estabelecido:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único

organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

E tem como princípios a Universalidade, a Eqüidade e a Integralidade.

A universalidade deu direito ao acesso de toda a população a qualquer serviço de saúde, sem discriminação, seja ele público ou contratado pelo poder público, o que anteriormente era restrito aos contribuintes da previdência social. Com isso houve a necessidade de ampliação do acesso ao atendimento à saúde, oferecendo a um maior número de pessoas, mais ações e serviços. Além da garantia de acesso aos serviços, a igualdade de condições para usufruir dos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com as necessidades de cada um, norteiam os preceitos da eqüidade.

Como integralidade, refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-os cada qual na sua totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em um todo, e o sistema deve ser capaz de prestar assistência de forma integral a essa totalidade.

A tese da descentralização no SUS é político-administrativa, com direção única das ações e serviços públicos de saúde em cada esfera do

governo. Através da Municipalização, coloca o responsável pela ação perto do fato, pois o município é o nível de governo que está mais próximo dos cidadãos e de seus problemas de saúde, facilitando também o acompanhamento e a participação da população na gestão desse sistema de saúde.

O modelo de gestão adotado pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul foi o “municipalizado com ênfase na regionalização” (Manual de Municipalização da Saúde – SSMA do RGS, 1996), ficando, portanto, cada município responsável pela execução de ações e serviços que se desenvolvam em seu território, com a cooperação técnica do Estado e da União e aporte financeiro das três esferas do governo (federal, estadual e municipal). A municipalização dos serviços de saúde trouxe para os municípios a possibilidade de testar formas diferenciadas de intervenção, ganhando relevância a gerência em nível local, abrindo-se espaços para o planejamento de ações e serviços com maior legitimação e flexibilidade.

Como já vimos, no texto constitucional, o Sistema Único de Saúde(SUS) é definido como uma rede de serviços regionalizada, descentralizada e hierarquizada, porém, para uma real implantação deste sistema, se torna necessário que essa regionalização não se baseie apenas em modelos teóricos, ignorando as realidades locais, mas que contribua efetivamente na organização das práticas de saúde, adequando-as às necessidades da comunidade.

Embora reconhecendo-se as diretrizes do SUS, não podemos esquecer de algumas heranças que nos foram deixadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social, como as citadas por Giovanella e Fleury (1996, p.179) “assistência à saúde fundada em ações individuais médico-hospitalares e o privilegiamento da contratação do setor privado para a prestação dos serviços médicos e hospitalares”, fatos que foram impulsionados pelos mecanismos de financiamento de investimentos, o Fundo de Assistência Social (FAS), o qual garantia diretamente a expansão das empresas de serviços médicos e , indiretamente facilitava a capitalização das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos-hospitalares, ficando no descuido as ações de saúde pública.

O artigo 199, concede liberdade à iniciativa privada na participação do SUS, de forma complementar, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio. Conforme Mendes (1994, p.48),

tanto a Constituição de 1988, quanto as leis que regulamentam os serviços de saúde, não conseguem incluir dispositivos reguladores do setor privado moderno, como vertente de produtos de insumos, como também não permitem a regulação da alta tecnologia, limitando-se este aparato jurídico ao sistema público de saúde.

Neste aspecto, parece que a ordem institucional esconde o caráter ideológico da dominação política e econômica, fazendo da Constituição e da

legislação um foco de expectativas e preocupações dominantes de determinados segmentos da sociedade.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), são instrumentos editados com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, normatizar a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do SUS, fundamentando-se na Constituição Federal, Leis nº 8080 / 90 e 8142 / 90.

A Lei Federal nº 8080 / 90, dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e a Lei nº 8142 / 90, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estas duas leis consagram a municipalização da saúde como estratégia para efetivar a descentralização das ações e serviços de saúde. Assim, constituem a Lei Orgânica da Saúde (Carvalho e Santos, 1995).

Com a NOB 01/91, a gestão do Sistema Único de Saúde era ainda muito centralizado no nível federal, sendo os municípios e a maioria dos estados apenas gerentes* de unidades. Foi publicada através da Resolução nº 273 / 91 do INAMPS.

Já a NOB 01/93, editada pela Portaria nº 545 / 93 do Ministério da Saúde, foi quem apresentou a proposta aos municípios para habilitação de gestores** do sistema de saúde, introduzindo três condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena, sendo criada a transferência regular e automática do teto financeiro do Ministério da Saúde somente para os municípios em gestão semiplena. Através dela também foram constituídas as comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT)⁴

A Comissão Intergestores Bipartite, em âmbito estadual, é integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual da Saúde e das Secretarias Municipais da Saúde (indicação feita pelo colegiado ou Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – ASEDISA). O Secretário da Saúde do Município da capital do estado é membro nato dessa comissão.

Em âmbito Nacional a Comissão Intergestores Tripartite é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, tendo como finalidade assistir o Ministério da Saúde na

* *Gerentes*: responsáveis pela administração de uma unidade ou estabelecimento de saúde de um município, que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema.

** *Gestores*: responsáveis pelo comando do sistema de saúde(municipal, estadual ou nacional), exercendo funções de coordenação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (Diferenciações estabelecidas pela NOB - SUS 01 /96)

⁴ Essas Comissões Intergestores são instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, em diferentes níveis de governo, tendo como objetivo operacionalizar o

elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

Conforme a norma vigente atualmente, NOB – SUS 01/96, os municípios poderão habilitar-se em uma, das duas condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica (gestão das ações e serviços básicos de saúde, como imunizações, procedimentos executados por paramédicos, consultas médicas na área clínica e consultas odontológicas) ou Gestão Plena do Sistema Municipal em que o município assume todas as ações e serviços públicos de saúde, sendo responsável pelo planejamento, programação e execução (direta, através das unidades públicas ou indiretamente, através de serviços privados contratados), controle, avaliação e, se necessário, auditoria de todas as ações e serviços de saúde executadas no município. Nestas condições, o Ministério da Saúde transferirá os recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde.

Uma das metas prioritárias desta Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, é o incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de

processo de descentralização, através da municipalização. Ver manual de Municipalização da Saúde - Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, 1996.

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelecendo um acréscimo percentual ao montante financeiro do Piso Assistencial Básico (PAB).⁵

Com o objetivo de reduzir as distâncias entre a população e os serviços de saúde e de recuperar a confiança entre o médico e seu paciente, e ao mesmo tempo estabelecer uma nova relação entre a equipe profissional e uma família, o PSF tem sido bastante incentivado pelo Ministério da Saúde. Esta equipe de saúde deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde e dando uma cobertura aproximadamente a três mil e seiscentos (3.600) habitantes.

Os profissionais de nível universitário e os agentes de saúde realizam visitas domiciliares periódicas e rotineiras nas famílias, atuando sobre as necessidades destas e da comunidade, através de um trabalho de educação à saúde, prevenção e tratamento de doenças. Também realizam encaminhamentos para serviços especializados de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde tem como princípio básico o envolvimento da comunidade na melhoria das suas condições de vida e saúde. Para tanto, é exigido que o agente comunitário de saúde seja morador

⁵ PAB - Piso Assistencial Básico, montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. A relação de procedimentos incluídos neste piso é proposto na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde. Este piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional único pela

do próprio local onde trabalha, pois assim ele estará interferindo e auxiliando nas necessidades da sua comunidade. Possui a mesma linguagem, valores e costumes, portanto, é inteiramente identificado pela população local e pode auxiliá-los na resolução dos problemas existentes.

Para desenvolver estes programas, se faz necessário um investimento na preparação, educação destes recursos humanos, não apenas para a implantação, mas durante os trabalhos, servindo de orientação e suporte nas dificuldades encontradas, já que são programas específicos e que muitos profissionais não tiveram oportunidade de conhecê-los durante sua formação.

No Artigo 200, inciso III da Constituição Federal, consta que é atribuição do SUS, além de outras funções, “ ... ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Este tema foi pauta da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde (Março 1986 e Agosto 1992), bem como da I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde.

Com a Municipalização, é função de extrema relevância dos gestores municipais providenciar a elaboração de programas de capacitação de recursos humanos de acordo com as necessidades dos profissionais e da realidade específica de saúde da população local.

população de cada município (fornecido pelo IBGE). Este valor é transferido regular e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

É preciso ressaltar que o compromisso do Município nesta questão não diminui nem isenta de responsabilidade a União e os Estados, devido, principalmente, às obrigações estabelecidas como competência do SUS.

1.1.3 Os Recursos Humanos no SUS

Questões sobre recursos humanos, que se apresentam para o sistema de saúde brasileiro, são extremamente significativas e desafiantes. As mudanças estruturais que vem ocorrendo a partir da origem do Sistema Único de Saúde (SUS) e a evolução tecnológica nas ciências médicas, geram certa instabilidade e expectativa, diante das exigências de transformação e expansão na saúde para acompanhar a dinâmica deste processo. Embora reconheça-se que essa instabilidade não é particularmente das políticas de recursos humanos em saúde, ela pode ser encontrada nas demais áreas de políticas públicas, uma vez que estas decorrem de confrontos de valores que vêm ocorrendo na sociedade brasileira, diante da instabilidade real de nossa economia e das alterações no processo de trabalho.

Assim, com o processo histórico de “estruturação e desestruturação dos modos de organização do trabalho em saúde”,⁶ em que aparecem novos trabalhos e outros são superados, podemos considerar emergencial a formação de novos trabalhadores e a capacitação de tantos outros para as necessidades reais de saúde. Ao revisarmos a história da saúde no Brasil, podemos constatar as diversas tentativas, feitas na intenção de alcançar este objetivo.

A Reforma Sanitária Brasileira, com sua origem na década de 70, motivada por esforços e propostas de vários movimentos para alcançar a meta estabelecida em Alma - Ata, “Saúde para Todos no Ano 2000” pode ser considerada como o marco inicial desse desafio – Recursos Humanos para a área da saúde.

Na I Conferência de Recursos Humanos para a Saúde em 1986, foi proposta a agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de desenvolvimento de recursos humanos para o setor saúde, a ser cumprida como condição para a suposta e desejada implementação do SUS. No entanto, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Julho de 1994) significou como o soar de um alarme: “a situação dos serviços

⁶ Processo que deve ser analisado na organização do trabalho em saúde. Citado como *Modelo Tecnológico de Atenção*, por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, na obra *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

de saúde e das práticas profissionais está caótica e compromete a própria idéia do SUS, esgarçando os seus apoios e pilares de sustentação” (Relatório Final da Conferência – Cadernos RH Saúde, julho de 1994).

De uma certa forma, concordamos que:

Ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade, devemos ter em conta não apenas como uma entrada do usuário a um sistema preexistente, mas uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa a planificação e a organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma *dimensão simbólica*, relativa às *representações sociais* acerca da atenção e ao sistema de saúde (Giovanella e Fleury, 1996, p.196).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que foi discutido a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a criação de um Sistema Único de Saúde, já apresentava-se em pauta o tema Política de Recursos Humanos. Também nesta mesma década, em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição do Brasil, este assunto foi contemplado no Artigo 200,

Compete ao SUS, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; para garantir uma assistência qualificada à população dentro dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Na década de 90, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Quinquenal da Saúde 1990 / 95 – A Saúde do Brasil Novo, em que no aspecto de recursos humanos a sua atuação visava: formação, treinamento, reciclagem, educação continuada e preparação de especialistas em quantidade e qualidade adequadas; planejamento e gestão de recursos humanos, com ênfase para a implantação de planos de cargos, carreiras e salários; desenvolvimento de estudos e pesquisas quanto a estrutura, dinâmica das relações de forças de trabalho por setor. Este plano também previa para a formação de recursos humanos a ação conjunta entre as secretarias de saúde, universidades e centros de referências.

Para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio Grande do Sul, contatos e articulações entre municípios, universidades, e centros de referência ocorreram em alguns municípios. Conforme Nery e Vanzin (1998), em Porto Alegre, no ano de 1993 a Prefeitura Municipal, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), celebraram entre si um Protocolo de Intenções, com o objetivo de implementar definitivamente o SUS, determinando a municipalização da saúde em Porto Alegre: viabilizar alternativas com vistas a regular a demanda existente aos serviços do HCPA; integrar ensino / serviço / pesquisa das Unidades da área da saúde da UFRGS. Desta maneira, cada instituição participaria deste processo com ênfase na formação de recursos humanos para

a área da saúde, através de programas de educação continuada. A área de Recursos Humanos, devido sua necessidade de abrangência na assistência e a complexidade dos problemas existentes, necessita de um tratamento interdisciplinar, que oriente as transformações nos serviços e em todo o sistema.

Com o desempenho de diversos setores para a consolidação do SUS, o Ministério da Saúde, sendo o responsável pela gestão nacional do sistema, organizou em Agosto de 1992, através da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, e a cooperação técnica da Organização Pan - Americana da Saúde, o Programa de Desenvolvimento de Pesquisa e de Recursos Humanos – O Seminário “Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde”, com os objetivos de: definir estratégias e ações para o desenvolvimento da investigação sobre recursos humanos em saúde; identificar a situação da investigação na área de recursos humanos, identificar problemas relevantes para a investigação sobre recursos humanos em saúde.⁷

Nesse seminário foi reconhecido que não se pode pensar em processos de mudança na área da saúde, sem que o enfoque principal recaia sobre o papel representado pelos recursos humanos, trabalhadores em condições de

sujeitos históricos em sua adequada relação com os objetos, em todos os momentos do processo de trabalho, contrariamente à concepção de profissionais, sujeitos privados, alheios aos momentos do processo de trabalho, através de suas consciências técnicas embasadas na ética da *autonomia profissional*.

Essa perspectiva de recursos humanos como sujeitos históricos é substituída na maioria das pesquisas por conceitos de profissão, que tende a abstrair as determinações sociais da prática e as características coletivas do trabalho em saúde, para dar ênfase à decisão técnica do trabalhador individual. Nas instituições ou serviços de saúde, também ocorrem situações em que os profissionais são interpretados muitas vezes, como recurso e poucas vezes são vistos com o adjetivo humano.

A partir de tais reflexões, cabe lembrar, que no Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos⁸, já ficava claro o alerta: de uma maneira geral, os modelos de atenção à saúde não contemplam as necessidades de saúde da população e estão em desacordo com os princípios do SUS. O modelo assistencial ainda prevalente tem caráter hospitalocêntrico, com predomínio das ações de caráter curativo, em detrimento das ações

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Seminário de Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde. A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório do seminário. RH SUS, Brasília, 1993.

preventivas, como saneamento básico, controle ambiental, vigilância sanitária e epidemiologia e a educação para a saúde. O planejamento é centralizado e distanciado das realidades locais.

Os gestores, dirigentes e profissionais de saúde lotados nos serviços estão despreparados para a utilização da epidemiologia como instrumento de reorientação de sua prática; desconhecendo de fato as condições de saúde, e, mesmo, de vida da população. Falta aos trabalhadores da saúde, instrumentos técnicos – científicos e políticos que lhes permitam uma leitura adequada da realidade social, sob a ótica de interesses populares. Os cursos preocupados com a esfera pública municipal, ainda são reduzidos.

Também permanecem não resolvidas, questões importantes para o atendimento da população, como a inexistência de sistemas de referência intra e intermunicipal para os encaminhamentos necessários. Os profissionais da saúde, vivem no centro das contradições, que se estabelecem entre as necessidades de saúde da população e um sistema de saúde incapaz de responder satisfatoriamente a elas. Não participam efetivamente da formulação e da implementação da política de saúde na sua instituição e no seu local de trabalho.

⁸ II CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, *Relatório Final*. Cadernos RH Saúde, V. 2, N.1. Brasília, Julho de 1994.

Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários e jornadas de trabalho profundamente desiguais. Inexiste, na maioria das instituições, um Plano de Cargos, Carreiras e Salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes aos processos de trabalho da área da saúde. Não existe também, um dimensionamento de pessoal para atender as necessidades reais de saúde da população.

Na formação e capacitação destes profissionais, ainda muito pouco tem sido investido, se levado em conta que estão sujeitos à estrutura de necessidades próprias, históricas e sociais da época, bem como, a tecnologia disponível e os modos de organização do trabalho em saúde.

Ainda, em termos de formação, é questionável o teor dos modelos curriculares vigentes, bem como sua coerência com os modelos assistenciais preconizados para o SUS. Conforme Paim (1994, p.23):

As instituições de ensino embora dispondendo de uma autonomia relativa para definir os tipos de recursos humanos a serem preparados, não são capazes de alterar por si sós, a estrutura das práticas de saúde. Produzem, inclusive uma ação de reforço e de reprodução dessa estrutura através da ideologia, do *habitus* da cultura e das práticas exercidas pelos seus docentes.

Surgem, então, diante destas constatações a necessidade de maior preocupação, investimento e apoio institucional aos profissionais da saúde, enquanto sujeitos principais, atuando para a resolutividade dos problemas de saúde da população, e podendo ser considerados como a *face de apresentação* do SUS. O despreparo, a falta de participação na formulação e implementação da política de saúde, fazem com que suas práticas comprometam os princípios e diretrizes deste sistema de saúde.

Não restam dúvidas que o aparato institucional é importante, a dotação de verbas e equipamentos também, mas tudo isso, pode passar a ter um caráter apenas de exterioridade, se o profissional de saúde que se encontra em contato direto com a população, não estiver aderido de forma competente ao trabalho que está realizando, não estiver convencido de que deve manter relação de ética e comprometimento com o usuário. É neste contexto que se deve pensar a capacitação dos profissionais da saúde.

Conforme Mendes (1996), o SUS, como processo social, apresenta dimensões políticas, ideológicas e tecnológicas, que vem sendo impulsionado por um movimento social denominado reforma sanitária brasileira, através de lutas e propostas de diversos atores sociais. Assim, a qualquer interpretação, que se pretenda instituir no âmbito da formulação e implementação da política de saúde do SUS, implica primeiramente em considerar a complexidade desta

construção, que se dá em ambiente habitado por uma diversidade de representações de interesses, e em campos sociais de diferentes constituições.

1.2 O Município de Santa Cruz do Sul

Para um maior entendimento da situação geral de saúde deste município, passamos a desenvolver conteúdos essenciais para essa compreensão.

1.2.1 Caracterização do Município

Município de imigração alemã, fundada em 1849, Santa Cruz do Sul, esta localizado na encosta inferior nordeste do Rio Grande do Sul, distante 155 Km da capital do Estado, com uma população de 100.433 mil habitantes, sendo 51.568 (51.35%) do sexo feminino e 48.865 (48.65 %) do sexo masculino (IBGE,1996). A estimativa populacional para o ano de 1998 publicada no diário oficial de 27 de agosto 1998 foi de 104.772 mil habitantes. Esta população

esta predominantemente localizada na zona urbana, num total de 80%, e 20% na zona rural.

A zona rural está constituída, em sua maioria, de minifúndios, cuja atividade principal esta basicamente concentrada no cultivo do fumo. Existem tentativas de investimento na diversificação, através da produção de hortifrutigranjeiros, piscicultura, suinocultura, micro usinas de leite e outros.

Santa Cruz do Sul conta com um complexo industrial, localizado principalmente no distrito industrial, com predominância de empresas fumageiras, sendo consideradas como maiores a Phillip Morris Marketing S/A, Universal Leaf Tabacos Ltda e a Souza Cruz. Fazem parte também desse complexo as empresas que atuam nas áreas de: metalurgia (Metalúrgica Mor e Cimasa), agro-industria (Pioner Sementes), artefatos e brinquedos (Xalingo indústria e comércio), frigorífico (Baunhardt irmãos S/A), confecções (Simon Braun Ltda), manufatura de borracha (Mercur S/A), produtos alimentícios (Füller S/A), e outras.

Em sua estrutura sócio-econômica, encontram-se: 341 indústrias, 2.669 comércios, 1986 prestadores de serviços e 3600 trabalhadores autônomos (Cadastro da Secretaria Municipal da Fazenda / Universidade de Santa Cruz do Sul em 31/12/96).

As fumageiras tem em suas organizações, quadros de pessoal fixo e safristas, que trabalham somente durante alguns meses do ano. No período entre as safras, estes trabalhadores ficam sem ocupação, morando em zonas periféricas, na maioria em vilas próximas ao distrito industrial, locais onde as condições de moradia e saneamento básico são precárias.

O êxodo rural ocorre basicamente devido a atração pelo trabalho nas empresas, durante os períodos de safra. Entre os jovens de 15 a 25 anos, filhos de agricultores, em fase de formação educacional, também há uma grande atração pela zona urbana, fazendo com que, na maioria das vezes, saiam para estudar e não retornem mais para a zona rural. Outro fator que também tem aumentado a incidência do êxodo rural, é o fato de as propriedades serem pequenas, e portanto, dificultando a subdivisão, obrigando os filhos dos agricultores a procurar novas oportunidades.

Este município pode ser considerado como um centro polarizador na Região do Vale do Rio Pardo, servindo de referência econômica, e de serviços de saúde para os demais 26 municípios integrantes desta região.

O sistema de saúde no município é municipalizado desde 1992, portanto, o município é responsável pelos serviços de saúde prestados. O gestor da saúde é o secretário da saúde, nomeado pelo governo municipal por ocasião das eleições municipais. Ele, de posse deste cargo, desempenha suas

atividades durante quatro anos, período da gestão municipal (gestão atual 1997-2000).

A Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.142/90 estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde como também disciplina a transferência de recursos arrecadados pela União, para os Estados, o Distrito Federal e Municípios.

Em Santa Cruz do Sul o Conselho Municipal de Saúde, com participação paritária de prestadores de serviços de saúde e usuários dos serviços de saúde foi criado pela Lei 2.378 de 18 de setembro de 1991, lei que também criou a Conferência Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

Com esse processo de municipalização a estrutura básica para a prestação dos serviços públicos ambulatoriais vem se constituindo e se organizando, principalmente em relação à construção de unidades de saúde e contratação de pessoal.

Em 1992 a Secretaria Municipal da Saúde foi instalada no 1º piso do prédio do antigo INAMPS, sito à rua Ramiro Barcelos nº 1430. A parte térrea deste prédio foi ocupada com o Plantão de Urgências (PU), para atendimento à clientela nas 24 horas do dia, inaugurado nesse mesmo ano.

O primeiro concurso público municipal pela Secretaria de Saúde realizou-se em 1995 com seleção de candidatos à diversos cargos nos setores da saúde, alguns que exigiam formação de nível médio e outros universitário. Os que exigiam nível universitário foram para as áreas de odontologia, medicina, enfermagem, psicologia, farmácia e assistência social.

Apesar do concurso, a situação dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde ainda não está totalmente regularizada. Existem alguns profissionais concursados atuando que ainda não foram nomeados. Outros, que não são concursados ou que não foram aprovados no concurso, e continuam atuando nos serviços de saúde.

Os recursos financeiros necessários para a demissão dos funcionários em situação irregular, têm sido uma das dificuldades apresentadas pelo município para a regularização da situação empregatícia.

O atendimento à saúde da população é realizado pela Secretaria Municipal da Saúde, nos 19 (dezenove) postos de saúde e nas 2 (duas) unidades móveis. Destes postos, 13 (treze) estão localizados na cidade e 06 no interior.

Na maioria dos postos de saúde, são realizadas consultas médicas, imunizações e pequenos procedimentos de enfermagem, como nebulizações, e curativos, efetuados por médicos e auxiliares de enfermagem. Apenas quatro

destes postos contam com o profissional enfermeiro. O posto de saúde central, o maior deles, é considerado o centro de atendimento materno-infantil, mantendo também em seu interior os serviços de Vigilância Epidemiologia, Odontologia, Farmácia, e coordenação do Programa de Agentes Comunitários.

Quanto às unidades móveis, estas possuem gabinete odontológico (Odontomóvel) e uma delas possui ainda um consultório para clínica geral e ginecologia (Odonto-médica), e são destinadas especialmente para as localidades do interior (meio rural).

Além dos postos e das unidades móveis, conta-se também com o Plantão de Urgências (PU) e os Centro de Atendimento: Psicossocial (CAPS) e Centro Municipal de Atendimento à Sorologia HIV / AIDS (CEMAS), considerados como centros especializados.

O atendimento de urgências e emergências é realizado no Plantão de Urgências (PU), nas 24 horas, por uma equipe composta por 2 médicos (clínico geral e pediatra), 1 enfermeira, e 4 auxiliares de enfermagem em cada turno. Esse setor conta com sala para o atendimento de emergências, observação, consultórios médicos, além de sala para curativos, e nebulizações. Também faz parte desta área, no térreo, a recepção, a sala de espera, a sala de estar das enfermeiras e os sanitários públicos. As salas de estar dos médicos, dos auxiliares de enfermagem, a copa e o banheiro com chuveiro para os

funcionários estão localizados no 1º piso, próximo as duas salas da Secretaria Municipal da Saúde.

A copa é utilizada para o preparo de chás e cafezinho, não é fornecido alimentação aos funcionários e usuários do serviço.

Atualmente, são realizadas cerca de 12.122 consultas médicas por mês, ou seja, 1.38 consultas por habitante/ano, nas unidades de serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul. Em relação a Organização Mundial da Saúde é preconizado 2.0 consultas / habitante / ano.

Baseado na experiência desta pesquisadora, como profissional da saúde, esta distribuição de serviços em postos, serviços especializados, plantão de urgência e unidades móveis, demonstra a descentralização do atendimento ambulatorial; porém estas unidades funcionam desarticuladas entre si, fazendo com que trabalhadores de uma unidade, muitas vezes desconheçam os serviços prestados nas outras unidades de atendimento. Também o sistema de referência e contra-referência que orienta os encaminhamentos dos usuários dentro e fora do município é pouco reconhecido, ocorrendo um gasto maior de tempo, tanto do profissional, como do usuário na procura de informações sobre os serviços existentes.

O atendimento odontológico consiste no tratamento curativo, e também no acompanhamento preventivo de alunos de escolas e creches do município,

assim como de gestantes e adultos que são atendidos em consultórios instalados em quatro postos de saúde, no Plantão de Urgências (PU), e nas duas unidades móveis.

No Serviço de Vigilância Epidemiológica, que funciona no posto de saúde central, conta-se com apenas uma profissional enfermeira, que devido as demais atividades que exerce, só consegue atender os casos de doenças infecto/contagiosas notificadas, atuando com medidas imediatistas, na investigação e tratamento destes casos.

Desconhece-se também os índices e as causas de morbidade dos atendimentos ambulatoriais realizados nos postos de saúde e Plantão de Urgência (PU). Nestes setores, o registro de atendimento é feito apenas no Boletim de Atendimento (modelo do Ministério da Saúde), inexistindo o prontuário do paciente, ou sistema de arquivo informatizado. Os registros nos boletins de atendimento são reduzidos, deixando a desejar, dificultando as investigações que se fizerem necessárias.

Muitos encaminhamentos de pacientes são feitos para outros serviços fora do municípios em função da ausência, ou do reduzido número de serviços locais especializados cadastrados no SUS, principalmente se tratando de traumatologia, otorrinolaringologia e neurologia, dificultando ainda mais o controle da morbidade.

Conforme dados da 13^a Delegacia Regional de Saúde do Estado o índice de mortalidade infantil em 1997 foi de 14.5 óbitos / 1000 crianças vivas, enquanto que no Estado (RS) foi de 15.9 óbitos / 1000 crianças vivas.

O serviço de vigilância sanitária conta com um veterinário, um químico e dois agentes de saúde que dedicam o maior tempo de seus trabalhos em atividades de inspeção.

Quanto aos medicamentos, é grande o número de farmácias existente nesse município. A Prefeitura mantém uma farmácia, dentro do posto de saúde central, sob a responsabilidade de uma farmacêutica, para distribuir gratuitamente medicamentos as pessoas carentes (com renda máxima de até três salários mínimos), residentes no município, previamente cadastradas, e portadores de receitas médicas proveniente dos serviços do SUS. Em 1997, foi inaugurada a farmácia de manipulação de medicamentos, para produção da medicação de maior procura, como analgésicos, anti-térmicos, anti-inflamatórios, antibióticos e outros, atendendo a demanda da farmácia do SUS e dos postos de saúde.

O atendimento hospitalar é realizado em três hospitais gerais, filantrópicos, construídos com o esforço da comunidade. Dois destes estão localizados na zona urbana, e um no distrito de Monte Alverne, à 28 Km da cidade. Localizado no centro da zona urbana, o Hospital Santa Cruz está

equipado com Unidades de Terapia Intensiva de Adultos e Pediátrica. Possui também, além de outros serviços o de hemoterapia.

Em média o número de leitos hospitalares no município é de 300, dando um índice de 2.94 leitos / 1000 habitantes. Destes 194 (64,67%) estão cadastrados no SUS (Dados da 13^a Delegacia Regional de Saúde do Estado – RS). A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que 70% dos leitos disponíveis no município devem ser destinados para o SUS.

A Prefeitura repassa a essas instituições recursos financeiros a título de complementação dos valores pagos pelo SUS. Esta complementação financeira é feita, pela Prefeitura também aos médicos especialistas como cardiologistas, traumatologistas, ortopedistas, cirurgiões, neurologistas, ginecologistas, obstetras, oftalmologistas otorrinolaringologistas e nefrologistas que atendem em seus consultórios particulares. O valor que o SUS paga por cada consulta aos médicos credenciados, de 2,55 reais e a prefeitura complementa com R\$ 7,00 para que o atendimento à comunidade se realize, atendendo a uma solicitação feita pela classe médica. O mesmo não acontece com outros profissionais da área da saúde.

Em relação ao atendimento comunitário, a comunidade conta desde 1998 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual atinge um total 5.660 famílias, tendo em média 50 agentes comunitários.

O Programa de Saúde da Família também foi implantado neste mesmo ano nas vilas mais carentes (Bom Jesus e Boa Esperança), contando com duas equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem que, na maioria das vezes, prestam o atendimento às famílias obedecendo uma ordem de prioridades levantadas pelos agentes comunitários de saúde.

Os recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde possuem um vínculo empregatício bastante diversificado, pois além dos concursados existem os contratos emergenciais e os cedidos da esfera federal e estadual. Seu quadro de pessoal atualmente, está provido de 47 médicos (sendo 03 psiquiatras), 17 odontólogos, 12 enfermeiros, 07 psicólogos, 03 assistentes sociais, 01 farmacêutica e 56 auxiliares de enfermagem. Destes, são cedidos do Estado: 05 médicos, 01 odontólogo e 06 auxiliares de enfermagem. E, cedidos da esfera federal são 12 médicos e 02 auxiliares de enfermagem, totalizando 87 profissionais de nível universitário, dos quais representam a população alvo desta pesquisa.

A maioria dos médicos tem em sua formação uma especialidade, porém, nas unidades de saúde atuam como clínico geral ou pediatra. São poucos os contratados como especialistas.

A jornada de trabalho e os salários, também são bastante desiguais, ocorrendo até mesmo, casos de profissionais com cargos iguais e carga

horária e salários diferentes. A carga horária dos médicos, psicólogos e odontólogos é de 20 horas semanais, e a dos enfermeiros e dos assistentes sociais é de 36 horas semanais. Alguns desses profissionais, os que atuam no Plantão de Urgências, realizam plantão no turno da noite, finais de semana e feriados com escalas de revezamento e intervalo para descanso durante a semana.

1.2.2 O Plano Municipal de Saúde

A Norma Operacional Básica, NOB 01/96, publicada pelo Ministério da Saúde, no Diário Oficial da União no dia 06/11/96, após ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, “tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º da Constituição Federal).

Através do apoio técnico e financeiro dos poderes públicos estadual e federal, a responsabilidade dos municípios abrange a gestão de um sistema que atenda, com integralidade, a demanda das pessoas pela assistência à saúde e as exigências sanitárias ambientais.

Neste enfoque, o Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se num processo de adesão ao nível desejado pelo município ao Sistema Único de Saúde (SUS), deve possuir a amplitude necessária e indispensável para o enquadramento de todas as variáveis previstas na NOB 01/96. Em Santa Cruz do Sul, ele representa um importante desafio da administração municipal 1998 – 2000, para implantar a Gestão Plena do Sistema Municipal e, a partir desta condição, assumir todas as responsabilidades da saúde no município.

Tem como objetivo principal,

estabelecer através da estrutura pública local, física, política e administrativa, ações no Setor de Saúde que venha atender as necessidades da população dentro de seus direitos de cidadania e dos deveres do Estado segundo os princípios constitucionais vigentes.⁹

Entre os objetivos específicos do Plano Municipal constam: viabilizar o desenvolvimento de uma melhor assistência de saúde à população; propiciar um atendimento amplo na área de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde; capacitação dos recursos humanos para as áreas de saúde e meio ambiente; aproveitar e reorganizar os meios e recursos humanos necessários a assistência da saúde; supervisionar, apoiar e avaliar todos os

⁹ SANTACRUZDOSUL, Prefeitura Municipal.
1998-2000.

serviços de saúde do município; controlar o exercício profissional vinculado à saúde; promover a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; implantar o serviço de informação em saúde.

Dentro da programação deste Plano, está incluído o plano de carreira dos servidores da saúde. A existência de um plano de carreira abre perspectivas de crescimento profissional e a possibilidade de estabilidade socioeconômica dos funcionários.

1.2.3 O Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde, foi instituído em Setembro de 1991 com a finalidade de planejar, organizar, controlar e avaliar a política municipal de saúde. É um órgão deliberativo de fundamental importância para traçar as diretrizes a serem seguidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

Fazem parte desse conselho: cinco membros da Prefeitura Municipal, três profissionais da saúde (destes, apenas uma enfermeira faz parte do quadro de pessoal da Secretaria da Saúde), dois prestadores de serviços e dez usuários. Com igual número e proporcionalidade de suplentes.

O Fundo Municipal de Saúde em Santa Cruz do Sul foi criado pela Lei nº 2.378 de 18 de Setembro de 1991 e regulamentado pelo Decreto nº 3.726 de 26 de fevereiro de 1992. Constitui-se de recursos financeiros destinados a gerar benefícios na área da saúde, uma conta especial para utilização no conjunto das ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A receita do Fundo Municipal de Saúde compõe-se de recursos municipais, estaduais e federais. Como receitas municipais estão aquelas oriundas da arrecadação de impostos como IPTU, ICMS e outros. O percentual considerado necessário para um bom funcionamento do SUS Municipal é de 10% destas arrecadações, o que ainda está sendo negociado entre o gestor da saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a Prefeitura.

As receitas de origem estadual e federal são decorrentes de convênios, pagamentos por prestações de serviços e repasse Fundo a Fundo, conforme as Constituições Estadual e Federal. Baseado na gestão pleiteada pelo município é feito o repasse de verbas da União.

No caso deste município, com a Gestão Plena do Sistema Municipal, os recursos são transferidos da União (do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde) conforme critérios populacionais e de programação estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com a NOB 01 / 96.

Ao Conselho Municipal de Saúde se faz necessário clareza quanto a previsão de receitas e a fixação das despesas do Fundo Municipal de Saúde, como também o conhecimento da Legislação do SUS para fiscalizar a execução orçamentária, destinada exclusivamente para a saúde.

É de fundamental importância, que as questões do Fundo Municipal de Saúde estejam intimamente ligadas ao Conselho Municipal de Saúde, pois estes, são mecanismos de controle social, tendo como atribuições, entre outras, controlar a movimentação financeira do SUS (Lei nº 8.080, art. 33).

Aos conselheiros cabe deliberar sobre a aplicação dos recursos financeiros da saúde, de acordo com as necessidades. Para tanto, necessitam de informações sobre os recursos financeiros existentes e a origem de suas fontes, bem como de seus envolvimento no processo de planejamento e orçamento público do município. Quanto ao planejamento, no Plano Municipal de Saúde é feito um detalhamento da programação físico-financeira, com previsão e proposta orçamentária que deverá ser apresentada ao Conselho Municipal de Saúde para análise e aprovação.

1.3 As Representações Sociais: base para reflexão do cotidiano dos profissionais da saúde

1.3.1 As Representações Sociais na visão de alguns autores

A partir do século XIX percebeu-se que a linguagem, a religião, os costumes e outras manifestações externas aos indivíduos necessitavam ser estudadas como fenômenos de substrato social e não apenas como fenômenos individuais. Foi com Durkheim que iniciou-se a delimitar o objeto da nova ciência, sociologia, e o estudo de fenômenos considerados fatos sociais.

Durkheim (1992, p. 72) define como fato social:

a maneira de agir, pensar e sentir capaz de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou então que é geral na extensão de uma sociedade dada, apresentando uma existência própria, independente das manifestações individuais que possa ter.

Ele pensava também que a sociedade era regida por leis universais como as existentes na natureza, e o coletivo não podia ser explicado em termos do individual. E, que para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade, os símbolos com que ela pensa, os sentimentos que pertencem a sua constituição (Durkheim, 1978).

Em suas análises, ele atribui aos símbolos, enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, “instrumentos de integração social”.

Para Bourdieu, (1989, p.16) “os sistemas simbólicos”, como instrumentos de conhecimento e de comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados.

O poder simbólico, é um poder de construção da realidade e tende a estabelecer uma ordem, que condiciona e direciona a forma de comportamento das pessoas. Portanto, é através da vida de relação que se desenvolve, se estrutura o sentido do ser humano e do mundo social. A fala é valorizada como expressão das condições de existência, ela é o símbolo de comunicação que representa o pensamento humano. Por isso, revela condições estruturais, sistema de valores e normas. Tem o poder de transmitir as representações de grupos determinados em condições históricas, culturais e sócio-econômicas específicas. Assim, surge na trajetória das ciências sociais a noção de sujeito social, e o interesse pelo cultural, o imaginário e o simbólico.

Max Weber, ao contrário de Durkheim, em sua visão sociológica considera que cada cultura produz suas crenças, seus valores, sua ética e suas particularidades. O indivíduo é reflexivo, tem suas idéias, espírito e mentalidade. “As representações sociais são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem”. Sua preocupação, bem como seu objetivo é

compreender o sentido que cada ator dá a sua própria conduta. Os seres humanos são conscientes da estrutura das ações humanas. Ele define a ação como a conduta humana, a que o indivíduo atribui significado subjetivo. Em seus estudos sociológicos, defendia a vantagem das Ciências Espirituais sobre as Ciências Naturais, argumentava que “nos estudos dos grupos sociais, somos capazes de ir além da simples demonstração das relações funcionais e uniformidades; podemos compreender as ações – e as intenções subjetivas dos agentes – dos membros individuais”¹⁰. Nas Ciências Naturais não podemos compreender nesse sentido, os movimentos dos átomos, das moléculas, e outros, apenas observamos ou deduzimos as uniformidades presentes nos movimentos.

Conforme Weber (1986, p.91), as representações sociais são específicas a cada sociedade, “características individuais dos agrupamentos”. E para conhecermos a realidade desses, devemos nos interessar pelos “fatores”, e como eles se agrupam para formar um fenômeno cultural historicamente significativo para nós.

não há qualquer dúvida de que o ponto de partida do interesse pelas ciências sociais reside na configuração do *real* e portanto individual da vida sócio-cultural que nos rodeia, quando queremos apreendê-la

¹⁰ Ver TIMASHEFF, N. S. *Teoria Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965, p. 230.

no seu contexto *universal*, nem por isso menos *individual*, e no seu desenvolvimento a partir de outros estados sócio-culturais, naturalmente individuais também.

Na visão de Jodelet (1984), a representação social se constitui da designação de fenômenos múltiplos que se observam e estudam a variados níveis de complexidade, individuais e coletivos, psicológicos e sociais. Sendo assim, um conhecimento espontâneo constituído a partir das experiências, das relações, da comunicação social, e do senso comum.

O conceito de representação social aparece na Sociologia e é ampliado na Psicologia Social com Moscovici (1961, 1976). Como definição deste conceito, Jodelet, apoiada em Moscovici (1984, p.474), elaborou o seguinte:

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Portanto, para esses autores o ato de representação, é um ato de pensamento por meio do qual um sujeito se relaciona com um objeto. Representar é substituir a, estar em lugar de, por esta razão envolve signos e símbolos. Significa também, re-apresentar, fazer presente na mente, reproduzir mentalmente um objeto, uma pessoa, acontecimentos e idéias.

As representações sociais não são coisas internas dos indivíduos, nem conhecimentos científicos, elas são construídas na interação social, no compartilhamento, no coletivo. É uma forma de conhecimento social elaborado no dia a dia do senso comum, com perspectiva prática.

Segundo a Tese de Moscovici em 1961 sobre a Psicanálise, (Moscovici, 1984), o conhecimento científico convive com o conhecimento do senso comum, um afeta o outro. Exemplo disso é o conhecimento médico, em que as pessoas se apropriam desse saber e o re-inventam conforme seus valores e suas práticas, reapresentado-o como conhecimento do senso comum caracterizando-se assim a representação social.

É a sociedade que fabrica suas próprias teorias. Conforme Jovchelovitch (1994), a esfera pública aparece como um lugar em que uma comunidade pode desenvolver e sustentar saberes sobre si própria – ou seja “representações sociais”.

As representações sociais são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente. São espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: domínio da vida em comum, o espaço público (Jovchelovitch, 1994, p.81)

Numa sociedade as comunicações servem como sistema de difusão e fazem com que as pessoas formulem representações sobre os objetos com os quais convivem. A mídia é o vetor destas representações, é através dela que se propagam as idéias.

Porém, essas idéias necessitam do espaço público, do contato direto das pessoas para a sua elaboração, sendo sua constituição baseada em valores e características do coletivo. Dessa interação, sobressaem as idéias dominantes.

Para Minayo (1993), as representações sociais como categoria de estudo aparecem elaboradas teoricamente por alguns filósofos, nas filosofias correntes, mas também são as idéias das elites, das grandes massas e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Nestas representações “poderão estar presentes tanto elementos de dominação como de resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo” (1993, p.174). Elas são capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão envolvidos.

Portanto, é através dessa abordagem dialética das representações sociais que o presente estudo terá o seu curso de desenvolvimento.

1.3.2 A abordagem dialética das Representações Sociais na condução do estudo

Numa abordagem dialética pretende-se conduzir este estudo, entendendo as representações sociais como uma expressão do lugar, das relações e condições sociais vividas pelos profissionais da saúde.

Entende-se, que para trabalhar juntos, dirigentes, equipes de saúde e usuários, se faz necessário o conhecimento das idéias de cada elemento individual, como também do grupo, de suas representações, pois cada indivíduo é portador de sua cultura e das subculturas em que vive, bem como dos valores do grupo profissional ao qual pertence. Traz consigo o conjunto de representações, dos hábitos e das normas de seu grupo social.

Na prática administrativa, no planejamento dos serviços de saúde raramente tem sido incluído a produção de sujeitos sociais, como um de seus objetivos. Há uma maior tendência de controlar as pessoas do que estimulá-las a se produzirem como autônomas, responsáveis por seus atos, sua vida e pela vida de seus semelhantes.

Para Campos (1997), não é possível definir sujeito apenas a partir dele mesmo. Classes sociais, agrupamentos e indivíduos se constituem pela rede de relações que estão imersos.

Segundo este mesmo autor as formas de representar o outro e os objetos com os quais convivemos, obedecem uma lógica decorrente da história individual de cada um, como também das relações, das pressões, dos fatos e constrangimentos existentes nas instituições e na sociedade. Portanto, é de fundamental importância que os gerentes dos serviços de saúde conheçam as representações que os profissionais têm de seu trabalho e de seus clientes.

Concordando com Campos, toda a sociedade tem uma dinâmica e temporalidade própria, o mesmo ocorrendo na área da saúde. No momento em que há uma certa tendência dos profissionais de saúde, em congelar determinadas formas de representação ou de significação do outro: cliente, colega e, ou, serviço, pode estar ocorrendo um processo de alienação. Esse, é um sinal que não deve passar despercebido pelos gestores e gerentes, pelo fato de interferir na qualidade dos serviços prestados e nas condições de saúde da população.

O SUS, como objetivo almejado pela Reforma Sanitária, se constitui num processo com muitos atores sociais, e que ao longo do tempo vai sendo construído com ritmo e feições próprias de cada realidade. A municipalização da saúde também vai se encaminhando para sua concretude, através de um processo amplo com múltiplas determinações e a participação de vários atores e segmentos da sociedade.

Concordando com Heimann (1992), a municipalização da saúde deve ser concebida como um processo e não como um fenômeno pontual, que se alcança por decreto, pois é através da vivência, da atuação, do contato direto dos profissionais com a realidade de saúde do município que esta vai adquirindo forma e se moldando conforme as necessidades da população.

E, para tanto, as falas, carregadas de significações do cotidiano, as representações sociais dos profissionais da saúde, tornam-se subsídios indispensáveis na dinâmica desse processo.

2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

2.1 Caracterização do Estudo

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa social qualitativa com complementação de dados quantitativos.

A abordagem qualitativa, em sua essência, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, ocorrendo um vínculo quase indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Sendo este, um dos principais motivos, que fundamenta a escolha da abordagem qualitativa, nos esforços empreendidos para compreensão e descrição da experiência humana, vivenciada no cotidiano dos profissionais da saúde.

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador, pesquisador é parte integrante do processo do conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerente e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (Chizzotti, 1995, p.79)

Através da dialética, enfatiza-se a relação dinâmica entre o sujeito, profissional da saúde, e os objetos com que ele interage ao desempenhar suas funções no Sistema Único de Saúde, valorizando-se a contradição entre a filosofia do sistema, a legislação do SUS e a maneira de pensar, e de agir, individual e coletiva destes profissionais em suas unidades de trabalho.

Para Minayo (1993), esta abordagem, permite apreender a prática concreta dos indivíduos em sociedade, numa perspectiva histórica, e em processo dinâmico de constantes transformações; como também possibilita a interpretação da realidade como uma totalidade na qual se integram tanto os aspectos materiais que determinam a produção da consciência como as representações sociais que configuram e constroem um modo de vida condicionado por um específico modo de produção.

A pesquisa qualitativa, a partir do enfoque dialético, possibilita identificar as causas e as consequências dos problemas, suas relações, contradições, qualidades e dimensões quantitativas. Conforme Triviños (1987), ela não busca apenas resultados ou produtos, mas sim a descrição do processo, os conflitos

presentes e as contradições existentes nas relações dos indivíduos. Tem por objetivo principal “transformar a realidade que se estuda”. (1987, p.125).

Portanto, não é tarefa fácil descobrir os significados das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais. Para tanto, o que auxiliou na compreensão dos fenômenos, das atitudes e das respostas emitidas, foi a vivência, o partilhar do pesquisador, nesta mesma cultura, neste mesmo contexto empírico durante vários anos.

Deste modo, entende-se que “todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam” (Chizzotti, 1995, p.83).

Os dados não são coisas isoladas, são fenômenos que se evidenciam em uma complexidade de relações, de oposições, de revelações e ocultamentos, por isso nem sempre são fáceis de perceber. Procurou-se compreender os sujeitos da pesquisa, através de suas experiências, representações e idéias que elaboram sobre o SUS, tornando-se assim o conteúdo de seus depoimentos a base de fundamentação das análises e descrições. Acredita-se que o senso comum¹¹ pode ser identificado mesmo nas

¹¹ Neste contexto, considera-se o senso comum, a unidade de pensamentos, linguagens, crenças e valores que representa o grupo de profissionais dos serviços do SUS de Santa Cruz do Sul.

idéias vagas, fragmentadas, ele está presente naquilo que é experienciado, vivido pelos profissionais. E, a representação social é a elaboração de idéias, saberes criados no compartilhamento, no coletivo do dia-a-dia, neste senso comum.

Para tanto, o conhecimento no senso comum não deve ser pensado como apenas uma tradução do conhecimento científico, mas uma recriação de idéias através das relações sociais, uma reapresentação deste conhecimento com as características do grupo que o elaborou. Se dirigem a um objeto, e estão embasadas em culturas, valores, visões de mundo dominante, fatores determinantes das práticas sociais, são noções ou fenômenos observáveis que refletem uma realidade.

Para Gil (1996), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, grupo e, ou fenômeno. Este método exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. Para a máxima amplitude do processo estudado foi utilizado nesta pesquisa a técnica de triangulação¹² na coleta de dados, enfocando num primeiro aspecto os profissionais de saúde, suas funções, seus comportamentos e suas percepções. No segundo ângulo de enfoque foram investigados os elementos produzidos pelo meio, representado nos

¹² Técnica apresentada por TRIVIÑOS, A. N. S. , na obra *Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987, p. 138.

documentos da Secretaria Municipal da Saúde. E, por último, aos processos e produtos originados na dinâmica socioeconômica e cultural do Sistema de Saúde, em que estão inseridos os profissionais.

Portanto, fazem parte dessa pesquisa, as seguintes etapas: Primeiramente, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde nas bibliotecas da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Escola de Saúde Pública.

O trabalho de campo teve a duração de quatro meses, de julho à outubro de 1998.

Anteriormente ao trabalho de campo, foi realizada uma visita à Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul e solicitado uma autorização do Secretário da Saúde para desenvolver a pesquisa, nas unidades de serviço da saúde desta secretaria, e consultar alguns documentos para a coleta de dados. Os instrumentos de coleta de dados, também foram entregues ao Secretário da Saúde para sua ciência, antes da aplicação dos mesmos.

Na Segunda etapa, foram realizadas entrevistas com os profissionais, nas quais abordou-se questões sobre o SUS e oportunizou-se a emissão de idéias, valores e as representações destes profissionais sobre o sistema de

saúde, bem como de suas relações, interesses e necessidades. Além da entrevista, foi aplicado um questionário, com o objetivo de coletar um maior número de dados e informações que possibilitam a caracterização dos profissionais que desenvolvem atividades no SUS deste município.

Na terceira etapa, realizou-se a análise dos conteúdos das entrevistas e os dados do questionário.

2.2 Sujeitos da pesquisa

Neste estudo, a população constitui-se de todos os profissionais de saúde com formação universitária, que atuam nos serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul; num universo de oitenta e sete (87) profissionais, distribuídos nas diversas áreas da saúde. Esses profissionais são médicos, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e psicólogos. Deste total, apenas seis (6) não devolveram o questionário, considerando-se assim 81 casos válidos.

Para a entrevista a amostra foi composta de dez profissionais, desse mesmo universo.

Foram selecionados intencionalmente estes profissionais pela semelhança nas funções e cargos que ocupam.

2.3 As técnicas para coleta dos dados

Para o levantamento de dados, foram utilizados além de documentos da Secretaria da Saúde, como o Plano Municipal de Saúde, entrevistas e questionários.

2.3.1 Entrevistas

Utilizou-se como instrumento de investigação das representações sociais, valores e avaliações sobre o SUS, bem como um espaço para os profissionais emitirem suas idéias de forma mais clara e abrangente. Justifica-se este procedimento por permitir um aprofundamento nas questões fundamentais, obtendo de forma direta um parecer mais detalhado do entrevistado. Essa técnica permitiu, ainda, a interferência do pesquisador no momento das respostas, dando maior clareza ao conteúdo.

Estas entrevistas semi-estruturadas* foram realizadas pela pesquisadora, na mesma população do questionário, utilizando uma amostra aleatória, constituída de dois profissionais médicos, dois odontólogos, dois enfermeiros, dois psicólogos, dois assistentes sociais. A constituição desta amostra ocorreu através de um sorteio, selecionando sistematicamente dois representantes para cada categoria profissional que compõe o universo desta pesquisa.

Os locais das entrevistas foram escolhidos, pelos entrevistados, no primeiro contato feito pela pesquisadora, para esclarecer sobre a pesquisa e questionar sobre o interesse de participação na mesma. Alguns escolheram seus consultórios particulares, sua residência, outros optaram por serem entrevistados nos seus setores de trabalho do SUS.

Como forma de captar melhor o conteúdo das entrevistas, facilitar a interação entrevistado-entrevistador e a observação das reações do entrevistado, optou-se pela gravação das mesmas. Após gravadas, foram transcritas e codificadas com números de 01 à 10. (Exemplo: entrevista 1, entrevista 2, ...)

* Entrevista semi-estruturada neste contexto significa a elaboração pelo pesquisador de um roteiro prévio de questões, formuladas conforme o problema e as hipóteses da investigação. O informante, tem liberdade para abordar o tema proposto pelo entrevistador.

2.3.2 Questionário com questões fechadas e abertas

Após a elaboração do questionário, o mesmo foi apreciado por dois professores, um mestre e um doutor, que avaliaram o instrumento quanto à clareza das questões e sua relação com os objetivos propostos. Posteriormente, como teste piloto, foi aplicado em uma pequena amostra (10% do universo), de profissionais da saúde de um município vizinho. Foram alterados e reexaminados os tópicos, que apresentaram durante a aplicação, dúvidas e dificuldades na interpretação. Assim, foi trabalhado para comprovar sua validade, e operatividade.

Estes questionários foram apresentados e entregues pela pesquisadora e por uma acadêmica do Curso de Enfermagem a todos os profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul, com formação universitária, em seus locais de trabalho.

Esta acadêmica recebeu anteriormente informações sobre a técnica a ser utilizada, e foi acompanhada pela pesquisadora durante toda a pesquisa.

Durante esta pesquisa surgiram algumas dificuldades, sendo a que mais prejudicou o andamento do trabalho foi o atraso na devolução dos

questionários e a pouca disponibilidade de tempo por parte dos profissionais para emitir as informações solicitadas. Também ocorreu que um profissional, cedido da esfera estadual, não aceitou responder o questionário, justificando que não fazia parte do quadro de pessoal do SUS, e que nem tinha interesse em trabalhar para este sistema, porque o mesmo remunera muito mal os profissionais.

2.4 O local do Estudo

O estudo foi realizado nos serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul - RS.

2.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se a análise descritiva, através da distribuição de freqüência dos dados do questionário. Como recurso foi utilizado o programa “Ep/Info 6.04 b” que possibilita a descrição de dados estatísticos (distribuição de freqüência, cruzamentos entre variáveis e tabelas).

Os conteúdos das entrevistas e das questões abertas do questionário foram analisados através do método dialético de análise de conteúdo. Conforme Minayo (1993), esse tipo de análise visa obter indicadores, que caracterizam os conteúdos das mensagens, os quais podem ser definidos como unidades de registro. Essas unidades são resultantes da decomposição do conjunto da mensagem. Tanto a palavra, a frase, a oração ou tema podem ser utilizados como unidade de registro.

Nessa fase de análise pode ser apontada três finalidades:

estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e / ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (Minayo, 1993).

Referindo-se à pesquisa social, essas finalidades são consideradas complementares.

Na operacionalização utilizou-se dos seguintes movimentos:

- leitura global para apreensão do todo;
- leituras sucessivas de cada entrevista;

- reconhecimento de indicadores dos temas: representação do SUS, constituição dos profissionais, participação nas políticas de saúde, conflitos e dificuldades, acordos e senso comum;

- classificação do tema em rubricas para melhor compreensão e interpretação (concepções sobre o SUS, inserção na dinâmica do SUS, valores, dificuldades, melhorias);

- identificação das unidades intencionais do discurso encontradas nas rubricas: contradições (teoria / prática; crítica / alienação; totalidade / fragmentação) e as mediações (ideológicas e institucionais);

- identificação das relações existentes interdiscursos;

- estabelecimento de conexões, mediações e contradições dos conteúdos das entrevistas com a filosofia, e diretrizes do SUS, procurando compreender as múltiplas determinações que explicam a problemática da descaracterização dos princípios básicos do SUS na atenção à saúde.

E, por último, o tratamento, a análise e interpretação dos resultados, dando-se especial atenção às semelhanças e diferenciações dos elementos que possibilitam o agrupamento em função das características comuns.

As categorias profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais e farmacêuticos) também foram utilizadas

para comparar as desigualdades presentes no cotidiano dos profissionais da saúde, que aparecem com nitidez em suas representações.

3 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Este tópico é reservado à apresentação dos dados da pesquisa. Foram efetuadas, determinadas associações entre os dados obtidos nos documentos, questionários e nas entrevistas, buscando na relação com a teoria, algumas concepções que mediassem a cotidianidade dos sujeitos envolvidos.

Para facilitar o entendimento da realidade empírica, procurou-se apresentar num primeiro momento os dados que caracterizam os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul. Após, de maneira seqüencial, através de tópicos: o processo de trabalho no SUS local, as relações profissionais as informações e representações sobre este sistema de saúde, bem como a participação dos profissionais na elaboração e implementação das políticas de saúde.

3.1 Caracterização dos Profissionais da Saúde da Rede Pública de Santa Cruz do Sul

3.1.1 Idade e Sexo

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO A CATEGORIA PROFISSIONAL, IDADE E SEXO

PROFISSÃO	MÉDICOS			ODONTÓLOGOS			ENFERMEIROS			ASSIST. SOCIAL			PSICÓLOGOS			FARMACÊUTICA			TOTAL
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
DE 25 A 29 ANOS	6	1	7	1	4	5	1	2	3	0	2	2	0	1	1	0	1	1	19
DE 30 A 39 ANOS	6	5	11	4	3	7	0	6	6	0	0	0	0	3	3	0	0	0	27
DE 40 A 49 ANOS	12	4	16	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
50 ANOS OU MAIS	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
TOTAL	34	10	44	6	8	14	1	8	9	0	2	2	0	4	4	0	1	1	74

Fonte: Pesquisa Direta Leni D. W. e Maria Loeci S. , outubro 1998.

Observação: Dos 81 profissionais, 7 (sete) não informaram o sexo e a idade. Portanto para estes dados, foram considerados válidos 74 casos.

Verifica-se que o maior número de profissionais são do sexo masculino e estão concentrados na categoria médica.

Dos enfermeiros, apenas um é do sexo masculino. Na categoria dos psicólogos e assistentes sociais todos são do sexo feminino. Há também, apenas uma farmacêutica.

Quanto à idade, o maior número de profissionais 27 (36,5 %) estão na faixa etária de 30 à 39 anos, 19 (25,7 %) estão entre 25 a 29, 18 (24,3 %) entre 40 à 49 e 10 (13,5 %) tem 50 anos ou mais.

3.1.2 Formação Profissional

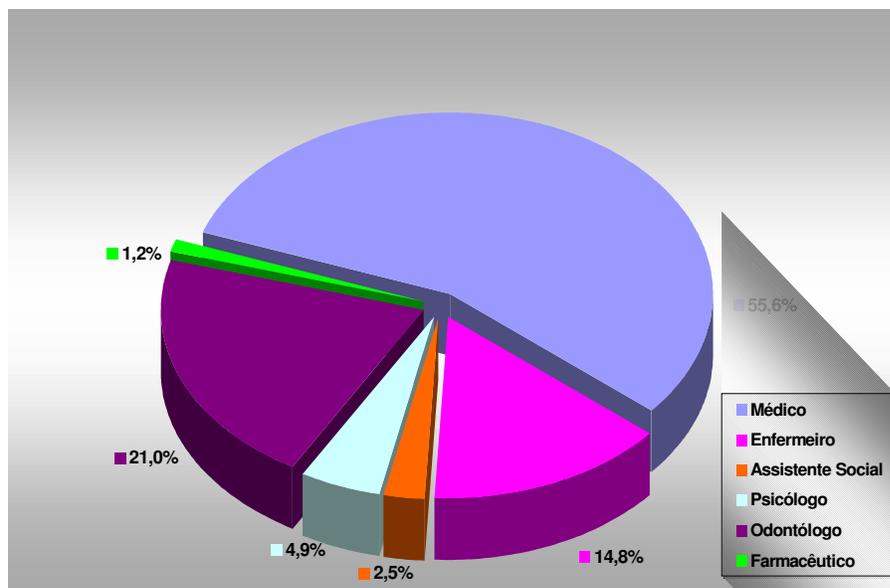


Figura 1. Formação dos profissionais da saúde

Fonte: Ibidem

Podemos observar que dos 81 profissionais envolvidos nesta pesquisa, 55,6 % são médicos, 21,0 % odontólogos, 14,8 % enfermeiros, 4,9 % psicólogos, 2,5 % assistentes sociais e 1,2 % farmacêuticos.

A maioria dos médicos têm em sua formação uma especialidade; no entanto a maior parte destes, é contratada pelo município como clínico geral.

No que se refere à habilitação ou especialização na área de atuação no SUS, 54,3 % dos profissionais responderam que possuem, 40,7 % não possuem e 4,9 % não informaram. A maioria dos que responderam que possuem habilitação ou especialização na área de atuação são médicos, e

desenvolvem suas atividades no Plantão de Urgências (PU) e possuem residência ou outra especialização na área de clínica geral ou de cirurgia.

Por outro lado, os 40,7% que responderam não possuir habilitação ou especialização na área em que estão atuando, podem influenciar na qualidade dos serviços de saúde, uma vez que o SUS local não possui em sua estrutura organizacional um serviço de educação continuada para os seus funcionários.

3.1.3 Tempo de Serviço

QUADRO 2 - TEMPO DE SERVIÇO NA REDE DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL

PROFISSÃO TEMPO (em anos)	MÉDICOS	ODONTÓLOGOS	ENFERMEIROS	ASSIST. SOCIAL	PSICÓLOGOS	FARMACEUTICA	TOTAL
MENOS DE 1 ANO	7	2	1	0	0	0	10
DE 01 A 03 ANOS	11	5	6	2	2	1	27
DE 04 A 09 ANOS	3	0	1	0	2	0	6
10 ANOS OU MAIS	23	10	1	0	0	0	34
TOTAL	44	17	9	2	4	1	77

Fonte: Ibidem

Observação: Quatro profissionais não informaram este dado, sendo considerados válidos 77 casos.

Destes, podemos observar que 34 (44,1 %) estão atuando na rede pública de saúde deste município há 10 anos ou mais, 27 (35,1 %) estão de 1 à 3 anos, 10 (13,0 %) com menos de 1 ano e 6 (7,8 %) tem de 4 à 9 anos de atuação.

3.1.4 Vínculo Empregatício

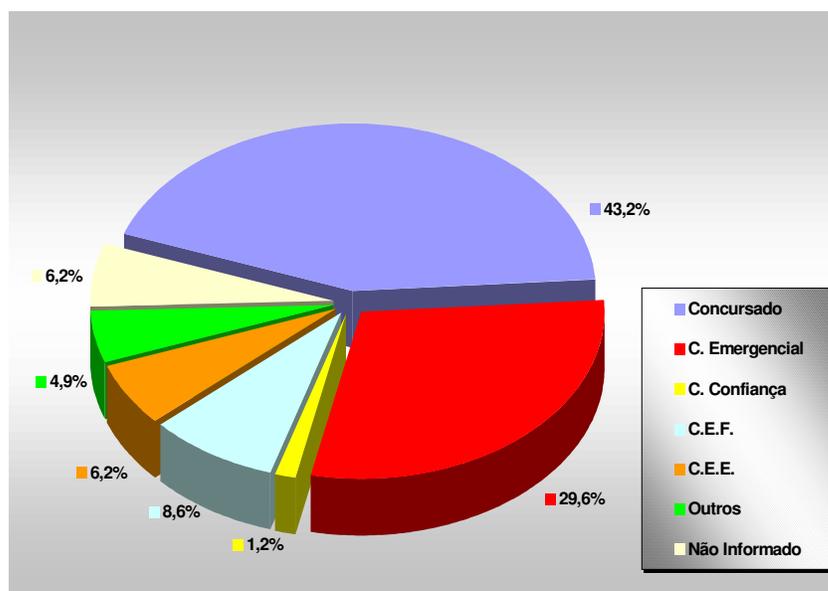


Figura 2. Vínculo Empregatício dos Profissionais.

Fonte: Ibidem.

Quanto ao vínculo empregatício, pode-se verificar que 43,2 % são concursados, 29,6 % tem contrato emergencial, 8,6 % são cedidos da esfera Federal, 6,2 % cedidos da esfera Estadual, 4,9 % outros (contratos CLT realizados anteriormente ao concurso), 1,2 % cargo de confiança e 6,2 % não informaram. Foram considerados como contrato emergencial, dois tipos distintos de vínculo: aqueles que realmente foram contratados sob este tipo de regime, e os que responderam o questionário incluindo-se como tal, sem no entanto possuírem este vínculo. Estes últimos responderam de forma

inadequada ao quesito vínculo empregatício, pois na verdade, são profissionais que ainda se encontram em situação irregular após o concurso.

Esta situação de irregularidade em relação aos recursos humanos do SUS, ainda perdura para várias categorias profissionais. Técnicos concursados continuam sendo convocados para algumas áreas, enquanto em outras, os concursados não foram suficientes para substituir os lotados em cargos emergenciais. Além disso, o grande dispêndio financeiro é uma das dificuldades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em relação às demissões dos funcionários não concursados.

O quantitativo de pessoal que atua na área da saúde deste município é bastante expressivo, se relacionado com outros municípios da região, porém ainda é insuficiente para atender às reais necessidades de saúde da comunidade. Portanto, além do número insuficiente de profissionais, pode-se observar uma certa instabilidade no quadro de pessoal dos serviços desta Secretaria de Saúde pelas questões relativas ao vínculo empregatício que ainda não está totalmente regularizado.

3.2 O Processo de Trabalho e a Representação dos Profissionais da Saúde da Rede Pública de Saúde de Santa Cruz do Sul

A filosofia do SUS se traduz no concreto através da forma com que os profissionais da saúde operacionalizam os seus trabalhos nos serviços de saúde. É nesse concreto, na prática, que as coisas acontecem. Na relação entre si, quando falam de seu trabalho, é que os profissionais expressam as suas representações a respeito do significado do trabalho, do ambiente profissional, das relações inter-profissionais, entre outros.

Portanto, conhecer de perto as atividades desenvolvidas, as formas de inserção nas práticas de saúde e as representações expressas por estes profissionais representa o quadro real da situação.

3.2.1 Atividades Desenvolvidas

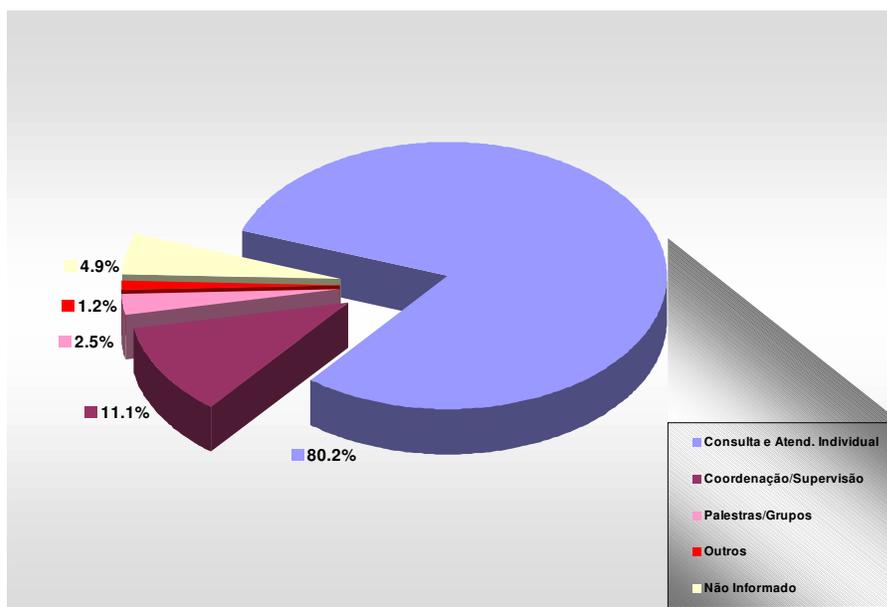


Figura 3. **Atividades Desenvolvidas pelos Profissionais.**

Fonte: Pesquisa direta. Leni D. W., Maria Loeci S., outubro 1998.

Pode-se observar que 8,2 % das atividades dos profissionais estão concentradas na consulta e atendimento individualizado, 11,1% em coordenação e supervisão, 4,9 % não informaram as atividades que desenvolvem, 2,5 % realizam palestras, fazem trabalhos com grupos e 1,2% realizam outras atividades, como serviços burocráticos.

As atividades de supervisão e coordenação foram respondidas na maioria das vezes por enfermeiros.

Como a maioria das atividades está centrada na consulta médica e no atendimento individualizado, pode-se considerar que o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde de Santa Cruz do Sul está sendo desenvolvido predominantemente, através de saberes e práticas de atendimento individual, visando o diagnóstico e a terapêutica.

O objeto de trabalho dos profissionais da saúde está centrado no corpo doente, com a atenção à saúde voltada para os limites físicos, químicos e biológicos do ser humano, caracterizando-se assim, uma assistência pautada no modelo clínico¹³. Portanto, a assistência de saúde oferecida a população pode ser considerada como um *pronto atendimento*, em que a clientela procura a consulta médica, é atendida, e o retorno não é aprazado, ficando a cargo desta clientela o estabelecimento de uma nova consulta, de acordo com suas necessidades. São evidentes os limites deste modelo, conforme a manifestação de um dos entrevistados:

“Esse atendimento é muito difícil dar certo, porque o paciente consulta hoje, recebe receita, mas não tem remédio na farmácia do posto e também não compra, volta amanhã pior, consulta com outro médico e recebe outra receita, é uma coisa sem controle”.
(entrevista7)

¹³ Modelo Clínico, assistência baseada em saberes que conduz a produção de cuidados de natureza biológica, com ações médico-curativas. Termo utilizado por MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

Nesta maneira, de “consultação” o atendimento é realizado de forma rápida, dificultando a investigação efetiva das necessidades e queixas da clientela.

Conforme Boltanski (1979), obstáculos como a pouca duração de cada consulta, impedem os doentes das classes populares de personalizar a relação que mantém com o médico. “A duração da consulta médica parece diminuir bastante com a classe social destes doentes” (p.37 – 69).

Ao relacionar a atenção dispensada à clientela do SUS, comparativamente com a clientela dos consultórios privados, chamou-nos a atenção, quanto à referência ao pouco tempo de duração das consultas:

“No aspecto do tempo dispensado para a consulta médica no SUS, a parte técnica pode não ser prejudicada, mas a parte afetiva do relacionamento tem muitos prejuízos, afetando o vínculo, a credibilidade e a própria aceitação do paciente. Ele chega a ti, porque não tem outra opção” (entrevista 2).

Para as dimensões mais amplas da saúde, como as questões sociais não é dado muita importância. O que parece muito relevante é o “apagamento” imediato das queixas, levar o paciente a um alívio rápido, momentâneo, dos sintomas e uma satisfação pelo socorro.

A consulta médica segue um estilo de queixa - conduta¹⁴, valendo-se de sinais e sintomas para a implementação da terapêutica medicamentosa; diante

¹⁴ Termo utilizado por Mendes Gonçalves, op. cit p. 257, referindo-se ao modelo clínico de assistência, onde predomina o “tratamento” sintomatológico, cujo o objetivo maior é o atendimento imediato da reivindicação terapêutica. Neste modelo é de fundamental

de dúvidas no diagnóstico conta com auxílio de exames laboratoriais, RX e internação hospitalar.

As individualidades das pessoas e suas dimensões sociais raramente são relacionados nessa atenção, como também é muito pouco utilizada a correlação de problemas de saúde com dados epidemiológicos. Resultados semelhantes são descritos por Almeida et. al. (1997) na investigação realizada sobre o trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto – SP. Para essas autoras, uma das consequências da consulta, sem estar vinculada a ações programáticas, é ser ela, “ um saco sem fundo”, pois, sem avaliar o quadro epidemiológico da população, não há como empregar adequadamente os recursos e meios necessários para fazer o controle das doenças em nível populacional. (p.80 – 87)

Assim, a assistência médica individual trabalha com o pressuposto da igualdade de todos ao acesso à consulta, e isso faz com que ocorra uma grande abertura para este tipo de ação, oportunizando a população de exercer uma grande pressão por este serviço. O cliente, baseado em sinais e sintomas, que ele detecta e considera anormais, é que determina a necessidade de atendimento médico no pronto atendimento, o que difere da ação programática, em que esse tipo de atendimento também faz parte, mas com ênfase nas

importância o conhecimento dos medicamentos para atender às manifestações clínicas, às queixas dos pacientes.

prioridades detectadas pelos profissionais e a população. Uma, das tantas decorrências deste modelo é expressada pelos profissionais:

“Opacientepodeconsultarconváriosmédicosnomesmodia,é umacoisasetontrola”(entrevista7).

Os registros são realizados em sua maioria pelos médicos, na hora da consulta, e se reduzem à queixa que o paciente apresenta e a conduta médica, prescrita. O diagnóstico, quando há sinais e sintomas que evidenciam a doença neste primeiro contato, é registrado.

Não se pode interpretar as razões deste tipo de assistência, de maneira simplista, recaindo a análise apenas nos profissionais de saúde que desenvolvem estas atividades. Esta situação necessita de melhores esclarecimentos, não apenas pelo material empírico obtido por esta investigação, mas por meio de outras investigações específicas para essa finalidade. Tais investigações são consideradas de grande importância e necessárias, diante do enfoque preventivo, pretendido e registrado no Plano Municipal de Saúde.

A consulta médica, desvinculada de ações programáticas, e sem o apoio de dados epidemiológicos, dificilmente terá uma efetiva resolatividade.

Na clínica a intervenção é feita sobre a saúde individual, através de estratégias diagnósticas e terapêuticas. A epidemiologia, conforme Almeida Filho (1992), tem como compromisso fundamental produzir conhecimentos,

elucidações sobre a determinação do processo saúde-doença em geral. Fornece informações e descreve os padrões de distribuição de doenças em populações, considerados subsídios para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de medidas preventivas e práticas de saúde coletiva.

A vigilância epidemiológica, referida por alguns profissionais, que está sendo realizada no posto de saúde central pela enfermeira, como parte de suas atribuições profissionais, é apenas uma parcela da epidemiologia. O recolhimento das notificações das doenças infecto-contagiosas e as investigações de focos dessas, incorporadas nas atividades do posto de saúde central é de fundamental importância, no que tange, ao atendimento imediato a um sinal de alerta, para detecção de focos de doenças desse tipo.

Porém, outras ações epidemiológicas para a identificação das condições de saneamento básico e da real situação de saúde da população foram citadas pelos profissionais como uma das precariedades do SUS deste município.

“Eu acho que esse tipo de assistência em alguns casos, é um grande paliativo, porque saúde é uma coisa muito mais amplada que uma injeção, um comprimidinho” (entrevista 5)

“Temos muita carência de dados, registros sobre as doenças de maior incidência, e sobre problemas que estão afetando a saúde da população local” (entrevista 9)

A epidemiologia e a clínica devem andar juntas, numa relação de complementariedade, porque a partir do conhecimento do perfil epidemiológico

de uma comunidade e seus determinantes, torna-se mais fácil adequar os serviços clínicos a esta realidade.

A representação dos profissionais médicos, em termos da produção de serviços de saúde, se refere quase que exclusivamente à consulta médica e medicações.

“Eu vou lá fazer as minhas consultinhas, a minha cota e deu!”
(entrevista2).

“Se compararmos o atendimento prestado no serviço público hoje como que era realizado há 6–8 anos atrás, tem diferença; até porque, as cobranças são outras, mas o que eu ainda acho é que não se completa o ideal do SUS, eu não há uma maneira clara de orientar o profissional, até quando o condado devair”.
(entrevista1)

A qualidade deste atendimento poucas vezes foi citada durante as entrevistas; a quantidade, o número de consultas sempre aparecia, como sendo uma condição imposta pelo serviço, em nível local.

“Agente trabalha num sistema quantitativo e não qualitativo, o que eu quero é quantidade, e assim, se tem pouca qualidade e resolatividade” (entrevista7).

“O SUS, exigem muito a nossa produção, a quantidade de pessoas atendidas não a qualidade”. (entrevista8)

O objeto de trabalho apontado pela maioria dos profissionais é o “paciente, doente”. Utilizavam muito esta terminologia, quando falavam de suas atividades junto a clientela. Alguns até afirmavam:

“A saúde é ainda muito curativa” (entrevistados 1,2,5,6,7).

“Precisamos de mais especialistas” (entrevistados 1,2,4,7).

Com o objeto de trabalho dos profissionais centrado no paciente e suas queixas, e os meios e instrumentos de trabalho organizados para a consulta e terapia medicamentosa, o médico tem posição central neste atendimento, por ser responsável pelo diagnóstico e prescrição de medicamentos. Essa situação é produto da divisão do trabalho, gerada pelo modelo de atenção à saúde adotada por este serviço. Desta maneira os médicos estabelecem tal relação de poder, no processo de trabalho, pelo domínio e condução da produção de consultas e tratamento dos doentes.

Pode-se observar, que este modelo cria diferenças entre os profissionais, não correspondente com a realidade e gera uma divisão técnica do trabalho, que não é só técnica, mas também social, pois produz um distanciamento muito grande entre os mesmos; principalmente entre a categoria médica e as demais categorias. Coloca os esforços de todos os profissionais como um auxílio ao trabalho médico, e não como um trabalho cooperado com objetivos comuns.

“Os médicos para as questões dos donos da saúde” (entrevista 6)

Exemplo disso, pode ser observado na atuação da enfermagem, onde é utilizado grande parte do tempo de trabalho na organização da infra-estrutura necessária à consulta médica, no controle da funcionalidade deste fluxo, avaliando e encaminhando para outros serviços quando necessário; muitas vezes complementando estas consultas, através da decodificação das prescrições e orientando para o tratamento ou para exames.

“O posto de saúde central está resumido em dar ficha e o médico atender, no meio disso não existem mais nada, não existe programa, o trabalho da enfermagem está totalmente desvirtuado. Precisa ser resgatado o trabalho da enfermagem” (entrevista 8).

No centro de atendimento à saúde mental (CAPS), os profissionais têm tentado trabalhar com grupos, para atingir um maior número de pessoas, mas referem que não é tarefa fácil, pois, tanto o profissional como a clientela precisam ser preparados para isso, porque a cultura sobre o atendimento à saúde é ainda muito centrada na consulta médica.

“Atualmente, ainda a consulta é o ítem muito forte, tanto para os clientes, como para os profissionais. Se não teve consulta, remédios, parece que não houve atendimento. Muitos médicos ainda estão muito apegados, como se fossem donos da saúde. Ele têm um mentalidade assim: eu que sei, ninguém mais sabe, imagina Assistente Social, Psicóloga, Enfermeira entender de medicação, como? Isso é meu papel” (entrevista 6).

Conforme Mendes Gonçalves (1994), mesmo admitindo-se o corpo humano como objeto genérico do trabalho médico desde o início do século XIX, há formas diversificadas de proceder a elaboração de seu conhecimento. A concepção sobre o paciente, baseada nos limites físicos, químicos e biológicos do ser humano, que sustenta o saber clínico, definindo o que é normal e o que é patológico no corpo do “homem, indivíduo - biológico, leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo” (1994, p. 66).

O enfoque do modelo clínico de assistência à saúde é essencialmente biológico, pressupondo como causa das doenças apenas os fatores biológicos do corpo humano, quase que esquecendo os aspectos sociais que levam o homem a adoecer, tratando-o como se fosse possível dissociar o biológico, o psicológico e o social.

A saúde da população, de uma maneira geral, vem sendo atingida por problemas provocados pelas relações sociais conturbadas, de caráter agressivo e degenerativo, que exigem mudanças de atitudes, na relação homem-ambiente e não mais somente a profilaxia e o tratamento específico contra os agentes causadores, como as bactérias e os vírus.

Concordando com Berlinguer (1983, p.153 – 155), “o poder do médico que na história era considerado uma influente elite social, cultural e muitas vezes política, foi gradualmente diminuindo”, diante dos agravos e riscos que vêm acometendo a saúde dos homens. Exemplo disso, ele cita a Itália, que

entre os países capitalistas do Ocidente contava com o mais alto número de médicos em relação à população, porém possuía um dos mais baixos índices de saúde, ocorrendo uma grande contradição: mais profissionais, e menos saúde.

Mesmo crescendo na teoria e na prática a bagagem de conhecimentos tecnológicos e terapêuticos, fica cada vez mais difícil para o médico interferir eficazmente contra as doenças, e reconduzir a clientela a uma condição de vida saudável, sem o apoio e a complementaridade de outras categorias profissionais.

“As pessoas quando vão ao médico, é por que elas já estão doentes, pelo stress total, por falta de emprego, desrespeitada em diversos segmentos da comunidade, e acabam despejando tudo isso no SUS” (entrevista 5).

O médico tem conhecimento sobre a doença, mas não consegue erradicá-la sozinho; faz-se necessária uma articulação de suas práticas com saberes de outros profissionais e com a própria comunidade, através de um processo comunicativo, que possibilite uma abertura para o entendimento das ideologias, retrabalhando os códigos e símbolos que interferem nas relações e nas questões de saúde-doença.

Quanto ao modelo clínico de atenção, não se pode negar sua importância na estruturação do conjunto das ações de saúde; porém, se articulado à epidemiologia numa relação de complementariedade, poderá surtir

efeitos mais abrangentes nas ações, agindo de maneira mais efetiva, não apenas no plano individual, mas no âmbito da saúde coletiva.

Na representação de alguns profissionais sobre o SUS local, já está sendo questionado as práticas desenvolvidas, e, apesar de timidamente tem sido ventilado o desejo de mudanças.

“Nós temos quem mudar nossa concepção de serviço público, o nosso atendimento precisa atingir mais pessoas, a curto prazo, então não pode ser somente atendimento individualizado”.
(entrevista 8)

3.2.2 Carga Horária e Salários

No processo de trabalho dos profissionais, a carga horária é um fator bastante diverso.

A municipalização da saúde em 1992 e o concurso público em 1995 podem ser considerados os maiores responsáveis por esta diversificação e pelo surgimento de muitos conflitos entre os profissionais.

A cedência de recursos humanos da esfera federal e estadual ao município por ocasião da municipalização, já havia gerado uma grande insatisfação, no que tange às diferenças e incompatibilidades de cargas horárias e salários, ocorrendo muitas vezes situações desagradáveis, como

profissionais atuando juntos, com as mesmas atribuições e responsabilidades; no entanto, com salários e cargas horárias diferentes.

Outra situação bastante delicada era a desobediência às chefias e o desrespeito à hierarquia. Como os coordenadores das unidades ou dos setores de saúde municipal eram profissionais do quadro de pessoal do município, os demais profissionais cedidos não os respeitavam como seus representantes superiores. Alguns até pronunciavam verbalmente suas inconformidades e não aceitação com expressões tais como: “eu não tenho chefia”. Principalmente a categoria médica, em que muitos destes sentiam-se autônomos e pensavam ser os únicos responsáveis pelo desempenho e a qualidade de suas ações, chegando alguns destes, a acharem dispensável o fornecimento de informações sobre o seu trabalho ao responsável pelo setor.

As análises de Freidson (1978), sobre a autonomia do trabalho médico, encontram nesta realidade, corroboração empírica. Essa dependência constatada por ele, causa consequências no trabalho dos profissionais.

Com o concurso, surgiram expectativas de melhorias no relacionamento, mas isso não aconteceu, gerando, assim, até maiores confusões e insatisfações. Alguns profissionais consideram que os médicos são privilegiados, com a redução da carga horária estipulada no concurso, e até mesmo com a liberdade de não cumprirem integralmente o que foi firmado com o concurso. Situação decorrente da relação de poder que os médicos se atribuem no processo de trabalho.

“Os médicos não cumprem a carga horária, e tem privilégios, parece um clã, separada dos demais. Se centrou tanto o atendimento do SUS na figura médica, que eles têm todo o poder. Eles fazem o horário que eles querem, o salário é muito bom para quem trabalha duas horas por dia, dez horas por semana. E porque os demais precisam trabalhar vinte ou trinta e seis horas semanais por esse mesmo salário ? “ (entrevista 8)

Oficialmente, com o concurso, a carga horária de trabalho semanal dos enfermeiros e assistentes sociais é de 36 horas. A dos médicos, odontólogos e psicólogos é de 20 horas. No entanto, os salários estão no mesmo padrão, supostamente iguais.

“Os médicos, uns fazem carga horária e outros não, e isso para eles não é cobrado, enquanto que para outros profissionais e auxiliares, uma hora que falte já complica. Isso gera atrito e desmotivação, essa diferença de tratamento”. (entrevista 7)

Como a maior parte do trabalho dos profissionais esta voltado para o conhecimento da doença, da disfunção do corpo individual, com o objetivo principal de normalização desta irregularidade através da ciência médica, do saber clínico, reforça ainda mais o caráter autônomo dos médicos, na solução da doença. Na consulta, os médicos atendem a demanda de clientes e tentam aliviar o sofrimento físico.

“ Cuando su trabajo típico consiste en tratar los problemas que le trae lagente, el profesional desarrolla su propia e independiente concepción de aquellos problemas y trata de manejar a ambos, pacientes y problemas, a su modo”.¹⁵

¹⁵ Autonomia médica considerada por FREIDSON, Eliot. Em *La Profesión Médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado*. Barcelona: Ediciones Península, 1978, p.15.

O clima de insatisfação e conflito pode tornar as pessoas individualistas, com sentimentos de egoísmo, levando a realizar ações isoladas, fragmentadas, com pouco interesse ou até indiferença com o resultado final, com a qualidade dos serviços prestados.

3.2.3 Capacitação Profissional no SUS

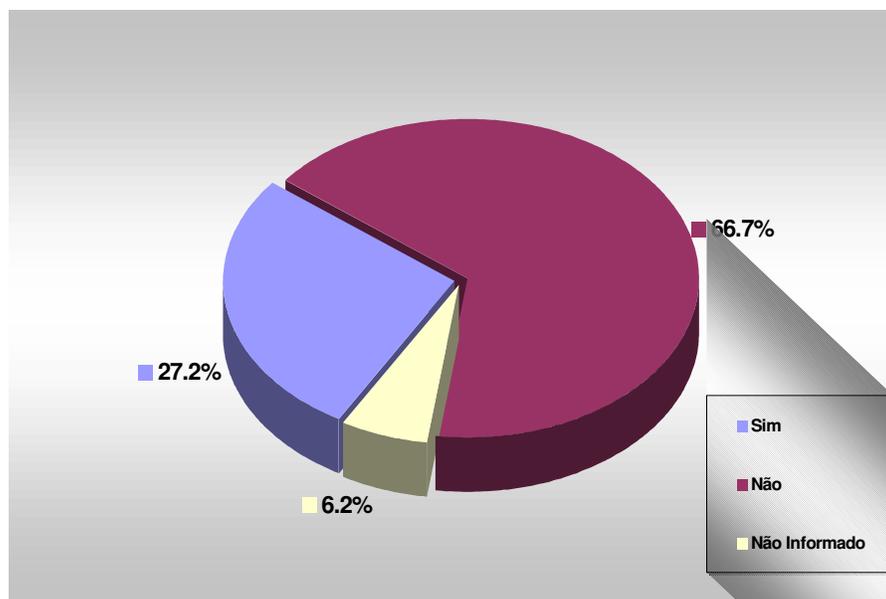


Figura 4. Capacitação profissional específica para atuação no SUS

Fonte: Ibidem.

Quanto a ocorrência de capacitação profissional para atuar nos programas ou áreas específicas, 66,7% responderam que não ocorre capacitação em serviço, 27,2% responderam que ocorre e 6,2% não informaram.

Em suas falas, aparece a capacitação, educação em serviço, como um grande problema, ainda não resolvido.

“Os profissionais não estão preparados para trabalhar no SUS, é muita consulta e reconsulta, parece que não tem resolutividade. Acho que falta muito ainda para ser feito.

No serviço, também não há um treinamento para os profissionais assumirem um programa. Os primeiros profissionais que começaram no PACS e PSF, até tiveram oportunidade de participar de capacitação oferecida pela Secretaria da Saúde do Estado, por serem programas novos. Mas como demais, é feito remanejamento de pessoal e têm que assumir sem estar capacitado”. (entrevista 5)

Os profissionais que mais citaram esta capacitação, foram os que atuam nos serviços dos centros especializados, Centro Municipal de Atendimento a Sorologia HIV / AIDS (CEMAS) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Muitos informaram já ter participado de cursos que auxiliaram em suas atuações profissionais, e que essa participação foi motivada pelas necessidades sentidas no processo do trabalho cotidiano.

No que diz respeito aos cursos realizados, pode se verificar que a maioria originou-se da iniciativa própria dos profissionais, 24,7% são particulares oferecidos por instituições privadas, 23,5% oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, 4,9% pela Secretaria Municipal de Saúde e 46,9% não informaram.

Os profissionais buscam fora dos serviços, capacitação, treinamentos, que auxiliem no desenvolvimento de suas atividades, na maioria das vezes sem auxílio financeiro da instituição da qual fazem parte.

“Não existe capacitação em serviço, inclusive quando muda alguma coisa no trabalho, o agente precisa se preparar, através de cursos particulares, que cada um paga o seu. Fora do seu horário de trabalho, ou recompensando o horário depois. Dizem que não existe recurso, auxílio para isso, verba destinada.”. (entrevista 6)

Com a organização das práticas de saúde voltadas para a assistência individual, centradas em terapêuticas curativas e o processo de qualificação profissional estruturado de maneira individualizada, conforme as necessidades sentidas pelos profissionais ao desenvolver suas atividades no setor de trabalho, fica bastante comprometida a qualidade do serviço de saúde oferecido à comunidade, como também limita o saber profissional.

Os profissionais ficam muito atrelados ao saber técnico e perdem a visão da totalidade, de fatores econômicos, políticos e sociais que envolvem o sistema de saúde. Torna-se difícil adquirir um saber / fazer contextualizado.

“Cada profissional vai atrás do que se interessa, e paga por isso. Eu, me preocupo e quero que o meu serviço funcione, por isso que vou atrás, mas tem profissionais que nem estão se preocupando. Porque vão gastar dinheiro?” (entrevista 8)

“Falta incentivo, no momento que tu não ganhas nenhum tipo de incentivo, nenhum curso de aperfeiçoamento, como é que tu vai ter perspectiva que querem realmente investir em ti, no teu trabalho?” (entrevista 5)

Percebe-se que não há um envolvimento coletivo para a qualidade das ações, cada um desenvolve suas atividades da maneira que considera mais correta. Não existe um processo de avaliação da qualidade das ações, ou do desempenho dos serviços que prestam estas ações.

3.2.4 Avaliação do Desempenho – “Qualidade das Ações”

Ao serem questionados sobre a avaliação do desempenho e a qualidade das ações nos setores de trabalho, 55,6% responderam que existe avaliação. Porém destes, a maioria fez comentário quanto a avaliação funcional no período de experiência (probatório) do concursado. Inclusive com colocações sobre o despreparo de quem avalia, que nem sempre é um profissional da mesma categoria funcional.

Dos demais, 38,3% responderam que não existe avaliação e 6,2% não informaram.

A avaliação realizada, é mais em termos disciplinares com os concursados no período probatório, para cumprir uma exigência legal. Isso é reconhecido pelos profissionais no momento em que eles citam que existe avaliação do desempenho profissional no primeiros meses de concursado.

“No SUS, é exigido a quantidade de atendimento e não a qualidade; então, talvez esteja aí o que o povo diz: o SUS não é de confiança, onde está a qualidade? Eu acho até, que o povo tem razão, têm muitas coisas que não são de confiança mesmo”.
(entrevista 8)

Sendo a avaliação, uma função gerencial, é de fundamental importância que os coordenadores, ou responsáveis pelos serviços e setores, acompanhem a dinâmica e a qualidade das ações como um todo.

Concorda-se com Nogueira (1994), que a qualidade das ações em saúde não é mais apenas algo pressuposto nos agentes que desenvolvem as ações, devido ao seu alto nível de formação ou de qualificação, mas “algo que os envolvidos nos atos de saúde estarão constantemente preocupados em auferir e aperfeiçoar para dar maior satisfação aos que necessitam desses serviços” (p. 17).

Sendo assim, fundamental a existência de um grande interesse em criar e manter, entre todos os envolvidos nas unidades de saúde, gerentes e trabalhadores, uma consciência quanto às propriedades, benefícios e malefícios, dos serviços prestados; utilizando-se para isso, inclusive de metodologias de trabalho e estatísticas específicas.

E para julgar a qualidade com feições quantitativas, faz-se necessário não apenas considerar o número de procedimentos realizados pelos profissionais, mas julgar as metas alcançadas, como por exemplo a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade. Portanto, a qualidade não equivale a uma mera intenção de poucos; ela tem base no esforço persistente e coletivo, que se inicia com o planejamento e é incorporada em todos os atos de saúde nas unidades.

No que se refere à questão de organização do trabalho em saúde, como processos de produção de serviços e como redes de relações sociais, em que vários profissionais desenvolvem suas práticas para uma totalidade social, considera-se de fundamental importância a gerência, para o planejamento das

ações, a integração dos recursos humanos e a comunidade, como também para a busca de unidade do processo de trabalho, em que cada profissional deva estar comprometido no desenvolvimento de sua parcela para atingir o objetivo maior que é a saúde.

Segundo Almeida e Rocha (1997, p. 288), “na atividade gerencial estão inerentes as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania”. Na dimensão técnica estão os aspectos mais gerais e instrumentais do próprio trabalho, como o planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação no que diz respeito aos recursos humanos, físicos (equipamentos e instalações) adequados à finalidade do processo de trabalho.

Concordando com Mendes Gonçalves (1994), todo o trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica necessariamente num posto de trabalho que cuide para que o conjunto se mova organizadamente em função ao produto.

Portanto, mesmo que as atividades sejam desenvolvidas de maneira independente, cada profissional realizando o seu trabalho, conforme seus princípios e seus saberes, é primordial a existência da gerência, agindo como um fio condutor, orientando as ações para o objetivo comum.

3.2.5 Definição e orientação de tarefas nos serviços

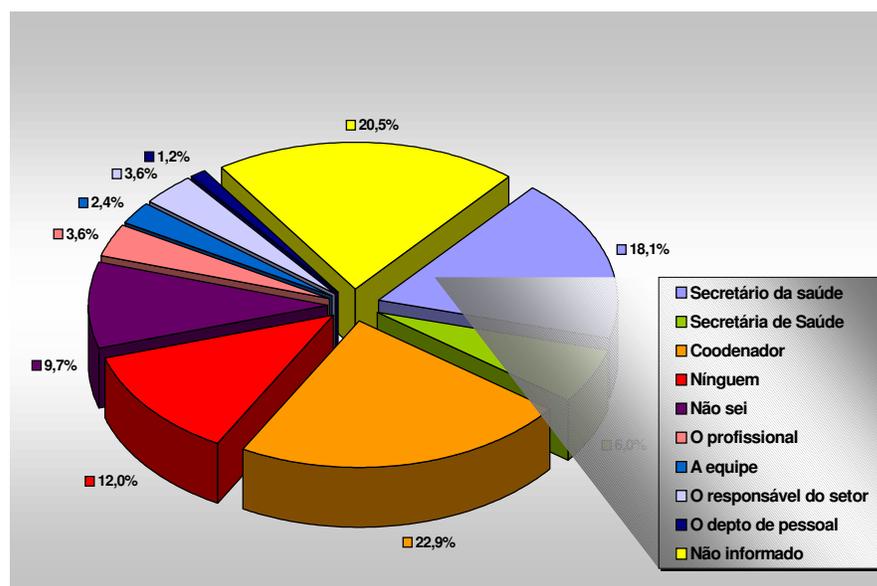


Figura 5. Quem define, distribui e orienta as tarefas nos serviços ?

Fonte: Ibdem.

Verifica-se que 22,9 % dos profissionais identificam na figura do coordenador a pessoa que define, distribui e orienta as tarefas no serviço, 20,5% não informaram, 18,1% o secretário de saúde, 12,0% consideram que ninguém define, distribui e orienta as tarefas, 9,7% não sabem quem desempenha estas funções, 6,0% apontaram a Secretaria da Saúde, 3,6% responderam que é o próprio profissional que define suas tarefas, 3,6% citaram a equipe de trabalho, 2,4% o responsável do setor, 1,2% o departamento de pessoal.

As categorias que mais citaram o coordenador* como a pessoa que desempenha estas funções foram da enfermagem e da odontologia.

Na representação dos profissionais, o processo administrativo-gerencial não está bem claro; há várias instâncias de definição e orientação de tarefas, o que muitas vezes interfere ou até inviabiliza o comando e o alcance dos objetivos desejados. As funções de definição e orientação de tarefas para muitos não são reconhecidas nas pessoas representantes, ou responsáveis pelos setores, outros desconhecem o responsável pelo desempenho destas funções, ou até negam sua existência.

“Eunãosei como é nas áreas administrativa e paramédica, mas na área médica nós não temos informação, orientação e nenhum como executar qualquer tarefa”.(entrevista1)

“E por exemplo, não tenho idéia de como funciona a Psiquiatria, nunca recebi um papelzinho explicando onde funciona e como funciona, agente não sabe...”.(entrevista2)

“Nós andamos cumprindo as necessidades do dia, mas sem planejamento nenhum”.(entrevista10)

Esse quadro, de certa maneira, pode estar refletindo a situação da saúde num contexto mais amplo, identificado na crise de gerenciamento, provocado pela diminuição de atribuições do Estado e o despreparo dos novos gestores.

* Coordenador: considerado nos serviços de saúde deste município como o profissional responsável pelo desempenho de um setor; Posto de Saúde Central, CAPS, CEMAS, PU, Odontologia.

Na visão dos profissionais, existe uma certa fragmentação de atividades e um certo descompromisso com a manutenção do conjunto das ações.

No momento em que se coletiviza o trabalho em saúde, com a divisão do trabalho entre diferentes trabalhadores, passa a haver a necessidade de que alguns sejam responsáveis pela execução, outros pelo planejamento, avaliação e controle, dando uma condução racional das atividades, a fim de alcançar os objetivos de maneira mais adequada à situação. Isso não implica que o planejamento ocorra de maneira isolada, centrado apenas em gerentes e administradores. Necessita da participação de todos os elementos envolvidos nas questões de saúde, principalmente da comunidade e dos profissionais.

Os profissionais de saúde devem fazer parte não como meros insumos, condicionados a executar certas tarefas previamente determinadas por instâncias de poder, mas como componentes indispensáveis na definição, e na elaboração de planos para a organização dos serviços de saúde.

Segundo Campos (1994, p. 29 - 87), uma das principais diretrizes para a consolidação de uma autêntica Reforma Sanitária, objetivaria a progressiva desalienação dos trabalhadores da saúde. “Hoje em dia, nos serviços públicos e privados, há uma nítida separação, um claro distanciamento entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho”.

Concordando com Campos quanto a esse distanciamento entre os diversos níveis, pode-se acrescentar que ele gera uma série de dificuldades, no

que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho cotidiano na saúde, causando apatia, falta de motivação, relações desumanizadas com os colegas e a clientela, corporativismo extremado, incapacidade de arriscar, e o desinteresse pelo novo, pela mudança.

Diante desta situação, presente na realidade dos serviços de saúde, sem dúvida, é de extrema importância o repensar a maneira, a forma como os serviços de saúde organizam-se, tornando essa organização num processo contínuo de construção e reconstrução.

3.2.6 Participação no planejamento e organização dos serviços no SUS

Quanto a participação dos profissionais de saúde no planejamento e organização do SUS local verifica-se que 53,1% dos profissionais nunca participaram de reuniões ou encontros para discussão da organização e funcionamento dos serviços de saúde local, 40,7% já participaram e 6,2% não informaram.

Destes que já participaram, a maioria são enfermeiros e odontólogos (84%). Muitos citaram a oportunidade em que ocorreram reuniões para a elaboração de matrizes programáticas, elaboração de programa de saúde, requisito necessário para conseguir a alteração na condição de gestão da saúde, de Incipiente para Plena do Sistema Municipal, meta da administração

municipal para 1998-2000. Porém, enfatizaram que, após estes encontros, muito pouco tem sido feito.

“Uma oportunidade que se teve de falar da organização e funcionamento da saúde, foi na elaboração das matrizes programáticas, para a nova gestão da saúde. Após a elaboração, nada mais ocorreu”. (entrevista3)

“Teve um único momento, em que alguns enfermeiros tiveram uma participação com o gestor na elaboração das matrizes programáticas, mas foi o único momento, que até hoje nada mais foi feito. Tinha um objetivo, que era conseguir a gestão plena.” (entrevista7)

“Na elaboração das matrizes programáticas foi pedido que os serviços elaborassem as suas, então se reuniu e se montou, e pronto. Nunca mais se teve acesso a isso, nunca mais se discutiu em cima disso. A gente nem sabe quais os outros programas dos demais serviços”. (entrevista8)

A participação no Conselho Municipal de Saúde foi citada por poucos e, às vezes, referiam-se com manifestações de pouca credibilidade.

“Alguns profissionais participam na formulação e implementação da política de saúde local através do Conselho Municipal de Saúde, mas só quem tem direito ao voto.” (entrevista5)

“Muitas coisas são resolvidas no Conselho Municipal de Saúde. Não sendo o conselheiro o não tem oção, que poder, que força tem esse conselho.” (entrevista6)

“Eu não participo, mas alguns profissionais fazem parte do Conselho. Como Conselho Municipal de Saúde nos moldes que ele é feito hoje, com pessoas que estão lá sem saber o que pode ser feito, sem saber o que deve ser feito, e tentando sempre levar o melhor para o seu grupo e não acredito.” (entrevista1)

“Não existe uma participação do profissional de saúde na formulação ou implementação da política de saúde, inclusive de está muito mal informado, pelo menos eu penso assim, ou eu estou muito alienado.”(entrevista2)

Ente os profissionais da saúde, é muito raro que, aqueles que não são conselheiros participem das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Quase não há interesse por parte dos profissionais por informações sobre a maneira que estão sendo conduzidas as questões de saúde no Conselho Municipal de Saúde. Alguns destes, comparecem, quando na pauta esta presente algum assunto que diz respeito aos seus interesses particulares.

Se os profissionais não participam das reuniões, e não lêem as atas, fica difícil inteirar-se do que está sendo decidido, já que somente algumas decisões são divulgadas através dos meios de comunicação, como o jornal e o rádio.

3.2.7 Organização do Trabalho – “Trabalho de Equipe”

Sobre a existência do trabalho de equipe, 70,4% reconhecem que existe equipe em seu setor de trabalho, 23,5% referem-se que não existe e 6,2% não informaram. Os que afirmaram a existência do trabalho de equipe fizeram muita referência à participação dos auxiliares de enfermagem, como apoio na realização das atividades. Na representação destes, a relação existente entre os profissionais e seus subalternos é muito boa.

Concorda-se com Mendes Gonçalves (1994), a própria organização jurídica e administrativa de uma unidade ou posto de saúde delimita claramente uma forma coletiva de trabalho, onde cada elemento desempenha uma função, de maneira articulada entre os diversos postos do trabalho coletivo.

Esta articulação é pouco percebida pelos profissionais, que na grande maioria trabalham de forma independente, relacionando-se de maneira mais harmônica com o pessoal auxiliar, com formação profissional de nível médio que atuam no mesmo setor de trabalho. Quando necessitam se comunicar com outros setores, utilizam o telefone.

Na visão destes, a intersetorialidade é quase inexistente, não existe uma interligação entre os setores ou entre os profissionais dos diversos setores.

“Não existe integração, compromisso de tratar, de fechar como um rede de serviços, cada um lá contado seu, e deu. São núcleos, isso fragmenta o atendimento.” (entrevista 8)

“A relação entre a equipe aqui até é boa, não sei, se é porque é um setor de especialidade e o pessoal troca ideia, discute e cresce. Fora daqui é péssimo, muito ruim, e faz com que este setor se transforme numa ilha.” (entrevista 5)

“Ainda há um grande desconhecimento dos profissionais, sobre o que ocorre nos outros setores. Acho, que está surgindo agora uma pequena luzinha no fundo do túnel, que é a reunião semanal entre os coordenadores para poder falar sobre os serviços, mas a gente ainda está experimentando para ver se vai dar certo.” (entrevista 6)

Um dos fatores apresentados como motivo de desintegração e conflito é a diversidade de cargas horárias e salários, que se intensificou após a

municipalização, o concurso público e a própria situação de concursado ou não. Muitos vêem nisso, e nas questões políticas, os grandes motivos do difícil relacionamento e até da concorrência entre os profissionais.

“A própria relação entre colegas no setor de trabalho, também já foi melhor. Após o concurso criou-se duas linhas, os concursados e os não concursados. Os concursados acham que têm mais direitos do que os não concursados.”(entrevista3)

“A relação entre os profissionais é muito concorrente, devido aos diversos tipos de carga horária e salários.”(entrevista7)

Os recursos humanos da Secretaria da Saúde já sentiam algumas diferenças em relação a carga horária e salários, devido às cedências e aos privilégios de alguns profissionais. Com o concurso público, ocorreram mais alterações, que os caracterizaram em concursados e não concursados, aumentando ainda mais os conflitos. A inexistência de um plano de carreira, que contemple os cargos, salários e regularize a situação empregatícia do pessoal também é uma das questões que vem gerando intranquilidade, insegurança e desmotivação.

“A relação entre os profissionais é bem complicada, onde a maioria ou todos dos setores são concursados e não sentem tanto, mas no restante do sistema reflete, é uma diferença de sentimento, de tranquilidade na maneira de falar tem uma diferença. Os não concursados tem um sentimento de perda, como o agente diz: fica engolindo o sapo para não ter o risco de perder o emprego, o concursado fica mais solto”.(entrevista6)

Enquanto a saúde da população depender da boa vontade de políticos para conquistar os seus direitos e planejar a organização dos serviços de saúde, provavelmente estaremos convivendo com estes sentimentos de dependência e insegurança.

“Mesmo para os concursados, essas ameaças de demissão, dizendo que o prefeito vai colocar todo o mundo para a rua, isso mexe muito com as pessoas. Imagina trabalhar com a saúde stressado, preocupado como teu amanhã, como é que tu vai atender a população?”

Quando o fim do governo vai chegando o stress também vai aumentando, gerando confusão. Eu acho umacoisamaluca, a cabeça das pessoas no último ano de governo”. (entrevista 9)

Esta é uma situação real, de um serviço em que os recursos humanos estão expostos às condições políticas do município, em que os mesmos não têm regularizado sua situação trabalhista e regulamentado seus direitos. Os próprios coordenadores, ou gerentes sentem-se inseguros em seus posicionamentos.

3.2.8 Existência de Política de Recursos Humanos no SUS

Para a maioria dos profissionais não existe uma política de recursos humanos no SUS local, muitos desconhecem também a legislação sobre recursos humanos do SUS.

Relatam como dificuldades a pouca valorização do profissional, a ausência de planos de carreira e a interferência da política partidária nos serviços de saúde.

“É desconhecido muito que é o SUS, a legislação do SUS agente não tem acesso, não sei nem onde conseguir.

Não existe plano de carreira para valorizar o profissional, têm profissional trabalhando há vários anos, e entrar um novo hoje vai ganhar o mesmo salário. Se existisse esse plano, os profissionais se sentiriam estimulados a estudar, se especializar e ter chance de ser beneficiado financeiramente, ou como chefia. Tu tá crescendo isso trás qualidade para o teu serviço”. (entrevista 8)

Existe material informativo, bibliografias sobre o SUS, porém esses recursos, na maioria das vezes ficam centralizados nas Delegacias e Secretarias de Saúde, e acabam não sendo disponibilizados aos profissionais em seus setores de trabalho.

“É difícil comparar o SUS como deve ser e a política que ocorre dentro dele. Tem muitos privilégios para alguns, o que atrapalha a organização do trabalho” (entrevista 9)

“Esse atendimento diferenciado se deve a política, a paternalismo muito grande. Eusei que todos têm direito ao atendimento, mas da forma política que é feito, acaba estragando. Como fazem muitas vezes, usando ambulância como taxi. Não é dando tudo que vai se resolver. Não é assim que desejamos trabalhar, isso atrapalha muito o serviço. É difícil trabalhar com essa intervenção de pessoas não profissionais”. (entrevista 5)

“Há uma grande preocupação quanto às questões políticas, muitas vezes fica-se pensando como tornar os serviços quase que intocáveis pelos políticos, que não seja um serviço de venda, ou de compra de votos. Agente deveria ter uma certa autonomia para fazer a saúde de maneira melhor, sem estar atrelado a uma eleição

às mudanças na saúde. A política faz parte da vida, mas não dessa forma de vida.

A gente se empenha, se empenha... e isso não é reconhecido”. (entrevista6)

“Atender, sem reclamações da população, politicamente parece que é suficiente”. (entrevista3)

“Eu acho que não há um estímulo para motivar os profissionais. Tem profissionais médicos que não querem mais atender no hospital, nem os pacientes particulares para não se sentirem obrigados a atender os pacientes do SUS. Estão atendendo só no consultório”. (entrevista2).

De uma maneira geral, a representação dos profissionais sobre a existência de política de recursos humanos no SUS é bastante semelhante entre as diversas categorias profissionais. Os mesmos sentem mais prejuízos do que benefícios, tanto para eles próprios, como para a os serviços. A política existente, a “politicagem” que eles referem, é algo externo às suas práticas, e interfere de maneira negativa no seus desempenhos por ser induzida de maneira alheia à prática, por políticos e não por técnicos. Como muitos destes políticos desconhecem as práticas de saúde, forçam situações para beneficiar alguns usuários, e causam interferências na dinâmica do trabalho dos profissionais.

Desta maneira, sem uma política de recursos humanos que contemple os anseios e traga satisfação aos trabalhadores da saúde, também a possibilidade de carreira profissional no SUS é muito pouco percebida pelos profissionais.

Nessa figura pode-se observar a relação dos dados obtidos nas questões sobre a existência de política de recursos humanos no SUS e a perspectiva de carreira profissional neste sistema.

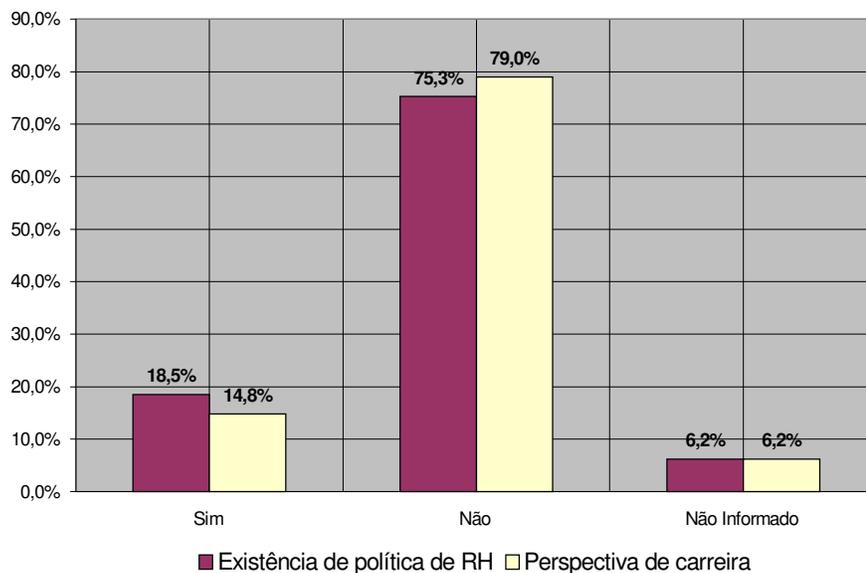


Figura 6- Existência de política de recursos humanos e a perspectiva de carreira profissional no SUS.

Fonte: Ibdem.

Quanto a existência de política de recursos humanos no SUS, 79,0% dos profissionais responderam que não existe política de recursos humanos no SUS local. Apenas 14,8% consideram que existe, e 6,2% não informaram. Os que informaram que existe política de recursos humanos no SUS, não nomearam quais seriam seus benefícios.

Pode-se observar também que 75,3% dos profissionais de saúde não tem perspectiva de carreira profissional no SUS. Os demais, 18,5% têm perspectiva e 6,2% não informaram.

“Eu acho que a maioria dos profissionais do SUS, pensa como eu, este emprego é mais uma fonte de renda, e também é o que se fala”.(entrevista7)

“Não existem nenhum serviço de apoio e incentivo ao funcionário”.
(entrevista4)

“Se existisse plano de carreira, haveria possibilidade de carreira dentro do SUS. Isso iria mexer um pouco, dinamizar mais a própria equipe que trabalha dentro do SUS”.(entrevista8)

“Agora com a municipalização têm um projeto do Plano de Carreira, o Secretário da Saúde parece que tem vontade política, mas não sei se de vai conseguir porque é complicado com as questões partidárias”.(entrevista6)

O gerenciamento dos serviços de saúde, implica em entender as relações, compreender sua dinâmica e de alguma forma identificar as contradições presentes no processo de trabalho, utilizando-as para o desenvolvimento deste e para as transformações necessárias. Ou seja, a gerência tem como um de seus papéis, criar condições para que se efetive mudanças no modelo assistencial, baseado na integração e satisfação dos trabalhadores e da comunidade.

No processo de trabalho, o indivíduo cria relações com outras pessoas mediadas pelas tarefas que desempenha, tornando-o sujeito da relação. Portanto, administrar recursos humanos assume uma perspectiva não apenas de controle; faz-se necessário entender as relações que estes criam na organização, para mobilizá-los e envolvê-los nos objetivos organizacionais.

3.2.9 Reuniões para integração dos trabalhadores

No que diz respeito a ocorrência de reuniões para integração dos trabalhadores, 56,8% dos profissionais responderam que nunca ocorrem reuniões para integração dos trabalhadores de saúde da rede pública (SUS), 24,7% informam que ocorre uma vez por ano, 11,1% não informaram, 7,4% referem que ocorre duas vezes ao ano.

Na concepção dos profissionais, muito pouco tem sido feito para a integração.

“Falta entendimento entre os serviços e os profissionais, já foi sugerido por colegas que fosse realizado um encontro de integração, para um melhor conhecimento dos profissionais do trabalho que desenvolvem. Foi feita uma festa, em que serviu para dançar, mas de integração nada foi feito”. (entrevista 5)

“Existem dificuldades de relação entre alguns setores, não existe um trabalho de companherismo, colaboração. Quando se precisa de alguma coisa de outro setor para o paciente, a gente precisa

implorar que o colega do outro setor atenda, que ajude a resolver. Não existe integração”. (entrevista 8)

O trabalho realizado de maneira fragmentada e independente gera nos trabalhadores um certo desinteresse por informações e conhecimentos sobre os demais setores, como também pode ocorrer o descomprometimento com a produção e a qualidade do trabalho como um todo. As questões éticas, o respeito pelo trabalho do outro, também são prejudicadas se não existe uma boa relação entre os trabalhadores.

3.3 Observações sobre o Sistema Único de Saúde - SUS

O SUS em seu sentido mais amplo é ainda pouco conhecido tanto pelos usuários como pelos que fazem parte de suas organizações.

Na representação dos profissionais da saúde sobre o SUS identifica-se esse desconhecimento, quase que de maneira geral, e em todas as categorias profissionais.

“Se fala em Sistema Único, Municipalização, o que é isso? Nunca tá bem explicado, as coisas são muito amplas, uma burocracia enorme, projetos grossos e agente acaba não conhecendo. Fica setorizado uma coisa para o secretário, outra para os médicos, tu fica dentro do teu local de trabalho fazendo, fazendo, mas de forma segmentada.

Agente critica a saúde, mas não sabe porque não funciona, porque as verbas não vem... há um grande desconhecimento.

Muitos profissionais aqui, quando foram responder o questionário de pesquisa diziam: eu não conheço isso, como vou responder?” (entrevista 6)

“Eu desconheço muito o SUS, trabalho dentro deste serviço público, mas não sei nem porque se preenche a F. A (ficha de atendimento). Ficadifícil responder esse questionário de pesquisa porque a gente não conhece toda essa engrenagem política”. (entrevista 8)

“O SUS é um susto, e como susto a gente fica meio incrédulo diante daquilo que se apresenta. Eu acho que na filosofia é uma coisa ampla, até boa, só que na execução o molde em que está sendo colocado, se torna impraticável. Nós temos um país pobre querendo oferecer um plano de saúde de país rico, aliás poucos países conseguem dar um plano de saúde como o nosso. Enquanto se coloca o orçamento adicional para a saúde, talvez uma quarta ou quinta parte do que os outros países oferecem per capita, nós não vamos conseguir dar um plano de saúde abrangente como o SUS”. (entrevista 1)

Quanto a assistência prestada à comunidade pelo SUS, em Santa Cruz do Sul, os profissionais em suas falas colocam que o atendimento oferecido neste município é diferenciado em relação aos demais da região.

“O SUS local, até têm bastantes coisas, em relação a outros locais”. (entrevista 3)

“É a velha história, se o SUS deve ser tudo o que na filosofia orienta, claro que fica muito difícil dizer que está bem. Agora, se compararmos o que Santa Cruz oferece em relação as cidades vizinhas é lógico que Santa Cruz é um oasis”. (entrevista 1)

“Apesar de muitas vezes ter a falta de vontade dos profissionais, Santa Cruz comparado com outros municípios parece que tem um atendimento diferenciado.

É uma pena que muitas vezes, esse atendimento diferenciado se deva a política, ao paternalismo muito grande, eu sei que todos tem direito, mas da forma que é feito, de maneira politiqueria, acaba estragando”.(entrevista5)

“Muitos profissionais em Santa Cruz reclamam do SUS, mas não largam, não pedem para sair, é porque fora dele a coisa não está melhor”.(entrevista3)

“O SUS não está preparado, precisa ser organizado de maneira diferente. Não têm profissional para atender toda essa demanda de maneira individualizada, por isso nós temos que mudar a nossa concepção do serviço público, o nosso atendimento precisa abranger mais pessoas”.(entrevista8)

Os profissionais sentem como necessidade uma melhor organização dos serviços, e a adequação destes conforme as necessidades atuais.

3.3.1 O SUS em Santa Cruz do Sul

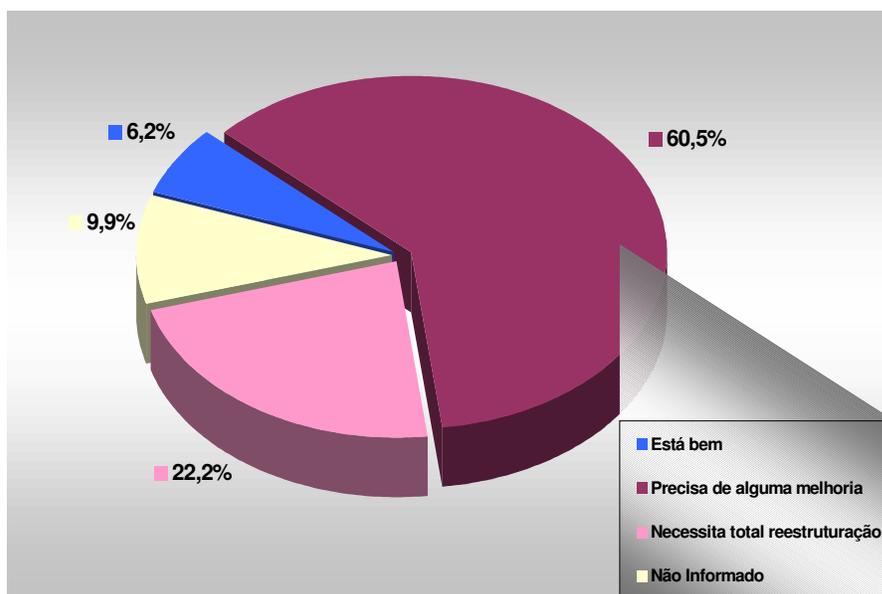


Figura 7. **Opiniões sobre a forma como está implantado o SUS local.**

Fonte: Ibidem

Verifica-se que 60,5% dos profissionais referem que o SUS local precisa de algumas melhorias, 22,2% acham que necessita ser totalmente reestruturado, 9,9% não informaram e 6,2% referem que está bem.

Um grande número de profissionais (65,4%) considera que estas melhorias devam ocorrer no planejamento dos serviços, na política de pessoal e salários, na integração dos serviços, nos recursos físicos e materiais. Os demais 9,9% acham que deve ser melhorada somente a política de pessoal e salários, 6,2% consideram que deve ser melhorado o planejamento dos serviços, 2,5% os recursos materiais, 1,2% os recursos físicos, 1,2% a integração dos serviços e 13,6% não informaram.

3.3.2 O Programa de Saúde da Família

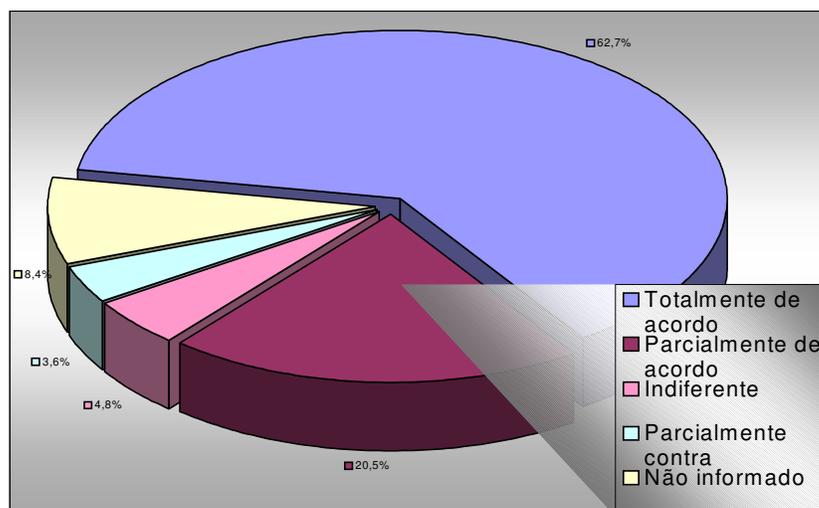


Figura 8. **Opinião dos profissionais sobre a implantação do PSF neste município.**

Fonte: Ibidem.

Sobre a implantação do PSF em Santa Cruz do Sul, 62,7% dos profissionais de saúde estão totalmente de acordo. Os demais, 20,5% estão parcialmente de acordo, 8,4% não informaram, 4,8% consideram indiferente e 3,6% parcialmente contra.

Este programa, já implantado em dois bairros, tem uma boa aceitação pela comunidade, segundo um profissional de um destes bairros:

“É um trabalho empolgante, apesar das dificuldades. O povo é carente nestes bairros, não tem condições de se deslocar para buscar atendimento fora do bairro.

Agente faz visita domiciliar e divulga o atendimento do posto deste bairro. Quando os pacientes não conseguem ir até o posto por problemas de locomoção, ou gravidade do caso, nós vamos até a casa dele.

Existem muitos problemas socio-econômicos e ambientais. Um grande problema é o depósito de lixo em terreno baldio e numa sanga que passa na vila. Nessa água poluída da sanga as crianças tomam banho. Já fizemos um mutirão de lixo, mas falta verba para resolver os problemas maiores de saneamento básico, rede de esgoto.

Não estamos desenvolvendo programas de saúde ainda por falta de espaço físico. Nós estamos no posto que já tinha no bairro, e é bastante pequeno. Temos a planta de um posto novo pronta, há mais de um ano, mas ainda não foi construído. Assim, que tiver um espaço maior pretendemos trabalhar com grupos, estimular a comunidade, fazer e levar iniciativas senão só receber tudo pronto. Nesta gestão o paternalismo é demais”.

O Programa de Saúde da Família é um dos programas preconizados pelo SUS, e que pode trazer grandes benefícios para a população mais carente; porém se não houver infra-estrutura para os profissionais desenvolverem suas atividades, no atendimento às necessidades da comunidade local, e se não for disponibilizado recursos para solucionar os problemas de moradia e saneamento básico destes bairros de periferia, o trabalho da equipe do PSF poderá ficar reduzido ao atendimento de doentes.

3.3.3 A Cobrança no Serviço Público x Considerações sobre o SUS.

QUADRO 3 - COBRANÇA NO SERVIÇO PÚBLICO X CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS

CONSIDERAÇÕES COBRANÇA	SISTEMA DE SAÚDE PARA TODOS	SISTEMA DE SAUDE PARA POBRES	SISTEMA DE SAUDE COM PRINCÍPIOS INAPLICAVEIS	NÃO INFORMADO	TOTAL
TOTALMENTE DE ACORDO	6	2	12	1	21
PARCIALMENTE DE ACORDO	9	7	13	1	30
INDIFERENTE	1	0	0	0	1
PARCIALMENTE CONTRA	1	1	1	0	3
TOTALMENTE CONTRA	13	1	4	1	19
NÃO INFORMADO	0	0	0	7	7
TOTAL	30	11	30	10	81

Fonte: Ibidem.

Verifica-se que (30) 37,0% dos profissionais estão parcialmente de acordo com o sistema de cobrança pelos serviços de saúde prestados na rede pública. Estão totalmente de acordo (21) 25,9%, totalmente contra (19) 23,5%, (3) 3,7% são parcialmente contra e (1) 1,2% são indiferentes. Não informaram (7) 8,7%.

Pode-se observar que (30) 37,0% dos profissionais consideram o SUS como um sistema de saúde para todos, que visa o bem comum, por isso necessita da participação da comunidade, dos gestores e dos trabalhadores da saúde. Os demais, (30) 37,0% consideram um sistema de saúde com princípios, objetivos bem definidos, mas inaplicável na realidade atual, (11)

13,6% um sistema de atendimento básico com consultas, exames elementares e internações hospitalares para os pobres. Não informaram (10) 12,4%.

A maioria dos profissionais que se referiram ao SUS como inaplicável na realidade atual, fundamentaram suas respostas com a má remuneração pelos serviços prestados e a falta de incentivos que os profissionais recebem neste sistema.

Quanto a cobrança nos serviços públicos, muitos profissionais se referiam como uma maneira de valorizar e organizar os serviços.

“Muitos colegas acham que cobrando vai haver mais valorização pela população aos serviços prestados. Eu acho que não é este caminho, vamos estar cobrando das pessoas erradas. Essa pequena cobrança seria um paliativo temporário, e para se fazer um bom trabalho nós necessitamos de grandes estruturas, grandes recursos. Necessita-se de material básico, treinamento de pessoal, pessoal criativo e interessado e que a verba venha certa para o serviço certo, não se jare passada aos outros”. (entrevista 6)

“Sou contra essa cobrança, já se paga pelo atendimento à saúde através dos impostos, a CPMF é um exemplo disso. O que deve existir é uma conscientização de que tu já pagou para estar sendo atendido”. (entrevista 5)

“Alguns profissionais acham que deveria haver cobrança no serviço público, eu acho que isso não iria resolver, a organização dos serviços deve ser feita independente da cobrança”. (entrevista 7)

As opiniões e atitudes dos profissionais referentes ao ambiente e a maneira como é organizado e desenvolvido o trabalho na saúde, têm uma

grande relação com as suas visão de mundo e com o que eles pensam sobre a sua profissão. Exemplo disso é a categoria médica em que 71,1% dos envolvidos nesta pesquisa responderam que são parcialmente ou totalmente a favor da cobrança nos serviços públicos de saúde. Como os mesmos durante a formação têm um certo direcionamento para a elaboração e organização do seu trabalho autônomo, com consultórios próprios e individuais, direcionados à uma clientela particular, consideram a cobrança como uma maneira de valorizar as ações e os serviços. Inclusive, na maioria das vezes, o maior tempo dedicado ao trabalho é desenvolvido no consultório particular.

“Apesar de eu ser totalmente contra a cobrança de coisas públicas, acredito que a cobrança valoriza os serviços. Inclusive alguns psiquiatras costumam dizer que a parte mais importante do trabalho deles é a cobrança, que a partir do momento que alguém pagou para ti receber, para ti ouvir, ele está acreditando em ti. O cliente particular chega aqui porque quer, o cliente do SUS chega aqui porque não tem outra opção.”(entrevista1)

“Particular valoriza mais o atendimento, porque pagou por ele. O médico é escolhido a dedo, porque o cliente vai desenbolsar o dinheiro para pagar o atendimento.”(entrevista2)

Estes conteúdos diferem bastante quando comparados com as representações de profissionais de outras profissões, em que dedicam a maior parte do seu tempo de trabalho nos serviços públicos.

3.3.4 Necessidade de Informações sentida pelos profissionais ao atuar no SUS

Quanto a necessidade de informações, pode-se verificar que 11,1% dos profissionais sentem necessidade de informações sobre a situação dos recursos humanos no SUS, 4,9% sobre distribuição dos recursos financeiros no SUS local, 3,7% sobre normas técnicas e programas de saúde, 3,7% organização e funcionamento dos serviços do SUS local, 2,5% sobre competências administrativa federal, estadual e municipal. E a maioria, 51,9% sentem necessidade de informações sobre todos os itens citados acima. Não informaram 17,3% e referiram necessidade de outras informações 1,2%.

O profissional que respondeu outras informações não descreveu quais eram essas informações que sentia necessidade.

Através deste quadro, fica ainda mais clara a grande carência de informações sobre o SUS, que sofrem os profissionais da saúde que atuam nos serviços deste sistema. Muitos dados, formulários e a própria legislação do SUS não são distribuídos ou colocados à disposição dos profissionais nos serviços de saúde.

Exemplo disso, é o desconhecimento dos profissionais quanto a nomenclaturas, termos técnicos e operacionais, que orientam e regulam a funcionalidade do SUS.

O termo NOB (Norma Operacional Básica), designa um instrumento de regulação do SUS; além de incluir as orientações operacionais, ela explicita e

dá consequências práticas aos princípios e diretrizes do sistema. Já ocorreram várias edições: NOBs 1991, 1993 e 1996. Que, com o passar do tempo, foram sendo ajustadas e aperfeiçoadas para melhor atender aos propósitos do SUS.

Dos 81 profissionais da saúde, que foram questionados sobre o significado do termo NOBs, 43% não souberam responder, 41% não responderam, deixaram em branco a questão e 16% souberam responder.

Esta situação, mais uma vez confirma o desconhecimento dos profissionais que atuam no cotidiano da saúde, sobre as diretrizes e as normas do Sistema Único de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num trabalho dessa natureza não é tarefa fácil, abordar e compreender os resultados, diante das individualidades próprias de cada profissional e da amplitude de concepções sobre o tema. As diversas interrogações que foram levantadas durante esse trabalho fomentaram vários outros desafios. As próprias respostas apresentadas geraram novas problemáticas, que estimulam e induzem a outras investigações futuras.

Nesta investigação procurou-se identificar as características dos profissionais da saúde que atuam no SUS em Santa Cruz do Sul, e as representações que os mesmos constroem sobre esse sistema. E, para um melhor entendimento destas características foi relacionado as condições, os fatores e os elementos produzidos nesse meio de trabalho, através de documentos da Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul, bem como a dinâmica sócio-cultural do sistema de saúde.

Analisando as lutas sociais para a reforma sanitária brasileira, a legislação existente e os princípios do SUS, não restam dúvidas que houve grandes conquistas, porém, o tratamento que tem sido deferido aos recursos humanos do SUS e à comunidade ainda carece de muitos investimentos.

Acredita-se que existe uma relação bastante significativa entre o desempenho econômico de um país e as condições de vida e bem-estar de sua população. Portanto, torna-se mais difícil ainda, lutar por uma reforma sanitária quando o Estado destina uma mínima parcela de seu orçamento para a saúde, ainda mais se pensarmos nas graves situações em que vivem setores da população, com problemas de desemprego, falta de alimentação e moradias.

A reforma sanitária busca a efetivação de um Sistema Único de Saúde, que atenda a toda a população de maneira integral. Para que isso ocorra se faz necessário unir as forças da sociedade em torno da idéia de saúde como direito de todos e dever do Estado e que, para efetivar-se, necessita de um Sistema Nacional de Saúde unificado e descentralizado, com a participação expressiva tanto dos profissionais da saúde como da população. Portanto, a maneira mais adequada de implementação dos serviços de saúde nesse sistema, depende tanto da forma como a sociedade entende e deseja que sejam resolvidas as questões de saúde, como dos valores e representações que norteiam as atividades dos profissionais de saúde. Assim, as atitudes, a ética e a maneira que os profissionais exercem suas profissões tem influência no destino do sistema de saúde.

A atitude dos profissionais em seu universo de trabalho, tem uma relação muito íntima com a sua visão de mundo e, principalmente, com o que pensam sobre sua profissão. Enquanto os mesmos não se sentirem inseridos na política de saúde, como parte integrante das instituições públicas (SUS), não apresentarão grandes interesses e comprometimento com o seu

funcionamento. O próprio desconhecimento sobre a política de saúde referida pelos profissionais e a falta de capacitação em serviço para orientar o trabalho, conforme as diretrizes preconizadas pelo SUS, também contribuem para essa falta de comprometimento.

A falta de comprometimento dos profissionais torna a assistência à saúde muito tecnicista, voltada somente para as questões físicas e biológicas do ser humano e com forte tendência a um tratamento uniformizado, atendendo a todas as pessoas de uma mesma maneira, o paciente, adotando como referência o conceito de patologia e esquecendo-se da noção de indivíduo. Até a forma de atuar do profissional tem seus limites, num fazer acomodado, repetitivo e desmotivado.

A expressão corporativista mais exacerbada de alguns profissionais, também têm contribuído para que o setor saúde tenha um frágil e tênue espírito de equipe, de trabalho coletivo, tanto no trabalho cotidiano como na forma de organizar o conjunto das ações em saúde, levando muitas vezes a sérias implicações, tanto para o desenvolvimento das políticas de saúde, como para a utilização de novas maneiras de pensar e atuar no SUS.

Também a competitividade existente nas relações cotidianas de trabalho dos profissionais, expressa repetidas vezes em seus depoimentos, ao invés de favorecer as modificações e melhorias de maneira conjunta e solidária, tem forte tendência à conservação e ao comodismo. Exemplo disso, é a maneira bastante individualizada com que cada profissional desenvolve suas atividades, sem conhecimento e preocupação com o conjunto maior do trabalho coletivo.

Alguns profissionais reconhecem em seu pequeno grupo de trabalho do setor, uma equipe organizada para resolução dos problemas que surgem no dia-a-dia. Porém, essa organização está baseada em alguns interesses, que pouco dão conta do que realmente está sendo esperado por parte dos usuários, quanto ao trabalho que os mesmos desejam que seja realizado. Os elementos da equipe, muitas vezes, se tornam cumpridores de rituais que auxiliam no desempenho do médico, tornando-se assim o processo de trabalho bastante limitado e sem planejamento.

Há um certo distanciamento entre as concepções práticas dos profissionais e a filosofia do SUS, que pode ser observado através das contradições presentes no pensamento que sustenta a prática cotidiana do profissional da saúde. Inclusive a idéia de cobrança pelos serviços prestados no SUS é uma das provas mais reais dessa situação.

Reconhece-se, que os profissionais da saúde e as demais representatividades da sociedade civil devem ser considerados as matrizes para pensar e formular as diretrizes das ações dos setores da saúde. Para que ocorram mudanças na maneira de planejar e implementar estas ações, se faz necessário cada vez mais a participação de profissionais da saúde nas políticas de saúde, posicionados de maneira ética, defendendo os interesses e necessidades da sociedade como um todo e não apenas defendendo os interesses das corporações.

As unidades, ou serviços de saúde, devem formar uma rede de serviços, organizada e articulada para o enfrentamento dos problemas de saúde e

necessidades da população, ordenadas dentro de uma perspectiva de produzir em todos os setores: acolhimento, vinculação e responsabilidade de ir ao encontro de soluções efetivas para os problemas encontrados, ao mesmo tempo também devem procurar gerar maiores oportunidades de autonomia aos usuários, oferecendo condições para decidirem questões, problemas de suas próprias vidas, através da educação; visando a promoção e a proteção da saúde em nível coletivo.

A construção de um modelo de gestão para a saúde, flexível e democrático, implica a construção de estratégias de ação, capacitação de gerentes e profissionais, além da ampliação do espaço de participação da população. Dentro da nossa realidade social, cada vez mais, torna-se essencial que gestores e gerentes da saúde tenham uma nova postura em relação aos recursos humanos da saúde, entendendo-os como sujeitos e atores principais no processo de mudanças nos serviços de saúde. Não mais se aceita, planejamentos puramente normativos, onde os indivíduos são induzidos a seguir um manual editado para o ano todo, como se a realidade pudesse ser congelada para esse plano, e os problemas sociais se mantivessem iguais aguardando soluções. Esquecendo-se a capacidade criativa dos profissionais e agravando as necessidades dos usuários.

Comparando as mudanças que vêm ocorrendo nas questões da saúde com as representações dos profissionais sobre o SUS, a impressão que se tem, é de que os recursos humanos do SUS foram abandonados por este sistema. Diante da carência de informações em que se encontram os

profissionais da saúde, disponibilizar um espaço para a comunicação, que oportunize as trocas, consenso e a legitimidade entre os setores e profissionais, poderá gerar melhor entendimento e coesão através do diálogo e também o crescimento profissional e o desenvolvimento da cidadania.

As instituições de saúde precisam estar voltadas para a aprendizagem e abertas para a crítica interna e externa, fazendo com que os recursos humanos ganhem outra dimensão, tornando-se sujeitos ativos da relação institucional, construindo e reconstruindo continuamente a organização. Assim, gestores e gerentes passam a atuar como mediadores, abertos ao diálogo e ao conhecimento das múltiplas leituras da realidade, formuladores de alternativas de ações, articuladores das ações de suas equipes, facilitando a coletivização das idéias e oportunizando inovações. A gestão colegiada parece ser a mais adequada aos serviços de saúde, pois além do consenso, pode reconhecer o papel central dos profissionais nas tomadas de decisão, e envolvê-los tanto para a formulação de objetivos e assuntos gerais, como para as avaliações dos resultados.

Conclui-se que, concomitante à necessidade de informação e capacitação dos profissionais da saúde, as questões gerenciais também carecem de investimentos. Seminários e cursos que auxiliem na capacitação gerencial, poderiam promover uma capacitação técnica e pedagógica para os coordenadores e responsáveis pelas unidades de saúde, favorecendo o processo administrativo e gerencial destes setores, já que essa é uma das necessidades levantadas pelos profissionais.

É, também de fundamental importância o processo de comunicação e de trocas entre a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e os serviços de saúde da região, procurando desenvolver a formação, e a capacitação dos recursos humanos para o SUS, através de um trabalho integrado, com objetivos e compromissos determinados conjuntamente, já que é uma das atribuições do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Existem projetos de extensão da universidade que envolvem docentes, alunos e a comunidade, porém os profissionais que atuam nos serviços de saúde muito pouco têm se envolvido.

No ensino, várias modificações vem ocorrendo, como táticas necessárias, mas não suficiente para mudanças em profundidade, que contemple as necessidades de formação e capacitação dos profissionais para atuar no SUS. Por isso, acredita-se que a articulação docente-assistencial, que consiste no estabelecimento de um entendimento, de uma relação de trabalho entre a instituição de ensino e as instituições prestadoras de serviços de saúde, que permite a alunos, professores e profissionais trabalharem em conjunto, traz benefícios para ambas as partes. Para o ensino, esse local de trabalho proporciona uma situação de vida real, substituindo com vantagens qualquer simulação usada na tentativa de imitar a realidade da saúde pública. O aluno tem a oportunidade de aprender fazendo. Para os serviços, esse espaço docente-assistencial se torna um local de pesquisas, de educação em serviço e validação de novas metodologias, oportunizando também as inovações.

Portanto, essa atuação conjunta faz com que, em certas situações, os agentes de mudanças sejam os serviços de saúde, contribuindo para melhorias curriculares e, em outros momentos, o ensino, a própria universidade induz a mudanças nos serviços por suas pesquisas e estudos da realidade regional. Esse parece ser o caminho mais adequado para a melhoria das condições de saúde da população e do desenvolvimento regional.

**ANEXO 1 ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS PARA RESPONDER O
QUESTIONÁRIO DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL -UNISC
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO - MESTRADO EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL
PROJETO DE PESQUISA**

Santa Cruz do Sul, junho de 1998.

Prezado (a) Profissional de Saúde:

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, gostaríamos de convidá-lo(a), para participar da pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que faz parte do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Desenvolvimento Regional da UNISC.

Sua participação é de fundamental importância na identificação das reais condições do SUS, em Santa Cruz do Sul.

Nesse estudo, suas respostas não serão identificadas individualmente, asseguramos que as mesmas serão analisadas dentro de um contexto geral, de acordo com os objetivos do estudo. Portanto não há necessidade de assinatura do questionário.

Ao responder o questionário, favor observar as seguintes orientações:

- Marque um "X" no parêntese da alternativa escolhida;
- Nas questões fechadas as respostas são de escolha simples, isto é, somente uma alternativa deve ser escolhida, com exceção das questões 14 e 18, onde mais de uma resposta pode ser desejável por parte do respondente;

- Favor não usar os quadrados à margem direita da folha, porque eles são de uso exclusivo do pesquisador;
- Ao evitar rasuras nas respostas, estarás facilitando à análise dos dados.

Contando com sua compreensão, agradecemos sua colaboração.

ANEXO 2 QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO

O presente questionário faz parte do trabalho de Pesquisa do Programa de Pós – Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado da UNISC.

Suas respostas são de fundamental importância para um estudo de avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Cruz do Sul.

1) Sexo: () Masculino () Feminino

2) Data de nascimento: _____

3) Profissão: () Médico
() Enfermeiro
() Assistente Social
() Psicólogo
() Odontólogo
() Farmacêutico
() Fisioterapeuta
() Veterinário
() Outra Qual ?

4) Tempo de Serviço no SUS em Santa Cruz do Sul

() Menos de 1 ano
() De 1 a 3 anos
() De 4 a 9 anos
() 10 anos ou mais

5) Vínculo Empregatício

() Concursado
() Contrato Emergencial
() Cargo de Confiança – C C
() Cedido da esfera Federal
() Cedido da esfera Estadual
() Outro Qual ?

6) Atividades que desenvolve:

- Consultas – atendimento a clientela
- Coordenação e Supervisão
- Palestras e Grupos
- Visitas domiciliares
- Visitas a estabelecimentos comerciais
- Outras Quais ?

7) Suas atividades fazem parte de algum programa de saúde do município, em andamento ?

- Não
- Sim Qual ?

8) Suas condutas seguem uma linha de ação, orientada por um sistema já existente de referência intra e intermunicipal, para os encaminhamentos necessários ?

- Sim
- Não Por que ?

9) Em seu serviço, já participou de reunião ou encontro para discussão da organização da organização e funcionamento do SUS ?

- Sim
- Não

10) Se a resposta for Não, pule para a questão 12; Se for Sim, Qual a frequência destas reuniões ?

- Anual – 1 vez ao ano.
- Semestral – 2 vezes ao ano
- Trimestral - De 3 em 3 meses
- Bimensal - De 2 em 2 meses
- Mensal - 1 vez ao mês

11) Essas reuniões referem-se a:

- Assuntos administrativos
- Assuntos de organização e funcionamento do serviço
- Assuntos de organização e implantação de programas
- Avaliação do desempenho do serviço
- Avaliação do desempenho do pessoal
- Capacitação e Treinamento
- Outros Quais ?

12) Reunião para Integração de Trabalhadores da Saúde acontece:

- Uma vez por ano
- Duas vezes ou mais por ano
- Nunca acontece

13) Suas opiniões ou sugestões já foram utilizadas para a melhoria das condições de trabalho ?

- Não
 - Sim
- Quais ?

14) Já participou de algum Treinamento ou Curso de Educação em Serviço que auxiliou em sua atuação profissional ?

- Não
 - Sim
- Quais ?

15) Este treinamento ou curso foi oferecido por:

- Secretaria de Saúde do Município
- Delegacia de Saúde do Estado
- Universidade, com apoio do município
- Curso particular (por opção pessoal)
- Escola de Saúde Pública (por opção pessoal).

16) Quando seu setor incorpora algum programa, é realizado uma capacitação específica para este programa ?

- Sim
- Não

17) O SUS, na forma como esta implantado nesse município, você considera que:

- Está bem
- Precisa de melhorias
- Necessita ser reestruturado

18) Você tem feito alguma coisa para melhoria deste sistema ?

- Sim
- Não

19) Quais as melhorias necessárias para favorecer o desempenho dos profissionais no SUS em Santa cruz do Sul ?

- No planejamento e organização dos serviços e ações de saúde.
- Nos recursos físicos – espaços.
- Nos recursos materiais – aparelhos, equipamentos.
- Na política de pessoal – salários, regime de trabalho e Planos de carreira.
- Na integração entre os serviços e trabalhadores de saúde.
- Outras Quais ?

20) Quais os pontos positivos no funcionamento do SUS em Santa Cruz do Sul?

21) Para você o que significa NOBs ?

22) Quais as informações sobre o sistema ou serviço de saúde que se fazem mais necessárias em sua atuação profissional ?

- Legislação do SUS, princípios e diretrizes.
- Competência administrativa, das diversas esferas do governo: Federal, Estadual, Municipal.
- Sobre os critérios de distribuição dos recursos financeiros no SUS local.
- Recursos humanos, política de pessoal – regime de trabalho e planos de carreira.
- Organização e funcionamento dos serviços do SUS.
- Sobre os programas existentes.
- Normas Técnicas.
- Normas Operacionais.
- Outros Quais ?

23) Na sua experiência profissional, o SUS com seus princípios de Universalidade, Eqüidade e Integralidade, pode ser considerado:

- Sistema de saúde para todos, que visa o bem comum, por isso, necessita da participação da comunidade, dos gestores e dos trabalhadores da saúde.
- Sistema de atendimento básico – consultas, exames - elementares e internações hospitalares para os pobres.
- Sistema de saúde com princípios, objetivos bem definidos, mas inaplicáveis
- Outros Quais ?

24) Qual a sua opinião sobre a cobrança pelos serviços prestados nos setores da saúde pública ?

- Totalmente de acordo
- Parcialmente de acordo
- Indiferente
- Parcialmente contra
- Totalmente contra.

25) Os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) são enfatizados pelo SUS como modelos de atenção à saúde. O Município de Santa Cruz do Sul já tem implantado o PACS. Qual sua opinião sobre a implantação do PSF neste município ?

- Totalmente de acordo
- Parcialmente de acordo
- Indiferente
- Parcialmente contra
- Totalmente contra.

ANEXO 3 ENTREVISTA

Esta entrevista faz parte do trabalho de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional- Mestrado da UNISC.

Suas respostas são de fundamental importância para um estudo do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Cruz do Sul.

1 – O que representa o SUS em sua vida profissional ?

2 - Como é a relação entre os colegas no setor de trabalho e com os demais colegas dos diversos setores do SUS de Santa Cruz do Sul ?

3- No seu entendimento, os profissionais são preparados para trabalhar no SUS ?

4 – Existe capacitação em serviço, para atuar nos programas de saúde ?

5 – Os profissionais participam da formulação e da implementação da política de saúde local ?

6 – Você considera que o SUS local está conseguindo responder satisfatoriamente as necessidades da população ?

7 – Na opinião de alguns profissionais, deveria haver cobrança pelos serviços prestados nos setores de saúde pública. O que você acha que justifica este posicionamento ?

8 – A maioria dos profissionais não tem perspectiva de carreira profissional no SUS. A que fatos você atribui essa não perspectiva ?

9 – Das atividades desenvolvidas pelos profissionais, na grande maioria é a consulta. Como você vê isso ?

10 – Qual é a carga horária dos profissionais da sua categoria ?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro: APCE Abrasco, 1992.

ALMEIDA, M. C. P. de, ROCHA, S.M.M. (orgs.) *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. In. ALMEIDA, M. C. P. de, ROCHA, S. M. M. (Orgs.) *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1983.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.37- 68.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa, Rio de Janeiro: DIFEL/ Bertrand Brasil, 1994.

_____. *O Poder Simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Decreto – Lei nº 94.657, de 20 de Julho de 1987. Estabelece a criação do SUDS: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Publicado no Diário Oficial de 21 de Julho de 1987, Brasília, seção 1, p. 11503.

CAMPOS, G. W. de S. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G. TEIXEIRA, S. F. , CAMPOS, G. W. de S. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec-CEBES, 1988.

_____. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In.

CECÍLIO, L. C. de ^o (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. , ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997.

CARVALHO, G. I., SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 /90 e Lei 8.142 /90). São Paulo: HUCITEC, 1995.

CARVALHO, H. M. de. *Introdução à Teoria do Planejamento*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

CECÍLIO, L. C. de O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1995.

COHN, A. Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

DURKHEIM, E. “*Da Divisão do Trabalho Social*”. Pensadores. São Paulo: Abril, 1978. (Coleção Os Pensadores).

_____. Os fatos sociais como objeto da sociologia. In: CASTRO, A. M. de. , DIAS, E. F. (Orgs.) . *Introdução ao Pensamento Sociológico*. São Paulo: Moraes Ltda, 1992.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FREIDSON, E. *Em La profesión médica: Un Estudio de Sociologia del Conocimiento Aplicado*. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1996.

GIOVANELLA, L. , FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de análise. Cap. III. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: O público e o Privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

HEIMANN, L. S. et al. *O Município e a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

INAMPS, *Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social*, Lei 6.229 – 1975.

- JODELET, D. Las Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría. In: MOSCOVICI, S. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social – Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós, 1984.
- JOVCHELOVITCH, S. , GUARESCHI, P. (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- LAKATOS, E. M. , MARCONI, M. A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 1992.
- MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1994.
- _____. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização social das Práticas de Saúde*. Características Tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994.
- MERHY, E. E. , ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/ Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997.
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, v.1, n.1, 1986.
- _____. Seminário de Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde. A Investigação sobre recursos humanos em saúde: Relatório do Seminário. *RH SUS*, Brasília, 1993.
- _____. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v.2 n.1. julho 1994.
- _____. *Algumas questões básicas sobre o SUS e a gestão municipal em saúde*. Brasília / DF, novembro 1996 (versão preliminar)
- _____. *NOB – SUS 01 / 96. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / SUS*. Publicada no D. O. U de 6 / 11 / 1996. Brasília, 1997.

- MOSCOVICI, S. *Psicologia Social II. Pensamiento y vida social – Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós, 1984.
- NERY, M. E. da S., VANZIN, A. S. *Enfermagem em Saúde Pública: Fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade*. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzatto, 1998.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *In Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- OMS/ UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde*. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.
- PAIM, J. S. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas Crônicos e Desafios Agudos. *Rede Ad – Saúde, Série Temática 1*, FSP - USP, São Paulo, 1994.
- PAIM, J. S. , TEIXEIRA, C. F. Políticas de formação de Recursos Humanos: Conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em Saúde Para Debate*. Londrina, v. 12, p. 19 –23, Julho 1996.
- RIO GRANDE DO SUL. *Constituição do Estado do Rio Grande do Sul*. CORAG, 1989.
- _____. *Municipalização da Saúde*. Manual de Orientações da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado, 1996.
- RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde – Um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1992.
- ROSAS, E. J. *A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS – análise de uma experiência*. Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, 1981 (Dissertação de Mestrado).
- SANTA CRUZ DO SUL, Prefeitura Municipal. *Plano Municipal de Saúde 1998 – 2000*.
- SPINK, M. J. (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TIMASHEFF, N. S. *Teoria Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V., STOTZ, E. N. (Org) *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis-Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

WEBER, M. *Max Weber: sociologia*. In. COHN, G. (Org.) FERNANDES, F. (Coord.). São Paulo: Ática, 1986.

