III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Avaliação do sistema único de saúde em Natal a partir das crenças de seus gestores.

Melo, Cynthia.

Cita:

Melo, Cynthia (2011). *Avaliação do sistema único de saúde em Natal a partir das crenças de seus gestores. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-052/630

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/8xD

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM NATAL A PARTIR DAS CRENÇAS DE SEUS GESTORES

Melo, Cynthia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil

RESUMEN
O Sistema Único de Saúde (SUS) traduz-se no conjunto de ações de saúde que devem ser constantemente avaliados. A presente pesquisa objetivou avaliar-lo a partir das crenças de seus gestores, usando uma amostra senso de 9 gestores, que responderam um roteiro de entrevista semi-estruturado, analisados com auxilio do ALCESTE. Os resultados mostraram que os gestores percebem a amplitude do SUS, inspirado em modelos internacionais que buscam a universalização da saúde, reconhecendo, entretanto, que na prática existem barreiras, na atenção básica e no sistema de referência, dificultando o acesso. Problemas esses que se devem à má administração dos recursos, despreparo dos gestores, indicados por alianças políticas, ausência da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde. Concluindo-se que há necessidade de modificar a cultura vigente de que a classe média deve usar planos de saúde, enquanto os serviços públicos são para pobres.

Palabras clave
Avaliação Crenças SUS Gestores

ABSTRACT
EVALUTION OF UNIQUE HEALTH SYSTEM IN NATAL FROM THE BELIEFS OF ITS MANAGERS
The Unique Health System (SUS) represents the set of health actions that must be constantly evaluated. This research objectived to evaluate the SUS from the beliefs of its managers, using a sample sense of 9 managers, who answered a semi-structured interview itinerary, analyzed with the aid of ALCESTE. The results showed that the managers realize the wideness of the SUS, inspired by international models that seek universal health care, recognizing, however, that in practice there are barriers in primary care and referral system, making access difficult. Problems that are due to mismanagement of resources, lack of preparation of managers, appointed by political alliances, lack of the community in the Municipal Health Councils. In conclusion, there is the need to modify the prevailing culture that the middle class should use health plans, while public services are to poor.

Key words
Assessment Beliefs SUS Managers

INTRODUÇÃO
O presente estudo objetivou avaliar o Sistema Único de Saúde (SUS) em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, a partir das crenças dos gestores (diretores e administradores) dos Distritos Sanitários (DS), responsáveis por coordenarem as ações de saúde no município. Com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o funcionamento efetivo do trabalho de atenção à saúde da comunidade, e identificando os entraves do sistema, que antecedem aos problemas normalmente verificados nas pesquisas desenvolvidas através dos profissionais e usuários. Desta forma, fornecendo *feedback* às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como ao Ministério da Saúde, sobre os aspectos positivos e negativos, do SUS.
Legitimado na constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) traduz-se no "conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público" (Brasil, 2000, p. 5). Podendo contar ainda com as instituições privadas, que podem participar complementando os serviços de saúde insuficientes ou inexistentes (Albuquerque & Melo, 2010; Melo, 2007).
Constitui-se por ações e serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, num sistema único e organizado por diretrizes que se dividem em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular) (Brasil, 2000; Martins, 2008; Melo, 2007).
Um amplo sistema que distribuí suas ações em três níveis de atenção: 1) Atenção Básica, porta de entrada do SUS, referente à atenção prestada por profissionais generalistas nas Unidades Básicas de Saúde e, principalmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF); 2) Atenção Secundária, que envolve ambulatórios e tecnologia de média complexidade na realização de exames e consultas com especialistas nos centros de referência; e 3) Atenção Terciária, que se refere aos procedimentos correspondentes a hospitais e tecnologias de alta complexidade (Melo, 2007;). E que, devido sua amplitude, é distribuído nos municípios por divisão territorial de Distritos Sanitários (DS). No caso, a cidade de Natal possui cinco: DS.Sul, DS.Oeste, DS.Leste, DS.Norte I e DS. Norte II, que administra e coordena as ações prescritas pela Secretaria Municipal de Saúde, funcionando como elo entre essa e as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, centro e clínicas especializadas da atenção secundária e hospitais da atenção terci-

ária (Brasil, 2006).

E é devido essa grande amplitude de ações que ele necessita ser constantemente avaliado. Não apenas a partir das queixas de seus usuários e profissionais, como fazem a maioria das pesquisas de avaliação do SUS, mas buscando também contemplar os gestores dos Distritos Sanitários, pois são eles que reconhecem a realidade do SUS no seu aspecto burocrático e financeiro, no que diz respeito às questões ligadas mais diretamente aos seus formuladores (Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde). São eles que reconhecem as limitações do sistema antes mesmo de aparecerem as limitações dos profissionais e as queixas dos usuários. Através deles é possível visualizar o que está por trás da ponta do *iceberg.*

Desta forma, utilizando-se a teoria das crenças da Psicologia Social compreende-se que os gestores possuem crenças sobre o SUS, assertivas que são adquiridas no contato direto com objeto de crença, no seu cotidiano de trabalho, de gestão e operacionalização do sistema. Crenças essas que repercutem sobre o estado afetivo e padrão comportamental do sujeito frente ao sistema (Cordioli, 2008; Rokeach; 1981). E que, embora se tratem de variáveis intervenientes, podem ser inferidas e integrar hipóteses empíricas, pois são acessíveis à mensuração ainda que de forma indireta (Krüger, 2004).

MÉTODO

Objetivos

O presente estudo objetivou avaliar o Sistema Único de Saúde (SUS) em Natal, Rio Grande do Norte, a partir das crenças dos gestores (diretores e administradores) dos Distritos Sanitários (DS), com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o funcionamento efetivo do trabalho de atenção à saúde da comunidade.

Tipo de pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, considerando os aspectos qualitativos do discurso dos participantes.

Participantes

Foi utilizada uma amostragem em senso composta por nove participantes: cinco diretores e administradores dos cinco Distritos Sanitários da cidade.

Instrumentos

Como instrumentos para coletar os dados dessa pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, adaptado de Martins (2008), abordando as seguintes categorias: 1) compreensão sobre o sistema de saúde na capital; 2) avaliação do sistema de saúde da capital; 3) operacionalização dos distritos sanitários; 4) compreensão e avaliação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; 5) sistema de referência e contra-referência.

Procedimentos Éticos E de Coleta de Dados

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CEP/HUOL - RN, sob o protocolo de n° 0298, em 09/07/2008. Foram, então, realizadas visitas aos Distritos Sanitários de Saúde, onde realizou-se as entrevistas.

Análise de dados

Para a análise de dados aferidos realizou-se uma análise lexical mecanizada das entrevistas, com auxilio do *software* Alceste 4.5 (Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte), que permite realizar análise de conteúdo por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais e se propõe a identificar a informação essencial presente em um texto.

RESULTADOS

Este tópico aborda as análises realizadas com o intuito de identificar as crenças dos representantes municipais da saúde sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sobre o seu funcionamento gestor e fiscalizador, além de verificar as inter-relações existentes entre os contextos temáticos derivados do *corpus* dos representantes municipais da saúde. O *corpus* geral foi constituído por 09 entrevistas, ou seja, unidades de contexto inicial (UCI), totalizando 25.269 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos. Para a análise que se seguiu foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média de 03 e com *chi-quadrado* (x^2) superior a 3,84 (x^2>3,84). E após a classificação hierárquica descendente (CDH) reteve-se 638 Unidades de Contéudo Elementar (UCE) que seguiram sendo analisadas, correspondendo a 71% do *corpus*. Estas foram distribuídas em três classes, formadas com, no mínimo, 10 UCE's (Classe 1, com 64,73% das UCE's; classe 2, com 23,04%; e classe 3, com 12,23%).

Destaca-se que o *corpus* sofreu uma partição, gerando duas ramificações (A e B) que congregam essas três classes do *corpus* total, acompanhadas dos valores do grau de similitude/proximidade, sob a forma de distância euclidiana, entra as classes. O subcorpus A, composto pela Classe 1, foi denominado "**Organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde**" (com distância euclidiana 9,8; e grau de similicitude *r*= 0,02); e o subcorpus B, contendo os discursos correspondentes às Classes 2 e 3, foi denominado "**Organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família**" (com distância euclidiana 7,8; e grau de similicitude *r*= 0,22)

Desta forma, verificou-se, a partir da distribuição da Classificação Descendente Hierárquica (CDH), que três classes emergiram do *corpus* referente às entrevistas com os gestores: *1) Sistema de Referência/Contra-Referência, 2) Gestão do SUS;* e *3) Política de Saúde.* A seguir serão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes.

Classe I - Organização e funcionamento do Sistema

Único de Saúde

A Classe I foi constituída por 130 UCE, representando 64,73% do *corpus* total analisado. Ela é composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 27$ (Sistema Único de Saúde) e $x^2 = 8$ (marc+, méd+, vida+, plano de saúde, volt+, aspecto+). De acordo com as variáveis descritivas, predominaram UCE's derivadas do discurso dos diretores (304 UCE; $x^2 = 8$); dos entrevistados que conhecem o Conselho Municipal de Saúde - CMS (340 UCE; $x^2 = 26$); que atribuíram a menor nota aos instrumentos e equipamentos da ESF (220 UCE; $x^2 = 21$).

Essa primeira classe divide-se em 6 subclasses: **1.1. Os três níveis de atenção à saúde no SUS** [1.1.1 Atribuição da responsabilidade operacional dos três níveis de atenção: atenção básica, atenção secundária, atenção terciária; 1.1.2 Atribuição da responsabilidade gestora dos três níveis de atenção: município, estado]; **1.2 Aplicação de recursos financeiros do SUS** [1.2.1 Forma de aplicação dos recursos financeiros; 1.2.2 Desvio de recursos financeiros]; **1.3 Avaliação do SUS e da ESF** [1.3.1. Avaliação do SUS: aspectos positivos do SUS, aspectos negativos do SUS; 1.3.2 Avaliação da ESF: aspectos positivos da ESF, aspectos negativos da ESF]; **1.4 O SUS e a população** [1.4.1 Vínculo do SUS com a comunidade; 1.4.2 Público alvo: SUS para todos, SUS para os pobres; 1.4.3 Os menos esclarecidos; 1.4.4 Os formadores de opinião]; **1.5 Acessibilidade aos serviços** [1.5.1 Atendimento no nível básico: possibilidades no atendimento, entraves no atendimento; 1.5.2 Atendimento no nível secundário e terciário: possibilidades no atendimento e entraves no atendimento]; e **1.6 Sistema de referência** [1.6.1 Compreensão dos gestores sobre o objetivo do sistema de referência; 1.6.2 Possibilidades da referência; 1.6.3 Entraves da referência; 1.6.4 Soluções para a referência; 1.6.5 Necessidade da contra-referência].

Podendo-se verificar que nessas subclasses estão contemplados os discursos dos gestores que enfatizam a organização geral do Sistema Único de Saúde, apresnetando as seguintes crenças:

1. O SUS está distribuído em três níveis de atenção, sendo o município responsável pela atenção básica e o Estado pela atenção secundária e terciária.

2. Os recursos financeiros destinados à saúde não são aplicados de forma correta. Enfatiza-se a necessidade de priorizar o investimento na atenção básica, e não nos hospitais. Destacando-se ainda as suspeitas de desvio de verba.

3. O SUS e a ESF são modelos internacionais de atenção à saúde e contribuem para proporcionar atenção à saúde à população. Possuem, entretanto, entraves que dificultam sua operacionalização.

4. A população possui um vínculo direto com o SUS. Destacando-se, entretanto, que a falta de esclarecimento dos menos desfavorecidos dificultam a luta por seus direitos. Contemplando ainda que a integração da classe média ao sistema, ao invés do uso de planos de saúde, pode contribuir para a melhora dos serviços.

5. O SUS e a ESF oferecem possibilidades de acesso à população, apesar de possuir entraves que dificultam sua acessibilidade.

6. O sistema de referência serve para a triagem e o encaminhamento dos usuários da atenção básica para os níveis de maior complexidade. Sendo dificultado, entretanto, pela limitação da quantidade de médicos especialistas e vagas de exames que retardam o referenciamento.

Classe II - Gestão e fiscalização da Estratégia Saúde da Família,

Essa classe foi constituída por 67 UCE, representando 23,04% do *corpus* total analisado. Composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 201$ (Conselho Municipal de Saúde) e $x^2 = 16$ (integração, funç+). Predominando UCE's derivadas do gestor que apresentou maior nota para o sistema de referência (14 UCE; $x^2 = 18$).

Ela divide-se em 4 subclasses: **2.1 Conselho Municipal de Saúde (CMS)** [2.1.1 Composição do CMS; 2.1.2 Participação no CMS; 2.1.3 Funcionamento do CMS; 2.1.4 Função do CMS; 2.1.5 Pontos positivos; 2.1.6 Pontos negativos]; **2.2 Gestão em ESF** [2.2.1 Compreensão sobre gestão; 2.2.2 Necessidades na gestão]; **2.3 Integração com a Secretaria Municipal de Saúde; 2.4 Forma de ocupação do cargo de gestor.**

Deste modo, observa-se que esta classe diz respeito à gestão e a fiscalização da Estratégia Saúde da Família, verificando-se a organização geral do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contemplando sua composição, a participação dos gestores entrevistados neste, seu funcionamento, função, bem como seus pontos positivos e negativos. Destacou-se ainda a compreensão e as necessidades da gestão em ESF; a participação dos gestores, a composição, o funcionamento, bem como os aspectos positivos e negativos do CMS. Pontuou-se ainda o discurso com as crenças dos gestores sobre a integração dos distritos sanitários com a Secretaria Municipal de Saúde. E por fim elencaram-se as formas de ocupação do cargo de gestor.

A partir das análises dessa categoria as crenças expressadas foram:

1. O CMS é um órgão fiscalizador de extrema importância, que defende os direitos da população, mas que, entretanto, tem agido apenas com criticas.
2. A gestão da ESF, embora ainda pouco compreendida pelos gestores, é realizada pela coparticipação dos trabalhadores, usuários e gestores.
3. A integração dos distritos sanitários com a SMS é imprescindível e é realizada através de reuniões periódicas.
4. Os cargos de gestor são realizados por indicação política.

Classe III - Recursos humanos e materiais da Estratégia Saúde da Família

E por fim, a classe 3 foi constituída por 71 UCE, representando 12,23% do *corpus* total analisado. Composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 102$ (capacitações) e $x^2 = 22$ (reform+, piores, localização, sonh+,

todas).
Conteúdos que se distribuíram em duas subclasses: **3.1 Recursos materiais da Estratégia Saúde da Família** [2.1.1 Equipamentos e instrumentos das Unidades de Saúde da Família; 2.1.2 Infra-estrutura física das Unidades de Saúde da Família] e **3.2 Recursos humanos da Estratégia Saúde da Família** [3.2.1 Capacitações dos recursos humanos; 3.2.2 Insuficiência de recursos humanos], onde foram descritos e avaliados os recursos humanos e materiais disponíveis na Estratégia Saúde da Família. Assim, essa classe representa a realidade da quantidade e qualidade dos equipamentos e instrumentos disponíveis nas Unidades de Saúde da Família. Sendo contemplada ainda a avaliação da disponibilidade, qualidade e entraves das capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde aos profissionais, bem como a insuficiência desses na composição das Equipes de Saúde da Família. Sintetizando que as crenças, de forma geral, derivadas dessa classe foram:
1. Os materiais odontológicos tem sido trocados nas USF`s, mas o restante dos materiais e equipamentos está defasado.
2. As Unidades de Saúde da Família funcionam, em sua maioria, em casas alugadas adaptadas, mas que não possuem infraestrutura adequada.
3. A Secretaria Municipal de Saúde oferece capacitações em número satisfatório. Estas, entretanto, são feitas sem planejamento de datas e temas de interesse. Como consequência, aliado a outros fatores, os profissionais não demonstram interesse.
4. A Estratégia Saúde da Família ainda sofre com a insuficiência na quantidade e qualidade dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, sendo este um processo complexo que envolve crenças, motivações, interesses, intuição, conhecimentos e habilidades (Brasil, 2000). As crenças que os gestores da saúde possuem acerca do SUS, provavelmente, interferem em seus comportamentos diante dos processos de direção e condução do sistema de saúde, como coloca Cordioli (2008). Partindo desse pressuposto, este estudo teve como objetivo principal analisar as crenças compartilhadas pelos gestores sobre o SUS em Natal.
A partir da análise dos dados, pode-se verificar que os diretores e administradores do SUS reconhecem a grande dimensão do sistema, e a necessária distribuição de suas ações em níveis, para facilitação de sua operacionalização, e apontam ainda a perfeição teórica do modelo, que inspira-se nos sistemas internacionais de países como Cuba e Canadá. Reconhecem, entretanto, as limitações e falhas operacionais, tão reclamadas pelos usuários e denunciadas pela mídia.
Reconhecem que o SUS veio a trazer a universalidade no acesso à saúde, mas que essa enfrenta barreiras, devido à falta de profissionais, às péssimas condições de infra-estrutura e materiais das USF's e à burocratização do SISREG, que como conseqüência fortalece o setor privado de saúde, mais eficaz, como mostra o estudo de Melo (2007). Sendo compreendido ainda pelos gestores que o envolvimento e a participação efetiva das classes médias e altas no SUS, como pessoas mais esclarecidos, como "sujeitos de direito" pode contribuir para uma efetiva melhoria no sistema, saindo da tradição brasileira de que o serviço público é para pobre e, consequentemente, pode ser de baixa qualidade (Albuquerque & Melo, 2010).
Constatou-se, ainda, que os gestores percebem que essa problemática não ocorre devido à ausência ou limitação de dinheiro, mas em decorrência da má administração do dinheiro público destinado à saúde, dados que corroboram com os achados de Martins (2008). Recursos esses que, poderiam ser mais diretamente fiscalizados pela população, através dos Conselhos Municipais de Saúde, como lembram os gestores. Observando-se ainda que estes mesmos reconhecem que a gestão do SUS ainda é pouco compreendida pelos seus representantes e que estes são indicados ao cargo de gestor, muitas vezes, por indicação política, tendo como critério alianças e interesses pessoais, e não por qualificação.
Desta forma, pode-se perceber que, apesar de menos visível, os grandes entraves na realidade operacional do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, como sua porta de entrada na atenção básica, está além das dificuldades visíveis nas Unidades de Saúde da Família. São problemas que vão desde a visão ideológica sobre os serviços de saúde, perpassando por fatores políticos, deparando-se com burocracias e finalizando com barreiras que geram uma deficiência na gestão.
Sabe-se que a temática da saúde apresenta-se ampla e camuflada por princípios teóricos que não revelam sua realidade operacional falha. Ao término deste trabalho, propõem-se, entretanto, que o problema não seja procurado nos papéis e nas formulações teóricas do modelo, e sim na operacionalização, no cotidiano do repasse de verbas, na capacitação dos profissionais, na infra-estrutura dos locais de prestação de atendimento à comunidade. Trata-se de mitigar as barreiras que existem entre os dois extremos do sistema, aproximando a teoria e a prática. Trata-se de ter em mãos um sistema ideal, mas que necessita da operacionalização concreta de suas formulações, que devem sair da utopia e entrar na realidade do atendimento. Contemplando a necessidade de instigar à população a utilizar o serviço público, lutar pela sua melhoria, incentivando a cultura de avaliação dos gastos.

BIBLIOGRAFÍA

Albuquerque, F.J.B. & Melo, C. F. (2010). Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. Teoria e Pesquisa, v. 26, p. 323-330, 2010.

Brasil, Ministério da Saúde (2000). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Secretaria-executiva, Brasília: Ministério da Saúde, 44p.

Brasil, Ministério da Saúde (2006). Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, Volume 4, 63 p.

Cordioli, A.V. (2008). Psicoterapias. (3ª ed). São Paulo: Editora Artmed.

Krunger, H. (2004). Crenças compartilhadas, preconceitos e discriminações. In: XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2004, São Paulo.

Martins, C. (2008). Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais na Paraíba. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Melo, C.F. (2007). Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e Fortaleza a partir das crenças das usuárias dos PSFs, dos Centros de Referências e das Policlínicas. Monografia de graduação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Rokeach, M. (1981) Crenças, Atitudes e Valores. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.