

Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso*

*The building of a health center from the point of view of planners
and doctors: a case study*

Lumêna A. Castro Furtado e Oswaldo Yoshimi Tanaka

*Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil
(L.A.C.F.), Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo. São Paulo, SP - Brasil (O. Y.T.)*

FURTADO Lumêna A. Castro *Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos:
estudo de caso** Rev. Saúde Pública, 32 (6): 587-95, 1998

Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso*

The building of a health center from the point of view of planners and doctors: a case study

Lumêna A. Castro Furtado e Oswaldo Yoshimi Tanaka

Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil (L.A.C.F.), Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil (O. Y.T.)

Resumo

Objetivo Estudar a relação entre o processo de construção de um distrito de saúde e a busca de uma assistência integral à saúde da população.

Método Foi estudado um distrito de saúde de São Paulo, SP, no período de 1989 - 1992. Foi realizada a análise de discurso de gerentes dos três níveis (regional, distrital e local) e médicos de unidades básicas de saúde. Utilizou-se o conceito de assistência integral, englobando cinco dimensões: 1) o ser humano como centro da atenção e não a doença; 2) o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade; 3) a assistência propiciada nos diversos níveis; 4) o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e, 5) a interferência nas condições gerais de vida da coletividade.

Resultados Foram apontados como fundamentais para facilitar a aproximação do processo de construção do distrito, em relação à busca de uma assistência integral, os seguintes aspectos: o planejamento local, com ênfase na maior visualização da realidade de vida da população adstrita à unidade; a implementação do trabalho interdisciplinar; uma melhor organização dos serviços e da rede de referência e contra-referência; e uma relação mais estruturada com as demais secretarias municipais, possibilitando uma ação integrada junto à população.

Conclusões A relação entre a construção do distrito e a busca de uma assistência integral “desenha” um movimento de aproximação e distanciamento, dependendo das estratégias assumidas pelos grupos de gestão. Foi reforçada a afirmação de que a descentralização não é a única estratégia responsável pela implementação do papel inovador que se espera dos distritos. É necessário que os gestores assumam o desafio de ser o “locus” das relações de poder, de trabalho, de saber entre a população e os trabalhadores e entre os diferentes grupos destes dois segmentos para que uma nova assistência chegue a ser construída.

Sistemas locais de saúde, organização e administração. Cuidados integrais de saúde. Estratégias locais.

*Parte da dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, intitulada “Distrito de Saúde e Assistência Integral: o caso do distrito de saúde de Santana, São Paulo, 1989/92”.

Correspondência para/Correspondence to: Lumêna A. Castro Furtado - Rua Sud Menucci, 154 - V. Mariana - 04017-080 São Paulo, SP - Brasil. E-mail: ofurtado@uol.com.br.

Edição subvencionada pela FAPESP (Processo nº 97/09815-2).

Recebido em 1.8.1996. Reapresentado em 13.2.1998. Aprovado em 17.4.1998.

Abstract

Objective	<i>The relationship between the structure of the health center and the population seeking comprehensive health care.</i>
Method	<i>It was studied a health center of the county of S. Paulo (Brazil) in the period of 1989 to 1992. The speech of managers at three levels, regional, district and local, as well as the speech of physicians who were working at the Primary Health Care Units, was analysed. The concept of comprehensive care covers five dimensions: 1) the individual and not the illness itself as the primary aim; 2) the individual or group as a whole; 3) the intervention provided by other types of care; 4) different treatment for those who live in different situations; 5) the intervention in the general living conditions of the population.</i>
Results	<i>It was concluded that the relationship between the district structure and the seek for comprehensive care was dependent on the following: health planning, emphasizing a wider view of the real life situation of the population connected to the Primary Health Care Unit; the kind of interaction between different members of the staff; better organization of the work and of the reference and counter-reference networks and a good relationship with other health departments, thus making possible better comprehensive care.</i>
Comments	<i>Being a local care unit does not enable the health district to meet the challenge of being the "locus" of knowledge, work and power as between the population and the workers and among the different groups within these two sectors.</i>

Local health systems, organization. Comprehensive health care. Local strategies.

INTRODUÇÃO**Assistência Integral**

A conceituação do processo saúde-doença tem motivado discussões que recolocam em foco a percepção de homem, de sociedade, de conflito, de desigualdade, enfim de inúmeros fatores que, cada vez mais, são compreendidos numa relação múltipla com a questão saúde.

A superação desse entendimento da saúde como fenômeno estritamente biológico, resgatando sua inserção na realidade de vida de cada indivíduo e do grupo social no qual este se insere, é hoje tema bastante trabalhado. O interesse pelos fatores sociais e econômicos, segundo Goldberg⁸ (1990) "remontaria a muitos séculos."

Muitos autores têm contribuído para essa discussão. Citando Pereira¹⁴ (1986): "... o Homem participa de uma sociedade histórica, dividida, conflituosa, competitiva, em que os diferentes segmentos sociais têm desigual poder, riqueza e prestígio. Por isso, uma visão reducionista do problema da saúde e doença, per-

dendo de vista essa totalidade social, acaba não proporcionando o entendimento procurado do problema."

É preciso considerar aqui a importância de não reagir à percepção reducionista da saúde como fenômeno puramente biológico, apenas colocando no lugar do "biológico" o conceito de social. Cabe resgatar uma concepção mais ampla, capaz de conter a complexa cadeia de relações que levam a diferentes níveis de saúde. Nesse sentido, Berlinguer¹ (1990) afirma: "Investigar e actuar sobre todos los factores, individuales o colectivos, de comportamiento y ambientales, estimula tambien un sinergismo salubre, multiplica la capacidad de convencer y obtener resultados positivos."

A oitava Conferência Nacional de Saúde⁵, em 1987, momento privilegiado de explicitação dos princípios que regem a construção do Sistema Único Saúde (SUS), assume como conceito que: "A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, ren-

da, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”

Estas concepções de saúde têm, evidentemente, uma determinação sobre as diferentes formas de organização da assistência. O centro da atenção, ao longo da nossa história, tem sido a doença como ela se apresenta no momento da consulta.

Ela é o foco da atenção do profissional de saúde, do sistema de informação, dos procedimentos terapêuticos mais preconizados, da proposta hospitalocêntrica de organização dos serviços e, até para tentar ser assimilado pelo sistema, do discurso do próprio usuário. Reagindo a esta postura hegemônica nos serviços, alguns grupos comprometidos com as propostas da Reforma Sanitária começam a advogar a necessidade de, assumindo esta visão mais ampla de saúde, buscar uma assistência integral, recolocando o foco da atenção no processo saúde-doença e em quem o vivência.

A proposta de assistência integral à saúde, definida no presente estudo, busca transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, entre prevenção e cura, recolocando o ser humano (olhado individual ou coletivamente) como centro norteador da atenção; ressalta a importância de se criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento/desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, dando resposta às intercorrências ali presentes da forma mais global e participativa possível; integra a rede de relações sociais em que os indivíduos/grupos se inserem, contribuindo para um maior engajamento destes, como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida. Esta construção de uma nova proposta de assistência segue os princípios defendidos na Constituição e na construção do SUS.

Para efeitos do presente estudo, foi selecionado o distrito de saúde de Santana, zona norte da cidade de São Paulo. Esta escolha baseou-se no fato de um dos pesquisadores do estudo ter vivenciado o processo de implantação desse distrito, durante o qual foram tomando forma as inquietações que orientaram o presente trabalho, que nasce de uma prática e visa a ela retornar sob forma de reflexão.

Assim, pois, o objetivo do presente trabalho foi analisar a conceituação de assistência integral, o papel do distrito de saúde e a relação entre ambos na compreensão de gerentes e médicos de um distrito de saúde no Município de São Paulo.

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Abordagem Qualitativa

A abordagem principal utilizada no presente trabalho foi a qualitativa, descrita por Furtado⁶ (1995). O conceito adotado é de que o sujeito está em constante interação com a sua realidade, determinando-a e sendo determinado por ela. Como afirmam Oliveira e Oliveira¹² (1981) “os fatos sociais não são coisas mas sim o produto de ações humanas. Os homens e as mulheres fazem a sociedade da mesma maneira que são feitos por ela.”

Esta concepção dinâmica do sujeito e da realidade em estudo é discutida por Chizzotti⁴ (1991) resgatando a riqueza desta relação que torna inseparável as duas dimensões, trazendo para o foco da produção do conhecimento as relações sociais e a subjetividade dos diferentes atores envolvidos no fenômeno a ser estudado. O estudo do discurso de atores sociais presentes na construção do distrito será a forma adotada de recortar esta realidade e buscar compreendê-la.

Considerou-se a idéia de fenômeno onde este pode ser compreendido de diferentes maneiras, dependendo do tipo de acesso que a ele se tem, Bicudo e Martins² (1989). Este acesso será buscado por uma postura de pesquisador como parte da realidade a ser estudada, que busca conhecê-la melhor para contribuir na sua transformação (Thiollent¹⁵, 1985).

Vygotsky¹⁶ (1979), estudando a relação do pensamento e da linguagem, advoga entre estes uma relação processual, construída diferentemente em cada época e de acordo com o contexto da vida do sujeito, que determina diferentes significados às palavras. Nesta perspectiva, a linguagem assume um papel fundamental tanto na organização da atividade psíquica, quanto na relação do sujeito com a realidade, na sua apreensão e intervenção no mundo externo.

Luria⁹ (1986) discutindo esta relação coloca que: “... esta comunicação (criança-adulto), que exige uma participação íntima da linguagem, leva à formação da fala na criança, e isto provoca uma reorganização radical da estrutura total de seu processo psicológico. ... com o auxílio desta, a criança começa a recodificar informações que chegam; ... é com base na linguagem que se formam complexos processos de regulação das próprias ações do homem.”

A linguagem pode assim desvelar aspectos do vivido, do que foi elaborado de forma mais ou menos complexa neste processo histórico de construção do mundo concreto dos sujeitos individuais e coletivos, de suas consciências. Entretanto, a apre-

ensão do sentido desta linguagem não está dada na superfície, não se deixa entrever por um olhar superficial sobre o discurso.

Esta perspectiva, de um aprofundamento do olhar, trás também a necessidade de trabalhar num universo menor. O estudo de caso apresenta-se como uma alternativa para uma coleta de dados que privilegie o conteúdo qualitativo dos dados e o papel ativo do pesquisador e dos atores que se colocam como sujeitos da pesquisa.

Na presente pesquisa o caso, que primeiro se coloca para estudo, é o distrito de saúde de Santana, olhado no seu processo de construção. É dentro deste contexto que se farão as análises propostas pela pesquisa, ressaltando a importância de se reconhecer que cada distrito é uma singularidade, pois é construído dentro de um locus próprio de relações sociais, que vão definindo os caminhos de formação deste.

O Caso Estudado

Antes de descrever o distrito de Santana, é necessário ressaltar a importância da convergência de dois movimentos de mudança: o da estruturação do SUS e o que diz respeito ao modo concreto como são produzidas as ações de saúde. Campos³ (1992) afirma que: “a separação, artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional por um lado, e o modo concreto de produzir atenção médico-sanitária por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços”. Nesse mesmo sentido, de distanciamento muitas vezes presente entre as reformas mais de cunho administrativo e uma real transformação da assistência, Paim¹³ (1993) afirma que: “reduzir o distrito sanitário a um modelo organizacional/gerencial de recursos/serviços de saúde num dado território implica correr o risco de confundi-lo com uma reforma administrativa da rede de estabelecimentos de saúde ao nível local, do mesmo modo que a Reforma Sanitária, travestida em Sistema Único de Saúde (SUS), poder-se-ia resumir a um mero rearranjo burocrático, ao nível nacional.”

O presente estudo visou, portanto, a conhecer de que modo esses dois movimentos, o de busca de uma assistência integral à saúde e o de construção de um sistema único (via distrito de saúde), se tangenciam e se definem. Prevalece, portanto, o pressuposto de que a relação desses dois movimentos não está definida “a priori”, mas é construída diferentemente em cada contexto.

Um dos locais onde se buscou implantar os distritos segundo essa ótica, foi no Município de São Paulo, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), gestão 1989-1992, adotou como estratégia para a consolidação da construção do SUS, a constituição dos distritos de saúde. Para tanto, o município foi dividido em 10 regiões e 32 distritos.

MÉTODO

O distrito de saúde de Santana, zona Norte do Município de São Paulo, compreende os distritos de Paz de Santana e Mandaqui. A sua população é de aproximadamente 260.000 habitantes. A região do distrito esconde grandes desigualdades socioeconômicas, abrangendo populações de alto padrão de qualidade de vida e outras que vivem de forma miserável. É uma área de grande especulação imobiliária, obrigando a população de menor poder aquisitivo a mudar-se cada vez mais para a periferia do bairro ou mesmo para outros bairros vizinhos. Isto confere uma grande mobilidade ao desenho urbano do distrito.

A população residente em seu território não tem tradição de participação em grandes movimentos sociais, mas apresenta uma organização crescente, voltada para algumas demandas sociais como saúde e habitação. Representantes de algumas destas organizações participavam dinamicamente do processo de construção do distrito e alguns compunham o seu Conselho Gestor.

Existem na região do distrito as seguintes unidades de saúde: sete unidades básicas, sendo 3 municipais e 4 estaduais; dois pronto-socorros municipais; um hospital-dia em saúde mental, municipal; um hospital geral e de referência, estadual; um ambulatório de saúde mental estadual; um hospital geral privado; um hospital maternidade filantrópico, um hospital privado especializado em acidente do trabalho e uma casa de saúde privada (para saúde mental).

O presente estudo foi baseado no discurso de alguns atores sociais responsáveis pela sua construção. Os atores escolhidos são o gerente e o profissional diretamente envolvidos na assistência. O primeiro tem a responsabilidade de propor e coordenar a construção de caminhos (técnicos e políticos) que conduzam os trabalhos e o segundo é o responsável direto pela assistência, objeto de estudo.

Com relação à gerência, foram abordados três níveis, com as seguintes particularidades: um dos autores da presente pesquisa estava, na última metade do período proposto para o estudo, como diretora do distrito, motivo pelo qual foram entrevistados: - a diretora adjunta do distrito; o diretor da região (instância diretamente superior ao distrito) e a diretora de uma unidade básica de saúde (UBS) pertencente ao distrito.

Dentro da categoria de profissional envolvido com a assistência, foram escolhidos 2 médicos (um de cada unidade básica) por preencherem melhores condições para fazer a análise da relação dos dois fenômenos estudados, seguindo os critérios: apresentar interesse pela realização do próprio trabalho; ter se envolvido de alguma forma com

as propostas de atendimento apresentadas no período de estudo; estar apenas em função de assistência direta à população e trabalhar em UBS.

Com relação à escolha do tipo de equipamento, a UBS pareceu mais adequada para a verificação proposta no presente estudo, por ser mais abrangente que os equipamentos especializados (ex: hospital-dia em saúde mental) e ter um acompanhamento mais contínuo da população usuária do que, por exemplo, os pronto-socorros.

Outros atores poderiam ter sido escolhidos pela sua relevância neste processo de construção de um SUS de qualidade. Entretanto, como se objetivou recortar a produção da assistência, os fatores inerentes à própria ação de saúde e aqueles institucionais que com ela interagem, foram definidos aqueles dois grupos como sujeitos da presente pesquisa.

O período de estudo foi compreendido entre 1989 e 1992.

A coleta de dados foi feita por entrevista semi-aberta, de forma a permitir uma relação dinâmica entre pesquisador e sujeitos, fundamental neste tipo de estudo*.

Para elaboração do instrumento de coleta de dados, foram considerados os seguintes conceitos:

Quanto à Assistência Integral

O ser humano como centro da assistência e não a doença; poder ver o ser humano na totalidade (conhecendo seu contexto relacional, condições de vida); garantia dos diversos níveis da assistência; tratamento diferenciado para quem está em situação desigual e interferência nas condições gerais de vida da coletividade.

Quanto ao Distrito de Saúde

Conhecimento do território com definição de responsabilidade; planejamento local (com definição de prioridades); relação com população organizada (co-gestão nos Conselhos de Saúde); incremento da complexidade e da resolutividade das unidades; relação com unidades de outros níveis do sistema de saúde local; vigilância; ações intersetoriais; trabalho interdisciplinar, atendimentos em grupos e atividades na comunidade.

Assim, procurou-se analisar como o processo de construção do distrito de saúde, numa determinada área, interfere na busca de uma assistência integral à saúde da população. Pretendeu-se, ao conhecer como esta dinâmica se estabelece para os dois grupos, poder visualizar caminhos que facilitem uma relação mais direta entre os dois fenômenos, através da análise tanto dos movimentos de “facilitação” como daqueles de “dificultação” vivenciados pelo gerente e o profissional na relação destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas informações coletadas, foi realizada análise do conteúdo discursivo, estabelecendo categorias que permitiram recortar o discurso (Furtado⁷, 1992). A linguagem foi considerada, como já explicitado, como mediação da realidade, possibilitando o acesso à apreensão do vivido por cada sujeito e à construção da interpretação desta.

Para isso, os depoimentos dos gerentes e dos médicos foram analisados e separados em três blocos de questões, visando à compreensão dos conceitos de assistência integral e distrito de saúde e a relação entre ambos no contexto do distrito de saúde de Santana, no período estudado.

Assistência Integral

A construção do distrito de saúde, em Santana, tinha como objetivo primeiro contribuir para uma melhoria nas condições de vida da população adstrita e, estrategicamente, possibilitar uma assistência integral à saúde desta população. Assim, a compreensão do que venha a ser esta assistência é de fundamental importância para nortear adequadamente o trabalho, tanto de quem se insere na gerência, como para quem está atendendo a população.

Ao se analisar os dados coletados, tanto dos gerentes como dos médicos, não se identifica uma uniformidade na compreensão do conceito, apesar de se identificar elementos próximos à conceituação de assistência integral que era esperada e que havia sido impulsionada pela direção do distrito. Essa situação mostrou a necessidade de se trabalhar melhor esse conceito para que se reconstrua a imagem-objetivo desses dois atores fundamentais na construção do SUS.

Distrito de Saúde

Ao conceituar distrito de saúde, os gerentes conseguem maior uniformidade entre si, do que quando se refere à assistência integral, apresentando inclusive, a mesma referência teórica. Os médicos, por sua vez, não se referenciam à literatura, apresentando entretanto, no seu discurso, elementos presentes nesta. Isto parece indicar que a noção de distrito foi melhor trabalhada, gerando conceitos mais próximos, nos dois grupos.

*O formulário de entrevista encontra-se à disposição dos leitores interessados, com os autores deste artigo (E-mail: ofurtado@uol.com.br).

Entretanto, o distrito aparece ainda como um “outro”, no discurso dos médicos. Estes parecem não se incluir dentro dele, sendo maior o risco de reduzi-lo à sua dimensão administrativa. Na conceituação dos gerentes, fica mais evidenciado o caráter dinâmico das relações com a população, do uso do território e das responsabilidades do Estado. Ao se analisar os conceitos emitidos pelos dois grupos, parece haver uma quebra entre o conceito assumido pelos gerentes e aquele vivido pelos médicos. É justamente nesta contradição que emergem as possibilidades de um trabalho mais produtivo com os dois grupos de atores, que explore estas diferenças e possibilite emergir um conceito de distrito, mais dinâmico e incorporado pelos dois grupos.

A inserção diferente dos dois grupos no processo de construção do Distrito parece ter possibilitado maior nível de consciência entre os gerentes, havendo um maior encontro entre a teoria e a sua prática. Cabe aí repensar como garantir uma inserção mais efetiva dos médicos de modo a que venham se perceber como parte desse processo.

Para os dois grupos, o conceito de distrito parece representar algo novo, um outro jeito de organizar o sistema de saúde, diferente do que vinha sendo feito. Há, nos dois blocos, um reconhecimento do distrito como sendo mais próximo deles (funcionários) e da população, do que os outros níveis administrativos; aproximando também trabalhadores e população.

Relação entre a Construção do Distrito de Saúde e a Busca de uma Assistência Integral

Analisou-se como, na visão dos médicos e dos gerentes, se deu a relação entre a construção do distrito de saúde de Santana e a busca de propiciar uma assistência integral àquela população. No primeiro bloco, foram analisados os fatores de facilitação desta relação e, no segundo, aqueles considerados como dificultadores desse processo.

Elementos Facilitadores da Relação

Cada grupo expressava-se dentro da sua realidade imediata, sob a ótica do lugar que ocupava naquele período: médico, na unidade básica ou gerente, nos diferentes níveis dos serviços. Apesar disto, apontaram os mesmos pontos como sendo os mais importantes no processo de facilitação da construção de uma assistência integral, quais sejam: planejamento local, com a realização da territorialização; implementação da equipe interdisciplinar; melhor organização dos serviços, possibilitando melhor esquema de referência e contra referência e relação mais estruturada com as demais secretarias municipais, em nível regional.

A realização da territorialização, possibilitando melhor conhecimento da realidade e estreitamento na relação com a população, subsidiando a elaboração local do planejamento, foi o ponto mais valorizado nos dois grupos, em vários momentos do relato. Parece ser possível afirmar que este foi o divisor de águas, aquilo que possibilitou uma construção mais dinâmica do distrito de saúde de Santana, fazendo com que ele não fosse apenas mais uma instância administrativa. Todos referenciaram que foi neste processo de planejamento local que a busca de uma assistência integral parecia mais próxima. Foi como relatou um dos médicos:

Eu acho que ajudou muito, né. Porque à medida que você tem o diagnóstico da área... este tipo de conhecimento foi muito importante na medida em que você consegue ver o homem como realmente sendo objeto e a finalidade do atendimento o homem integral para ser atendido integralmente. E não o que ele apresenta no momento, ah, tenho uma dor de cabeça, doi o pé, doi as costas... Não basta só você dar a resposta imediata pro indivíduo... Não pode haver mais essa distância. Na medida em que o Distrito facilitou isso, a gente pode realmente ir atrás dessas questões.

A análise desses dados parece corroborar a premissa assumida pelos autores no início do trabalho: de que não basta ser uma divisão mais local na escala administrativa para assumir o papel inovador que se espera dos distritos. É preciso assumir o desafio de ser o “locus” das relações de poder, de trabalho, de saber entre a população e os trabalhadores e entre os diferentes grupos desses dois segmentos. Somente quando distrito é sinônimo de relação e de busca da realidade mutante do cotidiano da população que o forma, é que ele consegue transpor o lugar distante de um outro que faz cobranças aos médicos e deixa de ser apenas uma “casinha no Distrito de Santana”, como afirmado por um dos médicos, para ser um espaço onde uma nova assistência, que busque ser integral, possa ser construída.

A implantação de uma equipe interdisciplinar foi considerada, pelos dois grupos, como elemento estratégico fundamental. Tanto no exercício do poder de forma colegiada, como no construir a assistência. Considerando as diversas necessidades da população, a interdisciplinariedade aparece como fator de propulsão, ao possibilitar a transformação em realidade dos projetos pensados individualmente ou em grupo. Um dos médicos entrevistados fez o seguinte depoimento:

Ah, sim, bom a diferenciação na verdade, a gente procurava não homogeneizar atendimento, né. Na verdade não é uma linha de produção. Cada caso é um caso. Como o nosso trabalho lá era essencialmente multiprofissional a gente quando percebia algum problema de ordem não médica diretamente, a gente solicitava ajuda da assistente social, às vezes do psicólogo, né. Ou às vezes a gente fazia um atendimento conjunto no sentido de estar percebendo qual era realmente o problema e a finalidade do indivíduo tá lá. Não respondia simplesmente com uma receitinha de AAS à queixa de dor. A gente tentava entrar fazer uma anamnese um pouquinho mais profunda...

A organização dos serviços aparece como elemento comum, na análise dos dois grupos, naquilo que se refere a maior infra-estrutura para o desenvolvimento dos trabalhos e a um sistema mais funcional de referência e contra referência. A característica apontada no distrito de Santana, “a de ter buscado manter relações mais estreitas com as unidades estaduais”, parece ter possibilitado a criação de uma rede de serviços que se relacionavam continuamente, mantendo atualizada e potencializando a rede de referência e contra referência, além de possibilitar uma certa uniformidade nas propostas de trabalho.

O quarto ponto citado, a relação entre os níveis regionais das diversas secretarias municipais, foi várias vezes referido como possibilitador de ações que transcendiam os limites da Secretaria de Saúde, mas que eram de grande importância para responder às questões reinvidicadas pela população. Naquele período, fazia parte da proposta da administração municipal a criação de um “governo local”, que articulasse as diferentes secretarias, regionalmente, para a elaboração de um plano comum de trabalho, definido com a população de cada região. Pelo menos na área da saúde, esta tentativa parece ter sido de grande importância, pois possibilitou atuar conforme uma visão mais ampla do que seria saúde, articulando ações na área da educação, trânsito, habitação e outros, tornando-o uma abordagem intersetorial. Como exemplos de iniciativas nesta área houve a reordenação da mão-de-trânsito de algumas ruas conforme análise conjunta de dados de acidentes produzidos pelo setor saúde* e um trabalho continuado de urbanização de favelas com desenvolvimento de projetos conjuntos de várias secretarias com os moradores*.

Parece que todas as estratégias que apontavam para uma visão dinâmica de distrito, foram vividas por gerentes e médicos, como facilitadores no pro-

cesso de busca de uma assistência mais integral à saúde daquela população, na medida em que possibilitaram a convergência de trabalhadores e população e facilitaram maior compreensão e efetiva intervenção na realidade local.

Elementos Dificultadores da Relação

Os gerentes e os médicos elegeram vários pontos comuns, como sendo os de maior dificuldade deste processo de busca da assistência integral, na construção do distrito de saúde de Santana: a não-constituição formal do distrito; a dificuldade de sensibilização dos funcionários para a proposta de trabalho; as dificuldades para se consolidar as equipes interdisciplinares; a não municipalização das unidades estaduais e desarticulação dos serviços não municipais.

O fato de não ser unidade orçamentária e as demais limitações de natureza jurídica e estrutural, decorrente da não-criação legal do distrito, foram apontados nos dois grupos como o primeiro fator de limitação. Talvez fosse importante uma outra investigação, pós-legalização, para avaliar qual o peso real dessa característica na implementação da assistência integral.

A dificuldade de envolvimento dos funcionários com a proposta de trabalho é apontada como um fator importante no processo, tanto pelos gerentes, que buscavam implementar esta sensibilização, como pelos médicos. Fica evidenciada a necessidade de se rever a estratégia adotada, buscando novas formas de comunicação. Ao se analisar as falas dos gerentes e dos médicos, aparece, em determinados momentos como o da discussão da realização de trabalhos externos, da relação com a população, e da maior resolutividade das unidades, um fosso entre a intenção de um e aquilo que efetivamente “chegou” ao outro, como proposta oficial de trabalho. É preciso rever não só as estratégias de treinamento, mas o papel das gerências de nível local e a rede de comunicação entre esses vários níveis.

A implantação da equipe interdisciplinar, apontada anteriormente como facilitadora, aparece ressaltando as dificuldades de realmente ser efetivada. As tensões internas à cada equipe, a formação de cada categoria profissional dando ênfase à especialização e não ao trabalho integrado, o pouco acúmulo teórico do que seria a interdisciplinariedade e as diferentes visões do papel do médico dentro da equipe tornavam tensas as relações, dificultando, muitas ve-

*Dados Inéditos

zes, a consolidação do trabalho interdisciplinar. Também aqui, o fator tempo parece ser importante pelo caráter processual, de mudança, presente na implantação da proposta. Ou se considera a presença do conflito neste processo, ou corre-se o risco de não aprofundar a discussão e não implementar efetivamente uma forma interdisciplinar de trabalho em equipe.

Apesar de previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Município, a municipalização dos serviços de saúde não tinha ocorrido na Capital, até aquele período. Tanto médicos quanto gerentes apontam esta falta da municipalização como um dos principais fatores de obstrução da construção de uma rede de serviços mais eficiente, integrada e que pudesse hierarquizar realmente o atendimento. Apesar de, no distrito de Santana, a integração com as unidades da Secretaria Estadual de Saúde ter sido citada como um elemento facilitador, a sua informalidade e o fato de acontecer essencialmente com as unidades básicas tornava-a frágil e insuficiente. A desintegração da gerência dos leitos hospitalares (estaduais) da rede de atendimento organizada com as unidades básicas, pronto-socorros municipais e hospitais-dia (de saúde mental e de AIDS), foi apontada como o maior entrave na organização dos serviços.

Quando gerentes e médicos explicitavam maior consciência de que o conceito de saúde extrapolava o atendimento específico da área e apontavam a necessidade de intervenções mais gerais nas condições de vida da coletividade e dos indivíduos, os instrumentos para isso pareceram muito pouco disponíveis a esses agentes de mudança.

A ausência de relação com os serviços privados de saúde, as dificuldades de relação com outros níveis de governo, por exemplo, na questão do saneamento básico, a não unificação de algumas ações de vigilância à saúde, são exemplos referidos pela duas categorias de atores estudados, de problemas enfrentados para consolidar uma assistência integral àquele população.

Isto parece sugerir que seria necessário rever as estratégias adotadas, particularmente pelas gerências nos níveis distrital e regional, muito consumidas, no seu cotidiano, pelo gerenciamento dos serviços próprios. A esses gerentes caberia o papel de articulador com as outras instâncias e serviços, buscando suprir esta deficiência apontada pelos dois grupos. Para o desempenho deste papel será necessária uma discussão do papel político dos gerentes, frente às outras organizações da sociedade.

Na análise dos gerentes aparece, como decorrência de alguns itens citados, a população como tendo

baixa identificação, de quem deveria responder pela questão saúde naquela região. A fragmentação de responsabilidades na prestação e gerência dos serviços dificulta tornar visível à sociedade quem são aqueles a quem ela deve recorrer, de quem deve cobrar e com quem deve estar em diálogo. A pouca organização formal da população do distrito, em algumas regiões deste, dificulta a identificação de interlocutores reconhecidos por esta, para, inclusive, compor os canais formais de participação popular na gestão dos serviços. Este problema era aumentado pelo fato de coincidir as áreas de maior organização popular, com aquelas onde estavam as unidades estaduais, enquanto as unidades municipais estavam localizadas nas áreas de menor organização popular.

Ainda na questão do “imaginário popular”, um ponto levantado pelos gerentes foi a identificação pela população do papel apenas curativo do distrito. A maior parte das demandas colocadas por esta eram referentes à qualidade do atendimento curativo e de reabilitação oferecido pelos serviços. Como também os gerentes, no relato do seu cotidiano, despendiam mais tempo para cuidar dessas questões, particularmente as emergências, criava-se um círculo vicioso, onde as questões de qualidade de vida, de outras formas de vigilância à saúde, conseguiam pouca visibilidade.

As questões referentes à participação popular nesse processo aparecem aqui referidas por outros atores. Não foi objetivo do presente trabalho estudar esta questão buscando a ótica do próprio movimento popular. Entretanto, isto poderá ser explorado em outro projeto de pesquisa, ajudando a perceber o fenômeno por outros ângulos.

Os relatos dos dois grupos, neste bloco de questões, poderia ser assim resumido: “muito se fez, muito falta fazer”. Em muitos momentos aparece a referência ao pouco tempo para se conseguir realizar toda a proposta de trabalho, particularmente naquilo que ela exigia de mudanças. Está presente na fala dos gerentes e médicos, inquietação pela instabilidade das administrações públicas, sujeitas a tantas mudanças com as alternâncias de poder. No discurso dos gerentes transparecia a esperança de que muitas dessas conquistas pudessem permanecer. Na fala dos médicos, abundavam exemplos de que muita coisa foi abandonada com a mudança da administração municipal. Nas duas falas, entretanto, fica a impressão de que algo se fez na direção de uma assistência integral. Está em construção a consciência desses atores do que seria esta assistência e como buscá-la, considerando ser esta busca sempre processual.

REFERÊNCIAS

1. BERLINGUER, G. Democracia, desigualdad y salud. *Divulg. Saude para Debate*, 2: 9- 15,1990.
2. BICUDO, M.A.V. & MARTINS, J. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo, EDUC/Moraes Ed., 1989.
3. CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1992.
4. CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo. Cortez, 1991.
5. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1987. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
6. FURTADO, L.A.C. Distrito de saúde e assistência integral: o caso do distrito de saúde de Santana São Paulo, 1989/92. São Paulo, 1995 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
7. FURTADO, O. Da consciência crítica à consciência fragmentada. São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado-PUC/São Paulo].
8. GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: Goldberg, M. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, HUCITEC/Abrasco, 1990.
9. LURIA, A.R. O cérebro humano e a atividade consciente. In: Vygotsky, L. S.; Luria, A. R.; Leontiev, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, Icone Ed., 1986.
10. MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC/Abrasco, 1993.
11. MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: Mendes, E.V. org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC/ Abrasco, 1993.
12. OLIVEIRA, R.D. & OLIVEIRA, M.D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão, S. C., org. *Pesquisa participante*. São Paulo. Brasiliense, 1981.
13. PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, E.V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo. HUCITEC/Abrasco, 1993.
14. PEREIRA, J. C. *Medicina, saúde e sociedade*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1986 (Estudos de Saúde Coletiva, 4).
15. THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, Cortez /Ed. Autores Ass., 1985.
16. VYGOTSKY, L.S. *Pensamento e linguagem*. Lisboa, Ed. Antídoto, 1979.