



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

NEUSA GOYA

DIVERSIDADE DE OLHARES:
DESVELANDO OS SENTIDOS INSTITUINTES DO SUS NO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.

FORTALEZA

2009

NEUSA GOYA

**DIVERSIDADE DE OLHARES:
DESVELANDO OS SENTIDOS INSTITUINTES DO SUS NO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

FORTALEZA

2009

G745d Goya, Neusa

Diversidades de olhares : desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza / Neusa Goya. – Fortaleza, 2009.
125f. : il.

Orientador: Prof.^o Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

1. Sistema Único de Saúde 2. Gestão em Saúde 3. Saúde Pública I. Andrade, Luiz Odorico Monteiro (Orient.) II. Título.

CDD: 614.0981

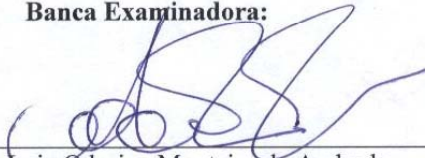
NEUSA GOYA

**DIVERSIDADE DE OLHARES: DESVELANDO OS SENTIDOS INSTITUINTES DO
SUS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA**

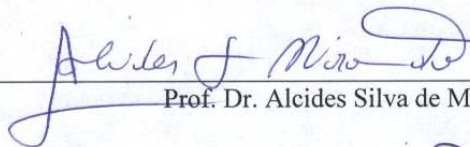
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará. Área de concentração: Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da Aprovação: 12/01/2000

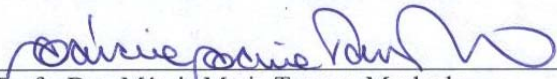
Banca Examinadora:



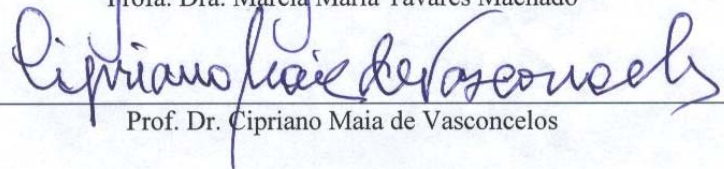
Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade



Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda



Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado



Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos

Aos meus pais, Antônio e Miyoco, a minha
irmã, Sandra,
in memoriam,
a eles que me ensinam, cotidianamente, como
se sente e se vive o Amor em
outras dimensões.

AGRADECIMENTOS

Porque o produzido sempre é fruto de um caminhar junto.
Não é solitário. É partilhado e vivenciado com o outro.

Aos meus filhos, Marina, Moara, Marília e Dante, pelo aprendizado do amor desapegado que possibilita ao outro ir, dedicar-se ao que lhe realiza. A vocês, que são amor em mim. Sempre.

Ao Lucca Ayres Fernandes Barroso, meu neto, pequeno ser que me enche de ternura e encantamento. A você, pela esperança.

Ao Alberto Fernandes, pelos anos de partilha e amorosidade em uma caminhada que se renova em afeto, amizade e respeito. E isso, pela sua generosidade. A você, pelo estímulo ao meu crescimento intelectual, profissional e espiritual.

Ao amigo querido, meu orientador, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, de quem sempre serei (e)terna aprendiz e companheira de sonhos, e até de delírios, porque nascidos do bem. A você, por todas as orientações que se fizeram nessa nossa caminhada.

Ao meu mestre e amigo querido, Alcides Miranda, pelo aprendizado que não se fez somente no tempo do mestrado, porque nossa caminhada é anterior. A você, pelas contribuições afetivas e intelectuais de hoje e de ontem. A você, pelo exercício da tolerância.

Aos meus mestres e amigos queridos, Maria Lúcia Bosi, Ricardo Pontes e Ursino Neto, que acolhem no sentido de abraçar e realizar a tarefa de “*partejar olhos vagabundos*”, como se refere Rubem Alves ao falar que principal tarefa do educador é ensinar a “*ver*”.

A mestra e amiga querida, Márcia Machado, que me acolheu, coordenando os grupos focais deste estudo. A você, que nunca deixou de sorrir e de me estimular.

Ao mestre Cipriano Maia, que não hesitou em contribuir quando convidado para participar da defesa desta dissertação.

Aos profissionais de Saúde, participantes dos grupos focais, pela colaboração. Sem vocês este estudo não existiria.

Ao amigo João Alfredo, que me ensina, em exemplo vivo, que o exercício do poder pode ser ético e puro, “como pura é a nossa causa”. A você, pelo amor irmão.

A amiga Anna Vicente, minha Margarida, que me floreira a vida. A você, que me dá a mão e caminha comigo. Sua escuta intelectual e amorosa foi determinante para o parto desta dissertação. A você, que é hoje parte inteira de mim.

A amiga Juliana de Paula, que há anos nos acompanhamos e nos temos. A você, que me vê e me conhece. Sem palavras. Obrigada pela acolhida quando do aperreio deste trabalho.

A amiga Giovana de Paula, que me serena o espírito e me ensina sobre a busca do equilíbrio.

A amiga Rani Félix, que se faz em mim uma alegria constante. A você, pela escuta afetiva, intelectual e por me encontrar sempre que preciso.

As amigas irmãs, Fátima Carvalho e Elaine Paiva, que em minha caminhada sempre estiveram presentes em luz, solidariedade e amorosidade. Evidências afetivas de que a amizade transcende o tempo.

Aos meus colegas de mestrado, pela caminhada acadêmica repleta de luz, pelos momentos de poesia e diálogos calorosos e instigantes.

Aos amigos André Amaral e Alan Kardec, companheiros de trabalho, que me tranquilizam e me ensinam ludicamente que trabalhar junto é sempre o caminho.

Aos amigos Helly Ellery e Graça Torres, pelo apoio na indicação de profissionais de Saúde para participação nos grupos focais.

As bibliotecárias, Rosane Maria Costa e Eliene Gomes Vieira Nascimento, por disponibilizarem seus conhecimentos técnicos quanto à revisão de normalização e elaboração da ficha catalográfica desta dissertação.

Ao Reginaldo Alves das Chagas, meu Amor querido, com quem tenho partilhado sonhos e delírios. A você por me ajudar a fazer esta dissertação. Principalmente, em sua conclusão. Obrigada pelas reflexões. Pelo desafio instigante de me fazer estranhar frente ao objeto de estudo que se entranha na minha vida desde 2005. Obrigada, meu querido Amor, pelo aconchego amoroso e intelectual. A você, por ser em mim poesia e ventania.

Significar os sentidos instituintes do SUS,
por meio do olhar do outro,
é despojar-se de uma única verdade,
compreendendo fazer-se o real em múltiplas verdades.
Nas palavras em poesia de Fernando Pessoa é:

*“Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado.
Cada um me disse a verdade.
Cada um me contou as suas razões.
Ambos tinham razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro.
Mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto tinha razão.
Fiquei confuso desta dupla existência da verdade”.*
(PESSOA, 1995, p.57 *apud* MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.10)

RESUMO

A presente dissertação analisa as percepções dos profissionais de Saúde sobre o que consideram processos instituintes do SUS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará, no período de 2005 a 2007. Identifica e analisa, ainda, as percepções dos profissionais de Saúde sobre a sua atuação nos processos considerados instituintes do SUS, como também, apresenta as ações propostas pelos profissionais para fortalecer o SUS em Fortaleza. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que tem como base teórica: as concepções do Movimento Institucionalista sobre sociedade, com centralidade nas categorias do instituinte e do instituído, a luz de Gregório Baremlitt; os pensamentos de autores sanitaristas, destacando Gastão Wagner de Sousa Campos e Emerson Elias Merhy e a legislação do SUS. As informações para análise foram construídas por meio da revisão documental do Programa de Governo “Por uma Fortaleza Bela” – referente à gestão governamental 2005/2008 e dos Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos de 2005, 2006 e 2007. Utilizou-se, também, da técnica de grupo focal, tendo sido realizados dois grupos focais com profissionais de Saúde do Sistema Municipal de Saúde, sendo um com participantes graduados, realizado em outubro de 2008, com oito participantes e, outro, com dez profissionais de nível médio, em novembro de 2008. Como método de análise fez-se o uso da Análise de Conteúdo com a técnica da Análise Temática. As categorias temáticas trabalhadas foram: processo de trabalho em saúde; gestão do trabalho; acolhimento; gestão participativa e controle social. Os principais achados do estudo foram: convivência dialética das forças instituintes com o instituído no espaço da gestão do cotidiano em saúde; identificação do potencial instituinte do SUS nos processos de trabalho pertinentes a Estratégia Saúde da Família e a rede assistencial de Saúde Mental; reconhecimento do acolhimento como dispositivo instituinte transversal às diversas redes assistenciais do Sistema; desenvolvimento da Roda de Gestão com limitações em seu potencial instituinte para a co-gestão de coletivos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

The current study aims to analyze health professionals perception about institutive process at a Brazilian local health care system as it presents the contributions of those interviewees to strengthening health services in the municipality of Fortaleza, Ceará, over the period of 2005 to 2007. The research is designed based on qualitative approach, referring on Institutional Movement ideas about society, focusing on institutive and instituted concepts described by Gregorio Baremlitt. Moreover, a literature review is done on the main Brazilian Public Health researchers (special contribution from Gastão Wagner de Souza Campos and Emerson Elias Merhy) and SUS (Brazilian Health Care System)' legislation. Data collection source are official documents, such as Fortaleza local government program "Por uma Fortaleza Bela referring to the period 2005/2008 and the health sector management report, and focus groups method involving local health care workers. As a research analysis method, the author uses Content Analysis, mainly thematic analysis technique. Fundamental categories used for the study are health care work and processs, work management in health, work flow, participatory management and social accountability. The main results are: dialectic process between institutive and instituted forces in the daily life of the workplace, Family Health Strategy and Mental Health Care settings more institutive than the others; intake systems as a cross-cutting approach to all health care local settings and health professionals round tables as a limited and striking tool for health care management.

Keywords: Health Care System and Services; Health Management; Public Health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Pressupostos Teóricos: fecundando a investigação.....	16
1.2 Dialogando sobre a relevância da investigação.....	18
1.3 Instituído e instituinte: da ordem instalada à produção do novo – passagem pelo Movimento Institucionalista à luz de Baremblytt.....	20
1.4 Sistemas Municipais de Saúde: espaços de produção da utopia ativa na gestão do cotidiano de saúde - dos tensionamentos às possibilidades instituintes.....	26
1.5 Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza: processos vivenciados, potências instituintes e indicadores de saúde relativos ao período de 2005 a 2007.....	31
2 OBJETIVOS.....	45
2.1 Objetivo geral.....	45
2.2 Objetivos específicos.....	45
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 Por que realizar uma pesquisa sob a tradição da abordagem qualitativa, tendo como foco os processos vivenciados no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza?.....	46
3.2 Fontes de informação.....	48
3.3 O caminho percorrido nos Grupos Focais.....	49
4 OS SENTIDOS INSTITUINTES DO SUS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	59
4.1 Diálogo acerca dos processos instituintes do SUS apontados pelos profissionais de Saúde.....	61
5 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SUA ATUAÇÃO NOS PROCESSOS INSTITUINTES DO SUS.....	75
5.1 Considerações sobre as percepções dos profissionais de Saúde sobre sua atuação nos processos instituintes do SUS.....	76
6 CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O QUE FAZER PARA FORTALECER O SUS EM FORTALEZA.....	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES.....	94
ANEXOS.....	125

APRESENTAÇÃO

DESVELANDO OS FIOS DA VIDA EM DESEJOS E COMPROMISSOS: DE ONDE VENHO, DE ONDE FALO

As palavras me antecedem e ultrapassam,
elas me tentam e modificam (...)
meu enleio vem de que um tapete é feito de tantos fios
que não posso me resignar a seguir um fio só;
meu enredamento vem de que uma história é feita de muitas histórias (...)
Clarice Lispector.

Não sou feita de um só fio. Nem de uma só cor.

Em meu enredamento misturam-se cores e fios diversos. Gente para lá, gente para cá. Gente. Movimento de ter sido, de ser, de vir a ser. Uma história que se faz em muitas histórias. Singularidades constituídas à luz do múltiplo. Do diverso. Assim sou.

Por entre os fios da saúde, adentrei em 1992. Nesse ano, minha história misturou-se a de um grande sanitarista e com ele tive a oportunidade e a emoção de organizar um livro sobre o Sistema de Saúde de Icapuí, no Ceará, (ANDRADE; GOYA, 1992).

Naquela época, as palavras foram escritas a lápis, regadas por lágrimas que corriam na face dos que ousavam, e ainda ousam, sentir, e não somente fazer ou pensar. O sentido era instituinte do Sistema Único de Saúde. Ainda não sabia disso. Hoje sei.

Desde então, aprendi que a construção do Sistema Único de Saúde se faz no cotidiano. Em um pensar, agir e sentir militante, implicado, amoroso e guerreiro, onde a utopia flora como flor de mandacaru anunciando chuva no sertão.

De lá, até os dias atuais, muitas foram as vivências relacionadas à elaboração e execução da política pública de saúde, no âmbito da gestão e da organização de sistemas e serviços de saúde, seja assessorando secretarias municipais de Saúde, ou contribuindo em processos educacionais a exemplo de minha passagem pela Escola de Formação em Saúde - Família Visconde de Sabóia de Sobral, no Ceará. Ou, ainda, na articulação política dos secretários municipais de Saúde em entidades como o Conselho de Secretarias e Secretários Municipais de Saúde do Ceará - COSSEMS – e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.

Hoje, minha vida se entrelaça ao sistema municipal de Saúde de Fortaleza. Como assessora técnica, vinculada ao gabinete do Secretário de Saúde de Fortaleza, estou inteiramente implicada com os propósitos de governo e realizações da gestão municipal da Saúde, marcada no tempo de 2005 a 2008.

Portanto, despida de qualquer neutralidade, falo de um lugar político, de quem assume responsabilidades e compromissos com a condução da gestão da Saúde em Fortaleza, na perspectiva de efetivação do SUS em âmbito local.

Falo ainda de um lugar técnico, colocando-me como uma técnica que disponibiliza práticas e saberes aprendidos em minha vivência pessoal, profissional e formativa. Mas falo também, como mestranda, que reconhece a importância do espaço da academia e de suas significativas contribuições teóricas.

E, como tal, reitero as posições de Minayo (2000); Merhy (2004); Bosi e Mercado-Martinez (2004), entre tantos outros, que afirmam a necessidade de se elaborar e validar novas metodologias de produção de conhecimentos. Os caminhos de investigação, nessa perspectiva, se pautam em referenciais teóricos que questionam os marcos positivistas de se fazer ciência.

Nesse sentido, como mestranda e assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde, gestão 2005-2008, coloco-me na posição de sujeito implicado e militante, no sentido proposto Merhy (2004).

Pesquisadora implicada e militante por valorar o agir e o refletir sobre esse agir como um caminho de produção científica, na medida em que submete sua prática (ou a prática dos coletivos em que se insere) a um processo investigativo; que reconhece o espaço do serviço como espaço de produção de saberes e práticas instituintes com o sentido de ser contra-hegemônicas ao projeto positivista de se fazer ciência.

Assim, amasio amorosamente a prática com a teoria como percurso de produção de conhecimento, para que, em meio a essa promiscuidade, possa olhar para além das fronteiras instituídas, vislumbrando possibilidades que acresçam ao desafio de fazer valer o SUS.

E fazer valer o SUS, para mim, requer um agir que contribua para que os seus princípios e as suas diretrizes ganhem corpo, materialidade, existência. Não uma existência que se fecha em um arcabouço jurídico, mas que vá além, porque materializada no humano e fundamentada na garantia de direitos humanos. Portanto, tecida pela perspectiva ética.

Então, o que me instigou a pesquisar?

Na trajetória percorrida no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007, muito se fez para dar materialidade aos princípios e diretrizes do SUS. Em relação ao discurso oficial da Administração Municipal, este propósito de governo está explicitado no seguinte compromisso:

O Programa de Governo “Por Amor a Fortaleza”, no que se refere ao Direito à Saúde, aponta como principal compromisso a efetivação do Sistema Único de Saúde pela atual Administração Municipal. Segundo esse Programa, a efetivação do SUS “*resultará em uma grande mudança na vida das pessoas que são usuárias do mesmo*”. (FORTALEZA, 2004, p. 34 *apud* FORTALEZA, 2006).

Continuando, acentua que a efetivação do SUS

[...] pressupõe o cumprimento de todos os seus princípios básicos como garantia de acesso à saúde para todos que necessitem, uma assistência que envolva todas as áreas do conhecimento e complexidade de ações de acordo com os níveis de atenção à saúde, garantindo e incentivando a participação da sociedade em todos os aspectos da dinâmica do SUS que envolve universalidade, equidade, integralidade e participação popular. (FORTALEZA, 2004, p. 34 *apud* FORTALEZA, 2006).

Na mesma direção política, a Secretaria Municipal de Saúde expressa em seu Relatório de Gestão de 2005, sua intenção em efetivar o SUS no Município:

O modelo de gestão e de atenção integral à saúde em construção pela Administração Municipal de Fortaleza, Gestão 2005/2008, orienta-se pelos princípios do SUS, na perspectiva da garantia de direitos, no caso, o direito à Vida, à Saúde [...]. (FORTALEZA, 2006, p. 34).

Vários são os indicadores e os processos no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza que apontam não só a intencionalidade política e técnica apresentada, como também atestam em vários aspectos a relevância da experiência em curso por estar contribuindo para a efetivação do SUS no Município (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008).

No caminho percorrido algumas indagações me inquietam.

São indagações que me reportam tanto ao reconhecimento de que muito foi feito no sentido instituinte do SUS (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008), como a questões outras que me remetem a investigar: *Quais outros sujeitos têm também essa percepção? Como essas percepções se manifestam? O discurso oficial da gestão e seus propósitos de governo estão*

sendo materializados? Que situações ou processos são instituintes do SUS em Fortaleza segundo o olhar de outros sujeitos?

Considerando que os profissionais de Saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza são atores estratégicos na formação do SUS, por serem também os operadores desta política e sujeitos de direito à saúde, avalio como fundamental o fato de ter conhecimento sobre as suas percepções acerca dos movimentos em curso no Sistema e se há, por parte deles, o reconhecimento de processos instituintes do SUS, conforme protagonizado pela gestão em seus documentos oficiais (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008).

Movida pelo reconhecimento da importância científica da realização de investigações qualitativas, e, ainda, por ser sujeito implicado com a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, período 2005-2008, portanto falando de um lugar político e técnico, desenvolvi o presente estudo com a intenção de ouvir os profissionais de Saúde, no sentido proposto por AmatuZZi (1990, p. 88):

O ouvir vem antes do falar. [...] É o ouvir que nos abre para o mundo e para os outros, e não o falar. E o que realmente ouvimos é um dizer que nos remete a um mundo, e não apenas o falar. [...] O verdadeiro diálogo, dirá Paulo Freire, se dá em torno do mundo significado. Quando realmente ouço, ouço o que alguém me diz (e não apenas o que fala), e isso me remete ao mundo.

Nesse processo investigativo, corroboro com a ideia de Breilh (1991, p. 44-45) para quem

O ponto de vista de um investigador consiste na perspectiva social a partir da qual focaliza seu objeto de trabalho, perspectiva esta que determina suas escolhas e rejeições, sua maneira de interrogar a realidade, o tipo de vínculo que estabelece com o processo que estuda, isto é, as mediações formais e práticas que se intercalam entre ele (como sujeito) e seu objeto.

Comungo, ainda, com o sentimento e o posicionamento teórico e político dos autores Bosi e Mercado-Martínez (2004, p. 42), no sentido de ter o desejo e o compromisso de que este estudo faça brotar implicações instituintes:

[...] as perguntas que guiam as investigações se inscrevem, implícita ou explicitamente, em uma determinada postura teórica. [...] as perguntas formuladas desde diversos enfoques teóricos, conforme já apontado, têm implicações não apenas acadêmicas, mas também sociais, políticas e culturais radicalmente distintas.

Imbuída, portanto, desse espírito, guiei-me pela seguinte pergunta investigativa:

“O que os profissionais de Saúde reconhecem como processos instituintes do SUS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007?”

Considerando o objeto do presente estudo, consubstanciado em sua pergunta investigativa e, ainda, orientada pelos objetivos deste estudo, ressalto que não fiz uma descrição detalhada do processo de organização e funcionamento do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, situando-me como sujeito implicado, participante. Abordei os aspectos que expressam a potencialidade instituinte do SUS em relação à proposta de organização do Modelo de Gestão e de Atenção Integral à Saúde, e de alguns indicadores de saúde que evidenciam tal potencialidade.

O alcance dos objetivos pretendidos pelo estudo não exigiu de mim, sujeito implicado, uma auto análise do processo vivenciado. O estudo tem como foco as percepções dos profissionais de Saúde, a implicação, no caso, configura-se pela escolha do cenário do estudo ter sido o sistema municipal de Saúde de Fortaleza, no período em que participei de sua equipe gestora.

O estudo está constituído de sete capítulos.

No primeiro, a Introdução, desenho os pressupostos teóricos; falo sobre a relevância deste estudo; apresento, em uma passagem rápida, as ideias do Movimento Instituinte no que se refere à concepção de sociedade, à luz de Gregório Barenblitt; falo sobre os Sistemas Municipais de Saúde como espaços de produção da utopia ativa na gestão do cotidiano em saúde; exponho em linhas gerais as ideias-força, os processos vivenciados e os principais resultados alcançados pelo sistema municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007.

No segundo, trago os objetivos do estudo. E, no terceiro capítulo, delinheiro a metodologia e o caminho trilhado no trabalho de campo deste estudo.

Os capítulos quarto, quinto e sexto referem-se aos resultados, reflexões e discussões em torno dos sentidos instituintes do SUS de Fortaleza, segundo as percepções dos profissionais de Saúde; as percepções dos profissionais de Saúde sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS e a apresentação das propostas feitas pelos profissionais de Saúde para fortalecer o SUS em Fortaleza.

O sétimo capítulo incorpora as considerações finais, seguido das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

1 INTRODUÇÃO

Ao usar a categoria instituinte, não tenho a pretensão de afirmar que o Sistema de Saúde de Fortaleza, anterior ao período proposto neste estudo, não apresentava indicativos ou experiências que se guiassem pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Longe de mim fazer tal avaliação. Além de inconsequente, pelo fato de não ter me debruçado sobre um estudo mais detalhado, seria, no mínimo, faltar com o respeito ao protagonismo sanitarista e comprometido de tantos e tantos sujeitos que passaram e ainda estão a atuar no Sistema de Saúde de Fortaleza.

Além disso, tenho a compreensão de que o SUS se faz em um processo histórico-social ainda em elaboração. Muitas experiências anteriores à atual gestão, certamente, contribuíram para a instituição do SUS em Fortaleza.

Então, qual a relevância de um estudo que pretende indagar sobre o reconhecimento de processos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007?

Para responder a esta pergunta, acho importante firmar, inicialmente, alguns pressupostos que alicerçam tal investigação, os quais materializo nas linhas escritas que se seguem, tendo como desejo dar luz a este estudo.

1.1 Pressupostos Teóricos: fecundando a investigação

“Afagar a terra. Conhecer os desejos da terra. Cio da terra, a propícia estação. E fecundar o chão”.
(Milton Nascimento e Chico Buarque)

Fazer o movimento da terra. Afagar para preparar. Alicerçar para fecundar. Assim penso ser o significado dos pressupostos teóricos que ora apresento:

- 1 O entendimento de que a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – está inserido em um processo de ruptura na ordem instalada das instituições¹ da Saúde.

¹ Concepção sobre instituição referida conforme as ideias do Movimento Institucionalista, Baremlitt (1998).

Portanto, refere-se a um movimento instituinte de uma nova lógica no pensar e fazer saúde, repercutindo na organização, funcionamento e regulação da produção e reprodução dos serviços e sistemas de saúde, seja os de natureza pública como filantrópica e privada.

- 2 A instituição apresenta, segundo os institucionalistas, duas vertentes: o instituinte e o instituído (BAREMBLITT, 1998). Na racionalidade teórica, que ora me baseio, penso o SUS como produto de um movimento instituinte, logo, uma nova lógica em processo de institucionalização. Por outro lado, a materialização de seus princípios e diretrizes, configurados em lei de forma abstrata, é produto de um processo histórico que compreende disputas políticas e técnicas entre os diferentes agentes e seus coletivos – forças que atuam para a institucionalização do SUS e forças que atuam para manutenção de outras lógicas de organização do sistema público de saúde. Portanto, a institucionalização do setor Saúde vivencia internamente movimentos instituintes e “organizantes”, que tensionam o instituído. É expressa, assim, a dialética intrínseca a estas construções históricas, onde se tem a convivência de forças instituintes e instituídas. Apesar da sua implantação, ainda se tem como hegemônico na gestão de Sistemas e Serviços de Saúde a perspectiva dos modelos assistenciais sanitaria e liberal-privatista (PAIM, 2003). Assim, para efeito deste estudo, tomo como instituinte os processos que tensionam estes modelos, propondo novas lógicas de organização da gestão e do cuidado em saúde com base no SUS.
- 3 As organizações e os estabelecimentos do setor Saúde, que compreendem os sistemas municipais de Saúde, são espaços privilegiados para o desenvolvimento de processos instituintes e organizadores do ideário encorpado pelo arcabouço jurídico-institucional do SUS.
- 4 A realização de estudos com abordagem qualitativa é necessária ao desenvolvimento do SUS. As transformações são protagonizadas por agentes, ou qualquer outra denominação que expresse o protagonismo dos sujeitos. Assim, as subjetividades precisam ser estudadas, capturadas, reconhecidas e valorizadas, no sentido de orientar a implantação, o acompanhamento, a avaliação, entre outros aspectos, dos sistemas e serviços de saúde.

1.2 Dialogando sobre a relevância da investigação

As ideias apresentadas pelo Movimento Institucionalista e suas linhas de pensamento são recentes no Brasil. Segundo Baremlitt (1998), no Brasil, os expoentes mais conhecidos e suas respectivas correntes de pensamento são: René Lourau e Georges Lapassade, representantes da Análise Institucional; Gérard Mendel, com a Sociopsicanálise, e Pierre-Félix Guattari e Gilles Deleuze, com a Esquizoanálise.

Conforme L'Abbate², a Análise Institucional surge no Brasil nos anos 70:

[...] a partir de alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações, congregando os mais diferentes tipos de profissionais. Embora tendo ampliado seu campo de atuação até o momento e venha sendo referenciada na área da saúde, através da divulgação de trabalhos de caráter acadêmico e de relato de intervenções, apenas recentemente a análise institucional vem sendo aplicada no campo da saúde coletiva. (L'ABBATE, 2003, p. 266).

Continuando, a referida autora acentua que, apesar da potência da Socioanálise, como ferramenta para desenvolver intervenções nas organizações de saúde:

[...] é bastante escassa a bibliografia referente a trabalhos de intervenção, tanto na área da saúde e da saúde coletiva. O número de trabalhos nesse sentido tanto nas publicações francesas, às quais tenho tido acesso (*Pratiques de Formation Lês Cahiers de l'Implication*) como nas coletâneas brasileiras já referidas neste texto é bastante reduzido. (L'ABBATE, 2003, p. 270).

É expressa, então, a importância da realização de investigações, entre elas a que proponho, que tenham como foco uma leitura institucional do SUS, segundo a demarcação dos pressupostos teóricos apresentados anteriormente.

Entre os estudos que trabalham com a perspectiva de análise sobre processos instituintes do SUS, com base em experiências municipais da gestão de Sistemas de Saúde, trago a investigação feita por Righi (2002), denominada de “Poder Local e Inovação no SUS: Estudo sobre a construção de redes de atenção à Saúde em três Municípios no Estado do Rio Grande do Sul”.

2

Pesquisadora que desenvolve investigações em Saúde Coletiva nas seguintes linhas de pesquisa: Análise Institucional e Práticas Educacionais, Políticas de Saúde - Intervenção e Avaliação. Coordena o diretório de Pesquisa do CNPq "Análise Institucional e Saúde Coletiva".

Referido trabalho, contrapondo-se à ideia de um SUS instituído, estuda um SUS dito instituinte, por ter como foco a produção de novas formas de gestão e de organização da atenção à saúde, nos Municípios de Viamão, Jóia e Catuípe, no Rio Grande do Sul, entre os anos de 1999 e 2002.

No caso de Viamão, a pesquisadora analisa a constituição de um Colegiado Gestor, do Grupo de Decisão Estratégica - GruDE e do Grupo de Apoio aos Serviços de Saúde – GASS. Já em Catuípe e Joia, estuda a construção de novas configurações da rede de atenção à saúde, por meio da mudança no desenho organizacional do SUS pela criação de organizações em conformidade com a realidade e necessidades locais.

Righi (2002) aponta que, embora sendo experiências singulares, apresentam em comum o fato de romperem com as formas de gestão e organização da atenção à Saúde instituídas, desenvolvendo novos dispositivos institucionais.

Assim como Righi (2002), pretendo investigar iniciativas que apresentam potência instituinte dos princípios e diretrizes do SUS, no campo da gestão e organização de sistemas municipais de saúde, no caso, o de Fortaleza.

Outro estudo que investiga processos instituintes é o “Água mole em pedra dura? As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte após a implantação do programa de saúde da família” (ARAUJO, 2000).

Trata-se de uma investigação que analisa as mudanças organizacionais ocorridas na Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), entre os anos de 1994 e 2000, e o potencial instituinte do Programa de Saúde da Família (PSF) para produção dessas mudanças. Os resultados apontam para um baixo potencial instituinte do PSF nas mudanças organizacionais observadas (ARAUJO, 2000).

Já Vieira (2005, p. 1), discute a emancipação como constituinte do processo educativo e a educação popular como instituinte da emancipação. Para tanto, investiga

[...] os efeitos da regulação no exame da implementação de programas sócio-educativos destinados a crianças e adolescentes, através de um estudo etnográfico junto à população usuária da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA).

A autora reconhece a educação popular como um processo de produção do saber popular, constituído na vivência das lutas sociais, vinculado, portanto, a um projeto de transformação social. Pressupõe a superação dos saberes opressores, na medida em que elabora o saber popular, transformador.

Daí por que é compreendida a educação popular como instituinte da emancipação, que se faz por meio de movimentos libertadores, promotores de uma nova consciência, a crítica, em substituição à consciência ingênua.

No espaço da gestão do cotidiano em Saúde, é significativo conhecer, pela percepção de outros sujeitos, a potência instituinte, ou não, de programas, projetos e processos que possam ser identificados como instituintes do SUS, com o fortalecimento da produção de subjetivação livre, conforme conceituação dos institucionalistas (BAREMBLITT, 1998).

O processo investigativo em Fortaleza é singular, como são os estudos aqui relacionados.

A superação dos desafios postos para o SUS, no tocante à garantia da integralidade do cuidado, da universalidade do acesso aos serviços e ações de Saúde, da equidade para a efetividade do direito à Saúde, sem falar no seu financiamento, requerem estudos que apontem para a viabilidade e materialidade do SUS no dia a dia das pessoas.

É a aplicação prática do SUS que lhe valida como projeto político de saúde pública, potencializando sua disputa pela hegemonia no campo das ideias e das práticas de saúde transformadoras em relação ao que ainda está instituído.

1.3 Instituído e instituinte: da ordem instalada à produção do novo – passagem pelo Movimento Institucionalista à luz de Baremlitt³

O Movimento Institucionalista constitui-se por diversas escolas, que, por sua vez, se matizam em várias tendências e correntes de pensamento.

Baremlitt (1998), em seu *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*, sintetiza as principais ideias e propósitos comuns às diferentes escolas institucionalistas; ou seja, “propiciar, apoiar, deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, *processos de auto análise e processo de autogestão*” (BAREMBLITT, 1998, p. 14).

³ O texto que segue neste item é escrito tendo como fonte: BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record Rosa dos Tempos, 1998.

Por auto análise, segundo o autor citado, compreende-se o protagonismo das comunidades. Elas mesmas definem seus problemas, necessidades e demandas, compreendendo-as e enunciando-as com seu vocabulário próprio, ou seja, partindo do seu lugar, da sua vida. Não há *a priori* uma intervenção externa que diga o que devem fazer, sentir ou pensar.

O processo de autogestão é concomitante ao de auto análise. Trata-se de algo em que a comunidade se organiza, se institucionaliza, se articula, por conta própria ou com os recursos que identifica, para conseguir a melhoria de sua vida. É um movimento, como na auto análise, feito dentro do próprio coletivo interessado (BAREMBLITT, 1998).

A auto análise tem o significado para as comunidades de produção de um saber. Para isso, devem constituir dispositivos que proporcionem tal produção, desmistificando o conhecimento dominante. Ao mesmo tempo, tudo o que descobrem nesse processo auxilia na produção da auto-organização e gestão (BAREMBLITT, 1998).

Além dos objetivos ora expostos, o delineamento de algumas ideias é relevante para a compreensão do Movimento Institucionalista, especialmente no que se refere a sua concepção sobre sociedade.

Entre elas, destaco algumas categorias que considero importantes para a constituição do referencial teórico deste estudo: instituição, organização, estabelecimentos, equipamentos, instituinte, instituído, organizante, organizado, função, funcionamento, atravessamento e transversalidade.

Para os institucionalistas, “a sociedade é uma rede, um tecido de instituições” (BAREMBLITT, 1998, p. 27).

Já as instituições são:

[...] lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser *leis, normas* e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser *pautas*, regularidades de comportamentos [...]. (BAREMBLITT, 1988, p. 27).

Trata-se de uma definição que situa a instituição como entidade abstrata, que pode ou não ter uma formalização, mas que carrega em si a produção e reprodução de valores, condutas, jeitos de ser ou de não ser nas relações sociais, portanto, são estruturantes de práticas e racionalidades teóricas.

Nesse sentido, as lógicas significam

[...] a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente com respeito a ela, clarificando o que deve ser, o que está prescrito e o que não deve ser, isto é, o que está proscrito assim como o que é indiferente. (BAREMBLITT, 1998, p. 27-28).

Assim, há as instituições da linguagem, da religião, da regulamentação do parentesco. Há também as instituições da educação:

[...] isto é, aquelas leis, normas e pautas que prescrevem como se deve socializar, instruir um aspirante a membro de nossa comunidade para que ele possa integrar-se à mesma com suas características efetivas. (BAREMBLITT, 1988, p. 29).

O conjunto das instituições constitui uma civilização, uma sociedade humana. Assim, uma instituição supõe outra, requer outra.

Para cumprir com sua função de regulação da vida humana e das atividades a ela pertinentes, as instituições requerem uma materialidade. No caso, as organizações. E as organizações, por sua vez, não teriam “sentido, não teriam objetivo, não teriam direção se não estivessem informadas como estão pelas instituições” (BAREMBLITT, 1998, p. 30).

As organizações compreendem desde os grandes complexos, como os ministérios, até um pequeno estabelecimento, que “põem em efetividade, que concretizam as opções que as instituições distribuem, que as instituições enunciam” (BAREMBLITT, 1998, p. 30).

Entre os pequenos conjuntos, ou unidades menores que compõem as organizações, têm-se os estabelecimentos, que são “as escolas, um convento, uma fábrica, um clube, um banco, um quartel” (BAREMBLITT, 1998, p. 30).

Nos estabelecimentos têm-se os equipamentos, considerados como um de seus dispositivos técnicos, a exemplo da maquinaria, das instalações, arquivos, aparelhos, entre outros.

Os equipamentos, entretanto, podem também representar uma realidade mais ampla. Nestes casos, formam um grande sistema de máquinas, a exemplo dos equipamentos que integram as organizações de comunicação de massa, constituindo a instituição da Comunicação Social (BAREMBLITT, 1998).

Todas estas unidades, no mundo real, se operacionalizam, ganham movimento por meio dos agentes, os quais protagonizam práticas. Tais práticas são constituídas no seio das organizações e estabelecimentos, e nas relações entre elas, dando materialidade ao ideário da instituição que compõem.

Nessa perspectiva, identifico a coerência entre a macrorrealidade social, representada pelas diferentes instituições, e os microespaços, corporificados pelos

estabelecimentos e organizações. Assim, a materialidade das instituições manifesta-se nos microespaços de desenvolvimento de práticas.

Essas práticas são fundamentadas nas instituições, configurando modos de pensar e de agir dominantes, de modo a garantir a manutenção da ordem instalada em todo o tecido social, constituído pelas diferentes instituições.

Ao mesmo tempo, no entanto, em que as organizações e os estabelecimentos podem ser palco para a reprodução do que já está dado, são também espaços potentes para a ação transformadora realizada por seus agentes.

Trata-se, nas palavras de Baremlitt (1998), das categorias do instituído e do instituinte, duas vertentes presentes nas instituições.

No caso do instituinte, tem-se a seguinte proposição:

O que se pode assistir é a grandes momentos históricos de revolução de uma instituição, de profundas transformações de uma instituição. Então, a estes momentos de transformação institucional, a estas forças que tendem a transformar as instituições ou também a estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama o instituinte, forças instituintes. São as forças produtivas de códigos institucionais. (BAREMBLITT, 1998, p.32).

Para os institucionalistas, os movimentos instituintes geram um resultado, um produto: o instituído. O instituído é “efeito da atividade instituinte”. (BAREMBLITT, 1998, p. 32). Continuando, tem-se:

O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática, congelada. Então é evidente que o instituído cumpre um papel histórico importante, porque as leis criadas, as normas constituídas ou pautas, os padrões, vigoram para regular as atividades sociais, essenciais à vida da sociedade. (BAREMBLITT, 1998, p. 32).

Na relação dialética entre o instituinte e o instituído, não está presente o maniqueísmo, onde o instituinte é o bom e o instituído é o ruim. O instituinte não teria sentido “se não se plasmasse, se não materializasse nos instituídos”. E os instituídos “não seriam úteis, não seriam funcionais se não estivessem permanente abertos à potência instituinte” (BAREMBLITT, 1998, p. 33).

Tal relação se manifesta também no contexto organizacional, onde estão presentes o organizante e o organizado. Nas organizações existem as atividades críticas, transformadoras, denominadas de “organizantes”; mas há também o organizado, que se apresenta com uma tendência histórica a não se renovar, a não se transformar.

Há, assim, a necessidade de que as relações entre o instituinte e o instituído, o organizante e o organizado sejam permeáveis, fluidas, elásticas, de modo a comportar as modificações necessárias à produção de uma vida social melhor.

Toda a sociedade tem uma utopia, construída historicamente, levando-se em consideração as dimensões culturais, sociais, políticas e econômicas. Utopias que marcam interesses e desejos muitas vezes antagônicos.

Nas palavras de Baremlitt (1998, p. 34):

[...] cada sociedade, em seus aspectos instituintes e “organizantes”, sempre tem uma utopia, uma orientação histórica de seus objetivos, que é desvirtuada ou comprometida por uma deformação que se resume em: exploração de uns homens pelos outros (expropriação da potência e do resultado produtivo de uns por parte de outros), dominação.

Nessa perspectiva, os institucionalistas situam as categorias denominadas de função e de funcionamento. A função é a reiteração do igual, a reprodução do mesmo por dentro das instituições, organizações e estabelecimentos, mediante as práticas dos agentes, colocando-se “a serviço das formas históricas de exploração, dominação e mistificação que se apresentam na sociedade” (BAREMBLITT, 1998, p. 35). E o funcionamento é sempre instituinte, transformador, imbuído do sentido da utopia a ser produzida.

Para finalizar, pelo menos por hora, porque sempre lidamos com o inacabado e este trabalho tem este sentido, recupero outros dois conceitos produzidos no seio do Movimento Institucionalista: o atravessamento e a transversalidade.

Para Baremlitt (1998), as instituições compõem o tecido social, formando uma rede de conexões entre si. Portanto, nunca operam sozinhas, mas sempre em relação, nutrindo umas às outras, de modo a dar ordem à lógica estabelecida, instituída, organizada.

Há, assim, um entrelaçamento, uma interpenetração entre os instituintes e instituídos, “organizantes” e organizados. E isso se dá nos movimentos no plano da função e no contexto do funcionamento, ou seja, no nível do que está funcionando para potencializar a utopia e no plano do que está corroborando para a manutenção do estabelecido (BAREMBLITT, 1998).

Conforme o autor, a interpenetração ocorrente no âmbito da função, do conservador, do reprodutivo, se chama atravessamento. E a que se manifesta no contexto dos processos instituintes, do produtivo, da transformação criativa, é a transversalidade.

Ao cumprir suas funções, determinada instituição, organização ou estabelecimento assume as funções ou função de outra instituição, organização ou

estabelecimento. Baremlitt (1998) dá o exemplo da instituição educação, materializada nas organizações de ensino e no estabelecimento denominado de escola. Uma escola, ao mesmo tempo em que cumpre sua função de instrução, educação para manutenção do instituído, ela é ainda espaço para preparação da força de trabalho, apresentando-se, assim, como uma fábrica.

Também, ao cumprir com sua função de alfabetizar e educar, detém o aluno em seu ambiente por horas seguidas, indo além de ensinar a ler e escrever para, ainda, ensinar a obedecer, a se enquadrar nas regras do instituído, transmitindo um sistema de prêmios e punições, principalmente de punições. Portanto, a escola também é cárcere.

Neste exemplo, tem-se o atravessamento na escola de várias outras instituições, organizações, estabelecimentos e funções. Há, ainda, a produção de subjetivações assujeitadas, onde os sujeitos são semelhantes uns aos outros, imbuídos de uma subjetividade submetida ao instituído, ao normal, a dominação.

As escolas, entretanto, também podem ser espaços instituintes, onde o processo educacional é transformador e produtor de subjetivações livres, onde os sujeitos são dotados de consciência crítica e potencializada para o instituinte, para o “organizante”.

Então, em seu funcionamento, a escola se entrelaça com outras instituições, organizações e estabelecimentos, sendo também o lugar para o aprendizado e o exercício de relações solidárias, humanas, sem exploração ou dominação de uns sobre os outros; espaço para o aprendizado sobre direitos sociais e humanos, acerca das lutas populares. Ocorre, assim, nesses entrelaçamentos, o que os institucionalistas chamam de transversalidade.

A transversalidade proporciona a criação de dispositivos que rompem com os limites das unidades organizacionais, criando “movimentos e montagens alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais e consagradas” (BAREMBLITT, 1998, p. 38).

Com base nos conceitos ora apresentados, segundo Baremlitt, são desenhados os contornos da concepção que os institucionalistas têm sobre a sociedade. Outros conceitos importantes não serão aqui destacados, porque tenho a avaliação de que estes dão conta, mesmo que por enquanto, do estudo proposto e em desenvolvimento.

1.4 Sistemas Municipais de Saúde: espaços de produção da utopia ativa na gestão do cotidiano de saúde - dos tensionamentos às possibilidades instituintes

A reforma sanitária brasileira caracterizou-se como movimento contra-hegemônico, um movimento instituinte que tensionou fortemente o modelo assistencial liberal-privatista e sanitarista instituídos, propondo o projeto político do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, instrumento legal que institui o SUS, instala uma nova ordem política, jurídica e institucional, que não só garante a Saúde como direito de cidadania como a situa como um dever do Estado.

O conceito de Saúde amplia-se, passando a ser compreendida como uma produção social e não mais como uma mera ausência de doença. A Saúde é percebida como um fenômeno social complexo, que requer saberes e práticas não só do campo das ciências naturais, onde se insere a Biomedicina, mas também dos conhecimentos advindos das ciências sociais e humanas.

A nova concepção de Saúde solicita que seus operadores ‘saíam do seu setor’, dialoguem com outros agentes sociais e outras áreas de conhecimento. Trata-se de uma nova racionalidade: a produção da saúde fora do setor saúde.

Para os institucionalistas, é o entrelaçamento, a interpenetração da instituição Saúde e suas organizações e estabelecimentos em outras instituições, organizações e estabelecimentos – a transversalidade -, de modo a potencializar a produção da Saúde no tecido social.

Corroborando este pensamento, Andrade (2006), ao falar sobre o reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da Saúde, expressos no artigo 3º, da Lei Orgânica da Saúde 8.080, afirma que:

O Sistema Único de Saúde passa a ter o dilema de operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente tradicionalmente setorial, implicando mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política”. (ANDRADE, 2006, p. 29).

Nessa perspectiva, o SUS apresenta um potencial construtivo de práticas transformadoras no setor Saúde, principalmente no que se refere ao espaço da gestão dos sistemas e serviços de saúde, *locus* privilegiado de sua materialização.

Portanto referem-se a práticas instituintes e “organizantes” pelas possibilidades de ruptura com a lógica racional positivista do pensar e fazer Saúde nos limites da doença, que se ancora no pensamento fragmentado, simplificado, consoante formulação de Morin (2000, p. 27), onde a simplificação é produzida pela separação e pela redução:

A primeira isola os objetos não só uns dos outros, mas também do seu ambiente e do seu observador. É no mesmo movimento que o pensamento separatista isola as disciplinas umas das outras e insulariza a ciência na sociedade. A redução unifica aquilo que é diverso ou múltiplo, quer àquilo que é elementar, quer àquilo que é quantificável. Assim, o pensamento redutor atribui a "verdadeira" realidade não às totalidades, mas aos elementos; não às qualidades, mas às medidas; não aos seres e aos entes, mas aos enunciados formalizáveis e matematizáveis.

Assim, dar materialidade ao SUS, no sentido de concretizar seus princípios e diretrizes, é percorrer o caminho desafiador entre os campos de sua idealidade e de suas possibilidades reais de materialidade.

É, ainda, enfrentar a realidade onde se inserem relações de poder, de interesses, de projetos distintos em torno do sentir, pensar e fazer Saúde, tanto nos espaços macro como microsociais. E isso mediante práticas de Saúde instituintes do projeto político que o SUS representa.

Nas palavras de Benevides e Passos (2005, p. 392), é ter a compreensão de que o SUS é:

[...] uma conquista que se expressa, sem dúvida, como proposição geral e abstrata na forma do texto da lei, das portarias e normativas. No entanto, o projeto ele mesmo do SUS não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde. É a ideia de "único", encontrada no SUS, que indica o tipo de projeto e, sobretudo, a forma de sua implantação no *socius*. Um Sistema de saúde para ser único precisa implantar-se como um plano comum que conecta diferentes atores no processo de produção de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde.

É, ainda, potencializar os processos de subjetivação livre (BAREMBLITT, 1998), principalmente em âmbitos microsociais, que contribuam para a formação e atuação instituinte e organizante de sujeitos dotados de razão e desejos⁴ revolucionários.

⁴ Adoto a concepção de desejo, segundo os institucionalistas, especialmente Deleuze e Guatarri, que o compreendem como sendo: “[...] não apenas a força que anima o psiquismo e já não só uma força essencialmente produtiva e criativa, buscadora de encontros, mas que, além de tudo, é imanente a outras forças animadoras do social, do histórico, do natural. O desejo não tem caráter restitutivo, tem caráter essencialmente produtivo-revolucionário e não é uma força separada das que animam a vida social e natural” (BAREMBLITT, 1998, p. 64-65).

Daí porque, ser fundamental a atuação no campo da gestão de sistemas e serviços de Saúde, lugar privilegiado de desenvolvimento das práticas de Saúde. É nesse espaço local, onde se inserem os sujeitos que fazem ou desfazem o SUS; sujeitos que instituem o SUS ou que mantêm, apesar da sua legislação inovadora, práticas de saúde fragmentadas, centradas nas especialidades, no pensamento simplificado.

Retomo, nesse momento, os pressupostos que arrolei no início deste trabalho.

Por um lado, o SUS, como texto de lei, portarias e normas, representa uma idealidade abstrata instituída, resultante de um movimento instituinte, que foi a reforma sanitária brasileira.

Por outro, no entanto, considerando a dimensão histórica e política que encena a disputa de projetos distintos de Saúde Pública, a efetivação do SUS requer, também, movimentos de produção de arranjos e dispositivos institucionais, que deem força e potência criativa e revolucionária às formas tradicionais de se pensar e fazer saúde.

Portanto, a instituição Saúde, materializada por suas organizações, como, por exemplo, o Ministério da Saúde, ou por seus estabelecimentos, como as unidades de Saúde, vivenciam internamente movimentos instituintes e “organizantes”, configurando, a cada conjuntura, novos instituídos e organizados.

1.4.1 Como, porém, dar materialidade ao SUS, no campo da gestão de sistemas e serviços de Saúde, transitando do instituído para o instituinte?

Fazer do SUS uma realidade vivida e não só assegurada em lei, requer o protagonismo de sujeitos.

Adoto aqui a proposta de Campos (2006) de sujeitos reflexivos e operativos, dotados da capacidade de compreender o mundo e a si mesmo e de atuar sobre ele, com autonomia e consciência.

Associando a noção de sujeitos reflexivos e operativos, recorro ao termo conscientização, referenciado por Freire (1980, p. 26), que “consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência”.

Continuando, assinala que:

A conscientização implica, pois, que ultrapássemos a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. [...] Quanto mais conscientização, mais se “dês-vela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente o qual nos encontramos para analisá-lo. (FREIRE, 1980, p.26).

Para Freire (1980), entretanto, e penso que também é para Campos (2006) em sua formulação sobre sujeitos reflexivos operativos, a conscientização:

[...] não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. [...] Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico. É também consciência histórica: é inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. (FREIRE, 1980:26).

Conforme Campos (2006), a atuação desses sujeitos pode acontecer no espaço singular dos sistemas e serviços públicos de Saúde, local com possibilidade de se tornar dialógico e compartilhado, onde sejam pactuados compromissos e contratos para uma coprodução da Saúde, quando das relações entre os sujeitos reflexivos e operativos.

Considerando que o espaço de atuação dos sujeitos reflexivos e operativos é também o espaço da gestão do cotidiano em Saúde, dialogo com Merhy (1999, p. 306) que, ao discursar sobre a ideia da micropolítica do trabalho vivo em Saúde, reconhece que são abertas possibilidades sobre:

[...] a gestão do cotidiano de saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo das necessidades dos usuários finais.

Baremlitt (1998, p. 45-46) coloca que, para o institucionalismo:

[...] as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultados de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópios de uma sociedade. [...] O macro é o lugar da reprodução, e o micro é o lugar da produção; o macro é o lugar da conservação do antigo, e o micro é a eclosão constante do novo; o macro é o lugar da regularidade e das leis, o micro é o lugar do aleatório e do imprevisível. [...] Por outras palavras, o institucionalismo pensa que as pequenas conexões locais são o lugar do instituinte, e entendê-lo assim está estritamente relacionado com as estratégias de intervenção nos âmbitos, nos espaços de atuação que o institucionalismo vai tentar propiciar. Eles são os

pequenos lugares intersticiais da vida-social-técnica e subjetiva e não os grandes blocos representativos dos territórios constituídos.

Nessa perspectiva, o espaço da gestão do cotidiano em Saúde é *locus* privilegiado para a atuação de sujeitos reflexivos e operativos, que promovam rupturas no pensamento simplificado em torno do processo Saúde-doença; da clínica essencialmente biomédica; no fazer Saúde focado no procedimento em si e não nas necessidades sociais e subjetivas do usuário dos serviços públicos de Saúde.

Trata-se do espaço para a construção do novo, do instituinte em atos revolucionários, pelo fato de romper com a lógica instituída; mas também de existência e permanência do antigo, do instituído em força conservadora e tradicional que tende a se cristalizar no seio das instituições, organizações e estabelecimentos.

O campo da gestão do cotidiano em Saúde coloca-se, nesse sentido, como o espaço político que ambienta um movimento histórico e dialético em torno do pensar e produzir Saúde-doença, que se materializa nas propostas de modelos assistenciais adotados, ou, mais proximamente falando, dos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais de Saúde.

Nesse movimento, tem-se a idéia-força do pensamento simplificado, que dá concretude aos modelos assistenciais sanitarista e liberal-privatista, tendo como contraposição os ideais da reforma sanitária, consubstanciados no projeto político do SUS.

Constitui-se, com efeito, uma arena para disputa política que envolve tanto o espaço da macro como da micropolítica, onde um interfere no outro. Nesse cenário, prevalecem, ainda, a racionalidade e operacionalidade dos modelos assistenciais sanitarista e liberal-privatista (PAIM, 2003).

Outros autores, como Campos (1992); Cecílio (1994); Mendes (1993) e Uribe (1989) *apud* Merhy (1999, p. 306), suscita a:

[...] possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a este campo de práticas sociais – a saúde, disparando-se a produção de novos lócus de poderes instituintes (LOURAU, 1995; GUATTARI, 1992), e que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais.

A base tensional é expressa como território de tensões-potência, que proporcionam o surgimento de sujeitos e campos de ação para produção de novos processos de trabalho em Saúde, centrados em atos de saúde para produção do cuidado, portanto, com o olhar nas necessidades do usuário e não em procedimentos fragmentados, simplificadores, tecnicistas, médico-centrados (MEHRY, 1999), conforme representado na Figura 1, Apêndice A.

Romper com as práticas sanitárias fragmentadas e reduzidas, e vivenciar as práticas instituintes do SUS, é fruto do agir dos sujeitos reflexivos e operativos diversos, comprometidos com a Saúde como um direito, humano e social, e com a produção da vida.

Conforme Campos (2007, p. 302):

As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

Nessa perspectiva, os sistemas municipais de Saúde, por conseguinte, os modelos assistenciais e os processos de trabalho em Saúde, configuram-se como espaços de produção da utopia ativa, formada cotidianamente pelos sujeitos reflexivos operativos.

Os sistemas municipais de Saúde são lugares de possibilidades para o instituinte e o “organizante”. Daí a importância de estudá-los, de compreender os fenômenos que acontecem em seu interior; e isso, retomando o quarto pressuposto deste estudo, à luz da abordagem da pesquisa qualitativa.

1.5 Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza: processos vivenciados, potências instituintes e indicadores de saúde relativos ao período de 2005 a 2007⁵

O Município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do Estado do Ceará. Dispõe de uma área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os Municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul, com os Municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e ao oeste com os Municípios de Caucaia e Maracanaú.

⁵ Extraído dos Relatórios de Gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, anos de 2005, 2006 e 2007. Texto parcialmente modificado no que se refere a sua forma, mantendo-se as informações.

Fortaleza dispõe de uma população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes em 2007, o que lhe confere o *status* de ser hoje a quarta maior cidade do País. De sua população, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de zero a 19 anos.

O Município está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais.

As SERs “representam a divisão da cidade em seis regiões administrativas, criando assim secretarias executoras”, conforme Andrade (2006, p. 111). À Secretaria executiva regional cabe:

[...] o papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definiriam suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social. (ANDRADE, 2006, p. 111).

Para tanto, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura. Por meio de um desenho administrativo descentralizado, a Política Municipal de Saúde é gerenciada pelas seis SERs, em seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

No que se relaciona a Política Municipal de Saúde, a Administração Municipal de Fortaleza, gestão 2005-2008, elegeu como uma de suas prioridades a efetivação do SUS no Município (FORTALEZA, 2006).

Isto porque tem a compreensão de que a atual organização do seu Sistema Municipal de Saúde “não difere do modelo hegemônico no Brasil, do tipo liberal-privatista, com predomínio do conhecimento da biomedicina e centrado na prática hospitalar curativa e na atenção especializada” (FORTALEZA, 2006, p.30).

A Administração Municipal, por meio dessa narrativa oficial, estabelece no campo da idealidade a intenção e a aposta política de que a efetivação do SUS “resultará em uma grande mudança na vida das pessoas que são usuárias do mesmo”. Para isso, aponta que a efetivação do SUS:

[...] pressupõe o cumprimento de todos os seus princípios básicos como garantia de acesso à saúde para todos que necessitem, uma assistência que envolva todas as áreas do conhecimento e complexidade de ações de acordo com os níveis de atenção à saúde, garantindo e incentivando a participação da sociedade em todos os aspectos da dinâmica do SUS que envolve universalidade, equidade, integralidade e participação popular. (FORTALEZA, 2004, p. 34).

Portanto, com a intenção política de superar o modelo liberal-privatista – o instituído - e efetivar o SUS – o instituinte -, a atual gestão da SMS vem produzindo novos arranjos institucionais, dispositivos e ferramentas da gestão e do cuidado em Saúde que configuram seu Sistema Municipal de Saúde.

Como forma de indicar a potência instituinte do Modelo de Gestão e de Atenção à Saúde Integral, destaco a concepção ampliada de saúde adotada pela gestão da SMS; as ideias-força do modelo e sua materialização e alguns indicadores de saúde, formulados no período do estudo.

Esses indicadores apontam para a perspectiva da ampliação do acesso e integralidade da assistência à Saúde; equidade para o cuidado em Saúde, priorizando as populações em situação de vulnerabilidade; qualidade e resolubilidade da atenção (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008), portanto, por mim avaliados como evidências que atestam a potência do modelo em construção pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse sentido, no capítulo 5, que trata sobre a análise do material empírico deste estudo, retomo esta discussão, de modo a evidenciar o olhar dos profissionais de Saúde sobre o que percebem como instituinte do SUS em Fortaleza.

1.5.1 O pensar e o fazer saúde

Na produção do seu discurso da gestão, expresso por meio de documentos oficiais, como os Relatórios de Gestão 2005, 2006 e 2007, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta a concepção de Saúde como um “objeto complexo, produzido socialmente, cuja construção requer uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional:

- transdisciplinar, pelo fato da saúde ser produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento;
- intersetorial, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes e condicionantes da saúde, no sentido de transformação positiva do processo saúde-doença; e
- multiprofissional, por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à saúde”. (BARRETO *et al.* *apud* FORTALEZA, 2006, p.33).

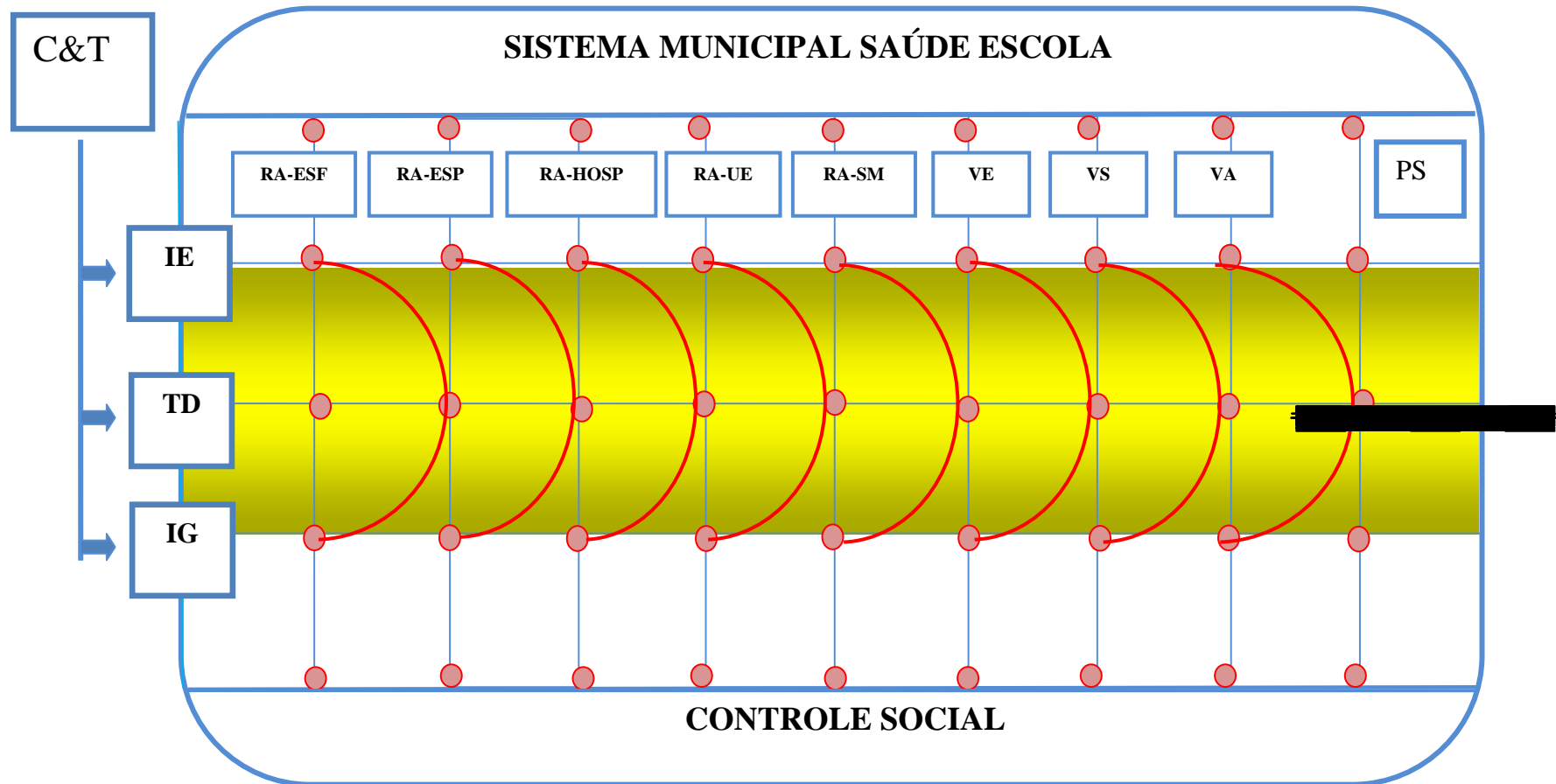
Referenciado nessa concepção, propõe o estabelecimento de um Sistema Municipal de Saúde orientado pelos princípios doutrinários do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade - e pelos princípios organizativos: participação e controle social, acessibilidade, resolubilidade, hierarquização, descentralização e regionalização (FORTALEZA, 2006).

1.5.2 Categorias e conceitos desenvolvidos no Sistema Municipal de Saúde⁶

Segundo Relatórios de Gestão 2005, 2006 e 2007, o Modelo Assistencial do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, conforme Figura 2, apresenta categorias e conceitos potentes para dar materialidade ao SUS (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008).

⁶ Extraído dos Relatórios de Gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, anos de 2005; 2006; 2007. Texto parcialmente modificado no que se refere a sua forma, mantendo-se as informações.

Figura 2 - Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à Saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.



Fonte: (FORTALEZA, 2007)

Entre as categorias e conceitos presentes no Modelo Assistencial adotado pela gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, destaco:

- **redes assistenciais** - representada pelo desenho de cinco redes assistenciais (RAs), produtoras de serviços e de cuidados progressivos em saúde: Estratégia Saúde da Família, Ambulatorial Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental;
- **linha de cuidado** - organizada por ciclos de vida e por áreas programáticas que perpassam as RAs esperando, assim, materializar a integralidade da atenção em saúde;
- **inteligência epidemiológica (IE)** - integra as áreas de Vigilância - Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental -, ampliando sua influência e seu entendimento sobre a complexidade do processo Saúde-doença. Produz informações tecidas na produção da Saúde, integradas e matriciadas em todas as RAs, possibilitando identificar, monitorar e avaliar os resultados e os processos desenvolvidos em cada RA, assim como estabelecer o diálogo epidemiológico entre as RAs. Além de informações epidemiológicas, captura informações comunitárias, ambientais, de conflitos entre grupos e serviços, culturais, subjetivas, que interferem na compreensão de determinada situação em saúde. A IE potencializa a produção de um saber técnico e popular, formado com base em múltiplas dimensões e agentes sociais, em permanente evolução histórica. Compreende informações “vivas”, contextualizadas;
- **inteligência de gestão (IG)** - integra as áreas de planejamento, administrativa, financeira e jurídica do Sistema Municipal de Saúde. Contribui para o desenvolvimento de processos de trabalho que contemplem a identificação sistemática das condições e recursos necessários à consecução de determinado objetivo. A partir de um exercício analítico, em um movimento de abstração, desenha-se o cenário ideal para o alcance de certo objetivo, identificando todos os recursos necessários para tal fim, inclusive o financeiro. Posteriormente, contrapõe-se o ideal ao real, percorrendo o caminho do abstrato ao concreto, de modo a pontuar todos os recursos que precisam ser providenciados para se obter um resultado favorável, e em quanto sua provisão importa. Na medida em que se verifica a necessidade de determinado recurso, a IG,

instituída nos diferentes processos de trabalho, apresenta ao gestor informações sobre a necessidade identificada e suas implicações, do ponto de vista financeiro, orçamentário, político e de impacto na produção da saúde, organização dos serviços, gestão do sistema, etc. Os processos de trabalho, pautados pela IG, potencializam o processo de tomada de decisão de forma eficiente, eficaz e efetiva. Eficiente por otimizar a aplicação de recursos financeiros com maior produção de benefícios. Eficaz por responder às necessidades e condições pré-identificadas. E efetiva por garantir a consecução plena dos objetivos esperados, ou redefinidos mediante a constatação da impossibilidade de sua realização plena, ou por falta de recursos materiais, financeiros, contextos políticos, etc. Os movimentos da IG operam com a lógica do funcionamento em rede. Rede de colaboração que perpassa todo o Sistema Municipal de Saúde, onde os diversos atores engajados devem estar cientes de suas responsabilidades e de sua conectividade com os demais parceiros envolvidos na consecução de determinado objetivo;

- **inteligência epidemiológica e inteligência de gestão para tomada de decisão** - os processos desencadeados pelas inteligências epidemiológica e de gestão em articulação nas RAs constituem processos evolutivos de tomada de decisão para a construção do SUS. Evolutivos por constituírem processos dinâmicos, históricos, flexibilizados e dialógicos, por escutar e orientar-se pelas necessidades requeridas pela organização da atenção e da própria gestão, e que geram aprendizados significativos, porque se inserem no cotidiano do sentir, do pensar e do construir o SUS.

A organização e o funcionamento das RAs, segundo a Figura 2, são potencializados com base nas informações geradas pela IE e IG, formando nas RAs arcos de tomada de decisão.

Embora algumas decisões sejam pertinentes ao funcionamento de uma RA, a conexão em rede é concebida como fundamental, pelo fato de o Sistema preconizar o cuidado integral do ser humano e de suas coletividades, o que requer das RAs a vivência e a convivência sistêmica.

O campo de interlocução e porosidade da Promoção da Saúde representa o diálogo com outros campos de conhecimento e setores para além da Saúde e a

problematização das necessidades e das potencialidades em Saúde presentes em cada território e RAs. Como ferramenta de gestão, destaca-se a intersetorialidade.

A Vigilância em Saúde confere capilaridade ao processo de produção de informações para tomada de decisão e constituição do Sistema Municipal de Saúde.

A área de Ciência e Tecnologia compõe o Sistema, propondo novos caminhos, arranjos, possibilidades; ampliando e dando potência aos processos de tomada de decisão e instituição do SUS. Além disso, as pesquisas e estudos científicos podem também ser desenvolvidos a partir de demandas assistenciais e da gestão provenientes do Sistema.

Além dessas ideias-força, a Secretaria de Saúde de Fortaleza adota um conjunto de políticas e estratégias estruturantes do seu Sistema Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2006, 2007). São elas

- Ética do Cuidado e Humanização
- Participação Social e Gestão Compartilhada
- Estratégia Saúde da Família
- Sistema Municipal de Saúde Escola
- Gestão do Trabalho.

1.5.3 Processos vivenciados e Indicadores de Saúde: potências instituintes do SUS

Segundo os Relatórios de Gestão dos anos de 2005, 2006 e 2007, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta uma série de processos de organização do seu Modelo Assistencial. Entre eles, destaco:

- 1) ampliação das equipes de Saúde da Família - contratação de 300 equipes de Saúde da Família, ampliando a cobertura, que passou de 15% para 43,44% da população local;
- 2) Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família - implantação de 223 equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (até o ano de 2004, Fortaleza não dispunha de nenhuma equipe de saúde bucal); ampliação do número de equipamentos odontológicos nos Centros de Saúde da Família (CSF), que saltou de 104 cadeiras

odontológicas em 2004 para 144 em maio de 2008, registrando um incremento de 38,46%;

- 3) ingresso de profissionais de Saúde por meio de Seleção Pública e Concurso Público para a organização das equipes de Saúde da Família e saúde bucal. A Seleção Pública possibilitou a inserção de agentes comunitários de Saúde e agentes sanitários;
- 4) “Operação Fortaleza Bela na Saúde” - possibilitou a realização de obras de reforma e recuperação dos CSF, possibilitando a retirada das grades das áreas de recepção de todos os CSF, a gestão das filas noturnas nessas unidades, a melhoria da ambientação e desenvolvimento da política de humanização nos CSF;
- 5) terceiro turno nos CSF - implantado em maio de 2006 como forma de enfrentar um período epidêmico de doenças infectocontagiosas, e em resposta ao grande crescimento da demanda por atendimentos em saúde, principalmente doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e de viroses, como a dengue. A implantação do serviço de atendimento noturno e no final de semana – terceiro turno - foi uma ação complementar ao trabalho, desenvolvido desde 2005 de ampliação e estruturação da Estratégia Saúde da Família. Atualmente, 39 CSF oferecem o atendimento noturno e 18 abrem nos finais de semana;
- 6) universalização do acesso ao medicamento básico - desde 2005, todo usuário do SUS de Fortaleza tem acesso garantido a medicamentos básicos em qualquer CSF independentemente do local da consulta;
- 7) organização da Rede assistencial de Saúde Mental - implantação de 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ainda no ano de 2006, garantindo o salto de três CAPS em funcionamento em 2004 para 14 em 2006. Além disso, registra-se um aumento no número de profissionais da Rede assistencial de Saúde Mental, que, de 54 em 2004, pulou para 333 em 2006;
- 8) ampliação da frota de ambulâncias do SAMU – 192 - em 2007, a Prefeitura entregou dez novas ambulâncias para o SAMU, do tipo dupla remoção, significando que os

veículos são adaptados para transportar dois pacientes ao mesmo tempo. O SAMU também se destaca pela implantação de projetos pioneiros, como o MotoVida, Samu Bike, além da criação do Núcleo de Ensino Permanente (NEP), voltado à formação e qualificação de seus profissionais;

9) investimentos nos hospitais municipais - o investimento total em equipamentos para os hospitais municipais, no período de 2005 a 2007, foi de R\$ 3.695.452,56, possibilitando, entre outras ações, a ampliação de leitos hospitalares de UTI: 35 novos leitos de UTI foram disponibilizados à população: nove leitos de UTI neonatal e 10 de UTI adulto inaugurados; dois leitos de UTI pediátrica; quatro de UTI neonatal e dez de UTI adulto contratados. Em 2006, foram criadas oito Unidades de Cuidados Intermediários e 14 leitos de Unidade de Terapia de Urgência (UTU). Já em 2007, foram entregues 15 leitos de UCI – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - aos cidadãos de Fortaleza;

10) inteligência epidemiológica -

- adoção do enfoque de Vigilância à Saúde com vistas ao desenvolvimento da inteligência epidemiológica, integrando os processos de trabalho das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (fator de risco biológico e não biológico);
- instalação de núcleos de vigilância epidemiológica nas seis Secretarias executivas regionais, em todos os Centros de Saúde da Família (89) e em todos os Hospitais Municipais (oito) com resolubilidade em atenção secundária, configurando um arranjo institucional descentralizado da inteligência epidemiológica no sistema.

11) inteligência de gestão - processo em desenvolvimento ressignificando a forma de trabalho de cada área envolvida em conexão com as demais, mediante um exercício permanente de análise, diálogo, efetivação de práticas da gestão pautadas na ideia da IG;

12) Sistema Municipal de Saúde Escola -

- Curso Sequencial em Gestão de Serviços de Saúde, realizado pela Universidade Vale do Acaraú-UVA, com financiamento da Secretaria Municipal de Saúde. Foram

oferecidas 272 vagas para servidores de nível médio lotados nos hospitais distritais. O curso tem a duração de dois anos, tendo-se iniciado em 30 de julho de 2006;

- Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), em convênio com o Ministério da Saúde. Este programa também selecionou e capacitou nos dois anos de funcionamento (2006 e 2007) 118 preceptores nas áreas de Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família. Integram a RMFC: residentes 2006/2007 um total de 29 profissionais médicos; residentes 2007/2008 um total de 33 profissionais médicos;
- Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em parceria com a Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Em 2007, formou 56 gestores da Rede assistencial da Estratégia Saúde da Família. Em 2008, foram inscritos 80 gestores das redes assistenciais da Estratégia Saúde da Família (42) e hospitalar (38);
- projeto de Extensão – Liga de Saúde da Família - é uma ação desenvolvida pela Universidade Federal do Ceará e pela Universidade Estadual de Ceará, por meio das Pró-Reitorias de Extensão, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Tem como objetivo inserir estudantes de graduação em Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família, pensando o desenvolvimento do trabalho em saúde com suporte numa perspectiva comunitária. Na Universidade Federal do Ceará, o projeto foi cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão/Coordenadoria de Ação Social Comunitária, totalizando 42 estudantes, sendo sete vagas para cada um dos seguintes cursos: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia e Odontologia.
- cooperação internacional -
 - projeto “Gestão e Formação de Recursos Humanos por Competência” nas escolas de formação em saúde do Estado do Ceará, em parceria com a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (ACDI) e o Consórcio Internacional de Desenvolvimento da Educação (CIDE). São também parceiros do projeto o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde, a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e a Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral;
 - cooperação com a Universidade de Montreal - Canadá para implantação do portfólio e discussão de competências. Esta cooperação tem sido

desenvolvida por meio do Prof. Loiola (Universidade de Montreal, Canadá) e o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE);

- cooperação técnica CAMH (Center for Addiction and Mental Health) para fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Primária. Como parte desta cooperação, no primeiro trimestre de 2007, foi realizado o curso de Redução de Danos, com carga horária de 40 horas, ministrado por profissionais do CAMH;
- desenvolvimento do projeto Cirandas da Vida, que tem possibilitado a vivência de processos construtivos de uma cultura permanente de Promoção à Saúde, educação permanente com centralidade na educação popular em saúde.

13) Política Municipal de Humanização -

- implantação da Política Municipal de Humanização, numa perspectiva transversal às redes assistenciais, compreendendo três eixos - acolhimento e ambiência; gestão compartilhada da clínica e saúde do trabalhador da Saúde. Com base na Política de Humanização, os CSF, os CAPS e os hospitais municipais passaram a desenvolver processos de acolhimento, envolvendo na Rede assistencial da Estratégia Saúde da Família a participação de toda a equipe;
- o processo de acolhimento está sendo implantado nas redes assistenciais da Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental e Hospitalar como um dispositivo para produzir vínculo e corresponsabilização nas relações entre os profissionais e os usuários;
- implantação do acolhimento com classificação de risco, conforme preconizado na Política Nacional e Municipal de Humanização, nos hospitais municipais.

14) gestão compartilhada e participativa - desenvolvimento da Política de Gestão Compartilhada e Participativa, com a aplicação do Método da Roda, preconizado pelo Professor Gastão Campos. Todas as redes assistenciais dispõem de rodas da gestão implantadas, além dos CSF, áreas programáticas, entre outros serviços.

15) gestão do trabalho - desenvolvimento de uma política de emprego, compreendendo a formação de um arcabouço jurídico-institucional na Secretaria Municipal de Saúde como forma de assegurar a efetivação de direitos trabalhistas e previdenciários. Para tanto, foram aprovadas as seguintes leis: Lei Complementar 0022, de 13 de julho de

2005, que cria no quadro de Pessoal do Poder Executivo Municipal os cargos de Médico de Saúde da Família (460 cargos); de Odontólogo de Saúde da Família (460) e de Enfermeiro de Saúde da Família (460); Lei Complementar 0026, de 27 de dezembro de 2005, que cria a Unidade de Saúde da Família, além dos empregos públicos de Agente Sanitarista (1.500 cargos) e de Agente Comunitário de Saúde (2.700 cargos), Auxiliar de Dentista de Saúde da Família, Auxiliar de Enfermagem de Saúde da Família e Técnico de Higiene Dental de Saúde da Família; elaboração e aprovação da Lei 9.070, de 27 de dezembro de 2005, que institui a Gratificação de Incentivo para os servidores em exercício profissional no Saúde Família; e

- 16) financiamento do Sistema Municipal de Saúde - para incrementar o Modelo de Atenção e Gestão Integral à Saúde do Município de Fortaleza, a Prefeitura Municipal ampliou os investimentos na área da Saúde, alargando a despesa com ações e serviços de Saúde por habitante de R\$65,98 em 2004 para R\$125,31 em 2007, implicando um aumento de 90%. No que se refere à aplicação de recursos próprios nas ações e serviços de saúde, em 2004, houve a aplicação de 17,51% e, em 2007, de R\$223,67, atestando no período um incremento de 35,18%.

Alguns Indicadores de Saúde

- Redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil⁷: de 18,5 óbitos em menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos em 2004 para 15,5 em 2007.
- Redução da mortalidade materna⁸: a razão da mortalidade materna (RMM) em Fortaleza reduziu de 70,83 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2004 para 23,67 em 2007.
- Incremento em 240% das ações básicas de Odontologia, tendo como base o produzido em 2005 e em 2007.
- Incremento de 577,61%, em 2007, das ações coletivas em saúde bucal.

⁷

Dados sujeitos a alteração.

⁸

Dados sujeitos a alteração.

- Ampliação do investimento financeiro na assistência farmacêutica - em 2005, foram investidos recursos da ordem de R\$11.037.406,91 (onze milhões, trinta e sete mil, quatrocentos e seis reais e noventa e um centavos), em 2006 R\$ 13.465.492,30 (treze milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e noventa e dois reais e trinta centavos) e em 2007 R\$ 13.948.116,71 (treze milhões, novecentos e quarenta e oito mil, cento e dezesseis reais e setenta e um centavos). Comparando os anos de 2005 com 2007, registra-se um incremento de 26% nos investimentos na aquisição de medicamentos.
- Em relação aos medicamentos fornecidos pela Rede assistencial de Saúde Mental, verificou-se aumento expressivo de 366% no número de beneficiados, comparando os anos de 2006 e 2007: Em 2006, foram beneficiadas 22.069 pessoas e em 2007 foram 80.864.
- Em relação à rede assistencial de Saúde Mental, ao longo dos anos de 2005 a 2007, a quantidade de usuários internados nos hospitais psiquiátricos em Fortaleza reduziu em 14,61%; houve incremento de 111,59% das atividades de visita domiciliar/institucional; de 359,41% dos atendimentos individuais e de 97,90% das atividades comunitárias/grupos; implantação de uma Residência Terapêutica; uma unidade de Saúde Mental em hospital geral, com 30 leitos; duas emergências psiquiátricas especializadas, nove emergências clínicas em hospitais municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 1 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - específica para Saúde Mental; 18 equipes de apoio matricial em Saúde Mental, apoiando ações de Saúde Mental na Atenção Básica; duas Ocas de Saúde Comunitária, que realizam atividades de Promoção de Saúde, com os grupos de resgate de autoestima, terapia comunitária e massoterapia.
- Os hospitais distritais de Fortaleza prestam um atendimento expressivo nas urgências e emergências de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Gineco-Obstetrícia e Pediatria. Somam ao todo 540 leitos e são realizados por ano, em média, 1.520.000 atendimentos de urgência/emergência, 13.000 partos e 9.500 cirurgias. Atendem juntos uma média de 133.000 pacientes/mês e 4.429 pacientes/dia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções dos profissionais de Saúde sobre o desenvolvimento de processos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar quais os processos, programas, projetos e ações são considerados instituintes do SUS em Fortaleza, desenvolvidos no período de 2005 a 2007, segundo as percepções dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e de nível médio.
- Analisar as percepções dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e de nível médio sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período 2005 a 2007.
- Apresentar as propostas dos profissionais de Saúde graduados e pós-graduados e de nível médio sobre quais ações deveriam ser desenvolvidas para fortalecer o SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido na perspectiva expressa por Minayo (2000, p. 23) ao considerar a pesquisa como

[...] atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Também Demo (1996, p. 34) insere a pesquisa como uma atividade cotidiana, considerando-a como atitude, um “questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

A investigação realizada insere-se no campo da abordagem qualitativa, tratando-se de um estudo sobre as percepções dos profissionais de Saúde acerca dos processos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007.

3.1 Por que realizar uma pesquisa sob a tradição da abordagem qualitativa, tendo como foco os processos vivenciados no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza?

Para que a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza possa dar capilaridade e potência as suas intenções, inscritas no campo das idealidades, tornando-as realidade. E, ainda, por entender que a superação dos desafios expressos nesse caminhar requer o conhecimento e a compreensão de quais categorias, conceitos, ideias e processos estão sendo percebidos e desenvolvidos pelos agentes implicados, com a perspectiva de materialização do SUS.

Segundo Serapione (2000, p. 190):

Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados.

Merhy (2005) fala sobre o engravidar das palavras. E ao fazê-lo, continua o autor, os sujeitos manifestam suas posições, porém, ao reconhecer que engravidamos as palavras, podemos também “desfetichizar” sentidos e significados, buscando novas possibilidades de compreensão e significação.

Dessa forma, é preciso compreender o olhar do outro quando do engravidamento das palavras e dos conceitos que a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza acredita ter potência para instituir o SUS. É necessário colocar-se, no caso a gestão, receptivo para o engravidamento de novos significados, inclusive aqueles que podem ter sido não idealizados pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, mas que também apresentam outras idealidades que podem vir a confluir para o SUS.

Não basta, portanto, adotar palavras como integralidade, acessibilidade, cogestão, universalidade, acolhimento, humanização, entre outras, esperando que por si só venham carregadas dos sentidos pretendidos pelo sujeito coletivo da gestão. É fundamental aprendê-las, vivenciá-las, construí-las na gestão do cotidiano em Saúde. Para isso, é necessário ouvir o outro, que atua nos espaços singulares de cada serviço, Distrito de Saúde, coordenação de unidade, equipe, território, em cada relação.

Trata-se, com efeito, de dar conta e valorizar a escuta da alteridade, em um movimento de alteridade dialógica do aprendizado. Movimento esse, que reconhece que o outro também sabe e tem a partilhar. Daí por que a necessidade e a riqueza do diálogo.

Respeitar e aprender com o outro, ouvindo-o, nas palavras de Frei Betto (2003), é romper com relações colonialistas, que impõem determinada forma de pensar e ser. É praticar a generosidade. Para o autor⁹, alteridade é:

[...] ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença [...] A nossa tendência é colonizar o outro, ou partir do princípio de que eu sei e ensino para ele. Ele não sabe. Eu sei melhor e sei mais do que ele.

Continuando, Frei Betto (2003) ensina que:

[...] o desafio que se coloca para nós é como transformar essas cinco instituições pilares da sociedade em que vivemos: família, escola, Estado (o espaço do poder público, da administração pública), Igreja (os espaços religiosos) e trabalho. Como torná-los comunidades de resgate da cidadania e de exercício da alteridade democrática? O desafio é transformar essas instituições naquilo que elas deveriam ser sempre: comunidades. E comunidades de alteridade. Aqui entra a perspectiva da

⁹ Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=7063>. Acesso em: 27 set. 2007.

generosidade. Só existe generosidade na medida em que percebo o outro como outro e a diferença do outro em relação a mim.

É preciso reconhecer que o SUS é feito por meio de construções humanas, portanto, é necessário perceber os olhares do humano para, então, poder refazer a gestão do cotidiano em Saúde também à luz do que pensam e sentem os sujeitos reflexivos e operativos que fazem o SUS em Fortaleza.

Capturar singularidades, expressas em diferentes perspectivas e sujeitos, não implica a opção de trabalhar com olhares isolados, individuais.

O projeto político do SUS requer a atuação do sujeito coletivo, como sujeitos comprometidos com objetivos comuns, o que não significa anular sua dimensão subjetiva; mas reconhecer que as subjetividades devem aflorar no espaço das utopias coletivas, onde se expressa a construção do SUS.

A pesquisa qualitativa possibilita fazer uma ponte entre o que os diferentes sujeitos reflexivos e operativos pensam, o lugar de onde falam e atuam, potencializando, assim, o diálogo entre os que fazem o SUS em Fortaleza.

3.2 Fontes de informação

As informações do objeto em estudo foram constituídas por meio de fontes primária e secundária, a saber:

- primária – os discursos dos profissionais de Saúde graduados e pós-graduados e de nível médio, vinculados ao Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período em estudo, por meio da realização de dois grupos focais, além de outras comunicações expressas corporalmente, ou seja, comunicações não ditas e capturadas pela observação, quando do grupo focal, e
- secundária – Programa de Governo “Por uma Fortaleza Bela” – referente à Gestão Governamental 2005/2008; Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos de 2005, 2006 e 2007. Desses documentos, capturei o discurso oficial

da gestão, compreendendo seus propósitos e atos políticos e técnicos em relação aos movimentos instituintes do SUS em Fortaleza.

O trabalho de campo¹⁰ ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2008, constando de:

- leitura e análise do Programa de Governo “Por uma Fortaleza Bela” – referente à gestão governamental 2005/2008; Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos de 2005, 2006 e 2007;
- realização de grupo focal com profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados em outubro de 2008; e
- realização de grupo focal com os profissionais de Saúde de nível médio em novembro de 2008.

3.3 O caminho percorrido nos grupos focais

A utilização do grupo focal nesse estudo, como técnica para obter as informações de fonte primária, justifica-se pelo fato de ser uma técnica apropriada ao desenvolvimento de pesquisas de abordagem qualitativa (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; CARLINE-COTRIM, 1996; DIAS, 2000; KIND, 2004).

Foram realizados dois grupos focais com profissionais de Saúde do Sistema Municipal de Saúde, sendo um com participantes graduados ou pós-graduados e, outro com profissionais de nível médio.

A opção pelo desenvolvimento dos dois grupos, tendo como critério a escolaridade de seus membros, teve a intenção de potencializar a participação de todos com base em uma maior identificação profissional.

¹⁰ Formalmente, o trabalho de campo realizou-se no período referido, mas em relação ao estudo dos documentos oficiais da gestão, por ser assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza durante a realização da pesquisa, destaco que já tinha conhecimento deles, tendo inclusive, no caso dos Relatórios de Gestão, coordenado sua elaboração e edição final. Reforço, mais uma vez, minha condição de sujeito militante e implicado (MERHY, 2004), atenta ao necessário estranhamento do objeto em estudo durante todo percurso desta tarefa científica de teor acadêmico.

Considerando a minha condição de sujeito implicado com a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, e compreendendo a necessidade de manter certo estranhamento em relação ao objeto em estudo, optei por não ser eu a pessoa a moderar o grupo focal desta pesquisa. Tal tarefa coube a outro profissional de reconhecida competência e experiência, tanto na realização de estudos qualitativos como na aplicação da técnica em foco.

Em ambos os grupos realizados, atuei como assistente na moderação, por compreender tratar-se de um momento singular no trabalho de campo, que poderia potencializar a análise das informações obtidas dos participantes de cada grupo. Uma coisa é ouvir ou ler os discursos dos participantes e outra é vivenciar a experiência.

Para a escolha dos participantes dos dois grupos focais guiei-me pelos seguintes critérios:

- 1 ser profissional de Saúde graduado ou pós-graduado e/ou de nível médio, inserido no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, entre 2005 e 2007, podendo anteceder ou preceder o referido período;
- 2 não estar nomeado para nenhum cargo de confiança, portanto, não exercendo nenhuma chefia, coordenação ou assessoria técnica;
- 3 estar trabalhando em uma unidade pública municipal de saúde;
- 4 fazer a escolha do participante, independentemente da questão de gênero, idade e condição salarial; e
- 5 considerar a categoria profissional, a inserção nas redes assistenciais e a lotação por Secretaria executiva regional como forma de garantir maior diversidade¹¹ no perfil dos participantes.

O uso dos critérios acima explicitados evidencia que a escolha dos participantes dos grupos focais foi intencional, orientada pelos objetivos deste estudo, conforme orientações de Westphal, Bogus e Faria (1996 *apud* ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Para a identificação dos participantes, segundo critérios estabelecidos, utilizei-me de contatos com informantes-chave como: chefes de distrito de Saúde, chefes de atenção

¹¹ O reconhecimento da diversidade vivencial e do lugar de trabalho que cada um ocupa e que se materializa no Sistema, um lugar comum a todos, a meu ver, potencializa o alcance dos objetivos propostos, por possibilitar a captura do discurso e das percepções de vários sujeitos reflexivos operativos que falam de diferentes lugares de trabalho.

básica dos distritos de Saúde, diretores dos hospitais municipais, coordenadores de unidades de saúde e assessores técnicos.

Conforme recomendações de Carline-Cotrim (1996); Dias (2000) e Kind (2000), sobre grupo focal, foram convidados até 12 profissionais de Saúde para cada grupo, sendo que oito participaram do grupo focal dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e dez do grupo dos profissionais de Saúde de nível médio, conforme indicado nos Quadros 1 e 2.

Os grupos duraram em média duas horas, tendo sido utilizado o mesmo roteiro para os dois grupos (Apêndice B).

O projeto de pesquisa foi devidamente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará, que aprovou sua realização por meio de parecer contido no ofício nº 665/08 (Anexo A).

Foram assegurados aos participantes o sigilo e as condições previstas pelo Código de Ética de Investigações Humanas, aprovado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tendo eu atentado, ainda, para a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos participantes antes do início de cada grupo (Apêndice C).

Com base na literatura sobre a técnica utilizada, as discussões foram gravadas e depois transcritas integralmente, compondo, assim, grande parte do material empírico deste estudo.

3.3.1 Análise das informações construídas nos grupos focais e nos documentos oficiais da gestão

Para a análise das informações, utilizei o método de Análise de Conteúdo, com a técnica da Análise Temática, por ser esta uma das que mais se adapta à investigação qualitativa do material sobre Saúde (MINAYO, 2000).

Segundo Bardin (1979, p. 42), a análise de conteúdo pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A Análise de Conteúdo foi utilizada como um método inscrito no campo da abordagem qualitativa, mas que, em função da objetividade pretendida, orientou técnicas de tratamento de dados ancoradas na perspectiva quantitativa, sob os pressupostos do positivismo.

Segundo Minayo (2000), os adeptos da abordagem qualitativa questionam a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade e buscam ir além do aspecto descritivo do conteúdo expresso na mensagem, procurando, por meio da inferência, estabelecer uma interpretação mais aprofundada.

Penso ser o caso de Mercado-Martinez (2004, p. 151):

[...] sobre as experiências de quem vive com um padecimento crônico, as diferenças existentes entre homens e mulheres ou entre quem tem mais ou menos recursos materiais e sociais e ao assumir uma postura crítico-interpretativa, nos vimos obrigados a utilizar outra estratégia para obtenção da informação e métodos de análise, buscando dar conta de um problema de natureza diferente, razão pela qual incorporamos a análise de conteúdo, de conversação e de diálogo.

Neste estudo, optei pela não-quantificação dos termos, temas ou categorias surgidas nos discursos dos participantes dos grupos focais desenvolvidos. Ao fazer uso da técnica da Análise Temática, não me detive em fazer escolhas sobre regras de contagem e outras operações estatísticas para analisar a frequência de unidades de significação, para, assim, definir objetivamente os núcleos temáticos centrais quando da exploração e tratamento do material empírico.

Adotei uma posição crítico-interpretativa, percebendo a dimensão da subjetividade em interface com a materialidade junto à qual se relaciona (MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

Minayo (2000, p. 10, grifo da autora), ao falar sobre as metodologias de pesquisa qualitativa, as expõe como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto se advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Fiz, nesse sentido, um exercício racional de identificação, compreensão, interpretação e análise contextualizada, porque referida na materialidade histórica onde se inserem os sujeitos reflexivos e operativos e os produtos de suas relações, corporificados em

documentos, posicionamentos e narrativas, enfim, em atos humanos situados em determinado tempo histórico.

Tomei como referência não só as percepções dos participantes apreendidas quando do grupo focal, mas estabeleci relações com o lugar profissional que cada um ocupa, suas responsabilidades e tarefas desempenhadas no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, entre outros aspectos. Além disso, relacionei as percepções identificadas entre si e entre os grupos com o discurso oficial da gestão, expresso pelos documentos revisados.

Procurei, dessa forma, estabelecer o diálogo entre a subjetividade de cada participante, seus sentimentos e percepções com a materialidade do espaço e da produção do trabalho em Saúde e das relações estabelecidas e vivenciadas.

Operacionalmente, o uso da Análise Temática seguiu as etapas propostas por Bardin (1997): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

Convém destacar, porém, que, embora metodologicamente tenha me guiado por estas etapas, a feitura, identificação, análise e interpretação do objeto em estudo não ocorreram de forma estanque, ou seja, etapa por etapa. Ao contrário, durante o estudo, após definição do método, transitei em movimentos por entre as etapas propostas.

Após esta ressalva e por questões de operacionalização do método, destaco a seguir os principais passos que compreenderam cada etapa. Os passos ora descritos foram realizados para a análise de cada grupo focal e dos documentos utilizados.

Pré-análise

- Escolha e leitura flutuante dos documentos analisados: Programa de Governo “Por uma Fortaleza Bela” – referente à gestão governamental 2005/2008; Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos de 2005, 2006 e 2007;
- leitura flutuante, por meio da escuta das gravações, com o sentido de me impregnar do contexto vivido nos grupos focais, os discursos produzidos, a integração entre os participantes, suas concordâncias e discordâncias, não tendo a preocupação de nenhum procedimento formal para compreensão e análise, como realizar anotações, estabelecer unidades de significado, entre outros;

- constituição do *corpus* mediante a leitura do texto e organização do material produzido nos grupos focais, tendo como critérios de validação a pertinência em relação ao objeto em estudo; exaustividade por contemplar os aspectos propostos no roteiro utilizado (Apêndice B); representatividade sem, contudo, ter a preocupação quantitativa da chamada “amostra” ou da frequência das possíveis unidades de significação e homogeneidade, resguardando a necessária coerência das escolhas de temas, técnicas e participantes do estudo;
- identificação de unidades de significado e de contexto baseada nas reflexões sobre o material empírico, assinalando unidades textuais, como palavras, frases, parágrafos e, ainda, dialogando com o material teórico produzido (objeto em estudo, objetivos estabelecidos e referenciais teóricos adotados), como forma de reafirmar a adequação entre ambos e vislumbrar a necessidade de incorporação de outros marcos teóricos. Outro recurso utilizado para identificação de unidades de significado e de contexto foi a percepção de questões comuns aos dois grupos, bem como de outras que surgiram em um ou em outro. Isto não significa dizer que tenha desconsiderado as subjetividades pertinentes a cada grupo.

Exploração do material¹²

- Análise do material empírico por meio das unidades de significado e de contexto, ajuntando informações e elaborando um raciocínio lógico para compreensão dos núcleos de sentido relativos ao objeto e objetivos deste estudo; e
- definição das categorias temáticas¹³.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

- Inclusão de outros referenciais teóricos considerados necessários com base na análise do material empírico; e

¹² Conforme escrito, não utilizei, nas etapas de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nenhuma regra de contagem ou recurso estatístico.

¹³ Destaco o fato de que não fiz a escolha de categorias temáticas prévias, nem mesmo de temas, adotando o posicionamento de esperar pelo que pudesse emergir dos grupos focais.

- análise e interpretação do material empírico, para dar conta dos objetivos do estudo, utilizando as categorias temáticas definidas quando da exploração do material empírico e dialogando com o marco teórico adotado.

3.3.2 Perfil dos participantes dos grupos focais

Em relação ao perfil dos participantes graduados ou pós-graduados, destaco: profissões variadas; áreas de atuação diversas nas diferentes redes assistenciais que compõem o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, ressaltando a inserção de um profissional de saúde em duas redes; lotação em diferentes secretarias executivas regionais (SERs); 87,5% são estatutários, indicando que a maioria teve acesso por meio de concurso público (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, participantes do grupo focal realizado em outubro de 2008.

Profissional de Saúde	Profissão	Tipo de Vínculo	Ingresso na SMS ¹	Área de Atuação (out/2008)	SER ² (out/2008)
1	Farmacêutico Bioquímico	Funcionário público, regime estatutário	1980	RAAE ⁴	II
2	Farmacêutico	Funcionário público, regime estatutário	1996	RAH ⁵	V
3	Médico	Cooperado	2004 a 2005		
		Funcionário público, regime estatutário	2006	RAESF ³	III
4	Nutricionista	Funcionário público, regime estatutário	2003	RAH ⁵	IV
5	Enfermeiro	Funcionário público, regime estatutário	2000	RAUE ⁶ (atuação aos finais de semana)	III
			2006	RAESF ³	II
6	Assistente Social	Celetista	2005	RASM ⁷	V
7	Enfermeiro	Cooperado	2000		
		Funcionário público, regime estatutário	2006	RAESF ³	I
8	Médico	Funcionário público, regime estatutário	1985	RAAE ⁴	II

Fonte: Pesquisa “Diversidades de Olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”.

Legenda:

1. SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
2. SER – Secretaria executiva regional
3. Rede assistencial da Estratégia Saúde da Família
4. Rede assistencial Ambulatorial Especializada

5. Rede assistencial Hospitalar
6. Rede assistencial de Urgência e Emergência
7. Rede assistencial de Saúde Mental

Quanto ao perfil dos participantes com escolaridade de nível médio, ressalto: profissões variadas; áreas de atuação diversas nas diferentes redes assistenciais que compõem o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza; lotação em várias secretarias executivas regionais (SERs); atualmente 50% são funcionários públicos, 40% são celetistas, cujo ingresso na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza não se deu por via de concurso ou seleção pública (Quadro 2).

Um dos participantes do grupo focal, conforme Quadro 2, tem escolaridade de nível superior, entretanto, no decorrer do grupo focal, tal fato não apresentou nenhuma relevância no sentido de dificultar ou inibir a participação dos demais membros.

Quadro 2 – Perfil dos profissionais de Saúde de nível médio do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, participantes do grupo focal realizado em novembro de 2008.

Profissional de Saúde	Profissão	Tipo de Vínculo	Ingresso na SMS ¹	Área de Atuação (nov/2008)	SER ² (nov/2008)
1 ^(*)	Massoterapeuta	Celetista	2006	RAESF ³ /RASM ⁷	VI
2	Digitador	Celetista	2006	RAAE ⁴	IV
3	Agente Comunitário de Saúde	Celetista	2004	RAESF ³	III
		Funcionário público, regime celetista	2007		
4 ^(**)	Auxiliar de Enfermagem	Funcionário público, regime estatutário	2005	RAH ⁵	V
5	Agente Comunitário de Saúde	Celetista	1992	RAESF ³	IV
		Funcionário público, regime celetista	2006	RAESF ³	
6	Agente Sanitarista	Celetista	2002	Serviço de Vigilância Ambiental – fator de risco biológico	II
		Funcionário público, regime celetista	2007		
7	Atendente de Consultório Dental	Celetista	2005	RAESF ³	I
8	Auxiliar de Enfermagem	Celetista	1998	RAESF ³	II
9	Técnico em Radiologia	Funcionário público, regime estatutário	1977	RAAE ⁴	II
10	Massoterapeuta e Terapeuta Comunitária - Educadora popular em saúde	Celetista	2005	RAESF ³ /RASM ⁷	VI

Fonte: Pesquisa “Diversidades de Olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”.

(*): Profissional com nível superior; (**): Formada em Gestão Hospitalar – Curso Sequencial da Universidade Vale do Acaraú, em parceria com SMS na gestão 2005/2008.

Legenda:

1. SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

2. SER – Secretaria executiva regional

3. Rede assistencial da Estratégia Saúde da Família

4. Rede assistencial Ambulatorial Especializada

5. Rede assistencial Hospitalar

6. Rede assistencial

7. Rede assistencial de Saúde Mental

de Urgência e Emergência

4 OS SENTIDOS INSTITUINTES DO SUS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

Analisar os sentidos instituintes do SUS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, à luz das percepções de seus profissionais de Saúde, é, para mim, retomar o fio da meada. Fazer o caminho de volta no sentido de rever, reler, reconstruir, reacender em mim a pergunta investigativa, os objetivos e os referenciais teóricos deste estudo.

E mais, encandecida pela luz da empiria, é, também, incorporar outros referenciais teóricos.

Na análise e interpretação dos processos instituintes do SUS, adoto como parâmetros teóricos os já assinalados, acrescentando o referencial legal do SUS, expresso pelas Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142, os artigos constitucionais referentes à Seção II, Da Saúde, constantes no Capítulo II, da Seguridade Social, no Título VIII, da Ordem Social.

Do referencial legal, evidencio as diretrizes e os princípios do SUS, contidos, respectivamente, no artigo 198, da Constituição Federal, e no artigo 7º, da Lei nº 8.080 (ANDRADE; BARRETO, 2007).

As diretrizes e os princípios do SUS, aliados ao corpo teórico ao qual me filei, são considerados meus guias. São as racionalidades teóricas por mim apropriadas para dialogar com o material empírico constituído pelos sujeitos reflexivos operativos, quando dos grupos focais e da produção dos documentos analisados.

Nessa perspectiva, capturei como instituinte os processos destacados pelos profissionais de Saúde como avanços, inovações, entre outros, que apontam para maior materialidade dos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, para a institucionalização do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

As categorias temáticas adotadas para análise e interpretação, com base no material empírico, foram:

- processo de trabalho em saúde;
- gestão do trabalho;
- acolhimento; e
- gestão participativa e controle social.

Considerando o objeto e os objetivos do estudo, trago para a discussão neste capítulo os arranjos, dispositivos, programas, processos e ações percebidos pelos profissionais de Saúde como instituintes do SUS quando dos grupos focais.

Além da discussão que se segue, apresento os processos instituintes do SUS, por categoria temática, nos Quadros 3, 4, 5 e 6, constantes no Apêndice D.

Os Quadros referidos foram assim construídos:

- o discurso oficial da gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza referente ao conteúdo temático dos processos reconhecidos como instituintes pelos profissionais de Saúde, como forma de evidenciar os propósitos da equipe gestora;
- o discurso dos profissionais de Saúde que apontam para o instituinte;
- o aspecto legal do SUS que, sob minha análise e interpretação, confere materialidade ao instituinte percebido pelo profissional de saúde, além de apontar as potências instituintes por mim percebidas nestes processos.

4.1 Diálogo acerca dos processos instituintes do SUS apontados pelos profissionais de Saúde

“Um aforismo-síntese: a meia-verdade é única verdade absoluta. Outro, um segundo aforismo: a verdade somente é encontrada aos pedaços. Um terceiro: Se não há verdade absoluta, tampouco todas as compreensões serão equivalentes. É importante reconhecer a diferença explicativa entre os vários pedaços de verdade. Quarto: estes aforismos valem também para a teoria Paideia e para a “co-produção singular de sujeitos”. Quinto, poético: a verdade é como um raio de luz que incide em somente alguma das faces de um objeto na penumbra – e apesar disso imaginamos saber sobre todo o objeto! Sexto aforismo, versão cínica: a verdade estabelecida como absoluta é uma falha no conhecimento objetivamente construído.” (CAMPOS, 2006, p. 70).

Iniciar o texto que se segue com as palavras de Campos (2006), ferindo um pouco o chamado rigor científico, do querido professor Gastão Wagner, me impulsiona e me emociona, pela sabedoria manifesta de um jeito tão singelo e despretencioso, e me sereniza o coração.

A racionalidade envolta na análise e interpretação dos processos instituintes do SUS, à luz das percepções dos profissionais de Saúde e do referencial teórico adotado, não requer de mim o encontro da verdade absoluta.

Assim, no ato de desvelar, de compreender e, ao ultrapassar, interpretar o que o outro percebe ou pensa, não há em mim a presunção da verdade única.

Dispo-me deste compromisso. Os sentidos instituintes do SUS em Fortaleza apresentam-se sobre muitas outras faces e dimensões. O conhecimento que ora se desenha por meio deste estudo é tão somente um raio de luz.

Dito isso, passo a discorrer sobre os aspectos que considero relevante destacar com base no conteúdo apresentado nos quadros anteriores.

Os discursos dos profissionais de Saúde, tanto de um grupo quanto do outro, estão referenciados nas experiências singulares de cada participante. A maioria dos discursos expressa o universo de trabalho de cada profissional, o que não significa dizer que não houve um diálogo entre os participantes dos grupos focais, onde a cada momento expressavam suas percepções sobre os temas em discussão.

Raramente identifiquei expressões de profissionais de Saúde de uma rede assistencial, abordando processos instituintes de outra rede, o que sugere certo desconhecimento dos profissionais de Saúde sobre o que está ocorrendo no Sistema como um

todo, contribuindo para uma percepção muitas vezes fragmentada do Sistema. O discurso de um agente comunitário de saúde indica que além do desconhecimento sobre o que o outro faz, não existe uniformidade na implantação de ações e serviços de Saúde em toda a Cidade:

[...] eu não tinha conhecimento do que você faz, nessa área que eu trabalho no Rodolfo Teófilo eu não conheço, então existe em uns lugares um benefício e em outros lugares você desconhece isso dentro da mesma administração, não existe uma uniformidade né, o pessoal do Conjunto Palmeiras tem um serviço ligado ao CAPS onde ele vai recebe uma massagem relaxante e tal, aqui não existe, eu acho que isso é o grande problema que vem, como se assim, a água vem, mas ela não irriga todos os campos e existem campos que são irrigados e outros padecem né, outros morrem de inanição e outros nem chegam a germinar. (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1 – RAESF).

As inovações que fortalecem a institucionalização do SUS, afirmadas pelos profissionais de Saúde, estão contidas essencialmente nos processos de trabalho pertinentes à Estratégia Saúde da Família e à rede assistencial de Saúde Mental.

Em relação à Estratégia Saúde da Família, identifica-se a potência instituinte de ter possibilitado a ampliação do acesso aos serviços de Saúde, configurando atos de Saúde centrados na realidade local e nas necessidades dos usuários:

[...] então no PSF de Fortaleza estou com um pouquinho de tempo né e a maneira como eu trabalhava em outros PSF e como eu estou trabalhando aqui está sendo inovadora [...] Grupos, por exemplo, certos grupos, tentando trabalhar com grupo de idosos, no caso, devido à distância da minha área pro posto certo. Porque uma comunidade onde você pra poder chegar na unidade são quarenta minutos a pé, é bastante tempo, então pra facilitar a gente faz grupo de crianças, as puericulturas são feitas na área, grupo de hipertenso é na área, que aí facilita e não tem tanto stress pros pacientes né? Principalmente, fica mais fácil de você fazer sessões educativas, orientações [...]. (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

Assim, muito importante né, porque nós a equipe do PSF vamos até, por exemplo, a pessoa que não pode andar né, os acamados cheio de dentes estragados, com dores né e já com esse programa do PSF já mudou muito né. (ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTAL – RAESF).

Como já relatado, a cobertura populacional do Saúde da Família foi ampliada de 15% para 43,44%, entre 2005 a 2007. Registra-se, também, a implantação de 223 equipes de Saúde Bucal no mesmo período. Anterior a 2005, Fortaleza não dispunha de nenhuma equipe de saúde bucal inserida nas equipes de saúde da família (FORTALEZA, 2006, 2007). Para a massoterapeuta, “o grande diferencial foi realmente a implantação da equipe de Odontologia” (MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

Outro aspecto relevante, tanto em relação à Estratégia Saúde da Família como à rede assistencial de Saúde Mental, refere-se ao desenvolvimento de processos de trabalho em Saúde a partir da intervenção em equipe e pelo fato de esta ser multiprofissional.

O trabalho em equipe multiprofissional possibilita a diversidade de conhecimentos técnicos de cada categoria profissional, fortalecendo a percepção das necessidades em Saúde do indivíduo, ou do coletivo, em suas múltiplas dimensões. Tensiona positivamente a prática em Saúde médica centrada, além de ampliar a capacidade de resolução dos problemas em Saúde em âmbito local. Destaco abaixo alguns discursos que apontam nesse sentido:

Os profissionais entre si diferenciados, são médicos, são assistentes sociais, são psicólogos, são terapeutas ocupacionais são diversos olhares discutindo e debatendo e antes a gente não via isso, isso é bom, tem gente que discorda, tem médico que discorda, mas isso é bom, isso é bom porque a gente ta trilhando um caminho. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

[...] houve com certeza, graças a Deus eu posso dizer que eu sou uma privilegiada porque nós temos equipes, porque a linguagem que eu falo é a linguagem que o dentista fala, é a linguagem que o médico fala, então é uma equipe, é diferente de cada um por si [...]. (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

[...] está tendo uma procura de melhoria de trabalhar o paciente como equipe multidisciplinar, antigamente não se via isso, ainda é uma coisa que está embrionária, mas já está acontecendo, você já tem condição de pedir uma nutricionista, de pedir uma avaliação de outro médico [...]. (MÉDICA – RAAE).

Vale ressaltar, ainda, a aplicabilidade do princípio da equidade, relatada pelos profissionais de Saúde, ao se reportarem ao fato de a gestão haver priorizado o cuidado às populações em situação de maior vulnerabilidade, quando da distribuição de novas equipes em Saúde da Família e Saúde Bucal (FORTALEZA, 2006, 2007).

[...] um dos grandes avanços né foi o PSF dentro das unidades de saúde, que a gente não tinha nas periferias [...]. (TERAPEUTA COMUNITÁRIA E MASSOTERAPEUTA – RAESF e RASM).

É uma área na qual predomina muitos focos negativos, no caso muito usuários de drogas, muita prostituição [...]. A minha área ela não é dita como área de risco, mas depois deste trabalho que eu estou fazendo¹⁴, a minha enfermeira da equipe ela vai montar um relatório pra ser detectado qual o tipo de, se ela é um, dois ou três e onde é que eles vão colocar a qual do risco. (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 2 – RAESF).

¹⁴ Referindo-se ao cadastramento para contagem das casas, posteriormente famílias, a serem acompanhadas.

[...] vejo que a Prefeitura ela tem trabalhado muito nas periferias né [...] mas a periferia dentro das comunidades como a menina [...] trabalha, eu também moro lá no São Cristóvão e tenho visto o trabalho¹⁵ de vocês né, eu tenho visto aí, então ela aplica, a Prefeitura mais nessas partes aí onde tem muita gente, pessoas carentes e que a gente vê que as pessoas, eu posso até compreender isso aí [...]. (TÉCNICO DE RADIOLOGIA – RAAE).

No tocante à categoria temática Gestão do Trabalho, os pontos suscitados têm relação direta com a operacionalização da Estratégia Saúde da Família: realização de concurso público para médico, enfermeiro e dentista e seleção pública para contratação de agentes comunitários de saúde (além dos agentes sanitaristas).

A formação de um arcabouço legal¹⁶ configura um arranjo institucional que assegura a continuidade da Estratégia Saúde da Família, inclusive com a inserção das equipes de Saúde Bucal, ultrapassando a Gestão Municipal de 2005-2008. Segundo os discursos seguintes, o concurso fortalece a estabilidade e as relações de vínculo entre as equipes e a população, uma vez que não há mais a rotatividade de profissionais:

Um ponto positivo realmente foi o concurso realizado em dois mil e seis por conta que realmente a comunidade adquiriu um vínculo né com os profissionais na unidade e assim, eu acredito que isso aí é um ponto positivo, é a questão da gente tá estável no posto, conhecer a demanda que a gente atende é um ponto positivo [...]. (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

[...] concurso¹⁷ que em todas as gestões a gente tinha aquele problema né de passar de uma empresa pra outra. (AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE 2 – RAESF).

Quanto aos processos de trabalho que fortaleceram a institucionalização do SUS na rede assistencial de Saúde Mental, chamaram a atenção os discursos que indicavam a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ampliando o acesso da população às ações e serviços de Saúde Mental.

Em dois mil e cinco assim, a rede se expandiu, o CAPS já existia antes né, mas ele veio se expandindo aqui em cada Regional, agora são seis Regionais e em cada

¹⁵ Referindo-se à Oca Comunitária da Secretaria executiva regional VI, que presta serviços de massoterapia, terapia comunitária, entre outros.

¹⁶ Lei Complementar 0022, de 13 de julho de 2005, que cria no Quadro de Pessoal do Poder Executivo Municipal os cargos de Médico de Saúde da Família (460 cargos); de Odontólogo de Saúde da Família (460) e de Enfermeiro de Saúde da Família (460); Lei Complementar 0026, de 27 de dezembro de 2005, que cria a Unidade de Saúde da Família, além dos empregos públicos de Agente Sanitarista (1.500 cargos) e de Agente Comunitário de Saúde (2.700 cargos), Auxiliar de Dentista de Saúde da Família, Auxiliar de Enfermagem de Saúde da Família e Técnico de Higiene Dental de Saúde da Família (FORTALEZA, 2006, p. 268).

¹⁷ Referindo-se a Seleção Pública para Agente Comunitário de Saúde e Agente Sanitarista, realizada em 2006, com contratações em 2007 e 2008.

Regional tem dois CAPS né, um AD e um Geral, contamos ainda com dois CAPS infantis em Fortaleza por enquanto, que é a intenção é expandir o CAPS infantil também em cada Regional. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Além da ampliação do número de CAPS na cidade de Fortaleza, reforçando a ideia da desinstitucionalização, registra-se a implantação de espaços alternativos como a Oca de Saúde Comunitária na rede assistencial de Saúde de Mental, que, segundo o discurso oficial da gestão, refere-se a:

[...] um espaço onde são desenvolvidas atividades de resgate da auto-estima. Trabalha na dimensão do cuidar, onde acontecem as Rodas de Terapia Comunitária, funcionando também como um SPA antiestresse de massoterapia. As atividades desenvolvidas têm como objetivo tratar o sofrimento psíquico numa perspectiva preventiva dos transtornos mentais. É um espaço, portanto, de promoção de saúde na comunidade. (FORTALEZA, 2007, p. 160).

Tal fato é evidenciado também pela terapeuta comunitária e massoterapeuta:

[...] eu fiz um curso de terapia e hoje sou terapeuta comunitária, onde a gente atua no espaço de saúde que é da Prefeitura, fica na Regional VI, a Oca de Saúde Comunitária, é uma extensão do Projeto Quatro Varas e eu trabalho na Prefeitura como massoterapeuta [...] a gente atende em média umas oitenta por semana¹⁸, pessoas que são encaminhadas pelo CAPS e as pessoas que também vão diretamente pela comunidade, então a gente está lá no espaço [...]. (TERAPEUTA COMUNITÁRIA E MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

A introdução de práticas integrativas e complementares, como a massoterapia e a terapia comunitária, fortalecem o resgate da autoestima, o cuidado em Saúde Mental na atenção primária com enfoque na Promoção da Saúde.

Outro processo que fortalece a institucionalização dos princípios e diretrizes do SUS em Fortaleza, ressaltado pelo profissional da equipe de Saúde da Família, diz respeito à implantação de equipes de apoio matricial na Saúde Mental:

[...] inicialmente a gente tinha um CAPS, mas não tinha uma saúde mental, hoje nós temos psiquiatras, nós temos equipes de matriciamento compostas de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais que dão assistência a um número X de equipes né dentro de cada âmbito das regionais [...]. (MÉDICO – RAESF).

O apoio matricial em saúde visa a

¹⁸

Referindo-se ao atendimento prestado pela Oca de Saúde Comunitária da Secretaria executiva regional IV.

[...] oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. [...] Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Continuando, os autores acentuam que o apoio matricial e equipe de referência são:

[...] arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Dialogando com a ideia apresentada por Campos e Domitti (2007), a experiência prática do apoio matricial em Saúde Mental, conforme discurso do médico da RAESF, aponta para potências instituintes do SUS significativas. Entre elas, destaco:

- possibilitar a criação de vínculo entre a equipe de Saúde da Família, que atua na clínica generalista, com os especialistas, no caso a equipe de Saúde Mental;
- ensejar o estabelecimento de relações horizontais entre os profissionais que atuam na atenção primária em Saúde e os especialistas, conformando um novo desenho no processo de referência e contrarreferência; e
- potencializar a resolução de problemas em Saúde Mental no âmbito da atenção primária em Saúde.

Ainda no tocante à rede assistencial de Saúde Mental, reporto-me ao discurso que trata sobre a institucionalização do diálogo com outros órgãos governamentais ou não, fora do setor Saúde, como forma de potencializar o encaminhamento e a resolução de problemas dos usuários da rede de Saúde Mental:

[...] aproximação da rede que eu acho que antes não tinha como ta tendo agora, a questão de aproximar saúde mental, CRAS, atenção básica, ações da comunidade como Raiz da Cidadania, ponto de mediação tudo isso é importante fazer funcionar a rede, [...]. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

No que concerne à Gestão Participativa por meio de mecanismos de cogestão, a abordagem sobre as rodas da gestão¹⁹, pelos profissionais de Saúde, apresentou limitações na gestão de Fortaleza, no período em estudo.

Os discursos restringiram-se à vivência da dimensão administrativa, não contemplando aspectos pedagógicos e terapêuticos:

Lá na unidade a gente tem mensalmente a roda de gestão que é feita toda última quarta-feira do mês. Na roda a gente parte pra questões administrativas da unidade, cuidando da organização, do que ta faltando, o que ta sendo preciso ser feito naquele momento [...]. (DIGITADOR – RAESF/RAAE).

Ainda em situação de não-funcionamento adequado, evidencio o discurso do médico da RAESF, que apontou a roda como uma “roda de fofoca pura e simplesmente”.

Além disso, há relatos que indicaram a exclusão de profissionais da Roda:

Uma coisa que eu acho importante, a roda funcionar, agora desde que todos os profissionais participem, não é como relato de colegas minhas que diz “ah minha roda só são com enfermeira” isso não é roda não [...] todo mundo deve participar desde o nível médio até o nível superior, como tem postos onde o nível superior fala, não existe isso cadê o nível médio? O termômetro são os agentes de saúde pra melhoria, eles que tão lá junto com a comunidade. Como é que um agente de saúde não tem vez numa roda [...]? (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

[...] essa roda de gestão só participa o pessoal do PSF e não sei também porque o restante das pessoas não participa [...]. (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1 – RAESF).

Em seu discurso oficial, a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza assinala o funcionamento das rodas:

[...] em diferentes espaços da gestão e atenção à saúde, quais sejam: Colegiado Gestor da SMS, vigilâncias, Redes assistenciais, Unidades Básicas de Saúde, Célula da Atenção Básica, Distritos de Saúde, Equipes das Unidades Básicas de Saúde, Projeto Cirandas da Vida, dos hospitais, Célula da Saúde da Mulher, dentre outras. (FORTALEZA, 2006, p.315).

Isso, entretanto, não pode ser evidenciado por meio dos grupos focais realizados, mesmo considerando que houve a participação de profissionais de Saúde das várias redes assistenciais do Sistema.

¹⁹ Método da Roda, (CAMPOS, 2000), adotado pela gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, período 2005-2008.

Nesse sentido, a discussão sobre a roda da gestão nos grupos focais, não se mostrou como dispositivo transversal que perpassasse todos os espaços da gestão e da atenção à Saúde como pretendido pela gestão.

No tocante ao Controle Social, embora o tema tenha surgido nos dois grupos focais, apenas no dos profissionais de nível médio foi destacada a potência instituinte das relações estabelecidas entre o Conselho e a gestão:

[...] eu como conselheiro, que eu participo de conselho já há bastante tempo, a gente não tinha as informações que hoje a gente tem, os acessos eram difícil e hoje não, hoje a gente tem acesso, hoje como presidente de conselho eu posso pedir a prestação de contas do CEMJA²⁰ como eu já pedi de dois mil e sete e eles já mandaram, lá o distrito de saúde manda pra mim os gastos do suprimento de fundo, os relatório geral de gasto da regional, o geral gasto com plano de aplicação, todos os gastos das regionais são mandados pro conselho, o do ano passado a gente fez uma reunião na segunda-feira pra comissão de orçamento e finanças do conselho, vai uma pessoa do DRAF²¹ e a gente discute aquilo tudo e é feito um parecer e depois se leva pra plenária do conselho e se aprova ou não tudo isso e depois esse documento todo é tirado xérox e é mandado pro conselho municipal pra também passar em plenária e vê essas questões [...]. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 2 – RAESF).

No grupo focal dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados, a discussão teve como foco o papel dos conselheiros e o exercício do poder nas relações que estabelecem com os gestores em âmbito local e regional. No contexto da discussão, não houve expressões que indicassem o instituinte no tema do Controle Social.

Sobre o dispositivo da Política Municipal de Humanização, o acolhimento é desenvolvido nos diversos âmbitos assistenciais do Sistema, evidenciando sua potência instituinte, protagonizada pelos diferentes sujeitos reflexivos e operativos, participantes dos dois grupos focais:

[...] o que eu pude observar né nessa gestão, é realmente essa questão de estar investindo como, por exemplo, nessa estória de aproximar o servidor, o trabalhador da pessoa que atendido né, então a estória do acolhimento. Eu que também sou pelo SUS eu pude perceber isso né aonde eu sou atendida que no Posto Terezinha Parente, então houve essa aproximação né. (MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

[...] que o acolhimento já funciona desde a entrada do usuário no posto até ele chegar ao profissional de saúde, passe pelo Same e o Same manda a pessoa pro acolhimento e lá tem o enfermeiro onde ele é colocado o que você está sentindo naquela hora e então o enfermeiro avalia e se tiver necessidade ele encaminha logo

²⁰

CEMJA: Centro de Especialidades Médicas José de Alencar.

²¹

DRAF: Diretoria Regional Administrativo-financeira, existente em cada Secretaria executiva

regional.

esse paciente pro médico senão ele manda aquele paciente pra fazer um agendamento de consulta, [...]. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 2 – RAESF).

O que eu achei que lá no hospital melhorou com essa nova gestão, foi que foi criado lá o acolhimento com classificação de risco, antes não existia e agora já existe, a enfermeira faz a avaliação da criança e coloca as mais graves pra serem atendidas logo e todo mundo lá é atendido e assim [...]. (NUTRICIONISTA – RAH).

[...] satisfação tanto no acolhimento que eles²² saem realmente satisfeitos e também investir no profissional de como tratar aquele usuário, no momento às vezes ele sai com uma conversa, com um direcionamento voltado pra ele, ele sai super satisfeito [...]. (FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA – RAAE).

Ressalto, ainda, o fato de que alguns discursos se reportaram ao investimento feito pela Secretaria Municipal de Saúde para qualificar os profissionais para que pudessem intervir no processo de trabalho em Saúde de forma mais humanizada.

Entre as iniciativas, destacam o HumanizaSUS, além da avaliação de um dos profissionais de Saúde sobre o fato da Residência em Medicina de Família e Comunidade estar contribuindo para a qualificação do acolhimento:

[...] cursos de relação humana e HumanizaSUS, então a gente sentiu que depois desse HumanizaSUS as pessoas desde lá da recepção, do Same a gente sentiu que eles tratavam melhor as pessoas e eles saiam mais satisfeitos, às vezes nem precisava chegar até o final pra uma consulta e ali mesmo resolvia o caso. (FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA – RAAE).

[...] melhorou o acolhimento depois que chegou a residência. [...] Hoje, eu já posso encaminhar, [...] já falo com o colega dentista e já posso encaminhar que eles atende, já falo com o colega médico que a maioria das vezes é o residente, ele já resolve, o que ele não resolve tem o preceptor ou então o próprio suporte do médico concursado lá no meu posto, então o negócio consegue-se isso aí. (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

Um dos aspectos relevantes que identifiquei, no diálogo entre os profissionais de Saúde, foi o movimento dialético entre o instituinte e o instituído no espaço da gestão do cotidiano em Saúde, nas unidades de Saúde. Na perspectiva de Franco (2006, p. 467):

[...] pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho em saúde no interior de uma equipe ou de uma unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o *velho e o novo*, quando os cenários se confundem na sua conformação.

Considerando a relevância dessa questão, passo a apresentá-la a seguir.

22

Referindo-se aos usuários do SUS.

4.1.1 O movimento dialético entre as potências instituídas e as instituintes

A captura do instituinte e do instituído convivendo no mesmo espaço da gestão do cotidiano em Saúde, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, é aqui apresentada por meio dos discursos que apontam para as práticas instituídas, uma vez que o instituinte já foi abordado anteriormente. Constam, no Apêndice D, os Quadros 3, 4, 5 e 6, que retratam os discursos com as potências instituintes e, no Apêndice E, o Quadro 7, com os que se referem ao instituído.

As potências instituídas manifestam-se nos processos de trabalho em saúde nas redes assistenciais da Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental, Ambulatorial Especializada e Hospitalar.

Os discursos que traduzem o instituído foram capturados com o entendimento de que o seu núcleo de sentido²³ espelhava uma série de fatores potentes para a manutenção do modelo assistencial liberal privatista, ainda predominante no Sistema, conforme expresso pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2006).

São, portanto, fatores limitantes à organização e funcionamento do Sistema, na perspectiva da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Foram identificados onze núcleos de sentido. Apresento nesse item os mais significativos, considerando sua recorrência nas abordagens feitas pelos participantes dos grupos focais.

O primeiro refere-se à cultura da “medicalização” e ao uso de exames, fortalecendo a perspectiva centrada no procedimento, além da automedicação, fortalecendo o modelo assistencial biomédico. As intervenções a seguir evidenciam tal sentido:

[...] hoje ainda tem uma velha cultura, medicalização, ele precisa do exame, precisa do remédio se ele for lá sem isso, mas é difícil mudar na cultura da noite pro dia, é difícil. (MÉDICO – RAESF).

[...] a pessoa quer se automedicar, acha que a dosagem correta é o que eles acham, por exemplo, ontem eu peguei um paciente com a pressão vinte e dois por quatorze

²³

A técnica da Análise Temática, segundo Minayo (2000), consiste “em descobrir os *núcleos de sentidos* que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa com o objetivo analítico visado” (P. 209, grifo da autora). Como não me utilizei de recurso de contagem, analisei os discursos em seu contexto de produção, identificando atos de Saúde ou condições de trabalho potentes para manter o instituído.

porque simplesmente o médico tinha passado seis captopril e tava tomando quatro, [...] tem que mudar aos poucos e se conscientizar. (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

Outro núcleo de sentido identificado refere-se ao fato de algumas equipes de Saúde da Família estarem incompletas, dificultando a operacionalização de processos de trabalho multidisciplinar, assim como a materialização dos princípios da integralidade e da resolubilidade da assistência.

Os relatos dos profissionais de Saúde de ambos os grupos focais apontam para a falta de médicos:

[...] muitas equipes com equipes como se diz né, enfermeiras sem os médicos, não é verdade? (MÉDICO – RAESF).

[...] são cinco equipes do Programa Saúde da Família, assumimos em dois mil e seis só que só tem três médicos na unidade no momento né, então assim, existe uma carência muito grande do profissional médico. (ENFERMEIRA 2 – RAESF/RAUE).

Por outro lado, há iniciativas das equipes que procuram no dia a dia garantir o atendimento da população, mesmo com a falta do profissional:

[...] atualmente nossa equipe está um pouco desfalcada, nós estamos sem médicos [...], mas assim mesmo a gente está fazendo essas visitas com os enfermeiros [...]. (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1 – RAESF).

O terceiro núcleo de sentido, aqui destacado, diz respeito ao funcionamento inadequado do Suporte Técnico em Informática. Segundo os profissionais participantes dos grupos focais, tal fato dificulta o trabalho em Saúde, contribuindo para a desumanização do atendimento:

[...] e que quando você vai pro sistema, o sistema trava, a impressora não funciona, a ampulezinha não anda e tudo isso lhe estressa e estressa você, estressa o paciente aí termina você se estressando por uma coisa que não é médica, [...], você já fica irritado aí de repente uma consulta que você poderia dá oitenta por cento pro paciente você tem que dividir com o sistema, [...]. (MÉDICA – RAAE).

Às vezes quando trava o sistema ainda diz assim: ligue e o rapaz quer que a gente fique em frente ao computador pra fazer a correção do sistema, não sei se já aconteceu isso e do seu próprio celular entendeu, então assim, é uma dificuldade grande, “não você tem que dizer aonde é que ta problema” então tem que ligar pra lá agendar pro rapaz vir na unidade, dá o tombamento do equipamento, quer dizer, é um processo que dificulta muito. (ENFERMEIRA 2 – RAESF/RAUE).

As impressoras vivem quebrando, são do século passado e não existe manutenção [...]. (MÉDICO – RAESF).

Outro núcleo de sentido refere-se às dificuldades de infra-estrutura nos hospitais públicos municipais, obstaculizando os processos de trabalho em Saúde, que poderiam potencializar os princípios da universalidade do acesso aos serviços e ações de Saúde e a resolubilidade da assistência.

Nesse sentido, recolho os seguintes discursos:

[...] eu acho que não teve avanço pra os pacientes, pra os usuários que necessitam de internamento [...] a gente trabalha em emergência, ontem nós estávamos com oito pacientes aguardando central de leitos, isso daí não é avanço né, o IJF super lotado como hoje eu fui lá também que eu estou com um cunhado hospitalizado lá, lotado que quase eu não saio daquela emergência. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1 – RAH).

A questão da falta do profissional, a questão da falta da estrutura mesmo, a gente sente necessidade de uma estrutura melhor. As farmácias aumentaram os itens de atendimento, assim, a gente tem ampliado a questão de material, de medicamento, mas falta um estrado, falta de uma prateleira, faltam condições de armazenamento [...]. (FARMACÊUTICA – RAH).

A fragmentação do Sistema e a desarticulação das redes assistenciais foram apontadas por vários profissionais como prática instituída. O trabalho em curso dificulta a interface necessária das redes assistenciais, não garantindo o cuidado progressivo em Saúde entre os diferentes níveis de atenção.

Em meio às dificuldades, destaca-se a demora no recebimento dos resultados de exames laboratoriais de apoio diagnóstico, para que os profissionais da Estratégia Saúde da Família possam dar andamento ao projeto terapêutico dos usuários com problemas de Saúde:

[...] tem exame que demora quatro meses pra gente receber e que a gente tá precisando pra ontem, é um absurdo! Cultura é um, cultura de escarro demora... que meu Deus do céu, e a gente precisava logo pra saber que tratamento que vai dá pro paciente [...] Outro problema, os exames básicos, [...] é exame na gestação, mulheres chegam com seis, sete meses gravidez e vai iniciar o pré-natal, a gente vai conseguir ver os exames com muita luta, muita briga [...]. (ENFERMEIRA 1- RAESF).

Mas, olha esse problema é geral, todos os postos reclamam realmente do resultado dos exames ser tão demorado, mas ao mesmo tempo nós farmacêuticos [...] não sabemos o que acontece²⁴, [...] (FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA – RAAE).

O discurso do médico da Estratégia Saúde da Família reporta-se à referência para os serviços ambulatoriais especializados sem a devida justificativa pelo profissional que

²⁴ Entre as explicações para demora na informação do resultado dos exames, foram apontadas a falta de reagente e as dificuldades no sistema de informação.

encaminha. Aponta ainda a falta da contrarreferência pelo outro profissional que atende o paciente encaminhado:

[...] não há justificativas pelos profissionais, encaminho pra reumato e pronto, não diz por que e pra que, então o que acontece o sistema de regulação cancela, glosa por quê? O profissional nem justifica o porquê, [...] nunca bota uma contrarreferência, eu nem mais imprimo contrarreferência porque nunca bota raríssimas exceções de que alguém volta [...]. (MÉDICO – RAESF).

Fica evidente nesse relato, reiterado por outros participantes dos grupos focais, as dificuldades de articulação do trabalho em Saúde entre as redes assistenciais da Estratégia Saúde da Família e a Ambulatorial Especializada. Tal fato fortalece as práticas instituídas de fragmentação do cuidado em Saúde, não potencializando processos que garantam a integralidade da atenção.

Outros aspectos ressaltados dizem respeito à rede assistencial de Saúde Mental.

Embora identificado pelos participantes dos grupos focais como uma das redes que mais apresentou inovações com o sentido de institucionalização do SUS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, os processos de trabalho da rede assistencial de Saúde Mental necessitam de aprimoramento no tocante ao diálogo com outros serviços:

[...] era pra existir os leitos nos hospitais clínicos para quem precisa de maiores cuidados emergentes né, aqueles cuidados especiais, está em crise, está intoxicado, ele precisa ficar desintoxicando por um ou três dias, quinze dias dependendo da necessidade, só que a gente encaminha o nosso paciente e quando chega no hospital o médico não quer atender, o que ele vai fazer? Não atendemos porque ele vai ter que ir pro hospital psiquiátrico [...]. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Aí ele chega²⁵ no CAPS ele ta em crise, ele precisa ir pro hospital, chama o SAMU e o SAMU chega, mas não leva porque não tem família e precisa de um acompanhante e aí, aí a gente vai como profissional e quando chega lá o hospital não quer aceitar porque também tem que ter o acompanhante e não pode ficar [...]. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Por último, destaco a intervenção do médico da Rede assistencial da Estratégia Saúde da Família, que apontou para variáveis políticas, técnicas e administrativas constituídas no espaço da macropolítica, com repercussão no espaço da micropolítica da gestão do cotidiano em Saúde.

Conforme esse profissional, não basta à Administração Municipal, identificada politicamente como sendo do Partido dos Trabalhadores, ter uma idéia, mas é preciso

²⁵

Referindo-se ao morador de rua.

concretizá-la. Muitas vezes, no entanto, o processo é dificultado em virtude das intervenções de outros órgãos públicos:

[...] o Centro de Saúde da Floresta na época foi tentado se colocar a unidade de atenção básica dentro de uma igreja que foi restaurada à custa da Prefeitura, mas uma coisa é você fazer isso do ponto de vista ideológico e outra coisa é você deparar com o Ministério Público, deparar com embargos de projetos né e é o que o PT começou aprender que uma coisa é você ter uma ideia e outra coisa é você concretizar essa ideia tendo embargos do Ministério Público e problemas legais institucionais, entendeu? [...] Muitos projetos que estão no orçamento participativo da Prefeitura estão barrados por esse exato motivo, porque há projetos que são aprovados pelos conselheiros entendeu, há o aval da comunidade, mas na hora da implementação sempre chega ou o Ministério do Trabalho ou o Ministério Público [...] o Tribunal de Contas ou o nível municipal, estadual dizendo não se pode porque precisa de um empenho, precisa entendeu, de todos os trâmites legais porque é o que se chama coloquialmente não de burocracia, mas sim burrocracia, isso impede muitas das vezes o avanço de muitos projetos que a Prefeitura tem tentado viabilizar e concretizar, é o que chama planejar e materializar. (MÉDICO - RAESF).

Esse mesmo profissional acentua a importância de as coordenações dos Centros de Saúde da Família terem um perfil técnico e não somente político:

Elas²⁶ deveriam ter um perfil técnico, profissionais concursados e não pessoas indicados por vereadores, por políticos o que é atualmente [...] agora outras meu Deus do céu a gente não consegue nem botar a mão no fogo, elas trabalham contra, às vezes você quer fazer um grupo, mas a coordenação não permite, existem alguns locais, exceções que dão certo e outros que é um verdadeiro desastre, [...]. (MÉDICO - RAESF).

Os discursos relacionados neste capítulo, juntamente com as reflexões e análises desenvolvidas, atestam a convivência dialética do instituinte com o instituído.

²⁶

Família.

Referindo-se às coordenações das unidades de Saúde, em especial dos Centros de Saúde da

5 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SUA ATUAÇÃO NOS PROCESSOS INSTITUINTES DO SUS

Segundo referencial adotado, entre eles as reflexões de Campos (2006), os sujeitos reflexivos e operativos são aqueles dotados de consciência e autonomia.

Os sujeitos reflexivos e operativos atuam na gestão do cotidiano em Saúde para transformar os processos de trabalho, ensejando atos cuidadores com centralidade nas necessidades dos usuários (MERHY, 1999).

Portanto, constituem-se como atos instituintes do SUS, potentes para dar materialidade aos seus princípios e diretrizes, referenciados na concepção ampliada de Saúde e na ideia da Saúde enquanto direito, expressa pelo artigo 196, da Constituição Federal, (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Baremlitt (1998, p. 30-31) também assegura que são os agentes que protagonizam as transformações na realidade, ou seja:

Tudo isso, naturalmente, só adquire dinamismo através dos agentes. Nada disso se mobiliza, nada disso pode operar senão através dos agentes. Os agentes são “seres humanos”, são os suportes e os protagonistas da atividade de toda essa parafernália. E os agentes protagonizam práticas. Práticas que podem ser verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas. Mas é nas ações que toda essa parafernália acaba por operar transformações na realidade.

Benevides e Passos (2005, p. 393) abordam à exigência de novos processos de subjetivação, onde se estabeleça uma sintonia entre as mudanças das práticas de saúde e a transformação dos sujeitos que operam o instituinte. Em suas palavras:

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde.

Com essa perspectiva, analisei os discursos dos profissionais de Saúde, identificando suas percepções acerca da atuação que têm nos processos instituintes do SUS em Fortaleza.

Como forma de não constituir nenhum juízo de valor, quando da análise e interpretação realizada, optei por trabalhar com os núcleos de sentido contidos nos discursos. Considerando as singularidades de cada grupo focal e, ainda, a subjetividade de cada

participante, achei por bem fazer apresentações por grupo focal realizado, conforme Quadros 8 e 9, apresentados no Apêndice F.

A seguir, teço considerações sobre as percepções dos profissionais de Saúde a respeito de sua atuação nos processos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

5.1 Considerações sobre as percepções dos profissionais de Saúde sobre sua atuação nos processos instituintes do SUS

O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente, consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la. (FREIRE, 1980, p.35).

Mesmo diante das dificuldades, os profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e os de nível médio percebem-se atuantes na realização do seu trabalho, expressando como finalidade a garantia do atendimento dos usuários do Sistema:

[...] eu estou ali fazendo um trabalho para o povo para melhorar a saúde de cada um e sempre procurando ouvir pra tentar resolver, procurar resolver da melhor maneira os problemas que aparecem. (FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA – RAAE).

[...] mas eu particularmente eu acho meu trabalho importante, porque é um trabalho que indiretamente tá salvando vidas, que a partir do momento que a gente elimina um foco, então são várias vidas que podem a gente tá evitando as pessoas adoecerem [...]. (AGENTE SANITARISTA).

No Brasil todo você esperar pra fazer um exame vários meses isso é muito sofrimento, então nós temos ali já os marcados, às vezes chegam pessoas desesperadas mesmo pra fazer exames e nós atendemos [...] e nós temos com tudo isso amenizado aquelas pessoas que estão na fila de espera, mas chegam lá e, estamos fazendo isso aí pra atender. (TÉCNICO DE RADIOLOGIA – RAAE).

Como forma de superação dos fatores limitantes, para, assim, dar materialidade ao instituinte, manifesto em atos cuidadores com centralidade nas necessidades dos usuários, conforme aponta Merhy (1999), os profissionais de Saúde recorrem ao diálogo com a comunidade; são criativos; realizam ações de Saúde que compreendem não fazer parte de suas funções como forma de cuidar do usuário; apropriam-se do espaço do território para

articulação com as redes de apoio; angustiam-se ante as limitações ou os objetivos não alcançados, questionando-se sobre o que fazer; valorizam o seu trabalho e desenvolvem a escuta para o cuidado em Saúde.

Os discursos a seguir expressam as ações e os posicionamentos referidos há pouco.

Assim que a gente chegou lá só funcionava um SAME, e lá são cinco equipes de PSF, cada uma respondendo por uma área, e o que a gente fez, a primeira atitude tomada foi capacitar todos os recepcionistas pra olhar tanto o prontuário quanto a consulta especializada pra tentar descentralizar o atendimento, ou seja, cada recepcionista cuidando da sua equipe, onde antes era feito o atendimento de cinco equipes em um SAME só [...] (DIGITADOR – RAAE).

[...] a gente tem assim uma ilusão de quando a gente vai desenvolver algum trabalho na unidade de saúde, de encontrar tudo certinho né, a sala, a maca, o material de trabalho e nem sempre tem acontecido dessa forma né, e a gente tem usado assim muita criatividade, tem se reunido com a comunidade e tem colocado também as dificuldades e o que me chama atenção é que a comunidade sempre se dispõe né [...]. (MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

[...] eu estou sempre buscando as pessoas pra gente discutir, criando ideias novas, como agora eu estou com a proposta de capacitar multiplicadores nas escolas pra trabalhar dependência química com a juventude e que existe essa preocupação, então vamos lá e a gente formando grupos de estudos no Caps pra gente levar pras escolas pra capacitar [...] então quando não estou satisfeita com alguma coisa brigo com o Conselho Tutelar, eu estou sempre lá, socorro! (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

[...] lá no hospital faço minha parte, mas assim, sinto falta do nutricionista na atenção básica porque a gente acaba fazendo lá o serviço que era pra ser feito lá na atenção básica, de orientar a mãe quanto à alimentação da criança e já é uma coisa que quando a criança já chega lá já não tem mais muita coisa o que fazer né. (NUTRICIONISTA – RAH).

Os discursos capturados, a seguir relacionados, expressam sentimentos estabelecidos nas relações do cotidiano da gestão em Saúde, caracterizando o fato de que os atos em Saúde se fazem transpondo a racionalidade técnica. Entre eles, evidencio: angústia; felicidade; inquietude; orgulho pela profissão exercida; medo; revolta; compromisso; sonho; desejo de aprender; entre outros.

Eu sou uma inquieta e angustiada porque eu não sou conformada com as coisas e eu estou sempre me perguntando por que não melhorar isso, não melhorar aquilo, [...]. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Então, pra mim é uma grande honra ser uma agente de saúde, porque o trabalho é muito bonito, a comunidade aceita assim muito bem e o agente de saúde é aquele

que realmente mora na área e ele conhece as dificuldades de casa paciente da área. (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 2 – RAESF).

[...] quem trabalha, faz sua função, o seu trabalho e tem compromisso, sonha muito em dias melhores, onde tudo vai melhorar a maneira de você trabalhar você vai ver os resultados daquilo tudo que você fez né [...] e que quando você não consegue você tem um pouco de angústia, vem cá, o que é que eu falhei aí? O que eu posso melhorar? (ENFERMEIRA 1 – RAESF).

[...] por eu ser uma funcionária de emergência, eu já fui agredida duas vezes e eu até falei pro doutor: doutor da próxima vez eu vou embora, porque eu não vou ficar aqui, [...]. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1 – RAH).

Eu trabalho em emergência adulta e pediátrica né, então quando o paciente chega, é muito diferente você atender um paciente que chega necessitando de uma massoterapia pra um paciente que chega de emergência num hospital, é totalmente diferente [...] às vezes as mãezinhas já estão mortas de estressadas e eu chego e converso mãezinha não é assim, se acalme né, converso com elas e às vezes elas começam a chorar porque tem problema com o marido aí o filho já ta doente né. [...]. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1 – RAH).

Assim, nas relações estabelecidas entre os profissionais de Saúde e os usuários dos serviços do SUS, são desenvolvidos fluxos relacionais pertinentes ao estado do ser humano, que condicionam favoravelmente ou não a instituição do SUS. Segundo Franco (2006, p. 464):

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

Segundo Merhy (1999), é o território de tensões-potência que na produção do cuidado em Saúde situa o profissional de Saúde em relação com o usuário. Nesta, ao mesmo tempo em que a realidade do processo de trabalho em Saúde se compõe por fatores limitantes, é dada também a oportunidade de reversão, de transição processual do instituído para o instituinte.

Isso é compreensível para alguns profissionais quando exprimem a ideia de que as “mudanças que estão acontecendo vão ser a longo e não tem como ser em curto prazo” (MÉDICA – RAAE); ou ainda, ao reconhecer que “não é possível desconstruir uma coisa que já está mesmo enraizada, não dá pra desconstruir de uma hora para outra [...]” (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Há, portanto, o reconhecimento de que as mudanças são processuais, porque o instituído se mantém na estrutura das organizações e estabelecimentos, materializando um jeito de ser, fazer e pensar.

Ao captar as percepções dos profissionais sobre sua atuação, é nítido o discurso sobre o que fazem para superar as limitações²⁷ impostas pela estrutura, que não potencializa o instituinte, mas aponta fortemente para o instituído, configurando o movimento dialético entre ambas as forças. As intervenções seguintes evidenciam tal fato:

Bem, há limitações né, por mais que a gente se doa ao serviço e tudo o que a gente tem que fazer é muito, pela própria estrutura, mas, assim, o que pode estar a meu alcance e tudo eu procuro fazer da melhor maneira possível. (ENFERMEIRA 2 – RAESF/RAUE).

Bom, o que eu vejo assim muita sede de fazer mais sabe, a nossa equipe é pequena [...] eu chego num plantão aí falta isso, falta aquilo e eu não presto a assistência farmacêutica que eu teria que prestar, porque eu só no plantão e eu tenho que ficar indo atrás do setor de compras, da direção pra comprar alguma coisa de urgência, de emergência, a gente fica muito numa logística que não era pra ser só ela né [...]. (FARMACÊUTICA – RAH).

Daí por que é fundamental a compreensão de outras dimensões na gestão do cotidiano da Saúde, não só a que se refere a questões estruturais.

Nesse sentido, a concepção ampliada da Saúde, o entendimento desta como um direito e o reconhecimento da participação popular como determinante para a mudança são fundamentais.

A percepção de um profissional de Saúde é clara quanto a essa perspectiva, ao compreender que o usuário não é um “mendigo”, mas um sujeito de direitos:

A gente não tem que olhar sempre com olhar pra eles de mendigo não, a gente tem que olhar de um cidadão brasileiro, cidadão que merece respeito, merece dignidade, ter moradia com dignidade, ter uma educação de qualidade, ter uma alimentação de boa qualidade, um salário bom também entendeu, tudo isso faz parte da saúde e não é só saúde ausência de doença não, [...] Sem participação popular a coisa não funciona, tem que todos participarem certo. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 2 – RAESF).

Outro aspecto relevante refere-se ao entendimento do profissional de Saúde que apresenta a sua contribuição ao SUS, mesmo quando se mantinha fora de seu espaço institucional:

²⁷ Relacionadas no Quadro 7. As limitações capturadas foram analisadas como potências para a manutenção do instituído.

[...] eu sou ... do movimento de mulheres, há oito anos que a gente tem uma contribuição diretamente com o SUS, mesmo não sendo dentro da prefeitura, mas desde que a gente começou a trabalhar com a fitoterapia, com a massoterapia a gente já contribuiu um pouco, porque quando a gente oferecia um chá pra uma pessoa, oferecia um lambedor e fazia um toque e a pessoa amenizasse seu sofrimento, essa pessoa deixava de ir na unidade de saúde, então a gente tava contribuindo com o SUS. (MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

Como se verifica, a colaboração desse profissional era a de fazer com que as pessoas deixassem de ir à unidade de Saúde, em virtude da sua intervenção de cuidado por meio das chamadas terapias complementares. Trata-se de uma profissional vinculada à Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2005, que se coloca como militante do movimento de mulheres; uma pessoa da comunidade que ocupa o espaço institucional do SUS.

A compreensão expressa por esta profissional traz fortemente a ideia de que a construção do SUS acontece também no seio dos movimentos sociais populares, cuja prática está voltada para o cuidado em Saúde. É a Saúde sendo produzida em redes de apoio existentes no território, portanto, ampliando conexões de cuidado em Saúde, potencializando processos instituintes do SUS.

No mesmo sentido, tem-se o discurso de outra profissional, também massoterapeuta, que conta sobre a proposta encaminhada para a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza acerca da realização de um projeto de práticas complementares em Saúde, no caso, a massoterapia. A gestão mostrou-se aberta e incorporou tal proposta.

[...] nós da comunidade do Conjunto Palmeiras junto com Mulheres em Movimento²⁸ e Santo Dias²⁹, elaboramos o projeto pra prefeitura e ela aprovou junto com a comunidade o trabalho da massoterapia na comunidade. A gente iniciou em dois mil e seis e muitos foram os desafios. (MASSOTERAPEUTA – RAESF/RASM).

A colocação de outra profissional da rede de Saúde Mental também aponta para a articulação com as redes de apoio, como o Conselho Tutelar, o Centro de Referência em Assistência Social, entre outros. Além de articular os vários recursos institucionais do território, atua para a mudança do posicionamento destes órgãos, conferindo maior

²⁸ Associação de Mulheres em Movimento com atuação no Conjunto Palmeiras, um bairro do Município, desenvolvendo um trabalho voltado para as práticas complementares em Saúde, questões de gênero e sócio economia solidária.

²⁹ Associação Santo Dias com atuação no Conjunto Palmeiras, desenvolvendo um trabalho voltado para as práticas complementares em Saúde, Educação e Cultura.

resolubilidade aos problemas dos usuários de álcool e outras drogas e ampliando o sentido da responsabilidade sanitária na perspectiva extramuro:

O Conselho não ta junto, vou lá, e não funciona, não funciona, [...] vamos lá e é uma parceria muito boa que a gente faz, CAPS e CRAS é uma parceria que tem funcionado bem, [...] então eu estou em construção, é um caminho que eu estou trilhando e é essa a contribuição que eu tenho dado junto ao CAPS. (ASSISTENTE SOCIAL – RASM).

Nas palavras de Franco (2006, p. 461):

[...] linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários.

Há, ainda, a percepção do profissional que se coloca como um “efeito transformador”, que “deve cutucar para mudar”, embora considere que não tenha o efeito decisório.

6 CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O QUE FAZER PARA FORTALECER O SUS EM FORTALEZA?

A título de contribuição para a gestão do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, são apresentadas algumas propostas elaboradas pelos profissionais de Saúde participantes deste estudo.

Trata-se de um conjunto de proposições que reflete a realidade local, o cotidiano do trabalho em Saúde dos profissionais participantes da pesquisa.

Para a apresentação das propostas, não identifiquei a categoria profissional do seu formulador, considerando ser isto irrelevante. Ressalto, ainda, que não dialoguei com elas na medida em que as situei como colaborações para a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando a reeleição da Prefeita de Fortaleza para o período de 2009 a 2012, na minha avaliação, a próxima gestão do Sistema Municipal de Saúde poderá se apropriar das propostas ora destacadas, identificando sua viabilidade política, técnica e administrativo-financeira.

São elas:

1. escolha dos coordenadores das unidades de Saúde

[...] deveriam ter um perfil técnico, profissionais concursados e não pessoas indicados por vereadores, por políticos [...].

[...] eu acho que quem deveria também nomear os coordenadores de unidade de saúde quem deveria nomear os diretores de hospitais era o secretário de saúde e não ser indicados por políticos, porque isso também trava.

[...] a primeira coisa que eu poderia fazer era ver como estavam os coordenadores da gestão anterior e começar fazer uma pesquisa se realmente a comunidade estava inteiramente satisfeita com eles, senão, eu ia procurar fazer uma pesquisa, fazer uma rede e fazer uma troca e ver quem realmente que tivesse na unidade, quem fosse realmente mais capacitado para ser o coordenador da unidade, porque eu não ia deixar na minha unidade de saúde um coordenador que não tratasse bem as pessoas, então eu iria vê, eu tinha um perfil de colocar como coordenador;

2. realização de concurso público

[...] e a gente tem muita vontade de que fosse feito um concurso pra mais farmacêuticos pra melhor mesmo [...].

[...] ter mais psicólogos, mais psiquiatras, mais assistentes sociais, acho assim que a gestão deveria valorizar mais esses profissionais, fazer mais concursos pra esses profissionais [...].

[...] pro pessoal assistente social, pro pessoal nutricionista, pro pessoal de farmacêutico, pros auxiliares e técnicos de enfermagem, pro pessoal do SAME, todos esses merecem um concurso e que eles merecem ser valorizados terem mais incentivos pra trabalhar na suas bases [...].

[...] com relação ao nosso concurso, um concurso pra rede de saúde mental, porque somos apenas prestadoras de serviço e, em parte, isso desestimula o nosso trabalho [...];

3. democratização da gestão

[...] o sistema não ser mais verticalizado na decisão de algumas pessoas lá em cima que são a gestão e todo mundo aqui tem que obedecer de forma passiva entendeu e engessada, haver rodas, mas com os profissionais que trabalham na ponta, profissionais que realmente atuam e você gestão escutarem com bons olhos e oferecerem diretrizes em cima disso e eu te garanto que com quatro anos tudo isso muda pra melhor;

4. articulação intersetorial: educação e saúde

[...] o posto de saúde aqui, a escola ali e uma vez que tivesse essa integração, unir, unificar forças né porque a gente vê o potencial desses profissionais, eles têm potencial, eles podem ajudar muito mais.

[...] eu procuraria fazer uma parceria com a educação pra implantar dentro da educação o sistema de saúde escola, porque dentro da escola a gente ia ensinar que não podia poluir o meio ambiente, que fazia mal a saúde, que não podia se alimentar de tudo no mundo que fazia mal pra saúde, que a gente não podia ser violento que fazia mal pra saúde [...];

5. capacitação e melhoria salarial:

Capacitação, conscientização, a Secretaria Municipal de Saúde investir na capacitação do profissional [...].

[...] a qualificação dos profissionais pra que eles pudessem atender melhor e uma remuneração adequada eu acho que a coisa funcionaria melhor [...];

6. cuidando do cuidador:

[...] é que o sistema também se preocupasse com nós cuidadores, porque nós do âmbito da saúde a gente tá voltando pra o nosso cliente e que a gente lida com tantos sofrimentos alheios e a gente acaba muitas vezes se coisificando né e acabamos também sofrendo com isso e às vezes quando a gente não se cuida, o fato da gente não se cuidar acaba que a qualidade do nosso trabalho cai, então que haja um sistema, um objetivo ou uma forma de atendimento também pra gente, um programa não sei de cuidar do cuidador sistemático no sistema.

Investir um pouco mais na coisa dos fardamentos né, que os fardamentos que a gente recebe são só uma blusa, a gente não recebe calça, não recebe bota, não recebe nenhum outro tipo de fardamento, material de proteção individual que não há nenhuma matéria de proteção individual, a gente sobe numa escada dupla e não tem um cinto de segurança né [...] um programa de mais atenção à saúde do trabalhador que tá, nós estamos trabalhando, levando a saúde pras pessoas né e por que não investir mais um pouco no trabalhador que tá levando a saúde pras pessoas [...]; e

7. atualização do sistema de informação:

Tem que ser atualizado esse programa, os programas atuais numa tela só voe vê tudo e você opta, se eu quero começar com o tratamento eu começo com o tratamento, esse não, ele é todo ligado e se você não fizer isso aqui você não parte pro segundo [...].

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu acho que a gente teve uns avanços, mas a gente precisa avançar muito mais pra coisa melhorar ainda mais pra que a gente possa dizer que está vivendo uma saúde adequada como manda a lei, porque eu acho assim que no papel ta muito bonito, tudo traçadinho, mas a realidade é totalmente diferente certo. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 2 – RAESF).

Inicio as considerações finais deste estudo com o significado expresso no discurso de um auxiliar de enfermagem. Poderia, também, iniciar com Ferreira Gullar, poetizando em *Traduzir-se*:

[...] Uma parte de mim é todo mundo: outra parte é ninguém: fundo sem fundo. Uma parte de mim é multidão: outra parte estranheza e solidão. Uma parte de mim pesa, pondera: outra parte delira. [...]

Tanto em uma situação quanto em outra, tomo as palavras e as ressignifico. As palavras me adentram e me percorrem, fazendo-se em mim e recriando-se. Por isso, acho que os poetas se maravilham diante das possibilidades de tantas e tantas percepções.

Minha compreensão é de que o movimento da vida permeia-se sempre por muitas dimensões, por muitos olhares, por singularidades que refletem multiplicidades (FRANCO, 2006). Não há uma ordem linear. O movimento é caótico. Parte se conecta para o novo, o instituinte, e parte para manutenção do existente, o instituído.

Discorrer, então, sobre o tema desse estudo me fervilha a mente. As reflexões e as análises ganham corpo e se entrelaçam entre um capítulo e outro, materializando a ideia de que de fato os profissionais de Saúde encarnam atos instituintes e instituídos, desenvolvidos em cenários políticos e institucionais ora favoráveis ao instituinte, ora fortalecedores do instituído.

Os propósitos da gestão têm peso, são significativos no sentido da condução política do Sistema, entretanto, o cotidiano da gestão em Saúde se faz prioritariamente por meio dos seus profissionais.

Esse é o primeiro aprendizado. Se já por mim apreendido em lições anteriores, agora é ressignificado pelo caminho da pesquisa científica. Ao optar pelo desenvolvimento de um estudo de abordagem qualitativa, vivenciei o aprendizado da alteridade.

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no tempo marcado de 2005 a 2007, foi cenário para a atuação de muitos sujeitos reflexivos e operativos. No cotidiano da gestão em Saúde da quarta maior Capital brasileira, a gestão do Sistema firmou o compromisso de efetivar o SUS.

Os profissionais de Saúde, participantes do estudo que ora apresento, apontam que há avanços no sentido do fortalecimento do SUS, mas indicam também a forte presença do instituído.

É sob o olhar desses profissionais que destaco os principais achados do estudo *Diversidade de Olhares: os sentidos instituintes do SUS em Fortaleza*.

São eles:

- 1) se por um lado o discurso dos profissionais de Saúde, ao indicarem os processos instituintes do SUS, evidenciam mudanças nas práticas de saúde (Quadro 3, 4, 5 e 6), por outro, verifico que os fatores limitantes – potências instituídas – (Quadro 7) ainda são significativos quanto ao desenvolvimento de um processo de trabalho em Saúde hegemônico pelos princípios e diretrizes do SUS;
- 2) as redes assistenciais que mais abrigaram processos instituintes do SUS foram a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Saúde Mental (RASM). Considero que o investimento³⁰ significativo feito pela gestão do Sistema nas duas redes, logo no início da gestão, contribuiu para o reconhecimento do impacto das ações realizadas. Arranjos institucionais foram organizados, a exemplo da instituição de um arcabouço legal³¹, fortalecendo a existência e manutenção das duas Redes assistenciais. Entretanto, a captura dos fatores limitantes, potentes para a manutenção do instituído, pertinentes aos processos de trabalho especialmente da ESF (Quadro 7), indica a necessidade de intervenção para a sua superação. Muitas das intervenções estão inscritas no campo de tomada de decisão da gestão, contextualizadas nas condições de trabalho, na contratação de profissionais médicos, entre outros;

³⁰ Materializado pela ampliação da cobertura da ESF, que de 15% em 2004 salta para 43,44% em 2006, e pela ampliação da RASM, que, de 3 CAPS em 2005 chega a 14 em 2006 (FORTALEZA, 2007).

³¹ Criação de cargos para os profissionais da Saúde da Família, Saúde Bucal, agentes sanitários e agentes comunitários de Saúde (FORTALEZA, 2006).

- 3) situações de dificuldades na rede hospitalar, acrescidas do fato de que alguns investimentos³² da gestão nesta área ainda vão se materializar, podem ter contribuído para a não-identificação, pelos profissionais de Saúde, de processos instituintes do SUS no seu espaço de trabalho. O discurso sobre o instituinte do SUS, na rede hospitalar, refere-se ao desenvolvimento do acolhimento com classificação de risco;
- 4) a materialidade do princípio da equidade pela priorização das populações em situação de vulnerabilidade, quando da lotação dos agentes comunitários de saúde admitidos em decorrência da seleção pública realizada (Quadro 4). É significativo o reconhecimento, pelos profissionais de Saúde de nível médio, do fato de a gestão ter optado pelo investimento em áreas reconhecidamente mais vulneráveis. Relevante, ainda, é o fato de que os profissionais de Saúde de nível médio entendam tal sentido, em decorrência da sua experiência pessoal por morar no território onde o serviço de saúde foi implantado, ou ainda por ser usuário do Sistema;
- 5) em relação à Gestão Participativa, a abordagem sobre as rodas da gestão apresentou limitações quanto à sua potência instituinte como um dispositivo para a cogestão de coletivos no Sistema de Saúde de Fortaleza. A discussão nos grupos focais não apontou a roda da gestão como dispositivo transversal às redes assistenciais (Quadro 6). Sua implantação, segundo os profissionais de Saúde depende da coordenação da unidade, da equipe local, entre outros fatores limitantes (Quadro 7). Tal afirmação me remete, mais uma vez, à necessidade da atuação dos sujeitos reflexivos e operativos. A institucionalização do SUS requer não apenas a implantação de dispositivos potentes, a exemplo das rodas da Gestão. O sentido está na ação dos sujeitos;
- 6) o acolhimento é destacado como um dispositivo instituinte do SUS, desenvolvido nos diversos âmbitos assistenciais do Sistema, evidenciando sua força instituinte. O estudo apontou que a transversalidade do acolhimento nas diferentes redes assistenciais ocorreu em virtude da atuação dos profissionais de Saúde juntamente com os gestores locais do SUS;

³² A título de exemplo, destaco o QualiSUS – Programa de qualificação da atenção à saúde, com o objetivo de fortalecer o SUS por meio da qualificação do atendimento nas unidades de urgência e emergência, com reformas, ampliações e aquisição de equipamentos. Em 2007, foram adquiridos equipamentos e as obras para reforma e ampliação serão feitas em 2008 (FORTALEZA, 2008, p. 121).

- 7) a inserção de militantes dos movimentos sociais no espaço da gestão sugere a potência instituinte da atuação dos profissionais com forte vínculo com a comunidade e militância nos movimentos sociais, especialmente, profissionais que trazem experiências no campo da educação popular em Saúde, das terapias complementares em Saúde;
- 8) a evidência da desarticulação das redes assistenciais (Quadro 7), como potência para o instituído, entre outros aspectos, sugere a existência de redes competitivas e não em colaboração e solidárias entre si. Assim, manifesta-se, por exemplo, a pouca disponibilidade de leitos em hospital geral para os usuários dos CAPS-ad quando em crise; ou ainda, quando a profissional de Saúde acentua escutar muita gente dizer que “ah! o PSF ta funcionando, mas eu acho que o SUS ele tem que funcionar no todo e não é só em alguns locais [...]”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1 - RAH).

Para finalizar, assumo que este estudo é para mim a evidência de que o Sistema Municipal de Fortaleza, no tempo de 2005 a 2007, foi cenário de muitos movimentos – instituintes e instituídos, Construídos por muitos sujeitos reflexivos e operativos, dotados de autonomia e desejos.

Para mim, o estudo aponta que o momento sempre pode ser de possibilidade. Nas palavras de Freire (2002, p. 21) é reconhecer que “a História é tempo de possibilidade e não de *determinismo*, que o futuro, permita-se-me reiterar, é problemático e não inexorável”.

Meu desejo é de que este estudo possa contribuir com o cotidiano de se pensar, fazer e sentir Saúde. Com esta intenção, expressei que ele, o estudo encarnado em dissertação, acaba aqui. Os sonhos, porém, as possibilidades, os instituintes e os instituídos permanecem inconclusos. Sempre.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. O que é ouvir. **Est. Psicol.**, n. 2, p. 86-97, ago./dez. 1990.

ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. (Orgs). **Sistema Local de Saúde em Municípios de pequeno porte: A resposta de Icapuí**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1992. 250 p.: il.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288 p.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

ARAÚJO, M. S. S. **Água mole em pedra dura? As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte após a implantação do programa de saúde da família**. 2000. 133 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Argeu Magalhães, 2000.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: Um Ensaio Teórico. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1700/1408>>. Acesso em: 2 maio 2007.

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

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 235 p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005, p. 389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BREILH, J. **Epidemiologia**: Economia, Política e Saúde. São Paulo: Fundação Editora UNESP: HUCITEC, 1991. 276 p.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607 p.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.3, p. 285-293, 1996.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade**, Brasília, v. 10 n. 2, p.141-158, 2000.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Programa de Governo – Gestão 2005/2008**. Fortaleza, 2004.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2005**. Fortaleza, 2006. Disponível em:<<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 2 maio 2009.

_____. **Relatório de Gestão, 2006**. Fortaleza, 2007. 431p. Disponível em:<<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 2 maio 2009.

_____. **Relatório de Gestão, 2007**. Fortaleza, 2008.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

FREI BETTO. Alteridade. *In*: **Adital notícias da América Latina e Caribe**. 2003, Brasil. Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=7063>. Acesso em: 27 set. 2007.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

KIND, L. Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

L'ABBATE, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003, p. 265-274.
Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>. Acesso em: 1 maio 2007.

LISPECTOR, C. Os desastres de Sofia. **Felicidade Clandestina**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Notas para um debate. *In*: BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 9-71.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 137-174.

MERHY, E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/>. Acesso em: 26 set. 2007.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. v. 1, p. 195-206.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: Franco, T. B.; Peres, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. v. 1, p. 21-45.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. A.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2000. 125 p. (Coleção Saúde Coletiva).

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 506-603.

PESSOA, F. notas soltas, em *Obra em Prosa*, Nova Aguilar, 1995, p.57. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

RIGHI, L. B. **Poder Local e Inovação no SUS**: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três Municípios no Estado do Rio Grande do Sul. 2003. 229 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 182-192. Disponível em:

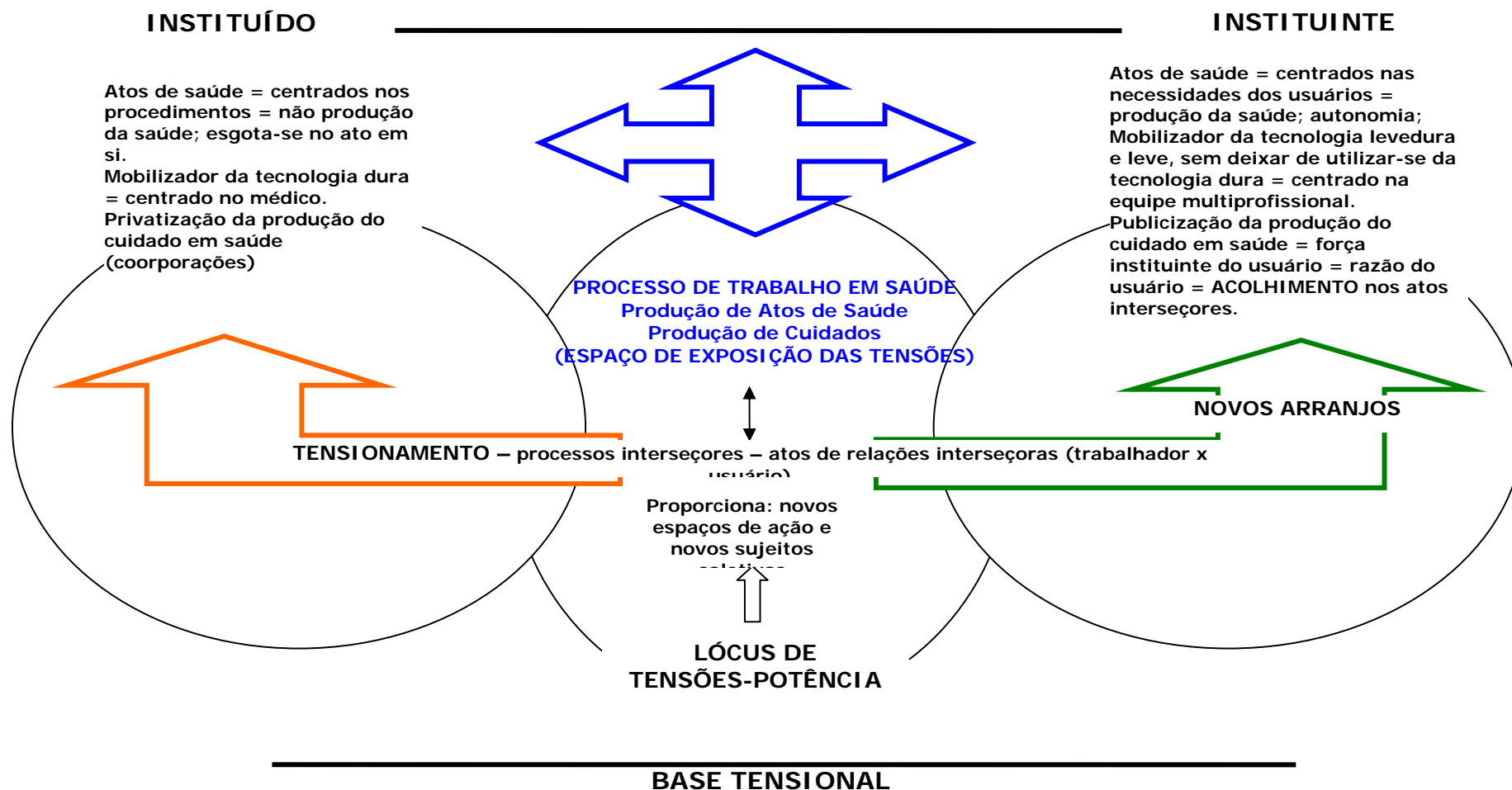
<<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 8 jul. 2008.

VIEIRA, M. F. S. A emancipação como constituinte, a educação popular como instituinte: rumo aos inéditos-viáveis na superação das situações-limite. *In*: **COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE**, 5., 2005, Recife. Disponível em: <http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes_orais/A%20EMANCIPA%C3%87%C3%83O%20COMO%20CONSTITUINTE,%20A%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20POPULAR%20COMO%20INSTITUINTE-%20RUMO%20AOS%20IN%C3%89DITOS-

VI% C3% 81VEIS% 20(1)% 20NA% 20SUPERA% C3% 87% C3% 83O% 20DAS% 20SITUA% C
3% 87% C3% 95ES-LIMITE% 20(2).pdf>. Acesso em: 26 jul. 2008.

APÊNDICE A – Figura 1³³ – Campo da gestão do cotidiano em saúde

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE



33

Figura proposta a partir do artigo “O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais”, de autoria de Emerson Elias Merhy. In: Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

APÊNDICE B - Roteiro Grupo Focal

Cada um de vocês está atuando em uma unidade de saúde diferente. Todas as unidades fazem parte do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, então, acho importante que cada um tenha a oportunidade de falar sobre o lugar onde atuam e o trabalho que realizam.

Como vocês sabem, a atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde, seja em âmbito central ou regional, apresenta alguns propósitos, objetivos, metas, enfim, intenções políticas e técnicas, que são expressas por meio de documentos oficiais, como por exemplo, o Relatório de Gestão, ou através de discursos orais em reuniões, entrevistas em jornais, etc. Em torno do discurso falado, escrito e materializado em ações, apresenta-se a grande intenção do desenvolvimento do SUS em Fortaleza. O que vocês pensam sobre isso? Do que foi feito pela atual gestão, no período de 2005 a 2007, o que você acha que contribuiu para instituir, ou fortalecer, o SUS em Fortaleza? Há algum programa, projeto, ação ou processo de trabalho que você considera que tenha fortalecido a institucionalização do SUS? Por quê?

E você, como se vê neste processo? Como você percebe a sua atuação profissional nos processos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde? Há limitações? Há possibilidades?

Quais as sugestões que você tem para que a gestão possa cada vez mais instituir e fortalecer o SUS em Fortaleza?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa tem como título **“Diversidade de Olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”**. Tem como pesquisadora responsável Neusa Goya, aluna do mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, sendo necessária para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Tem como objetivo identificar e analisar o que os profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e, ainda, os de escolaridade de nível médio reconhecem como instituinte do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007. Ou seja, o que foi feito, no período de 2005 a 2007, que contribuiu para a efetivação do SUS no Município.

Para coleta de informações serão realizados dois grupos focais, cada um com a participação de 12 profissionais de Saúde, vinculados ao Sistema Municipal de Saúde no período em estudo. Um grupo focal será com profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados e o outro com profissionais de Saúde com nível médio. Os grupos focais serão realizados no Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar. Rodolfo Teófilo, Tel. (85) 3366-8045. Serão gravados, após autorização de seus participantes, devendo ter uma duração de até duas horas e meia. Os participantes serão convidados com antecedência, sendo informados sobre o objetivo da pesquisa e esclarecidos sobre a não obrigatoriedade de sua participação. Os profissionais participantes não serão prejudicados no que diz respeito à falta no trabalho, perseguição devido as suas colocações, ou qualquer outra questão relativa à sua participação, de modo a não ser constrangido sob hipótese alguma.

O roteiro a ser utilizado no grupo focal está centrado em três aspectos fundamentais: o trabalho de cada participante; o que pensam sobre o SUS, relacionando-o

com o seu trabalho e quais as iniciativas da atual gestão consideradas como instituinte do SUS no Município.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Para realização da pesquisa o(a) senhor(a) deverá concordar com os seguintes pontos:

1. Estou ciente dos termos constantes acima que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas todos os aspectos, bem como a necessidade de fornecimento de informações;
2. Concordo em participar por livre e espontânea vontade desta pesquisa, podendo, inclusive, deixar de participar, quando do grupo focal, caso assim decida;
3. Qualquer ocorrência deverá ser comunicada a pesquisadora responsável, Neusa Goya, residente na Av. Rogaciano Leite, 200, apto 703, Ed. Azalle, fone 85.8899-8083, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, fone 85. 3366-8338;
4. Declaro ter conhecimento de que o estudo não oferece risco a minha saúde e que as informações referentes à minha participação serão utilizadas na pesquisa, sem, contudo, conter minha identificação. Tais dados serão utilizados tão somente para o estudo citado acima, jamais para nenhuma outra finalidade.

Como comprovação deste compromisso, recebo a 2ª via deste documento, enquanto que a primeira ficará em arquivo específico do centro responsável pela pesquisa.

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável: Neusa Goya _____

Assinatura do voluntário: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____

Endereço do (a) participante-voluntário: _____

APÊNDICE D

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS ³⁴ – Potências Instituintes
<p>[...] a ESF, pela forma como é concebida³⁵, apresenta um grande potencial indutor dos princípios e das diretrizes do SUS, notadamente a integralidade, a acessibilidade, a participação social e a equidade, contribuindo para a construção do modelo de atenção integral à saúde. (FORTALEZA, 2006, p. 49-50).</p> <p>No que se refere às equipes de saúde bucal, Fortaleza saiu de 0 equipes em 2004 para 223 equipes em funcionamento em 2007 [...]. (FORTALEZA, 2008, p. 33).</p>	<p>[...] então no PSF de Fortaleza estou com um pouquinho de tempo e a maneira como eu trabalhava nos outros PSF e como eu estou trabalhando aqui está sendo inovadora [...]. Grupos, por exemplo, certos grupos, tentando trabalhar com grupo de idosos, no caso, devido à distância da minha área pro posto certo. Porque uma comunidade onde você pra poder chegar na unidade é quarenta minutos a pé, é bastante tempo, então pra facilitar a gente faz grupo de crianças, as puericulturas é feito na área, grupo de hipertenso é na área, que aí facilita e não tem tanto stress pros pacientes né? Principalmente fica mais fácil de você dá sessões educativas, orientações [...]. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>Assim, muito importante né, porque nós a equipe do PSF vamos até, por exemplo, a pessoa que não pode andar né, os acamados cheio de dentes estragados, com dores né e já com esse programa do PSF já mudou muito né. (Atendente de Consultório Dental – RAESF).</p> <p>O grande diferencial foi realmente a implantação né da equipe de odontologia. (Massoterapeuta – RAESF/RASM).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso I: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.</p> <p>Potências Instituintes: Ampliação do acesso aos serviços de saúde, configurando atos de saúde centrados na realidade local e nas necessidades dos usuários.</p> <p>Ampliação do acesso aos serviços odontológicos, com as equipes de saúde bucal no PSF.</p> <p>Fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e a população residente na sua área de abrangência.</p>

³⁴ Referencial teórico legal do SUS adotado neste estudo.

³⁵ O Programa de Saúde da Família tem como objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. (BRASIL, 1997).

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>O processo de trabalho em saúde desenvolve-se por equipes multiprofissionais, que atuam de forma integrada em movimentos permanentes de diálogos entre os saberes e as práticas de cada profissão, rompendo com a lógica do processo de trabalho em saúde segmentado. (FORTALEZA, 2006, p. 50).</p>	<p>Trabalhamos com equipe [...]. (Agente Comunitário de Saúde 1 – RAESF).</p> <p>Os profissionais entre si diferenciados, são médicos, são assistentes sociais, são psicólogos, são terapeutas ocupacionais são diversos olhares discutindo e debatendo e antes a gente não via isso, isso é bom, tem gente que discorda, tem médico que discorda, mas isso é bom, isso é bom porque a gente ta trilhando um caminho. (Assistente Social – RASM).</p> <p>[...] está tendo uma procura de melhoria de trabalhar o paciente como equipe multidisciplinar, antigamente não se via isso, ainda é uma coisa que está embrionária, mas já está acontecendo, você já tem condição de pedir uma nutricionista, de pedir uma avaliação de outro médico [...]. (Médica – RAAE).</p> <p>[...] houve com certeza, graças a Deus eu posso dizer que eu sou uma privilegiada porque nós temos equipes, porque a linguagem que eu falo é a linguagem que o dentista fala, é a linguagem que o médico fala, então é uma equipe, é diferente de cada um por si [...]. (Enfermeira 1 – RAESF).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso II: Integralidade de assistência [...]. Lei 8.080, Art. 7, Inciso XII: Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.</p> <p>Potência Instituinte: Trabalho em equipe multiprofissional, possibilitando a diversidade de conhecimentos técnicos de cada categoria profissional, o que fortalece a percepção das necessidades em saúde do indivíduo, ou do coletivo, em suas múltiplas dimensões. Além disso, tensiona positivamente a prática em saúde médico centrada.</p> <p>Amplia a capacidade de resolução dos problemas no âmbito da atenção primária em saúde.</p>

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>[...] a Prefeitura de Fortaleza, ampliou a cobertura da Estratégia Saúde da Família de 15% para 43,44% da população local. [...] os maiores incrementos ocorridos foram nas SERs V e VI, com maior contingente populacional, além de serem consideradas as regionais com maior concentração de pessoas em situação de pobreza. Trata-se, ainda, das regionais com menor quantidade de equipamentos de saúde [...]. (FORTALEZA, 2007, p. 50-51).</p> <p>A escolha destes critérios³⁶, com base no princípio da equidade, priorizou o atendimento e o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde a grupos populacionais mais carentes, a grupos residentes em áreas com indicadores mais preocupantes [...]. (FORTALEZA, 2007, p. 31).</p>	<p>[...] um dos grandes avanços né foi o PSF dentro das unidades de saúde, que a gente não tinha nas periferias [...]. (Terapeuta Comunitária e Massoterapeuta – RAESF e RASM).</p> <p>Trabalho numa área mista onde uma área de risco dois, três, mas dentro dessa área pequenos focos de área de risco um [...]. (Agente Comunitário de Saúde 1 – RAESF).</p> <p>[...] vejo que a Prefeitura ela tem trabalhado muito nas periferias né, não está no conhecimento dela e nem no meu, mas a periferia dentro das comunidades como a menina [...] trabalha e também moro lá no São Cristóvão e tenho visto o trabalho³⁷ de vocês né, eu tenho visto aí, então ela aplica, a Prefeitura, mais nessa parte aí onde tem muita gente, pessoas carentes e que a gente vê que as pessoas, eu posso até compreender isso aí [...]. (Técnico de Radiologia – RAAE).</p> <p>É uma área na qual predomina muitos focos negativos, no caso muito usuários de drogas, muita prostituição [...]. A minha área ela não é dita como é área de risco, mas depois deste trabalho que eu estou fazendo³⁸, a minha enfermeira da equipe ela vai montar um relatório pra ser detectado qual o tipo de, se ela é um, dois ou três e onde é que eles vão colocar a qual do risco. (Agente Comunitário de Saúde 2 – RAESF).</p>	<p>Aplicação: Embora a equidade não se constitua como princípio constitucional, vem sendo adotada como tal na gestão de Sistemas e Serviços de Saúde no âmbito do SUS.</p> <p>Lei 8.080, Art. 3: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia [...].</p> <p>Lei 8.080, Art. 7, Inciso VIII: utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação dos recursos e a orientação programática.</p> <p>Potência Instituinte: Priorização do cuidado em saúde às populações em condição de maior vulnerabilidade, configurando além da dimensão técnica do cuidado, a dimensão política de priorizar os coletivos em situação de maior desigualdade social.</p>

³⁶ Referindo-se aos critérios para a 1ª convocação, em 2007, dos agentes comunitários de saúde, classificados em primeiro lugar na Seleção Pública realizada em

2006.

³⁷ Referindo-se a Oca Comunitária da Secretaria executiva regional VI, que presta serviços de massoterapia, terapia comunitária, entre outros.

³⁸ Referindo-se ao cadastramento para contagem das casas, posteriormente famílias, a serem acompanhadas.

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>Uma destas iniciativas³⁹ refere-se ao aumento considerável no número de equipes da Estratégia Saúde da Família, todas envolvidas e aptas para combater a tuberculose em suas áreas de atuação. (FORTALEZA, 2008, p. 60).</p> <p>Outro processo importante que decorre da lógica do território é a responsabilização pelas equipes de saúde da família pelo cuidado integral e pela promoção da saúde da população a ele adscrita. (FORTALEZA, 2006, p. 50).</p>	<p>[...] a descentralização de alguns programas no caso da tuberculose né, os pacientes já tem um hábito, já estão habituados a procurar a unidade, por exemplo, a gente recebe paciente do HGF com os exames prontos pra ser atendido na unidade e que geralmente ia para o Flávio Marcílio, que era como se fosse a referência, então assim, a gente já esta vendo as coisas caminhando devagarinho, mas a gente já ta absorvendo toda essa demanda com relação a descentralização. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>[...] Existem grupos de trabalhos também de terapias, grupo de idosos né, controle dos pacientes de tuberculose e hanseníase como demais unidades [...]. (Enfermeira 2 – RAESF/RAUE).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso IX, alínea b: regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, compreendendo que as ações e serviços de saúde para a prevenção, tratamento e cura da tuberculose inscrevem-se na atenção primária em saúde.</p> <p>Potências Instituintes: Responsabilidade sanitária pela realização de ações e serviços de saúde pertinentes ao trabalho das equipes de saúde da família.</p> <p>Fortalecimento do vínculo com os usuários, residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família.</p> <p>Organização do Sistema, imprimindo maior racionalidade quanto à utilização dos serviços de referência.</p>

³⁹

Referindo-se ao incremento do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>Utilização do Cartão SUS para atendimento em qualquer unidade da rede, independentemente do vínculo cadastral do usuário com algum território, eliminando, assim, a barreira de acesso antes existente. (FORTALEZA, 2006, p. 268).</p> <p>Universalização do acesso ao medicamento básico, com sua disponibilidade em todas as unidades de saúde, independentemente do local da consulta. (FORTALEZA, 2006, p. 268).</p>	<p>O grande que eu acho que foi dado nessa gestão foi a descentralização, porque antigamente você tinha aquele cartão SUS e só podia receber, por exemplo, medicamento e só podia realizar exames naquele local, naquele posto que você, na sua área, vamos dizer assim né, residencial. Então isso facilitou para a comunidade porque com uma simples carteira de identidade que você fazia o seu cadastro e ali você poderia usufruir de todos os serviços que aquele posto realizava para aquele paciente/cliente e isso tanto beneficia, facilita o trabalho do profissional e também deixa mais satisfeito aquela pessoa que vai procurar aquele trabalho né, [...]. (Farmacêutica Bioquímica 1 – RAAE).</p> <p>[...] inclusive, também as farmácias pólo, que toda Regional tem né, inclusive o Posto Floresta tem uma farmácia pólo e ela serve de base pra abastecer, vamos dizer assim, aqueles postos menores, então o usuário ele é indicado pra receber, caso o medicamento esteja faltando naquele momento no posto que ele recebe na sua área, então eu acho que tudo isso facilitou muito, descentralizou. (Farmacêutica Bioquímica 1 – RAAE).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso I: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Lei 8.080, Art. 6, Inciso I, alínea d: Estão incluídos ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS: d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; Lei 8.080, Art. 6, Inciso VI: a formulação da política de medicamentos, [...].</p> <p>Potências Instituintes: Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde e aos medicamentos básicos.</p> <p>Fortalecimento da humanização do atendimento, por meio de sua desburocratização e ampliação do acesso.</p> <p>Organização da política de assistência farmacêutica, com acesso descentralizado ao medicamento.</p>

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
Coordenação do processo de implantação de duas Unidades de Farmácia Popular do Brasil nos Terminais de Integração de Parangaba e Siqueira. A implantação destes serviços foi feita em parceria com o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Prefeitura Municipal de Fortaleza, através da Secretaria Municipal de Saúde.	[...] eu achei que foi uma coisa de grande valia foi a criação das farmácias populares, porque as farmácias populares ⁴⁰ elas antigamente não existia e as pessoas ia pras farmácias dos postos e não tinha remédio e a pessoa não tinha dinheiro pra comprar o seu remédio né e hoje em dia as pessoas já pode adquirir os remédios a um preço bem mais em conta [...]. (Agente Sanitarista).	

⁴⁰

Quando da colocação deste profissional de saúde, destacando a iniciativa da farmácia popular, outro participante colocou que se tratava de um programa federal e a discussão era sobre o Município. Então, o primeiro respondeu que o SUS compreendia as esferas, “pra ele funcionar o SUS ele tem que funcionar lá em cima e tem que descer né [...] É tem que descer nacional, estadual e municipal.” Como se trata de um estudo que busca a percepção dos profissionais de Saúde sobre os processos instituintes do SUS, mantive o discurso do profissional de saúde compreendendo que para ele a farmácia popular amplia o acesso da população ao medicamento, e que o SUS compreende as três esferas de gestão.

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>Desde o ano de 2005, a Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza está desenvolvendo um Modelo de Atenção em Saúde Mental, que tem como eixo norteador a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, conforme orientações da Reforma Psiquiátrica. (FORTALEZA, 2008, p. 144).</p> <p>É um espaço⁴¹ onde são desenvolvidas atividades de resgate da auto-estima. Trabalha na dimensão do cuidar, onde acontecem as Rodas de Terapia Comunitária, funcionando também como um SPA antiestresse de massoterapia. [...]. É um espaço, portanto, de promoção de saúde na comunidade. (FORTALEZA, 2007, p. 161).</p>	<p>Nós não trabalhamos com internação⁴², é mais um trabalho ambulatorial de atendimento psicossocial mesmo, nós acolhemos e fazemos uma escuta, fazemos um acolhimento dele e ele chega e a gente faz um prontuário e fazemos um plano terapêutico dele né [...]. (Assistente Social – RASM).</p> <p>Em dois mil e cinco assim, a rede se expandiu, o CAPS já existia antes né, mas ele veio se expandindo aqui em cada Regional, agora são seis Regionais e em cada Regional tem dois CAPS né, um AD e um Geral, contamos ainda com dois CAPS infantis em Fortaleza por enquanto, que é a intenção é expandir o CAPS infantil também em cada Regional. (Assistente Social – RASM).</p> <p>[...] eu fiz um curso de terapia e hoje sou terapeuta comunitária, onde a gente atua no espaço de saúde que é da Prefeitura, fica na Regional VI, a Oca de Saúde Comunitária, é uma extensão do Projeto Quatro Varas e eu trabalho na Prefeitura como massoterapeuta [...] a gente atende em média umas oitenta por semana⁴³, pessoas que são encaminhadas pelo CAPS e as pessoas que também vão diretamente pela comunidade, então a gente está lá no espaço [...]. (Terapeuta Comunitária e Massoterapeuta – RAESF/RASM).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso I: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Lei 8.080, Art. 7, Inciso II: Integralidade de assistência [...]. Lei 8.080, Art. 7, Inciso III: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.</p> <p>Potências Instituintes: Implantação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ampliando o acesso da população às ações e serviços de saúde mental.</p>

⁴¹ Referindo-se a Oca Comunitária.

⁴² Referindo-se ao Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS ad).

⁴³ Referindo-se ao atendimento prestado pela Oca de Saúde Comunitária da Secretaria executiva regional IV.

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>A Terapia Comunitária (TC) é um instrumento que se propõe a cuidar da saúde comunitária em espaços públicos, valorizando a prevenção, estimulando seus participantes a usarem a criatividade e construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos. (FORTALEZA, 2007, p. 161).</p> <p>Em relação à organização da RASM, concebida em forma de rede também por incorporar a participação de organizações e de serviços não governamentais da área de saúde mental, a parceria tem sido uma diretriz imprescindível. (FORTALEZA, 2007, p. 162).</p>	<p>[...] a terapia comunitária ta surgindo, o resgate da auto-estima, o trabalho voltado à comunidade, a inserção do indivíduo né, [...]. (Assistente Social – RASM).</p> <p>[...] a terapia comunitária, por exemplo, antes ela tinha aqui em Fortaleza no Projeto Quatro Varas que tinha pouco conhecimento né, poucas pessoas viam né, não era assim pro povão como hoje a gente tem nas regionais e no caso lá no São Cristóvão né, na periferia do Jangurussu, onde a gente atende as pessoas e as pessoas vão lá né, recebe a terapia, recebe auto-estima, recebe a massagem, recebe aplicação de argila tudo totalmente grátis sem pagar um centavo, então isso não tinha, então eu acho hoje que isso foi um grande avanço né e a gente tem testemunho de várias pessoas que dizem que realmente isso foi um grande avanço [...]. (Massoterapeuta - RAESF/RASM).</p> <p>[...] aproximação da rede que eu acho que antes não tinha como ta tendo agora, a questão de aproximar saúde mental, CRAS, atenção básica, ações da comunidade como Raiz da Cidadania, ponto de mediação tudo isso é importante fazer funcionar a rede, [...]. (Assistente Social – RASM).</p>	<p>Potências Instituintes: Desenvolvimento de práticas integrativas complementares como a massoterapia e a terapia comunitária, possibilitando o resgate da auto-estima, o cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde, com o enfoque na promoção da saúde.</p> <p>Processo de trabalho em saúde articulado com organizações governamentais e comunitárias, como forma de fortalecimento da política de saúde mental.</p>

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>O Apoio Matricial em Saúde Mental visa assegurar retaguarda especializada a equipes de referência da atenção básica, de forma dinâmica e interativa. Apresenta duas dimensões fundamentais: o suporte assistencial e técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e de critérios de acionamento, devendo agregar conhecimentos e aumentar a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde. (CAMPOS, 2006 <i>apud</i> FORTALEZA, 2008, p. 152).</p>	<p>[...] inicialmente a gente tinha um CAPS, mas não tinha uma saúde mental, hoje nós temos psiquiatras, nós temos equipes de matriciamento compostos de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais que dão assistência a um número X de equipes né dentro de cada âmbito das regionais [...]. (Médico – RAESF).</p>	<p>Potências Instituintes: Possibilita a criação de vínculo entre a equipe de saúde da família, que atua na clínica generalista, com os especialistas, no caso a equipe de saúde mental.</p> <p>Oportuniza a construção de relações horizontais entre os profissionais que atuam na atenção primária em saúde e os especialistas, conformando um novo desenho no processo de referência e contra-referência.</p> <p>Potencializa a resolução de problemas em saúde mental no âmbito da atenção primária em saúde.</p> <p>Fortalece o cuidado integral em saúde mental.</p>

Quadro 3 – O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>Implantação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, em convênio com o Ministério da Saúde. A residência teve início em 31 de março de 2006, tendo sido credenciadas 29 unidades de saúde pela Coordenação Estadual de Residência Médica – CEREME. [...] Estão concluindo o primeiro ano de residência 32 médicos, estagiando em unidades de saúde das seis regionais do Município de Fortaleza. [...] Este programa também selecionou e capacitou nos dois anos de funcionamento 118 preceptores nas áreas de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e medicina de família. Estes preceptores, em sua grande maioria, são funcionários do Município. (FORTALEZA, 2007, p. 320). No segundo ano de residência percebe-se a mudança nas práticas dos profissionais, com a qualificação das ações. (FORTALEZA, 2007, p. 386).</p>	<p>[...] melhorou o acolhimento depois que chegou a residência, então a partir do momento que chegou a residência a gente conseguiu fazer um trabalho melhor. Hoje eu já posso encaminhar, um profissional chegou pro acolhimento eu avalio aquele profissional e já falo com o colega dentista e já posso encaminhar que eles atende, já falo com o colega médico que a maioria das vezes é o residente, ele já resolve, o que ele não resolve tem o preceptor ou então o próprio suporte do médico concursado lá no meu posto, então o negócio consegue-se isso aí. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>[...] eu conheço exatamente como funciona a residência médica, ela é positiva sim, com certeza e não tenho nada contra, acho que deviam ter mais unidades que tivesse capacitação e que a residência fosse em bloco no local de trabalho e os preceptores fossem naquele local e não fosse os profissionais direcionados pra outros locais⁴⁴, [...]. (Médico – RAESF).</p>	<p>Aplicação: Constituição Federal, Art. 200, Inciso III: ordenar os recursos humanos na área da saúde. Lei 8.080, Art. 6, Inciso III: A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Lei 8.080, Art. 7, Inciso XII: Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.</p> <p>Potência Instituinte: O Desenvolvimento do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade potencializa a qualificação do processo de trabalho da equipe de saúde da família.</p>

⁴⁴ Refere-se ao deslocamento do médico residente, anteriormente lotado em determinado Centro de Saúde da Família por ser concursado do PSF, para outra unidade de saúde credenciada pela CEREME. Tal deslocamento fez com que algumas equipes de saúde da família ficassem descobertas do profissional médico.

APÊNDICE D -

Quadro 4 – O instituinte do SUS quanto à gestão do trabalho, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>Desenvolvimento de uma Política de Emprego [...] como forma de assegurar a efetivação de direitos trabalhistas e previdenciários. Para tanto, foram aprovadas as seguintes leis: Lei Complementar 0022, de 13 de julho de 2005, que cria no Quadro de Pessoal do Poder Executivo Municipal os cargos de Médico de Saúde da Família (460 cargos); de Odontólogo de Saúde da Família (460) e de Enfermeiro de Saúde da Família (460); Lei Complementar 0026, de 27 de dezembro de 2005, que cria a Unidade de Saúde da Família, além dos empregos públicos de Agente Sanitarista (1.500 cargos) e de Agente Comunitário de Saúde (2.700 cargos), Auxiliar de Dentista de Saúde da Família, Auxiliar de Enfermagem de Saúde da Família e Técnico de Higiene Dental de Saúde da Família. (FORTALEZA, 2006, p. 268).</p>	<p>Um ponto positivo realmente foi o concurso realizado em dois mil e seis por conta que realmente a comunidade adquiriu um vínculo né com os profissionais na unidade e assim, eu acredito que isso aí é um ponto positivo, é a questão da gente ta estável no posto, conhecer a demanda que a gente atende é um ponto positivo [...]. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>[...] concurso, que em todas as gestões a gente tinha aquele problema né de passar de uma empresa pra outra com um pequeno assim, um pequeno defeito que houve foi como eles aplicaram a seleção, que muitos colegas nosso ficaram de fora não por incapacidade, mas porque passaram na primeira prova e na segunda não sei qual foi o método que eles utilizaram que alguns deles ficaram de fora, isso também foi um avanço pra gente né como profissional de agente de saúde. (Agente Comunitária de Saúde 2 – RAESF).</p> <p>[...] o concurso e estabilidade pros agentes de endemias, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos é uma coisa positiva ta. (Médico – RAESF).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 27: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo [...].</p> <p>Potências Instituintes: A formação de um arcabouço legal, criando os cargos explicitados, configura um arranjo institucional que assegura a continuidade do PSF para além da gestão 2005-2008, incorporado pelas equipes de saúde bucal, além do agente sanitaria.</p> <p>Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários;</p> <p>Fortalecimento do vínculo das equipes com as famílias sob sua responsabilidade.</p>

APÊNDICE D -

Quadro 5 – O instituinte do SUS quanto ao acolhimento, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>O conceito de Acolhimento utilizado pela Política Municipal de Humanização é: “Receber bem, ouvir a demanda, desenvolvendo maneiras adequadas de receber os distintos modos como à população busca ajuda nos serviços de saúde [...]”. (Campos, 2003, p. 163). “[...] é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde [...] Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde [...] e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.” (BRASIL, 2004, p. 6). (FORTALEZA, 2008, p. 148-149).</p>	<p>[...] mas, o que eu pude observar né nessa gestão, é realmente essa questão de ta investindo como, por exemplo, nessa estória de aproximar o servidor, o trabalhador da pessoa que atendido né, então a estória do acolhimento. Eu que também sou pelo SUS eu pude perceber isso né aonde eu sou atendida que no Posto Terezinha Parente, então houve essa aproximação né. (Massoterapeuta – RAESF/RASM).</p> <p>Vai uma e faz um chá e a outra abre a geladeira, a outra vai e pega a vassoura porque como lá não tem serviços gerais e somos nós e nós mesmo, então a gente se torna uma família, dia de quarta-feira é em média trinta e cinco pessoas que passa o dia todinho lá e até hoje a gente não teve desse tantinho de conflito graças a Deus porque eu acho que o acolhimento faz parte pra essa coisa boa acontecer. (Terapeuta Comunitária e Massoterapeuta⁴⁵ – RAESF/RASM).</p> <p>A questão do acolhimento um ponto muito importante, quando a pessoa chega, vamos pegar o posto de saúde, muitas vezes ela vem carregada de muito sofrimento, assim que eu observo, se você dá um bom dia com um sorriso boa parte do problema dela já fica lá pra trás né [...]. (Assistente Social – RASM).</p>	<p>Aplicação: Lei 8.080, Art. 7, Inciso II: Integralidade de assistência [...]. Lei 8.080, Art. 7, Inciso XII: Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.</p> <p>Potências Instituintes: Propicia a humanização da atenção à saúde, por meio da escuta e do encaminhamento do usuário segundo necessidade apresentada.</p> <p>Potencializa a resolução dos problemas em saúde na perspectiva da integralidade.</p> <p>Possibilita a formação de vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário.</p>

⁴⁵

Referindo ao trabalho na Oca Comunitária onde trabalha.

Quadro 5 – O instituinte do SUS quanto ao acolhimento, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>[...] reforma e ampliação⁴⁶ das 88 unidades básicas de saúde, [...] atuando sobre a ambiência, garantindo melhores condições de trabalho e de acolhimento [...]. (FORTALEZA, 2006, p. 58).</p>	<p>[...] nós todos temos o cronograma de atendimento, fazemos o acolhimento também como todas as unidades [...]. (Enfermeira 2 – RAESF/RAUE).</p> <p>[...] que o acolhimento já funciona desde a entrada do usuário no posto até ele chegar ao profissional de saúde, passe pelo Same e o Same manda a pessoa pro acolhimento e lá tem o enfermeiro onde ele é colocado o que você ta sentindo naquela hora e então o enfermeiro avalia e se tiver necessidade ele encaminha logo esse paciente pro médico senão ele manda aquele paciente pra fazer um agendamento de consulta, [...] também outra coisa que eu notei, o curso do HumanizaSus que foi feito no Paulo Sarasate e que deu pra muita gente. (Auxiliar de Enfermagem 2 – RAESF).</p> <p>[...] porque o paciente, quando ele chega, ele se sente assim, que muitos deles às vezes dizem que, logo no início da reforma eles viram a mudança da unidade e disse: “ta tão bonito” ao invés daquelas propaganda de doença foi colocado aqueles quadros né na qual eles se sentiam mais a vontade, se sentiam como se tivesse no consultório particular [...]. (Agente Comunitária de Saúde 2 – RAESF)</p> <p>Eu também acho que foi muito legal tirar essas grades⁴⁷, porque eu acho que aproximou, humanizou né, [...]. (Massoterapeuta – RAESF/RASM).</p>	<p>Potências Instituintes: Organiza o fluxo de atendimento, conferindo maior qualidade e racionalidade ao processo de trabalho em saúde;</p> <p>Ambientação dos Centros de Saúde da Família de modo a proporcionar condições físicas para o atendimento humanizado e para o trabalho, além do bem estar dos usuários.</p>

⁴⁶ Referindo-se a Operação Fortaleza Bela na Saúde, realizada durante os anos de 2005 e 2006, que objetivou contribuir para o processo de reestruturação da atenção primária em saúde, com foco na humanização dos serviços, entre as ações previstas e desenvolvidas estava a retirada das grades existentes nas unidades de saúde públicas municipais.

⁴⁷ A discussão sobre a retirada das grades foi um tema bastante polêmico no grupo focal dos profissionais de nível médio, onde alguns se posicionaram a favor e outros contra. Apresento aqui como uma ação instituinte, contextualizada no grupo como uma medida que humaniza o atendimento, quando da relação estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde. Mas pode também ser identificada como uma medida de não proteção ao profissional, principalmente na emergência hospitalar, onde se teve o depoimento de uma auxiliar de enfermagem, da Rede Hospitalar que afirmou ter sido agredida duas vezes.

Quadro 5 – O instituinte do SUS quanto ao acolhimento, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>O Curso de Extensão Universitária - FORTALEZA HUMANIZA SUS, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, foi uma das ações voltadas para o fortalecimento da saúde do Município. [...] O curso foi estruturado nos diversos níveis de atenção e nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, visando discutir a Política Nacional Humanização – PNH - e a Política Municipal de Humanização – PMH - com grupos de trabalhadores, e implementar mudanças nos processos de trabalho. (FORTALEZA, 2007, p.302).</p>	<p>[...] eu trabalho com atendimento direto ao público, assim que o paciente chega ao meu local lá do trabalho a primeira pessoa que ele vai encontrar sou eu, que é Same, então o primeiro contato é comigo, ou seja, se eu for atendê-lo mal ele vai me tratar mal, mesmo que ele venha estressado, que ele venha doente, que ele venha de qualquer forma, mas se eu tratar ele bem, ele vai me tratar bem, se eu lhe der uma informação adequada seja qual for que ele pedir, ele vai me tratar bem. (Digitador RAESF/RAAE).</p> <p>[...] satisfação tanto no acolhimento que eles⁴⁸ saem realmente satisfeitos e, também, investir no profissional de como tratar aquele usuário, no momento às vezes ele sai com uma conversa, com um direcionamento voltado pra ele atenção, ele sai super satisfeito e também como foi feito muito trabalho, cursos de relação humana e HumanizaSUS, então a gente sentiu que depois desse HumanizaSUS as pessoas desde lá da recepção, do Same tratam melhor as pessoas, às vezes nem precisa chegar até o final pra consulta e ali mesmo resolve o caso. (Farmacêutica Bioquímica – RAAE).</p> <p>[...] é a humanização do sistema, que a gente conta com a parceira de outras unidades de saúde e de um grupo que foi formado [...] pra justamente trabalhar em cima dessa humanização, do Humaniza/SUS. (Digitador – RAESF/RAAE).</p> <p>lá no [...] tem acolhimento, nós temos uma enfermeira com duas auxiliares de enfermagem vinte e quatro horas certo, [...]. (Auxiliar de Enfermagem 1 – RAH).</p> <p>O que eu achei que lá no hospital melhorou com essa nova gestão, foi que foi criado lá o acolhimento com classificação de risco, antes não existia e agora já existe, a enfermeira faz a avaliação da criança e coloca as mais graves pra serem atendidas logo e todo mundo lá é atendido e assim, embora a demanda seja grande lá eles não, [...] mesmo que não seja a especialidade lá do hospital a criança vai e o médico olha e tudo. (Nutricionista – RAH).</p>	<p>Potências Instituintes: Possibilita a satisfação do usuário, na medida em que sua necessidade é acolhida, seja com medidas assistenciais ou tão somente tratando bem os usuários.</p> <p>Organiza o serviço de emergência dos hospitais e amplia resolutividade.</p>

⁴⁸

Referindo-se aos usuários do SUS.

APÊNDICE D –

Quadro 6 – O instituinte do SUS quanto à gestão participativa e o controle social⁴⁹, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
<p>[...] nortear-se pelo princípio da participação social e do controle social, segundo perspectiva considerada e tendo em vista o modelo de gestão e de atenção integral à saúde, requer o desenvolvimento de uma gestão do Sistema que seja também compartilhada e participativa. [...] Adota-se para a organização do Sistema de Saúde de Fortaleza a ideia força da co-gestão de coletivos ou Método da Roda (Campos, 2000). [...] Para tanto, são constituídas as Rodas de Gestão que perpassam pelos territórios “vivos”, as Redes assistenciais e as políticas estruturantes do Sistema, descentralizando e democratizando os processos de gestão e de tomada de decisão. (FORTALEZA, 2007, p. 48).</p>	<p>Lá na unidade a gente tem mensalmente a roda de gestão que é feita toda última quarta-feira do mês. Uma roda a gente parte pra questões administrativas da unidade, cuidando da organização, do que ta faltando, o que ta sendo preciso ser feito naquele momento [...]. (Digitador – RAESF/RAAE).</p> <p>Uma coisa que eu acho importante, a roda funcionar, agora desde que todos os profissionais participem, não é como relato de colegas minhas que diz “ah minha roda só são com enfermeira” isso não é roda não. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>[...] rodas de gestões, que a gente não tinha também, às vezes a gente trabalhava e só trabalhava, trabalhava e não tinha como fazer, jogar as suas reivindicações, como a gente deveria trabalhar dentro da unidade de saúde e não sei se tem nos hospitais, quanto a isso eu não sei, mas nas unidades de saúde foi criado (Auxiliar de Enfermagem 2 – RAESF).</p>	<p>Aplicação: Constituição Federal, Art. 198, Inciso III e Lei 8.080, Art. 7, Inciso VIII: Participação da comunidade; Lei 8.142, Art. 1, Parágrafo 2º: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...].</p> <p>Potências Instituintes: Possibilita a democratização do processo de tomada de decisão, o compartilhamento dos problemas vivenciados no cotidiano da gestão das unidades de saúde.</p>

⁴⁹ O grupo focal dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados problematizou o tema do controle social a partir da discussão sobre o papel dos conselheiros e o exercício do poder nas relações que estabelecem com os gestores em âmbito local e regional. Não houve a identificação de processos instituintes do SUS na relação da gestão com os conselhos de saúde, seja em âmbito local, regional ou municipal.

Quadro 6 – O instituinte do SUS quanto à gestão participativa e o controle social⁵⁰, segundo percepção dos profissionais de Saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do Profissional de Saúde	Legislação do SUS – Potências Instituintes
	<p>[...] uma coisa positiva que passou é que a direção do hospital quando mudou, as pessoas que estão lá na direção são pessoas altamente humanitárias, humanas né, o acesso é muito bom, todos os profissionais têm acesso a eles, então se antes tinha uma barreira hoje não tem mais, a gente tem esse diálogo constante [...]. (Farmacêutica – RAH).</p> <p>[...] eu como conselheiro, que eu participo de conselho já há bastante tempo, a gente não tinha as informações que hoje a gente tem, os acessos eram difícil e hoje não, hoje a gente tem acesso, hoje como presidente de conselho eu posso pedir a prestação de contas do CEMJA⁵¹ como eu já pedi de dois mil e sete e eles já mandaram, lá o distrito de saúde manda pra mim os gastos que eles recebe de suprimento de fundo, os relatório geral de gasto da regional, o geral gasto com plano de aplicação, todos os gastos das regionais são mandados pro conselho, o do ano passado a gente fez uma reunião na segunda-feira pra comissão de orçamento e finanças do conselho, vai uma pessoa do DRAF⁵² e a gente discute aquilo tudo e é feito um parecer e depois se leva pra plenária do conselho e se aprova ou não tudo isso e depois esse documento todo é tirado xérox e é mandado pro conselho municipal pra também passar em plenária e vê essas questões [...]. (Auxiliar de Enfermagem 2 – RAESF).</p>	<p>Potências Instituintes: Estabelecimento de relações democráticas entre a direção e os profissionais de Saúde, dependendo da postura do gestor.</p> <p>Potencializa a realização de uma gestão transparente, que fortalece o exercício do controle social.</p>

⁵⁰ O grupo focal dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados problematizou o tema do controle social a partir da discussão sobre o papel dos conselheiros e o exercício do poder nas relações que estabelecem com os gestores em âmbito local e regional. Não houve a identificação de processos instituintes do SUS na relação da gestão com os conselhos de saúde, seja em âmbito local, regional ou municipal.

⁵¹ CEMJA: Centro de Especialidades Médicas José de Alencar.

⁵² DRAF: Diretoria Regional Administrativo-financeira, existente em cada Secretaria executiva regional.

APÊNDICE E –

Quadro 7 – Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
<p>Cultura da medicalização e do uso de exames, fortalecendo a perspectiva centrada no procedimento;</p> <p>Auto-medicação pelo usuário, fortalecendo o modelo assistencial biomédico.</p>	<p>[...] hoje ainda tem uma velha cultura, medicalização, ele precisa do exame, precisa do remédio se ele for lá sem isso, mas é difícil mudar na cultura da noite pro dia, é difícil. (Médico – RAESF).</p> <p>[...] não é possível desconstruir uma coisa que já está mesmo enraizada, não dá pra desconstruir de uma hora para outra como eu estou te dizendo né, é muito sério isso na atenção básica essa coisa da medicalização, [...] no contexto de distribuição de medicamento controlado é mais o CAPS mesmo, o CAPS AD e Geral é o foco de distribuição de medicamentos, é todo dia um grande índice [...]. (Assistente Social – RASM).</p> <p>[...] a pessoa quer se automedicar, acha que a dosagem correta é o que eles acham, por exemplo, ontem eu peguei um paciente com a pressão vinte e dois por quatorze porque simplesmente o médico tinha passado seis captopril e tava tomando quatro, [...] tem que mudar aos poucos e se conscientizar. (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>Existe muito paciente “eu quero falar com o médico, eu quero tomar remédio”. (Digitador – RAAE/RAESF).</p>
<p>Equipes de Saúde da Família incompletas, dificultando o trabalho multidisciplinar e a materialização dos princípios da integralidade e resolutividade da assistência.</p>	<p>[...] são cinco equipes do Programa Saúde da Família, assumimos em dois mil e seis só que só tem três médicos na unidade no momento né, então assim, existe uma carência muito grande do profissional médico. A dificuldade é mais a questão da carência de médicos na unidade né [...]. (Enfermeira 2 – RAESF/RAUE).</p> <p>[...] muitas equipes com eu equipes como se diz né, enfermeiras sem os médicos, não é verdade? (Médico – RAESF).</p> <p>[...] atualmente nossa equipe ta um pouco desfalcada, nós estamos sem médicos atualmente [...], mas assim mesmo a gente ta fazendo essas visitas com enfermeiros [...]. (ACS - 1 RAESF).</p>

Quadro 7 – Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
<p>Suporte Técnico em Informática com funcionamento inadequado, dificultando o processo de trabalho em saúde, promovendo a desumanização do atendimento.</p>	<p>[...] e que quando você vai pro sistema o sistema trava, a impressora não funciona, a ampuletazinha não anda e tudo isso lhe estressa e estressa você, estressa o paciente aí termina você se estressando por uma coisa que não é médica, [...], você já fica irritado aí de repente uma consulta que você poderia dá oitenta por cento pro paciente você tem que dividir com o sistema, [...] é uma coisa que eu acho que isso aí são coisas que não é pra existir né, e se o sistema já é antigo já teve tempo pra mudar isso aí né, quer dizer, eu já venho de quantas gestões, então atualmente tudo que eu vou eu falo que o atual problema a nível de atendimento SUS é o problema da informática. (Médica – RAAE).</p> <p>Às vezes quando trava o sistema ainda diz assim: ligue e o rapaz quer que a gente fique em frente ao computador pra fazer a correção do sistema, não sei se já aconteceu isso e do seu próprio celular entendeu, então assim, é uma dificuldade grande, “não você tem que dizer aonde é que ta problema” então tem que ligar pra lá agendar pro rapaz vir na unidade, dá o tombamento do equipamento, quer dizer, é um processo que dificulta muito. (Enfermeira 2 – RAESF/RAUE).</p> <p>As impressoras vivem quebrando, são do século passado e não existe manutenção [...]. (Médico – RAESF).</p>
<p>Processo de Trabalho em Saúde focado no ativismo e na normatização burocrática, dificultando a criatividade e a autonomia do profissional.</p>	<p>[...] tem que haver um elo de conversa e sempre chego aqui pra⁵³ ... amanhã tem um curso, eu quero a produção, daqui vinte e quatro horas tem que ta tudo pronto [...] ou seja, não há um diálogo, dá um tempo pra que o profissional se planeje pra fazer as coisas [...]. (Médico – RAESF).</p>
<p>Organização político-administrativa descentralizada com funcionamento fragmentado, fortalecendo a fragmentação do Sistema.</p>	<p>[...] aqui somos seis Regionais e cada uma trabalha de maneira diferente e que eu acho que não era pra ser, além das Regionais ainda tem mais um agravante cada posto trabalha diferente que não era pra ser, [...] cada realidade é diferente ta entendendo, todos querem trabalhar no processo, no SUS né, fazer o que a Regional manda e tudo, mas a maneira do trabalho é totalmente diferente e eu acho que as reuniões é exatamente, eu acho que pra chegar um bom, é todo mundo caminhar junto, não é eu tentar caminhar e ela ali não ta caminhando e não tem a boa vontade, acho que todo mundo tem que falar a mesma língua. (Enfermeira 1 – RAESF).</p>

53

Referindo-se para uma das profissionais de Saúde participante do grupo focal.

Quadro 7 – Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
Fortalecimento das relações conflituosas entre profissionais de Saúde e usuário.	<p>[...] que teve um avanço nos postos de saúde terem tirado as grades, pra mim isso não foi avanço, por eu ser uma funcionária de emergência, eu já fui agredida duas vezes. (Auxiliar de Enfermagem 1 – RAH).</p> <p>[...] agora em relação às grades, a retirada das grades isso não ficou muito bom porque ficou mais fácil da gente ser agredido entendeu. (Auxiliar de Enfermagem 2 – RAESF).</p>
Dificuldades de infra-estrutura nos hospitais, dificultando a operacionalização do princípio da universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde e resolutividade da assistência.	<p>eu acho que não teve avanço pra os pacientes, pra os usuários que necessitam de internamentos certo, lá no ... mesmo a gente trabalha em emergência, ontem nós estávamos com oito pacientes aguardando central de leitos oito pacientes, isso daí não é avanço né, o IJF super lotado como hoje eu fui lá também que eu tou com um cunhado hospitalizado lá, lotado que quase eu não saio daquela emergência. (Auxiliar de Enfermagem 1 – RAH).</p> <p>A questão da falta do profissional, a questão da falta da estrutura mesmo, a gente sente necessidade de uma estrutura melhor. As farmácias aumentaram os itens né de atendimento assim, a gente tem ampliado a questão de material, de medicamento, mas falta um estrado, falta de uma prateleira, faltam condições de armazenamento [...]. (Farmacêutica – RAH).</p>
Desarticulação entre as Redes assistenciais, dificultando a integralidade da assistência e fragmentando o Sistema.	É porque vocês tão vendo mais por vocês trabalharem em PSF, o PSF. Eu tou falando na questão da emergência, na necessidade de internação do paciente né, aí vocês tão vendo mais o PSF e o PSF eu não posso falar porque também eu não trabalho, pra mim isso daí, mas eu escuto muita gente dizer “ah porque o PSF ta maravilhoso, o PSF ta funcionando” mas, eu acho que o SUS ele tem que funcionar no todo e não é só em alguns locais, ele tem que funcionar no todo né [...]. (Auxiliar de Enfermagem 1 - RAH).

Quadro 7 – Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
<p>Desarticulação entre as Redes assistenciais, dificultando a integralidade da assistência e fragmentando o Sistema.</p>	<p>[...] é que era pra existir os leitos nos hospitais clínicos que precisam de maiores cuidados emergentes né, aqueles cuidados especiais, ta em crise, ta intoxicado ele precisa ficar desintoxicando por um ou três dias, quinze dias dependendo da necessidade, só que a gente encaminha o nosso paciente e quando chega no hospital o médico não quer atender, o que ele vai fazer? Não atendemos porque ele vai ter que ir pro hospital psiquiátrico [...]. (Assistente Social – RASM).</p> <p>Aí ele chega⁵⁴ no CAPS ele ta em crise, ele precisa ir pro hospital, chama o SAMU e o SAMU chega, mas não leva porque não tem família e precisa de um acompanhante e aí, aí a gente vai como profissional e quando chega lá o hospital não quer aceitar porque também tem que ter o acompanhante e não pode ficar [...]. (Assistente Social – RASM).</p> <p>[...] tem exame que demora quatro meses pra gente receber e que a gente ta precisando pra ontem, é um absurdo! Cultura é um, cultura de escarro demora... que meu Deus do céu, e a gente precisava logo pra saber que tratamento que vai dá pro paciente [...] Outro problema, os exames básicos, [...] é exame na gestação, mulheres chegam com seis, sete meses gravidez e vai iniciar o pré-natal, a gente vai conseguir ver os exames com muita luta, muita briga [...]. (Enfermeira 1- RAESF).</p> <p>Mas, olha esse problema é geral, todos os postos reclamam realmente do resultado dos exames ser tão demorado, mas ao mesmo tempo nós farmacêuticos [...] não sabemos o que acontece⁵⁵, [...] (Farmacêutica Bioquímica – RAAE).</p> <p>[...] não há justificativas pelos profissionais, encaminhado pra reumato e pronto, não diz por que e pra que, então o que acontece o sistema de regulação cancela, glosa por quê? O profissional nem justifica o porquê, [...] nunca bota uma contra-referência, eu nem mais imprimo contra-referência porque nunca bota raríssimas exceções de que alguém volta [...]. (Médico – RAESF).</p>

⁵⁴

Referindo-se ao morador de rua.

⁵⁵

Entre as explicações para demora na informação do resultado dos exames foram levantados: falta de reagente; dificuldades no sistema de informação.

Quadro 7 – Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
<p>Roda de Gestão não possibilitando a gestão compartilhada e participativa.</p>	<p>[...] o que é que a gente pode numa roda dizer? [...] agora todo mundo participar desde o nível médio até o nível superior, como tem postos onde o nível superior fala, não existe isso cadê o nível médio? O termômetro são os agentes de saúde pra melhoria, eles que tão lá junto com a comunidade. Como é que um agente de saúde não tem vez numa roda [...]? (Enfermeira 1 – RAESF).</p> <p>[...] temos uma roda de gestão não mensal, mas semanal que eu não acho que seja necessário e essa roda de gestão só participa o pessoal do PSF e não sei também porque o restante das pessoas não participam [...]. (Agente Comunitário de Saúde 1 – RAESF).</p> <p>[...] a roda de gestão das unidades não funciona, é roda de fofoca pura e simplesmente. [...]. (Médico – RAESF).</p> <p>[...] mas, isso aí depende da coordenação, porque eu acho porque coordenação cortou “olha, aqui não é fofoca não, se você vem só pra dizer coisa negativa, então não fale, você pra poder falar você dê uma sugestão” a partir do momento em que você coloca dessa maneira pros profissionais esse negócio de <i>Big Brother</i>, qualquer coisa de fofoca, acaba. (Enfermeira 2 – RAESF)⁵⁶.</p>
<p>Comprometimento da Política de Humanização.</p>	<p>[...] o avanço aconteceu, muitas coisas boas, assim aumentar cota⁵⁷ foi bom, a questão da humanização no hospital melhorou bastante, foi bom a sensibilização dos profissionais e tudo, mas tem que melhorar, tem que melhorar porque não adianta também humanizar, mas falta material né, tem que vê onde é que ta o problema, em que fase ta quebrando isso aí. (Farmacêutica – RAH).</p> <p>[...] acolhimento o que eu percebo e o que eu noto conversando com outros profissionais que o acolhimento ta muito variado de acordo com a unidade, tem unidades que ta conseguindo fazer e outras não [...]. (Enfermeira 1 – RAESF).</p>

⁵⁶

Colocação feita após o discurso do profissional médico.

⁵⁷

A mesma profissional afirma que houve o aumento da cota, porém isso não se materializa no repasse financeiro propriamente dito.

Quadro 7– Captura do Instituído, por meio dos discursos e do contexto de discussão dos profissionais de Saúde em grupos focais. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de sentido: Potência Instituída	Discurso dos profissionais de Saúde
<p>Variáveis políticas, técnicas e administrativas construídas no espaço da macropolítica, intervindo no espaço da micropolítica da gestão do cotidiano em saúde.</p>	<p>[...] o Centro de Saúde da Floresta na época foi tentado se colocar a unidade de atenção básica dentro de uma igreja que foi restaurada à custa da prefeitura, mas uma coisa é você fazer isso do ponto de vista ideológico e outra coisa é você deparar com o Ministério Público entendeu, deparar com embargos de projetos né e é o que o PT começou aprender, que uma coisa é você ter uma ideia e outra coisa é você concretizar essa ideia tendo embargos do Ministério Público e problemas legais institucionais entendeu. [...] Muitos projetos que estão no orçamento participativo da Prefeitura estão barrados por esse exato motivo, porque há projetos que são aprovados pelos conselheiros entendeu, há o aval da comunidade, mas na hora da implementação sempre chega ou o Ministério do Trabalho ou o Ministério Público [...] o Tribunal de Contas ou o nível municipal, estadual dizendo não se pode porque precisa de um empenho, precisa entendeu, de todos os tramites legais porque é o que chama coloquialmente não de burocracia, mas sim burrocacia, isso impede muitas das vezes o avanço de muitos projetos que a prefeitura tem tentado viabilizar e concretizar, é o que chama planejar e materializar. (Médico - RAESF).</p> <p>Elas⁵⁸ deveriam ter um perfil técnico, profissionais concursados e não pessoas indicados por vereadores, por políticos o que é atualmente [...] agora outras meu Deus do céu a gente não consegue nem botar a mão no fogo, elas trabalham contra, às vezes você quer fazer um grupo, mas a coordenação não permite, existem alguns locais, exceções que dão certo e outros que é um verdadeiro desastre, [...]. (Médico - RAESF).</p>

58

Referindo-se as coordenações das unidades de saúde, em especial dos Centros de Saúde da Família.

APÊNDICE F –

Quadro 8 – Percepções dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de Sentido	Percepção do Profissional de Saúde
<p>Inquietude; Angústia; Inconformismo; Desejo de aprender; Pró-atividade;</p>	<p>Eu sou uma inquieta e angustiada porque eu não sou conformada com as coisas e eu estou sempre me perguntando por que não melhorar isso, não melhorar aquilo, eu estou sempre buscando as pessoas pra gente discutir, criando ideias novas, como agora eu estou com a proposta de capacitar multiplicadores nas escolas pra trabalhar dependência química com a juventude e que existe essa preocupação, então vamos lá e a gente formando grupos de estudos no Caps pra gente levar pras escolas pra capacitar [...] um desejo de aprender também e de inconformismo diante de uma rede que não funciona, quero articular a rede ta funcionando, mas ainda não muito boa, então quando não estou satisfeita com alguma coisa brigo com o Conselho Tutelar, eu estou sempre lá, socorro! O Conselho não ta junto, vou lá, e não funciona, não funciona, [...] vamos lá e é uma parceria muito boa que a gente faz, CAPS e CRAS é uma parceria que tem funcionado bem, [...] então eu estou em construção, é um caminho que eu estou trilhando e é essa a contribuição que eu tenho dado junto ao CAPS. (Assistente Social – RASM).</p>
<p>Trabalho para o povo Escuta para resolução de problema.</p>	<p>[...] eu estou ali fazendo um trabalho para o povo para melhorar a saúde de cada um e sempre procurando ouvir pra tentar resolver, procurar resolver da melhor maneira os problemas que aparecem. (Farmacêutica Bioquímica – RAAE).</p>
<p>Faz o seu trabalho e o serviço que era para ser feito na atenção básica.</p>	<p>[...] lá no hospital faço minha parte, mas assim, sinto falta do nutricionista na atenção básica porque a gente acaba fazendo lá o serviço que era pra ser feito lá na atenção básica, de orientar a mãe quanto a alimentação da criança e já é uma coisa que quando a criança já chega lá já não tem mais muita coisa o que fazer né. (Nutricionista – RAH).</p>
<p>Trabalho; Compromisso; Sonho; Resultado do que foi feito; Angústia; Questionamento; Qualidade de vida para a clientela para uma saúde melhor.</p>	<p>[...] quem trabalha, faz sua função, o seu trabalho e tem compromisso, sonha muito em dias melhores, onde tudo vai melhorar a maneira de você trabalhar você vai ver os resultados daquilo tudo que você fez né, como o agricultor planta e quer vê os frutos daquilo que plantou, eu acho que cada um de nós tem esse compromisso em relação a isso, e que quando você não consegue você tem um pouco de angústia, vem cá, o que é que eu falhei aí? O que eu posso melhorar? Então, fica sempre aquele questionamento, acho que cada um na nossa profissão pensa isso, será que eu não poderia ter dado mais pra melhorar? Então fica aquele, sempre a gente buscando né uma qualidade de vida não tanto pra nós como pra a nossa clientela, [...] e que eles estejam com a saúde melhor, onde fica muito difícil, onde não é só a saúde que ta pra melhorar o padrão de vida deles. (Enfermeira 1 – RAESF).</p>

Quadro 8 – Percepções dos profissionais de Saúde graduados ou pós-graduados sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de Sentido	Percepção do Profissional de Saúde
Limitações.	Bem, há limitações né, por mais que a gente se doe ao serviço e tudo a gente que o que tem que fazer é muito, pela própria estrutura, mas assim o que pode estar a meu alcance e tudo eu procuro fazer da melhor maneira possível, mas que existe ainda muita dificuldade. (Enfermeira 2 – RAESF/RAUE).
Gosta da gestão, do seu local de trabalho; Mudanças processuais; Trabalho em equipe; Felicidade.	[...] eu já passei por várias gestões e que eu particularmente tou gostando muito dessa gestão para o meu trabalho onde eu estou [...] muito organizado e se não faz mais é porque, essas mudanças que estão acontecendo elas vão ser a longo e não tem como ser a curto prazo, ainda tem deficiências? Tem [...] o trabalho de equipe tem tudo pra melhorar, a chefia lá faz reuniões e ta realmente uma coisa bem harmônica [...] eu adoro trabalhar no ... , foi a melhor coisa da minha vida, é um local bom, profissionais bons em todas as áreas ta entendendo, a gente trabalha com felicidade. (Médica – RAAE).
Sede de fazer mais; Equipe pequena acaba tendo que fazer outras tarefas.	Bom, o que eu vejo assim muita sede de fazer mais sabe, a nossa equipe é pequena [...] e a gente tem muita vontade de que fosse feito um concurso pra mais farmacêuticos pra melhora mesmo, porque hoje o que nós estamos fazendo, muitas vezes eu chego num plantão aí falta isso, falta aquilo e eu não presto a assistência farmacêutica que eu teria que prestar, porque eu só no plantão e eu tenho que ficar indo atrás do setor de compras, da direção pra comprar alguma coisa de urgência, de emergência, a gente fica muito numa logística que não era pra ser só ela né [...]. (Farmacêutica – RAH).
Efeito transformador.	Então, eu sou um efeito transformador eu quero cutucar pra mudar, eu não tenho efeito decisório, apesar de conhecer tudo da gestão eu não sou a gestão [...]. (Médico – RAESF).

APÊNDICE F –

Quadro 9 – Percepções dos profissionais de Saúde de nível médio sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de Sentido	Percepção do Profissional de Saúde
<p>Enfrentamento da realidade expressa pelas condições de trabalho; Diálogo com a comunidade; Criatividade.</p>	<p>[...] a gente tem assim uma ilusão de quando a gente vai desenvolver algum trabalho na unidade de saúde, de encontrar tudo certinho né, a sala, a maca, o material de trabalho e nem sempre tem acontecido dessa forma né, e a gente tem usado assim muita criatividade, tem se reunido com a comunidade e tem colocado também as dificuldades e o que me chama atenção é que a comunidade sempre se dispõe né “ah! não tem óleo, mas quando eu vier eu trago meu óleo, ah não tem uma toalha, não tem a colcha da mesa, a toalha, mas eu trago o meu lençol, eu trago minha toalha” então a gente vem né, assim mesclando e junto o trabalho também a gente vem colocando as dificuldades né, muitas vezes eles entendem, muitas vezes eles criticam e aí é dinâmico. (Massoterapeuta – RAESF/RASM).</p>
<p>Considera seu trabalho importante por estar salvando vidas.</p>	<p>[...] mas eu particularmente eu acho meu trabalho importante, porque é um trabalho que indiretamente tá salvando vidas, que a partir do momento que a gente elimina um foco, então são várias vidas que podem a gente tá evitando as pessoas adoecerem, então eu acho embora que eu sinto que a população não sente muito isso [...]. (Agente Sanitarista).</p>
<p>Age sobre a realidade local, melhorando a organização do Sistema no âmbito local; Sente-se em condições para capacitar outros profissionais.</p>	<p>Assim que a gente chegou lá só funcionava um SAME, e lá são cinco equipes de PSF, cada uma respondendo por uma área, e o que a gente fez, a primeira atitude a ser tomada foi capacitar todos os recepcionistas pra olhar tanto o prontuário quanto a consulta especializada pra tentar descentralizar o atendimento, ou seja, cada recepcionista cuidando da sua equipe, onde antes era feito o atendimento de cinco equipes em um SAME só [...]. (Digitador – RAAE).</p>
<p>Atua na perspectiva de redução da fila de espera na sua área técnica;</p>	<p>No Brasil todo você esperar pra fazer um exame vários meses isso é uma coisa muito, eu não considero isso né, muito sofrimento, então nós temos ali já os marcados, às vezes chegam pessoas desesperadas mesmo pra fazer exames e nós atendemos, assim como todos que tem ali né a necessidade, [...] e nós temos com tudo isso amenizado aquelas pessoas que estão na fila de espera, mas chegam lá e, estamos fazendo isso aí pra atender. (Técnico de Radiologia – RAAE).</p>

Quadro 9 – Percepções dos profissionais de Saúde de nível médio sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de Sentido	Percepção do Profissional de Saúde
Procura fazer com que as famílias acompanhadas sejam atendidas.	[...] acompanhamento de famílias no tocante ao atendimento de crianças até dois anos, idosos, hipertensos, diabéticos, hanseniosos e pessoas com TB, fazemos esse acompanhamento mais minuciosamente com essas pessoas que são acometidas com dessas doenças, mas no geral nós acompanhamos as famílias de um modo geral né, prestando na medida do possível uma assessoria dentro da saúde, dentro do conhecimento que nós temos né, dentro da nossa limitação e procuramos fazer com que essas famílias sejam atendidas, (Agente Comunitário de Saúde 1 – RAESF).
Sente-se honrada em ser agente de saúde; Valoriza o fato de conhecer a realidade pela condição de ser moradora na área onde atua.	Então, pra mim é uma grande honra ser uma agente de saúde, porque o trabalho é muito bonito, a comunidade aceita assim muito bem e o agente de saúde é aquele que realmente mora na área e ele conhece as dificuldades de casa paciente da área. (Agente Comunitário de Saúde 2 – RAESF).
Contribui com o SUS, mesmo sem vínculo institucional, na medida em que ao atuar faz com que a pessoa deixe de ir à unidade de saúde.	Então assim né, eu sou ... do movimento de mulheres, há oito anos né que a gente tem uma contribuição diretamente com o SUS, mesmo não sendo dentro da Prefeitura, mas desde que a gente começou a trabalhar com a fitoterapia, com a massoterapia a gente já contribuiu um pouco, porque quando a gente oferecia um chá pra uma pessoa, oferecia um lambedor e fazia um toque e a pessoa amenizasse seu sofrimento, essa pessoa deixava de ir na unidade de saúde, então a gente tava contribuindo com o SUS. (Terapeuta Comunitária e Massoterapeuta – RAESF/RASM).
Vivencia por um lado relações tensas, considerando seu trabalho na emergência. Por outro, escuta e acolhe às mães com filhos doentes, compreendendo os problemas que apresentam.	[...] por eu ser uma funcionária de emergência, eu já fui agredida duas vezes e eu até falei pro doutor ... , eu disse: doutor da próxima vez eu vou embora, porque eu não vou ficar aqui, [...], então se a gente for bater de frente com eles a gente vai ta arriscando a nossa vida. (Auxiliar de enfermagem 1 – RAH). Eu trabalho em emergência adulta e pediátrica né, então quando o paciente chega, é muito diferente você atender um paciente que chega necessitando de uma massoterapia pra um paciente que chega de emergência num hospital, é totalmente diferente, eu sei que muitos deles eles chegam querendo, como eu mesma chego e às vezes as mãezinhas já tão morta de estressadas e eu chego e converso mãezinha não é assim, se acalme né, converso com elas e às vezes elas começam a chorar porque tem problema com o marido aí o filho já ta doente né, isso daí a gente tenta pegar. [...]. (Auxiliar de enfermagem 1 – RAH).

Quadro 9 – Percepções dos profissionais de Saúde de nível médio sobre a sua atuação nos processos instituintes do SUS. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Núcleo de Sentido	Percepção do Profissional de Saúde
Mobiliza-se para buscar pessoas que não podem se dirigir a unidade; Manifesta satisfação em relação ao trabalho.	Assim, muito importante né, porque nós a equipe do PSF vamos até, por exemplo, a pessoa que não pode andar né, os acamados cheio de dentes estragados, com dores né [...] mas eu gostei e adoro trabalhar com o PSF. Já recebi várias propostas para trabalhar no consultório particular, mas não quero. (Atendente de Consultório Dental – RAESF).
Procura ajudar as pessoas a buscar e não trazer tudo na mão; Não percebe, as pessoas (usuários) como mendigos, considera-as como cidadão.	[...] às vezes as coisas do Brasil não funciona melhor porque não há participação popular, as pessoas são acomodadas, o povo brasileiro espera e quer as coisas tudo na mão e não é pra ser dessa forma, a gente tem que ensinar eles buscar e não trazer tudo pra eles na mão deles não, eles tem que aprender isso. A gente não tem que olhar sempre com olhar pra eles de mendigo não, a gente tem que olhar de um cidadão brasileiro, cidadão que merece respeito, merece dignidade, ter moradia com dignidade, ter uma educação de qualidade, ter uma alimentação de boa qualidade, um salário bom também entendeu, tudo isso faz parte da saúde e não é só saúde ausência de doença não, [...] Sem participação popular a coisa não funciona, tem que todos participarem certo. (Auxiliar de Enfermagem 2 – RAESF).

ANEXO A - Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 665/08 Fortaleza, 07 de novembro de 2008
Protocolo COMEPE nº 215/ 08
Pesquisador responsável: Neusa Goya
Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC
Título do Projeto: “Diversidade de olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 06 de novembro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC