

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS EM
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

TANIA MARTA GAI DALLEPIANE

**UNIDADE MISTA:
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES**

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 955
Fone: (51) 3316.3840 - Fax: (51) 3316.3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Ijuí

2004

Sys: 431592
CS 2003/066

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS EM
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

TANIA MARTA GAI DALLEPIANE

**UNIDADE MISTA:
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação de Equipes Gestoras em Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Gilmar Poli

Ijuí

2004

A Banca Examinadora abaixo-assinada aprova a Monografia:

UNIDADE MISTA: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

elaborada por

TANIA MARTA GAI DALLEPIANE

como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Ijuí (RS), 27 de setembro de 2004.

MSc. Gilmar Poli
Orientador

Examinador

Examinador

Ao meu querido esposo, João Carlos, companheiro que muito me incentivou a trilhar esta jornada.

Aos meus amados filhos, Ricardo e Carla Regina, pela paciência e compreensão nos momentos em que precisei ficar longe de vocês.

Muito obrigado. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por ter me dado a força necessária, a fé, a saúde e a coragem para superar todos os desafios e as dificuldades encontradas no transcorrer desta jornada.
- Ao Orientador, Professor e Mestre em Educação nas Ciências, Gilmar Poli, pela atenção, dedicação e ajuda na realização deste trabalho.
- Ao Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ, em especial à Coordenadora do Curso de Especialização de Equipes Gestoras em Sistemas e Serviços de Saúde, Doutora Liane Righi, pelo apoio prestado.
- Às instituições responsáveis pelo Projeto do Curso, na coordenação, execução e parceria: Ministério da Saúde, em colaboração com a Opas, Abrasco, Conass e Conasems; Escola de Saúde Pública (ESP/RS); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA); Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).
- À Prefeitura Municipal de Catuípe, por ter proporcionado a oportunidade de realização deste trabalho.
- Aos profissionais de saúde entrevistados, que concordaram em participar desta pesquisa, de forma voluntária e anônima, enriquecendo o meu trabalho, e sem os quais não haveria êxito na sua realização.
- Agradeço também aos professores, colegas de turma, colegas de trabalho, aos amigos e familiares, enfim, a todos que embora não tenham seus nomes mencionados, foram muito importantes nesta trajetória.
- Em especial, às colegas e grandes amigas, Mariane, Liamara e Cledis, pelo companheirismo, apoio e dedicação em todos os momentos.

“Eu amo a liberdade, por isso deixo livre as coisas que amo. Se elas voltarem é porque as conquistei; se não voltarem, é porque jamais as possuí.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos profissionais com formação acadêmica que trabalham há mais de dois anos na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe, RS, a respeito da implantação da Unidade Mista naquele município. A pesquisa foi realizada com oito profissionais de nível superior, sendo três enfermeiros, dois odontólogos, dois médicos e um agente administrativo. A pesquisa realizada é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. As informações foram coletadas através de entrevista aberta, sendo que após os dados foram organizados, sendo identificado o que havia de mais relevante e, posteriormente, classificados em cinco categorias. Os resultados desta pesquisa mostram que após a implantação da Unidade Mista houve a qualificação do acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde. Houve também a diminuição expressiva do número de AIHs utilizadas pelo município. Verificou-se que as internações hospitalares, os partos e alguns procedimentos são realizados, no momento, fora do município. Evidenciou-se que as relações de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde ficam muitas vezes prejudicadas em razão da elevada rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos. Também existe uma grande demanda de usuários que procuram a Unidade Mista, havendo um excesso de consultas médicas nas especialidades básicas. Para finalizar, esta pesquisa tem o objetivo de provocar reflexões sobre o assunto, contribuindo, desta forma, para que o sistema implantado possa ser aperfeiçoado em benefício da população usuária do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Unidade Mista – Modelo de gestão – Atenção – Organização.

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO	8
1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
2.1 DELINEAMENTO OU DESENHO DA PESQUISA.....	14
2.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO	15
2.3 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	16
2.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	18
3 RESULTADOS E ANÁLISE	19
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	35

INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui-se em um estudo monográfico, requisito para a conclusão do Curso de Especialização de Equipes Gestoras em Sistemas e Serviços de Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

A pesquisadora é nutricionista, trabalhando atualmente na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Ijuí, RS. Anteriormente, atuou em um município de pequeno porte, onde ocupou por um determinado período, o cargo de Secretária Municipal de Saúde.

Recentemente, este município enfrentou uma crise em razão do fechamento do único hospital da cidade, o qual era de propriedade particular e prestava atendimento ao município através da venda de serviços. O hospital deixou de atender à comunidade, fechando suas portas em julho de 2001. A partir daí a Secretaria Municipal de Saúde local assumiu todo o atendimento de saúde no âmbito municipal, centralizando toda a assistência nas suas dependências.

A Secretaria Municipal de Saúde implantou, então, uma Unidade Mista e passou a responsabilizar-se pelo atendimento ambulatorial e pronto-atendimento 24 horas, mantendo também alguns leitos de observação. Os casos de maior complexidade são encaminhados para os Centros de Referência Regional, sendo a maioria desses para o município de Ijuí.

Atualmente, apenas parte do prédio da Unidade Mista está sendo utilizado, sendo que o restante está ainda em fase de construção. Existe a previsão que até o final do ano de 2004 todas as instalações estejam prontas e à disposição para serem utilizadas, havendo, com isto, um espaço mais adequado para o atendimento da população, com um número maior de quartos para internações de observação, ambulatórios, banheiros, salas de espera, cozinha, lavanderia, e uma área destinada exclusivamente ao atendimento da gestante, com sala de parto.

No ano de 2002, o Município também implantou o Programa Saúde da Família em 100% do seu território, com a atuação de três equipes, sendo que estas mantêm atendimento centralizado na Unidade Mista, além do atendimento domiciliar.

Em relação à Rede de Atenção à Saúde, o município de Catuípe sempre teve características tradicionais de um município de pequeno porte, contendo um hospital privado e uma unidade de saúde com serviços executados pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Município, historicamente, construiu sua trajetória voltada para um modelo hospitalocêntrico, sendo visualizado pelas diversas tentativas de construir e manter um hospital, situação esta que é semelhante a tantos outros municípios da região. Na tentativa de minimizar esses problemas, o setor saúde vem se mobilizando gradativamente a fim de incorporar planos e programas nesta área que possam dar conta das demandas da população de forma qualificada.

Para Campos (1994), ao se discutir e propor modelos está se tratando da construção de novas mediações entre a política e a prática, da construção de novos modelos de atenção e de gestão.

Hoje podemos considerar que existem inúmeras propostas e experiências em debate, com o intuito de se buscar um novo modelo de atenção à saúde em nosso País. Porém, diante da heterogeneidade estrutural e da diversidade epidemiológica e social da população, pode-se considerar que nenhuma delas, sozinha, será suficiente para que novos modelos possam ser implantados.

As propostas atuais em discussão necessitam ser multiplicadas, difundidas e institucionalizadas com a pretensão de serem incorporadas aos sistemas microrregionais de saúde para que as mesmas possam acontecer na prática. Ainda a nível municipal e microrregional o desafio maior é envolver os gestores e prefeitos municipais nessa discussão. Através de estratégias de mudanças e de organização de um novo modelo de saúde, busca-se o desenvolvimento econômico e social, possibilitando assim uma vida digna e decente à população mundial, e não apenas a um terço dela como acontece hoje.

A organização da atenção em âmbito local, quando bem planejada, cria a expectativa de qualidade e, conseqüentemente, resolutividade do serviço, reforçando assim a idéia de que o município é o espaço onde podem acontecer as transformações e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse sentido, faz-se importante compreender o município como um local complexo, com peculiaridades próprias e capazes de propor novas formas de gestão e inovações na atenção, o que nos leva à “[...] idéia de que o município é local de produção e não apenas de implantação de programas [...]” (RIGHI, 2001, p. 19).

Passados mais de dois anos em que houve a reorganização de todo o sistema de saúde no município de Catuípe, realizamos este trabalho de pesquisa que busca responder à seguinte questão: **Qual a percepção dos profissionais que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe a respeito da implantação desta Unidade Mista?**

Assim, definimos como objetivo do presente trabalho: **Conhecer a percepção dos profissionais que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe, a respeito da implantação da Unidade Mista neste Município.**

Entendemos que este estudo pode trazer contribuições significativas para o planejamento de ações de saúde, visando uma melhor qualidade de vida para a população.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao nível mundial existe um movimento no sentido de repensar a gestão e a reorganização dos serviços de saúde que vêm apontando para a desospitalização, sem pressupor, segundo Campos (1997), a idéia de eliminar essa instituição do sistema, mas redefinir o seu papel.

Segundo Mendes (1998), 40% dos municípios brasileiros possuem menos de 10.000 habitantes, e no Rio Grande do Sul este percentual aumenta para 60%. Estes municípios, em sua maioria com recursos escassos, tornam praticamente insustentável a manutenção de uma estrutura hospitalar que, por tradição, possui uma lógica curativista, onerando os gastos do município com a doença, nada contribuindo para a promoção da saúde da população.

Conforme Bohrer:

[...] apesar da consolidação do modelo hegemônico, na última década, as contradições inerentes do neoliberalismo não têm permitido a manutenção do modelo hospitalocêntrico. A própria lógica de mercado tornou inviável a manutenção financeira dos pequenos hospitais e tem provocado a necessidade de se repensar urgentemente a viabilidade de todo o sistema hospitalar, possibilitando a sua vinculação à rede básica, dentro da visão constitucional do sistema único de saúde. (2000, p. 15).

A partir do ano de 2002, através do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial da Secretaria Estadual da Saúde – RS, surgem dentro do Projeto Experiências Inovadoras – as Unidades Mistas de Internação, que foram definidas como unidades com até dezenove leitos, do sistema local de saúde, que funcionarão basicamente com internações clínicas de curta duração, “hospital-dia” e “atendimentos domiciliares”, ligadas principalmente às ações de prevenção e promoção da saúde, integradas ao Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e ao Sistema de Saúde propriamente dito. São estabelecimentos destinados à prestação de atendimento à saúde de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissio-

nais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista.

Atualmente, várias novas formas de gerir a gestão pública estão sendo construídas. Segundo Douguerty (citado por ANDRADE, 2001), a inovação é a capacidade de criar o novo dentro do contexto. Ela acontece pela experiência local, sendo algo amplo e um processo que envolve muita complexidade. Ainda, segundo o mesmo autor, a inovação se dá através do desenvolvimento e da adoção de novas práticas dentro de um contexto dinâmico que abre um conjunto de possibilidades sem, no entanto, estabelecer regras. O autor diz também que é preciso entender a inovação por entre quatro tensões:

- **lidar com o interno e o externo** – o excessivo foco nos processos internos leva a serem desconsiderados os valores externos;
- **lidar com o velho e o novo** – a necessidade de lidar com a complexidade e transpor as rotinas de maneira a assumir o risco de transformar certezas mantidas por padrões passados e potencializar a mudança pela construção de novas formas de ação;
- **tensão entre o planejado e o emergente** – a capacidade de equilibrar a necessidade de controle e ordem de múltiplas atividades;
- **tensão entre liberdade e responsabilidade** – a necessidade de gerar resultados, dividir responsabilidades e legitimar a inovação.

Portanto, a inovação não está no modelo. Ela vai se concretizando pelas práticas. A inovação está num processo contínuo de mudanças.

Sobre a relação do sujeito com a inovação, Demo diz que “[...] só se inova quem sabe primeiro inovar-se. Não é factível que um sujeito inove, permanecendo, ele mesmo, o mesmo.” (1997, p. 20). Nesse mesmo sentido destaca-se o que refere Andrade:

Parece, então, que a inovação na gestão pública pode expressar a multiplicidade de intenções e de conhecimentos, que emergem de diferentes atores sociais envolvidos, e não apenas apregoar uma melhoria dos padrões técnicos que expressam a visão de mundo dos tecnocratas que têm como função planejar e implementar ações. (2001, p. 4).

Entender e perceber esta dimensão é essencial, pois só assim é possível trabalhar com as diferenças. Segundo Righi,

O SUS vai se institucionalizando em municípios que contribuem para a proposição de um novo papel para o Estado, com governos implicados com mudanças. É possível apostar que é justamente da diferença, da heterogeneidade que emergem as condições que sustentam uma política pública como o SUS. (2001, p. 17).

Refletir na reorganização da rede básica nos leva a pontuar questões que contemplam a grande diversidade do espaço de trabalho em saúde. Segundo Merhy:

[...] deve-se valorizar intensamente a formação de unidades baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro do conjunto de lemas estratégicos definidos na política governamental e social pela garantia do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, valorizando que a alteração da estrutura de necessidade deve se dar no processo de relação entre os usuários e os trabalhadores, nos serviços de saúde [...]. (1997, p. 227).

Neste sentido de reformulação da atenção, direcionamos nossa atenção na rede básica que, segundo Bohrer:

[...] não como sendo um novo sistema, mas como sendo um local estratégico em uma rede de atenção à saúde. Este local não possui o sentido de espaço físico, mas o sentido de espaço de construção do SUS e nas possibilidades das ações a serem desenvolvidas dentro das posições conservadoras, reformadoras e transformadoras [esta tipologia de rede básica foi esquematizada por Merhy], para assim, melhor visualizarmos a luta ideológica que tem pautado as discussões e experiências dos modelos de saúde. (2000, p. 15-16).

Planejar, então, a organização da atenção em âmbito local, cria a expectativa de resolutividade e, conseqüentemente, qualidade do serviço. Esta gama de idéias traduz a formação de uma “teia”, ou seja, de acordo com Testa (citado por RIGHI, 2001), inovar significa a quebra do que estava postulado, deste modo, as transformações tornam-se inevitáveis.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 DELINEAMENTO OU DESENHO DA PESQUISA

Considerando seu enfoque e seu objetivo, conclui-se que esta pesquisa se caracteriza por ser de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Para Minayo (1999), trata-se de uma pesquisa qualitativa porque estuda o seu objeto no ambiente natural, tentando compreender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas estudadas lhe atribuem. Ocupa-se com a qualidade e fidedignidade das informações coletadas, bem como com o valor e a contribuição que esses dados possam oferecer para o enriquecimento e qualificação do tema pesquisado, não se preocupando com a quantidade de dados. Conforme a mesma autora,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1999, p. 21-22).

Assim, percebe-se que, sendo uma pesquisa com o objetivo de conhecer e descrever as ações de um fenômeno sobre uma determinada população pré-estabelecida, não foge do caráter qualitativo.

A caracterização deste trabalho como sendo de caráter descritivo tem por base o que refere Gil (1995, p. 45), quando diz que “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento das relações entre variáveis.” Uma das principais características deste tipo de estudo é a coleta de dados, e é o tipo de pesquisa que os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática utilizam. Triviños (1995) afirma que esse tipo de estudo exige do

pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, e pretende descrever com exatidão os fatos de determinada realidade.

O caráter exploratório da pesquisa se deve ao fato de que trata de um tema pouco explorado e pode ser caracterizado com o que descreve Gil (1995), quando diz que as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão mais ampla, geral, do tipo aproximativo acerca de algum fato.

Segundo Triviños (1995), os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. Também afirma que tal tipo de investigação não exige a revisão de bibliografias, entrevistas, emprego de questionários. Este entendimento vem ao encontro do que refere Gil (1995), quando diz que os estudos exploratórios têm a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, idéias. Trata-se de um tipo de pesquisa que apresenta menos rigidez em seu planejamento, que envolve levantamento bibliográfico, documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

2.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Optou-se por entrevistar profissionais da área da saúde, com formação acadêmica, que atuam há mais de dois anos na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe, RS. Entendemos que para o objeto em estudo se faz importante que os sujeitos da pesquisa tenham convivido e atuado com a forma de atenção antes da implementação da Unidade Mista (UM).

Foram entrevistados oito profissionais, destes, cinco trabalham há mais de 14 anos e, três atuam há dois anos e meio na Secretaria de Saúde do Município. Em relação à profissão, três são enfermeiros, dois são médicos, dois são odontólogos, e um é contabilista atuando no setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde. A contabilista foi incluída entre os sujeitos da pesquisa pelo fato de que, embora não se constitua em uma profissão da área da saúde, esta trabalha no setor de agendamento de consultas, exames etc., desta forma atuando diretamente no acolhimento e acesso dos usuários e, conseqüentemente, na resolutividade do serviço.

2.3 COLETA DE INFORMAÇÕES

Primeiramente se fez contato com o Secretário Municipal de Saúde e também com o Prefeito Municipal, explicando-se a proposta de trabalho, e solicitando-se a autorização para a realização da pesquisa. Após, contatou-se com os profissionais de saúde, agendando-se o local e o horário das entrevistas, de forma que todos os sujeitos estivessem disponíveis e também para não haver interrupção no andamento dos trabalhos.

A coleta de dados foi realizada na primeira quinzena de julho de 2004, sendo a maioria das entrevistas realizada nas dependências da Unidade Mista e algumas na residência do profissional, com a seguinte questão norteadora: “Qual a sua percepção em relação à implantação da Unidade Mista no Município de Catuípe?” O registro dos dados foi realizado em fita de audiotape, seguido da transcrição na íntegra. A abordagem aos atores da pesquisa ocorreu de forma individual, em espaço reservado.

Para a coleta de dados, conforme problematização apresentada, utilizamos a entrevista aberta ou não-estruturada por melhor se adequar aos propósitos da pesquisa. Segundo Minayo, a entrevista é:

[...] o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (1999, p. 57).

A autora acrescenta ainda que o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de dados é,

[...] a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1993, p. 109-110).

Acredita-se que a entrevista não-estruturada com roteiro pré-determinado possibilita ao entrevistado deter-se às questões limitadas, proporcionando a este discorrer conforme suas necessidades, experiências e preocupações maiores, sem fugir dos propósitos do entrevistador (MINAYO, 1993, 1999).

Posteriormente à coleta, as falas foram transcritas e classificadas em categorias. Segundo Minayo (1999, p. 70), “as categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.”

As entrevistas foram tratadas de forma individual e qualitativamente, pelo método de Análise Temática, que consiste, segundo Minayo, em

[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem da frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso. (1993, p. 209).

A operacionalização da análise temática, segundo Minayo (1993), se desdobra em três etapas:

- 1) **Pré-análise:** nesta fase o pesquisador, através da leitura flutuante, e o contato exaustivo com o material, se deixa “impregnar pelo seu conteúdo”. A partir disso, vai constituir o *corpus*, ou seja, organizar o material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, em que se determinam as unidades de registro, a unidade de contexto, a forma de categorização, entre outras, conforme o objetivo inicial. Contudo, estes pressupostos iniciais devem ser flexíveis a ponto de permitir que novos objetivos possam emergir a partir da exploração do material.
- 2) **Exploração do material:** nesta fase o pesquisador fará os recortes do texto em unidades de registro, define as regras de contagem a serem utilizadas para tratamento quantitativo e realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas. Ainda, segundo Bardin (citado por MINAYO, 1993, p. 210), “realiza-se a transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto.”
- 3) **Tratamento dos resultados:** onde os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. “A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas em seu quadro teórico ou abre pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.” (MINAYO, 1993, p. 210).

2.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Aos profissionais participantes da pesquisa foi garantido o anonimato, assim como o sigilo das informações, como preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Para que as informações fornecidas pelos entrevistados pudessem ser utilizadas, valemo-nos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo).

Conforme a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, o Consentimento Livre e Esclarecido é:

Anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

3 RESULTADOS E ANÁLISE

Este estudo foi desenvolvido no Município de Catuípe, RS, com profissionais de saúde com formação acadêmica, os quais trabalham há mais de dois anos na Secretaria Municipal de Saúde, onde se questionou através de entrevista aberta, qual a percepção dos mesmos em relação à implantação da Unidade Mista no Município.

Após a coleta dos dados os mesmos foram organizados, sendo identificado o que havia de mais relevante e, posteriormente, classificados em cinco categorias, as quais apresentamos abaixo e que serão discutidas na seqüência.

- Categoria 1 – Qualificação do acesso.
- Categoria 2 – Diminuição expressiva do número de AIHs utilizadas pelo município.
- Categoria 3 – Internações, procedimentos e partos, realizados fora do município.
- Categoria 4 – Relações de vínculo prejudicadas em razão da rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos.
- Categoria 5 – Grande demanda de usuários com excesso de consultas médicas.

Categoria 01 – Qualificação do acesso

A sociedade brasileira teve os seus direitos assegurados no artigo 196 da Constituição Federal, que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde – SUS é formado por um conjunto de serviços e ações de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou por entidades a ele vinculadas. Com a descentralização da saúde, cabe ao município coordenar as ações e serviços de saúde dentro do seu território.

Merhy (1997, p. 137) diz que “sendo o acesso aos serviços de saúde e os benefícios advindos das práticas um direito do cidadão, nós, técnicos de saúde, temos que lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para minorar o sofrimento da população sob nossa esfera de influência.”

Em relação a este aspecto, destacamos que, para os sujeitos da pesquisa, após a instalação da UM, melhorou o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Essa assertiva pode ser identificada nas falas dos entrevistados:

[...] hoje dá para sentir que a população tem livre acesso a qualquer hora. Para o atendimento tem profissionais trabalhando durante 24 horas, quando não estão no plantão à noite no local de trabalho, em questão de minutos eles estão presentes. Fins de semana não tem hora, não tem limite de fichas. Todo o mundo é atendido. (E 1).

[...] indubitavelmente, o acesso foi democratizado aqui em Catuípe, que historicamente, possuía um hospital que era particular e o município não tinha a tradição de colaborar com a instituição privada no sentido de ampliar um atendimento maior à população. Então, limitava-se o acesso das fichas ao SUS [...]. (E 2).

Em relação ao acesso da população não existe mais fila, os pacientes são agendados como em clínicas privadas, a população tem profissional à disposição 24 horas por dia e em razão disso hoje a gente vê um grande índice de satisfação em relação ao atendimento da saúde, porque na época em que não tínhamos a Unidade Mista e os plantões médicos, as pessoas na sexta-feira de tarde encerravam o atendimento do hospital privado e não tinha mais SUS. (E 4).

Diante das declarações acima citadas podemos dizer que o acesso está intimamente ligado ao acolhimento. Existe o acolhimento em uma Unidade de Saúde quando toda a demanda é tratada humanizadamente, dando-se uma resposta ao usuário que procura os serviços. Além disso, a Unidade de Saúde tem que saber diferenciar as urgências e emergências, dando respostas à demanda tanto individual como coletiva.

A atuação da equipe multiprofissional na Unidade de Saúde é requisito importante neste processo. Todos os profissionais devem participar ativamente, inserindo-se na resolução dos problemas. Conforme Merhy, “Acesso e acolhimento deixam de ser problema de recepção e tornam-se objeto da prática de toda a equipe de saúde.” (1997, p. 138).

Ainda segundo Merhy:

Temos que refletir sobre como têm sido as nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários, por exemplo, nas nossas portarias onde se tensiona esta relação, onde respondemos friamente ao usuário e onde nos posicionamos, normalmente, de forma distante, sem produzir este acolhimento que é direito de todos, usuários e cidadãos, e que parece fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico, que deve visar a autonomização do usuário. (1997, p. 138).

Assim, a principal função da porta de entrada não é a de barrar ou limitar o atendimento e sim o de responder aos problemas que ali aparecem de maneira criativa e resolutiva. Nesse sentido, vale destacar o que referem Franco, Bueno e Merhy:

Na medida que nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem “acolher” e “vincular”, não há produção desta responsabilização e nem “otimização tecnológica” das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. (disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>).

É perceptível, portanto, que na percepção dos sujeitos da pesquisa, a Unidade Mista trouxe como resultado a melhoria do acesso, pois esta proposta qualificou o acesso da população aos serviços de saúde.

Categoria 2 – Diminuição expressiva do número de AIHs utilizadas pelo município

Dentre os fatores elencados pelos sujeitos da pesquisa como positivos, destaca-se a diminuição expressiva do número de AIHs utilizadas pelo município após a implantação da Unidade Mista.

Anteriormente ao fechamento do hospital, toda a cota de AIHs, que no ano de 2000 era de 71 mensais, era utilizada para as internações locais e os encaminhamentos. Havia ainda uma complementação em que a Prefeitura Municipal pagava mais 30 observações de até 24 horas ao hospital local (PREFEITURA MUNICIPAL DE CATUÍPE, 2000).

Em dezembro de 2001 o Município assinou convênio com a Secretaria Estadual da Saúde, dentro do Projeto Experiências Inovadoras – Unidade Mista, objetivando o

estabelecimento de ações conjuntas, visando a adoção de estratégias que garantissem a transformação do Hospital do Município de Catuípe em instituição de saúde com responsabilidade de ação integral à saúde dos usuários do SUS, através do atendimento ambulatorial, domiciliar e de internações ambulatoriais clínicas de curta permanência, além do compromisso com ações de prevenção e promoção da saúde. Também assumiu a responsabilidade de reduzir, inicialmente em, no mínimo, 50% a emissão de cobranças de internações clínicas, de acordo com a pactuação feita com a Coordenadoria Regional de Saúde, o Gestor Municipal, e devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Assim, a partir de 2002, o Município passou a receber mensalmente uma cota de 45 AIHs, pois conforme o Programa previa, o município receberia trimestralmente um valor pré-determinado para manter a Unidade de Saúde, ficando as AIHs para os encaminhamentos fora do município. Os dados dos Relatórios de Gestão mostram que no ano 2000 foram utilizadas 1200 AIHs e que no ano de 2003 não chegou a 400 AIHs utilizadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CATUÍPE, 2000, 2003).

Podemos verificar alguns dados, através das falas dos entrevistados:

Diminuiu muito o número de AIHs utilizadas. Na época que nós tínhamos o hospital particular eram utilizadas todas as AIHs, faltavam AIHs. A Prefeitura tinha que comprar, então, internações mensais, mais de 30 internações e ainda faltava. Então isso a gente vê que daquelas 1200 AIHs que foram utilizadas em 2000, hoje utilizamos, em 2003 não deu 400 AIHs. (E 4).

Com o fechamento do hospital privado que existia no município em 2001, na época, a quantidade de AIHs ultrapassava a cota. Então, o município comprava em torno de mais de 30 internações, e hoje a gente tem AIH sobrando [...]. (E 7).

Estes dados mostram que quando se modifica o sistema que visa a promoção da saúde e não da doença, modificando-se o enfoque das ações de saúde para a prevenção e reabilitação, com certeza as internações hospitalares diminuirão. Isto mostra que a qualificação do atendimento ambulatorial de baixa complexidade pode ser altamente resolutive.

A partir do ano 2002, com a implantação do Programa Saúde da Família, com 100% de cobertura do seu território, houve maior efetividade dos serviços, demonstrando-se um

aumento dos procedimentos da atenção básica. Também a implantação do pronto-atendimento, com plantão 24 horas, além dos leitos de observação, que foram fatores que contribuíram para a melhoria do sistema.

Destacamos também que em relação à resolutividade nas Unidades Básicas de Saúde, as mesmas devem possuir condições de resolver a maior parte dos problemas de saúde dos usuários, devendo ser encaminhado à rede hospitalar somente os casos que exijam maior complexidade, fazendo com que aconteça a mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo redebasicocêntrico e que, segundo Campos:

A composição de tecnologias e de recursos da rede básica deveria possibilitar um processo gradativo de desospitalização. Propiciar o esvaziamento de algumas das funções de hospital, não com o intuito de extingui-los, objetivo em geral irrealizável a não ser em algumas áreas específicas da psiquiatria. Mas reservando-o apenas para o atendimento de casos graves, quando os pacientes necessitassem de cuidados contínuos por redução de sua capacidade de vida social autônoma ou em situações de risco imediato e grave. (1997, p. 149).

Isto nos faz acreditar que prevenir doenças é possível, é viável e de baixo custo, e com uma estrutura física adequada, o número de AIHs utilizadas para as internações deverá ser cada vez menor, pois através dos dados coletados percebe-se claramente a diminuição do uso das AIHs.

Categoria 3 – Internações, procedimentos e partos realizados fora do Município

Debater o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro é sempre oportuno, principalmente no momento atual, em que a descentralização e a regionalização dos serviços aparecem como propostas de mudanças.

O movimento pela descentralização do sistema de saúde brasileiro inicia-se com a implementação da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 01/93) e, especialmente, com a NOB de 1996 (NOB 01/96), que trouxeram a redefinição das funções e competências das três esferas de governo, referentes à gestão, à organização e à prestação de serviços de saúde através da transferência de recursos financeiros, além de físicos, humanos e materiais da esfera federal e estadual para os municípios.

Conforme Teixeira (2001), no momento atual, estaria se reiniciando um processo de recentralização através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) com a pretensão de fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde, em que as mesmas assumem a coordenação do processo de realização que consiste em organizar os sistemas microrregionais de saúde, buscando resgatar o controle do sistema perdido com a descentralização excessiva ocorrida em momentos anteriores.

A NOAS/2001 parece resultar da conquista de uma vertente “federalista”, que defende o fortalecimento do papel da Secretaria Estadual da Saúde no sentido de coordenar um processo de organização de sistemas microrregionais de saúde, agregando pequenos municípios em torno de municípios “pólos”, os quais devem ter condições de assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal. (TEIXEIRA, 2001, p. 155).

Diante disso, vemos a reconcentração de recursos em certos municípios pólos situados dentro de microrregiões para o atendimento de procedimentos de média e alta complexidade. Por outro lado, levando-se em consideração que a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, a NOAS possibilita um atendimento mais integral à população, pois ultrapassa os limites territoriais dos municípios.

Percebemos claramente a preocupação de alguns profissionais entrevistados em relação às internações realizadas fora do município mas, principalmente, no que diz respeito aos partos não realizados no município.

Em relação à inexistência do parto, uma vez que se prega muito a humanização do parto, a gestante faz todo o acompanhamento com o nosso médico e na hora de ganhar, vai em outro município e isto dá um pouco de medo, uma certa insegurança, medo, inquieta a gestante. (E 6).

[...] o ideal seria que o médico que acompanha a gestante durante a gravidez fizesse o parto. Só que aqui no momento não é possível porque não tem sala de parto e não existe um bloco cirúrgico em caso de emergência durante o parto. (E 1).

O Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, estabelece os princípios da atenção que devem ser prestados pelos Estados e municípios, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, ou seja, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

A atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que têm como objetivo a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Os profissionais de saúde desempenham importante papel nesta experiência, em que os mesmos têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê.

Ainda segundo o Ministério da Saúde:

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. (2001, p. 10).

A transformação de um modelo de saúde depende de mudanças no processo de trabalho, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, como nos elementos estruturais. Em relação às finalidades ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção da demanda espontânea de atendimento a doentes, mudando-se para o atendimento além das fronteiras municipais, com ações de prevenção e promoção da saúde, como prevê a NOAS através dos módulos assistenciais dentro de uma microrregião.

Assim, a NOAS prevê o estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios que poderão formar uma microrregião de saúde, implicando assim na criação de possibilidades de acesso a várias ações e serviços que por outro lado não poderiam ser garantidos à população principalmente dos pequenos municípios por terem uma estrutura menos eficiente e eficaz.

Como anteriormente percebemos na fala dos atores, a preocupação dos mesmos em relação à não realização, no momento atual, dos partos no município, entendemos que a partir do momento em que estiver disponível toda a estrutura prevista para o atendimento das gestantes, os partos poderão sim ser realizados na Unidade de Saúde local, recebendo assim uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Categoria 4 – Relações de vínculo prejudicadas em razão da rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos

Em relação à grande rotatividade dos profissionais médicos que atuam na Unidade Mista de Catuípe, isto pode ser considerado como um fator que dificulta a formação do vínculo do profissional e da equipe com o paciente e, muitas vezes, dificulta também a continuidade de tratamento de algumas doenças, como é o caso da hanseníase e da tuberculose, hipertensos, diabéticos..., que necessitam de acompanhamento constante do profissional médico. Podemos perceber esta dificuldade na fala de alguns entrevistados:

[...] existe o desligamento freqüente de profissionais que permanecem por pouco período de tempo aqui no município. Muitas vezes, o paciente recebe requisições para exames que demoram, às vezes, 30, 60 dias e aquele profissional que pediu o exame, ele já não se encontra mais para fazer a avaliação dos resultados dos exames. Então, a rotatividade de profissionais é muito grande, principalmente na classe médica. Isso dificulta porque muitas vezes o paciente tem um bom relacionamento com aquele profissional e é cortado, e quando ele vai trazer o resultado dos exames, já é o outro que vai fazer. (E 1).

[...] também o que eu acho que foi na nossa Unidade Mista aqui, que os profissionais que vieram para cá também não tinham o conhecimento e a estrutura suficiente para trabalhar com saúde nesta proposta. (E 5).

Pensando na construção de um atendimento humanizado, qualificado e integral que garanta o acesso universal da população ao serviço, buscamos fundamentos em autores que trabalham com conceitos em relação a isso. Segundo Merhy (1997), as propostas no sentido de organizar o chamado acolhimento e estabelecimento do vínculo dos usuários com os profissionais e os serviços também trazem à tona a problematização da chamada desumanização do atendimento em função da tecnificação do cuidado à saúde.

Para que ocorra acolhimento ao usuário e vínculo deste com a equipe de saúde, é necessário haver mudanças na porta de entrada dos serviços, com uma reestruturação desde a recepção ao usuário até a prestação do serviço pela equipe de saúde.

Segundo Campos:

Sem dúvida, o consultório clínico garante uma vinculação estreita entre o profissional e o paciente, facilitando o envolvimento do primeiro com as famílias, meio de vida e outras peculiaridades de cada caso. Possibilita

também, um maior controle do usuário sobre o trabalho do médico, o que talvez seja o principal fator responsável pela longevidade dessa forma de atenção. (1999, p. 1).

Ainda conforme Merhy:

Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, e integrar-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo. (1997, p. 138).

Todo o usuário espera que a sua relação com o trabalhador da saúde possa gerar um acolhimento que lhe dê resposta ou solução ao seu problema. Ele acredita e tem uma grande expectativa de que as ações de saúde sejam resolutivas.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (disponível em <<http://www.datasus.gov.br.htm>>), o acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, conforme os seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal.
- Reorganizar o processo de trabalho de forma que este coloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional “Equipe de Acolhimento”, que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Seguindo ainda os mesmos autores:

[...] o acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Isto, porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do devir, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde.

Assim, o acolhimento estabelece satisfação entre os usuários através dos resultados no atendimento dos serviços de saúde e os trabalhadores são motivados por encontrarem uma alternativa profissional satisfatória de realização pessoal e coletiva. Precisamos discutir em

equipe qual a melhor estratégia para conseguirmos um bom atendimento dentro e fora da unidade de saúde, tornando assim o acesso e o acolhimento objeto da prática de toda a equipe de saúde.

Categoria 5 – Grande demanda de usuários com excesso de consultas médicas

Outro fator apontado por alguns dos profissionais entrevistados é em relação à grande demanda para as consultas médicas, dificultando desta forma o trabalho de prevenção, pois muitas vezes a equipe não consegue sair para as visitas domiciliares e outras ações de prevenção devido ao grande número de consultas na Unidade de Saúde.

Entendemos que o modelo de atenção que vem sendo desenvolvido no município de referência da pesquisa tem apresentado ganhos importantes, os quais apresentamos nas discussões anteriores, contudo, em se tratando do aspecto relacionado às consultas médicas, observa-se que existe a necessidade de qualificar este serviço, pois está apresentando iatrogenias. Estes “problemas” são salientados pelos sujeitos da pesquisa, como pode ser observado nas falas que se seguem:

Então houve por isso mesmo esse assédio de consultas que acho que dá para se chamar de assédio e demonstrou-se que o número de consultas por habitante, ele também vem acompanhado da expectativa da população sobre um sistema novo de saúde e na maioria das vezes as pessoas vêm de curiosas. Então, não era a real necessidade dado este acúmulo de consultas. (E 5).

[...] são três equipes de trabalho fora e dentro da Unidade Mista, com atividades preventivas fora, e curativas dentro. Acontece que esta equipe começa a fazer atividades aqui dentro e fora e não consegue dar conta direito de todo o atendimento fora com seus nove agentes de saúde por equipe, todo o acompanhamento de sua área e reuniões, grupos, e mais atender dentro da Unidade Mista, porque ela tem que cumprir uma escala aqui. [...] e aí fica prejudicada a atividade preventiva naquele mês, durante o turno da tarde porque já vem às três horas da tarde e às dezessete horas já tem que vir ficar na Unidade Mista, porque das dezessete às dezenove horas ficam somente dois profissionais para atender toda a demanda que vem. (E 3).

Aí tu não tem como se deslocar, fazer a saúde preventiva e fazer um pré-natal, acompanhar a gestante em casa, ver se ela está tomando os cuidados, se realmente ela está se cuidando, levar o médico. Tem muita ficha, tem muita gente que planeja uma visita domiciliar e às vezes chega na hora não tem como tirar o médico da Unidade Mista porque tem cinquenta ali para atender. (E 6).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família são uma importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

Observamos, assim, que existe uma dificuldade em se trabalhar a prevenção, devido à grande demanda que existe em relação à procura pelas consultas médicas. As equipes do PSF não estão conseguindo sair de dentro da Unidade Mista e fazer as visitas domiciliares, dando ênfase à prevenção que seria uma das principais atribuições do Programa de Saúde da Família.

Através da regionalização e pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 1101/GM, de 12/06/2002, preconiza duas consultas por habitante ano, sendo que destas, 12% seriam para as consultas básicas de urgência, 3% para as consultas pré-hospitalar e trauma, 63% para as consultas básicas (clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria), e 22% para as consultas especializadas.

Se considerarmos que o Município de Catuípe possui em torno de 10.000 habitantes, e considerando também os 63% para as consultas básicas, teríamos o parâmetro de 1,26 consultas por habitante ano nas clínicas básicas. Nas Pactuações da Atenção Básica (SES/RS-2004) podemos observar na série histórica, a seguir, a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas do município de Catuípe:

- 2001: 0,97 consultas habitante/ano
- 2002: 1,27 consultas habitante/ano
- 2003: 1,80 consultas habitante/ano

Através da série histórica percebemos claramente o aumento gradativo do número de consultas nas clínicas básicas, principalmente do ano 2002 para o ano 2003. Aqui caberia um estudo mais aprofundado a ser realizado posteriormente. Seria importante sabermos a origem desses pacientes, quem são, a idade, enfim, o porquê desta procura pela consulta médica. Talvez exista ainda uma demanda reprimida, que antes não possuía acesso aos serviços e que agora, com a mudança de modelo, o usuário tem buscado o atendimento.

Se considerarmos a proposta de implantação da Unidade Mista que seria a de garantir a atenção integral à saúde dos usuários do SUS, através do atendimento ambulatorial,

domiciliar e de internações ambulatoriais, além do compromisso de desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, nos perguntamos se não estaria faltando uma maior integração entre os diversos setores, ou seja, integração maior da equipe. O trabalho multidisciplinar envolve outros profissionais além do médico, como psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, enfermeiro, odontólogo, enfim, toda a equipe e dá espaço de atuação para estes outros profissionais de saúde.

No entanto, a esta proposta de integralização do trabalho entre os diversos profissionais, deve-se agregar um “programa de educação popular” que possa transformar a cultura da própria população fazendo com que a mesma perceba que outros profissionais além do médico, poderão dar resolutividade aos seus problemas.

Com o intuito de estabelecer uma coordenação efetiva da equipe multidisciplinar de saúde, ressalto a importância de haver um coordenador para esta equipe, que exercerá o papel fundamental de articulador entre a equipe, bem como com o gestor de saúde do município para que efetivamente aconteça a consolidação do modelo de saúde implantado.

Conforme Motta (2001), no trabalho de equipe as pessoas têm um espírito comum e positivo através de esforços coordenados. Procuram um trabalho coletivo, e o resultado é maior que a soma das partes individuais. A responsabilidade é de todos, ela é tanto individual quanto coletiva. A existência de uma verdadeira equipe é vista pela integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma habilidade coletiva, produzindo serviços de maneira mais eficiente e efetiva.

CONCLUSÃO

Este trabalho de pesquisa teve como propósito identificar a percepção dos profissionais de formação acadêmica que atuam há mais de dois anos na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe, RS, a respeito da implantação da Unidade Mista naquele Município. Ao finalizar este estudo, é possível chegar a algumas conclusões em relação ao assunto estudado, quais sejam:

- O acesso aos serviços de saúde melhorou muito após a implantação da Unidade Mista. Isto se deve ao fato de haver um pronto-atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana, com atendimento gratuito e igualitário a toda população, havendo sempre uma porta aberta para o acolhimento daquele usuário que procura os serviços de saúde.
- Houve a diminuição expressiva do número de AIHs utilizadas pelo município, demonstrando-se que quando se muda o modelo de atenção à saúde, dando-se ênfase às ações de promoção e prevenção à saúde, é possível sim, diminuir as internações. A implantação do Programa Saúde da Família – PSF com cobertura de 100% do território, sem dúvida é fator significativo na diminuição das internações hospitalares, visto que através das equipes de saúde do PSF se desenvolvem ações de prevenção e promoção à saúde, principalmente através das visitas domiciliares. Também podemos destacar aqui que a garantia do acesso aos medicamentos, através da distribuição na farmácia da Secretaria de Saúde e também o acesso aos meios de diagnóstico contribuíram certamente para a diminuição das internações hospitalares.
- Constatamos a preocupação de alguns profissionais em relação às internações hospitalares, alguns procedimentos e, principalmente, em relação aos partos que atualmente são encaminhados para fora do município. Conforme verificamos, a construção da Unidade Mista não está ainda com toda a sua estrutura pronta, e não existe no momento uma sala de parto disponível para realizar tal procedimento. A previsão que se tem é de que até o final do ano 2004, toda a estrutura da Unidade Mista esteja pronta

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

32

para ser utilizada, sendo que a mesma contará com mais quartos para internações de observação, banheiros, salas de espera, ambulatórios, cozinha, lavanderia, e uma área destinada somente para a realização dos partos, chamada “Casa de Parto”. Sendo assim, com certeza haverá maior segurança e tranquilidade para a gestante que poderá, na hora do parto, ser atendida pelo médico que a acompanhou durante todo o seu pré-natal.

- Vimos que em relação ao vínculo dos usuários com a equipe de saúde existe uma certa dificuldade, principalmente com os profissionais médicos, onde há uma grande rotatividade, pois a maioria permanece por pouco tempo no município. Isto faz com que muitas vezes a continuidade de certos tratamentos seja interrompida, causando perdas ao usuário e ao sistema como um todo. Caberia aqui, um estudo mais aprofundado das razões que levam o profissional médico a permanecer por um curto período de tempo no Município, ficando como sugestão para uma posterior pesquisa.
- Observou-se que existe uma grande demanda de usuários em busca de atendimento na Unidade Mista, principalmente para as consultas médicas nas especialidades básicas. Isto tem prejudicado o trabalho das visitas domiciliares e, conseqüentemente, as ações de prevenção, pois muitas vezes a equipe de saúde não consegue sair de dentro da Unidade Mista para ir a campo. No entanto, mesmo que as atividades das equipes não tenham se efetivado de forma mais significativa no âmbito do trabalho de campo, melhoras têm ocorrido, como já apontamos. Vemos, contudo, a necessidade de qualificação e reestruturação destes serviços. Talvez o trabalho multidisciplinar, com a atuação dos outros profissionais disponíveis na unidade de saúde, além do médico e da enfermeira, como a nutricionista, a psicóloga, a assistente social, a farmacêutica, enfim, o envolvimento de todos, direcionando-se os pacientes a estes outros profissionais como forma de diminuir as consultas médicas e também de valorização de toda a equipe de trabalho, além de um programa de educação popular.
- Esperamos que esse trabalho de pesquisa auxilie e sirva de incentivo ao gestor municipal e aos profissionais de saúde, para que novos estudos nesta área possam ser realizados como objetivo principal de aprimorarmos cada vez mais o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Jackeline A. **O processo de inovação nas organizações públicas**: integrando conceitos às práticas. Campinas: ENANPAD, 2001.

BARDIN, Laurence. **L'analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.

BOHRER, Paulo. **Rede Básica**: construindo novos espaços para acolher novas propostas. Ijuí. 42 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Departamento de Ciências da Saúde, Unijuí, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**. Brasília, 1996.

CAMPOS, Gastão W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Reforma da reforma** - repensando a saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Debates**. Boletim dos Núcleos de Educação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, nº 1, out./1999.

CECILIO, L.C. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

DALLABRIDA, Valdir Roque; BECKER, Dinizar Firminiano. **Dinâmicas territoriais do desenvolvimento**. Santa Cruz do Sul: Redes, 2003.

DEMO, P. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1997.

DOUGHERTY, Deborah. Organizing for Innovation. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. **Handbook of organization studies**. London: Sage, 1996.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Experiências municipais**. Acolhimento e os processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: 10/08/2004.

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

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOVERNO DO ESTADO DO RS. **Convênio 050/2001**. Trata da transformação do hospital do município de Catuípe em instituição de saúde com responsabilidade de atenção integral à saúde dos usuários do SUS. Porto Alegre, 2001.

MENDES, Eugênio V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MERHY, Emerson Elias. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus Dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Praxis em salud**. Un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. **Portaria nº 1101/GM**. Brasília, 2002.

MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATUIPE. **Plano Municipal de Saúde, 2001/2004**.

_____. **Relatórios de Gestão, 2000, 2003**.

RIGHI, Liane Beatriz. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde - considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. CBES, 2001.

_____. **Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no RS**. Campinas: Unicamp, 2002.

SANTOS, Boaventura. Praga, Brasil. **Folha de São Paulo Caderno 1: Tendências/Debates**. São Paulo, 2.nov.2000.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2001.

TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que tendo conhecimento do estudo que tem por objetivo identificar o que pensam os profissionais de nível superior que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe a respeito da implementação da Unidade Mista, de autoria de **Tania Marta Gai Dallepiane**, aluna do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da UFRGS, também abaixo assinado. Concordo em integrar-me ao conjunto da população estudada, desde que as informações por mim fornecidas sejam utilizadas somente como contribuição para a construção de conhecimento científico e que seja garantido o anonimato das informações.

Sei que minha participação neste estudo é totalmente voluntária e que tenho plena liberdade para recusar ou retirar meu consentimento em participar do estudo em sua totalidade ou em parte a qualquer momento, sem prejuízo a mim e a minha família.

Local e data

Assinatura do informante

Assinatura da Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, _____ abaixo assinado, declaro que tendo conhecimento do estudo que tem por objetivo identificar o que pensam os profissionais de nível superior que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe a respeito da implementação da Unidade Mista, de autoria de **Tania Marta Gai Dallepiane**, aluna do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde da UFRGS, também abaixo assinado. Concordo em integrar-me ao conjunto da população estudada, desde que as informações por mim fornecidas sejam utilizadas somente como contribuição para a construção de conhecimento científico e que seja garantido o anonimato das informações.

Sei que minha participação neste estudo é totalmente voluntária e que tenho plena liberdade para recusar ou retirar meu consentimento em participar do estudo em sua totalidade ou em parte a qualquer momento, sem prejuízo a mim e a minha família.

Local e data

Assinatura do informante

Assinatura da Pesquisadora