



RPPD

RPPD

Revista Políticas Públicas
e Desenvolvimento

VI, N1 (2016)



 **ICHS**
Instituto de Ciências Humanas e Sociais

POLÍTICA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO: RPPD

Este é o número piloto da Revista de Políticas Públicas e Desenvolvimento (RPPD). Como edição de teste, um de seus objetivos é avaliar o sistema eletrônico e promover os ajustes necessários nesta etapa.

A RPPD é fruto de um esforço articulado de pesquisadores da Universidade Federal Fluminense, *campus* Volta Redonda, vinculados ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento (PGPPD).

Neste número inicial, publicamos trabalhos que discutem a capacidade institucional de implementação de políticas públicas na mesorregião Sul Fluminense, de autoria de Bruno Silva e Arnaldo Lanzara. Jucicreide da Silva e Cristiano Lima discutem o tema da educação popular e movimento social em Pernambuco, trazendo um olhar crítico sobre organizações não-governamentais.

A temática de políticas públicas de saúde está presente através de três trabalhos: Patrícia Silva discute a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Pillar Hernandez analisa como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, através de um estudo de caso. E finalmente, Elvio Kamiyama nos apresenta a percepção do PMAQ-AB na Unidade Básica de Saúde do Monte Castelo no Município de Três Rios sob a visão dos usuários e da equipe de Saúde da Família.

A revista aceita submissões de artigos e casos de ensino sobre temáticas que envolvam políticas públicas e desenvolvimento, e para tanto convidamos os potenciais autores a se cadastrar no sistema e consultar a política editorial da revista.

Desejamos a todos uma boa leitura.

Júlio Cesar Andrade de Abreu e Thais Soares Kronenberg, editores

CAPACIDADES INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS NOS MUNICÍPIOS DA MESORREGIÃO SUL FLUMINENSE

INSTITUTIONAL CAPABILITIES FOR IMPLEMENTING SOCIAL POLICIES IN THE CITIES OF SOUTH FLUMINENSE MESOREGION

Bruno Salgado Silva¹
Arnaldo Provasi Lanzara²

Resumo

Este artigo analisa o processo de implementação descentralizada das políticas de educação e saúde nos municípios que integram a Mesorregião Sul Fluminense (MSF) no estado do Rio de Janeiro. Para tanto, o estudo destaca o desempenho desses municípios em prover essas políticas, conforme as novas atribuições de competências em matéria de provisão de políticas sociais descentralizadas definidas pela Constituição. Demonstrar-se-á, mediante análise comparativa, que as capacidades de implementação de serviços de educação e saúde pelos referidos municípios vêm sendo aprimoradas por intermédio de induções do Governo Federal e de mecanismos de coordenação federativa.

Palavras-Chave: Capacidades Institucionais, Políticas Públicas, Educação, Saúde.

Abstract

This article analyzes the decentralized implementation process of education and health policies in the municipalities of the South Fluminense Mesoregion(SFM) in the state of Rio de Janeiro. Therefore, the study highlights the performance of these municipalities to provide these policies as the new attributions of responsibilities for the provision of decentralized social policies defined by the Constitution. It will be demonstrated by comparative analysis that the implementation capacities of education and health services by these municipalities have been enhanced through inductions of the Federal Government and federal coordination mechanisms.

Keywords: Institutional Capacities, Public Policy, Education, Health.

1. Introdução

É sabido que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um novo pacto federativo ao transformar os municípios brasileiros nos principais provedores dos serviços universais de saúde básica e educação fundamental. Porém, há um consenso por parte da literatura de que o novo sistema descentralizado de provisão de serviços sociais materializou-se de forma bastante desigual, acompanhando as desigualdades territoriais e socioeconômicas que caracterizam a federação brasileira.

A persistência dessas desigualdades justificou, nos últimos anos, o maior envolvimento dos governos estadual e federal na organização da capilaridade desses serviços ofertados pelos entes municipais. Tal organização vem sendo alcançada

¹ Graduando em Administração Pública no Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Fluminense - ICHS/UFF. Bolsista de Iniciação Científica (FAPERJ). Email: brunosalgadosilva@gmail.com

² Doutor em Ciência Política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos - IESP/UERJ. Mestre em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ. Graduado em Administração Pública pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/Araraquara. Professor adjunto de Ciência Política e Políticas Públicas no curso de Administração Pública do Instituto de Ciências Humanas e Sociais - ICHS/ Universidade Federal Fluminense –UFF. Email: prolanzara@gmail.com

mediante induções institucionais e aprimoramento dos mecanismos de coordenação federativa, impactando positivamente os municípios mais pobres e pouco dotados de recursos técnicos e financeiros.

Este estudo está dividido em cinco seções além desta breve introdução. A segunda seção destaca o arcabouço teórico que norteia o estudo, enfatizando a importância da noção de “capacidade institucional” para o processo de implementação das políticas sociais. À luz da literatura sobre a descentralização das políticas sociais no Brasil, a terceira seção busca elucidar que a construção das capacidades institucionais de provisão de políticas sociais descentralizadas nos municípios brasileiros, particularmente das políticas de educação e saúde, depende antes do aprimoramento dos mecanismos de coordenação federativa. A quarta seção analisa comparativamente o desempenho dos municípios da Mesorregião Sul Fluminense (MSF)ⁱ, no tocante à gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde, tomando a produção de algumas dessas políticas pelos referidos municípios como indicador da existência ou não dessas capacidades. A quinta e última seção conclui o trabalho.

2. Capacidades institucionais e a implementação de políticas sociais

O conceito de "capacidade institucional" refere-se a um conjunto de variáveis (políticas, legais, territoriais e administrativas) que implicam o processo de implementação das políticas públicas. A difusão desse conceito para o campo de estudo das políticas públicas decorre da teoria das "capacidades estatais" (EVANS et al., 1985; TILLY, 2007). Esta, por sua vez, é tributária dos estudos sobre os processos de sociogênese histórica dos Estados (POGGI, 1978; ELIAS, 1993; MANN, 1993; TILLY, 1996). Na ciência política e na sociologia, a difusão desse conceito também decorre da importância e do impacto de outros dois conceitos que enfatizaram o protagonismo da ação estatal nos processos de desenvolvimento: o de “autonomia relativa do Estado” (EVANS et al., 1985) e o de “poder infraestrutural do Estado” (MANN, 1993).

De acordo com essas perspectivas, a capacidade do Estado de implementar políticas públicas é “territorialmente negociada” e estruturada por “redes organizacionais” que ele busca controlar e coordenar, muitas vezes de um modo imperfeito (MANN, 1993). Assim, em vista desse caráter negociado da ação estatal para implementar suas decisões sobre um determinado território, as capacidades institucionais de implementação de políticas públicas dizem respeito à “extensão pela qual as intervenções dos agentes públicos e das políticas públicas alteram o padrão de recursos, atividades e conexões interpessoais existentes em uma sociedade e as relações entre sua distribuição” (TILLY, 2007:16).

É consensual nas abordagens weberianas do Estado afirmar a importância da existência de burocracias profissionais e autônomas como condicionantes do êxito das capacidades estatais para a implementação impessoal de políticas (EVANS et al., 1985). Nesse aspecto, a perspectiva da “autonomia inserida” (*embedded autonomy*) forneceu importantes subsídios analíticos para se compreender como burocracias dotadas de profissionalismo estreitaram suas relações com empreendedores capitalistas para transformar o sistema produtivo de alguns países (EVANS, 1995; EVANS e RAUCH, 1999).

Porém, a capacidade do Estado para estabelecer alianças com empreendedores capitalistas é bastante distinta da sua capacidade de estabelecer coalizões com os grupos identificados com as políticas sociais. Daí a necessidade de as análises sobre o ativismo estatal qualificarem a capacidade do Estado e o tipo de autonomia inserida que se quer investigar. Capacidade do Estado de que e para que? Em que força social apoia-se a

autonomia inserida da burocracia? Quais as consequências que ela produz para o alcance e efetividade das políticas sociais? Ganhos analíticos surgem quando se dissipa do conceito de capacidade estatal certo nível de generalização - referido exclusivamente ao *modus operandi* de as burocracias coordenarem ações econômicas -, passando a investigar os condicionantes do êxito ou do fracasso de burocracias envolvidas na coordenação do processo de implementação de políticas sociais setoriais.

O que deve ficar claro quanto a esses argumentos é que os Estados destoam em suas competências organizativas e capacidades de implementar políticas nos diferentes domínios institucionais e setores de intervenção. Um Estado pode ser efetivo em fazer com que suas decisões se irradiem às partes mais remotas do seu território, promovendo segurança - principalmente aos direitos de propriedade - e estabilidade política, mas este Estado pode ser incapaz de transformar as relações sociais se não prover proteção social. Do mesmo modo, eficientes programas de combate à pobreza podem ser bem desenhados e efetivamente implementados e ainda assim subsistirem, em um mesmo país, ao lado de precários sistemas de emprego e de seguridade social, denotando o baixo alcance das interações e complementaridades produzidas por suas políticas sociais.

As condições que configuram o surgimento das competências administrativas nos Estados são relacionais e se vinculam a alguns eventos configurativos que marcaram o advento de burocracias determinadas a enfrentar situações societárias bastante adversas do ponto de vista da implementação efetiva das políticas sociais.

Daniel Ziblatt (2008) aponta que em alguns contextos federativos marcados por forte dispersão decisória e enfraquecimento da capacidade do Estado central, tal como no caso relatado em seu estudo do Estado alemão no início do século XX, as agências subnacionais de provisão de serviços sociais foram capazes de fixar a agenda decisória das políticas de saneamento e saúde, e de implementá-las com relativa eficácia, mesmo na ausência de demandas políticas explícitas. Isso se tornou possível devido à "capacidade de iniciativa" e ao ímpeto reformista de algumas organizações burocráticas, que, segundo o autor, foram responsáveis por estruturarem importantes mecanismos de coordenação intersetorial das políticas sociais implementadas no âmbito local (ZIBLATT, 2008).

Importa destacar que as capacidades de provisão de políticas sociais pelas esferas locais de governo não operam num vácuo institucional, requerendo regras críveis, procedimentos decisórios e estabilidade dos recursos financeiros e administrativos.

Em contextos de forte dispersão decisória, tais como nos contextos federativos, a presença constante desses fatores torna-se crucial para aprimorar os instrumentos de coordenação entre as diversas instâncias envolvidas no processo de implementação das políticas sociais. Nesses contextos, portanto, as capacidades institucionais dizem respeito ao aprimoramento dos mecanismos de coordenação horizontal (entre diferentes setores de políticas e burocracias) e vertical (entre os entes federados) para o êxito da implementação de políticas sociais descentralizadas, como se verá a seguir em relação ao caso brasileiro.

3. Capacidades institucionais, mecanismos de coordenação federativa e a descentralização das políticas de educação e saúde no Brasil

A descentralização é, sem dúvida, um importante instrumento de gestão democrática dos serviços sociais. Contudo, não se pode tratá-la como uma espécie de panaceia. A efetividade do processo de descentralização das políticas sociais depende menos da

redução do escopo de atuação das instâncias superiores de governo e mais da redefinição do seu papel estratégico em contextos federativos marcados por fortes desigualdades (ARRETCHE, 1997).

A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu um novo pacto federativo ao conferir maior autonomia política, administrativa e financeira as entidades subnacionais, transformando os municípios nos principais provedores dos serviços universais de saúde e educação fundamental. A estrutura federativa no Brasil, nesse quesito, está apoiada na cooperação entre os entes federados, sob a denominação de regime de colaboração recíproca, descentralizada, com funções compartilhadas.

Porém, há um consenso por parte de alguns especialistas de que o novo sistema de governança local instituído pela Constituição, em matéria de gestão descentralizada das políticas sociais, materializou-se de forma bastante desigual entre os municípios brasileiros (ALMEIDA, 1995; SOUZA, 1996; 2005; ARRETCHE, 2000; 2004; 2012; 2015). Tal consenso advém da constatação de que parte considerável dos municípios brasileiros abriga populações rarefeitas e muito pobres, possuindo, portanto, pouca capacidade de gerar receitas próprias. Para estes municípios, de acordo com as disposições estabelecidas pela Constituição de 1988, as transferências federais representam a principal fonte de receita, inclusive para custear seus programas sociais.

No Brasil, um país marcado por fortes desigualdades territoriais, os atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como capacidade econômica, fiscal e administrativa, possuem um peso determinante no processo de descentralização das políticas sociais (ARRETCHE, 2000). Vale ressaltar que esses determinantes também variam de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos entes locais, tais como o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional de cada política social (*idem*, 2000). Nesse sentido, a descentralização pode promover disparidade nos resultados das políticas, à medida que se delegam responsabilidades a entes locais que não possuem capacidade de gestão e nem recursos financeiros para implementá-las (ARRETCHE, 2000, 2015). Portanto, cabe aos governos interessados em transferir competências de gestão de políticas sociais implementar regras bem sucedidas de indução institucional para obter a adesão dos entes locais. Tais regras, como marcos de regulação do processo de descentralização, são fundamentais para reduzir os custos políticos, administrativos e financeiros das unidades subnacionais envolvidas na execução das funções de gestão de políticas descentralizadas. Elas minimizam os custos de implementação dessas políticas ao promoverem mecanismos de coordenação federativa. Estes, por sua vez, possibilitam um envolvimento direto do governo central no processo de descentralização, seja arcando com parte da instalação da infraestrutura necessária à provisão dessas políticas pelos municípios, seja elevando o volume das receitas disponíveis (*idem*, 2000).

Apesar dos recentes avanços no que se refere ao acesso da população às políticas sociais descentralizadas, como educação fundamental e saúde básica, ainda persistem alguns problemas e desafios. No que se refere à educação, o ensino fundamental está praticamente universalizado no país, sendo o setor público responsável por 86,5% do total de matrículas (54,4% realizadas pelos municípios). Contudo, esses avanços foram contrabalançados por uma forte deterioração da qualidade desses serviços, acarretado por um processo de universalização acompanhado de mecanismos de racionamento de recursos. Assim, não apenas o ensino, mas a infraestrutura das escolas permanece com graves deficiências, notadamente em zonas rurais e em escolas municipais, potencializando os problemas de defasagens no ensino, evasão e desigualdades no rendimento escolar (SÁTYRO e SOARES, 2007; KERSTENETZKY et al, 2012; WALTENBERG, 2013).

No caso da saúde, o balanço que se faz do modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é de que ele foi importante para a expansão da cobertura de serviços, principalmente pelos governos subnacionais. A política de saúde desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. Porém, a descentralização do SUS, via municipalização, apresentou algumas desvantagens durante a década de 1990, num contexto de forte austeridade fiscal e contingenciamento de gastos sociais. A municipalização dos serviços públicos de saúde não produziu os efeitos esperados, havendo fragmentação dos serviços - devido à ausência de escala e capacidade instalada nos municípios - e competição entre os entes federados, em que cada qual pretendia repassar os seus custos de provisão aos outros (COSTA et al. 1999; ARRETICHE, 2005; GERSHMAN e VIANA, 2005; ARRETICHE e MARQUES, 2007; VIANA et al , 2013).

Contudo, a partir da segunda metade da década de 1990, o Governo Federal, de modo a corrigir essas assimetrias, passou a promover iniciativas de coordenação federativa no âmbito da produção descentralizada das políticas de educação e saúde. Arretche (2012) argumenta que tais iniciativas foram possibilitadas pela própria Constituição que, além de transferir competências de execução de políticas para os municípios, garantiu ao Governo Federal a possibilidade de iniciar legislação em quase todas as áreas de políticas públicas, mantendo um grau de autoridade regulatória para influenciar na agenda política dos governos subnacionais (ARRETICHE, 2012:17).

Portanto, é a partir desse período que se observa uma tendência de fortalecimento do governo central no papel de coordenador de políticas, fixando diretrizes nacionais a serem implementadas pelos estados e municípios em matéria de provisão descentralizada de serviços de educação e saúde. De acordo com a literatura, esse processo possibilitou a criação de novos arranjos federativos de implementação de políticas sociais setoriais, em que o Governo Federal incentiva o desenvolvimento de determinadas ações pelos governos subnacionais, com repasse de recursos vinculados à adesão voluntária, mas com condicionalidades mínimas, sanções e monitoramento (ALMEIDA, 2005; GONÇALVES et al, 2008, ALMEIDA, 2005; VAZQUEZ, 2014; ARRETICHE, 2012; 2015).

A importância da existência de programas que gerem incentivos à ação dos governos locais pode ser vista claramente no caso das redes de ensino fundamental. Assumir a gestão de tais redes implica em gastos relativos à construção, instalação de escolas e gastos de custeio relativos à manutenção e ao pagamento de professores. Nestas circunstâncias, programas federais que minimizem os custos funcionam como um incentivo para que as administrações municipais decidam ofertar vagas no ensino fundamental. Para municípios mais pobres, a existência de tais recursos funciona como uma estratégia de captação permanente ou provisória de receita (ARRETICHE, 2000).

Vazquez (2014) destaca três tipos de mecanismos de coordenação federativa utilizados pelo governo federal para induzir o processo de expansão da oferta descentralizada de serviços de educação e saúde nos municípios brasileiros, quais sejam: a vinculação de receitas; os fundos específicos; e as transferências condicionadas. De acordo com o autor, o primeiro desses mecanismos obriga constitucionalmente os entes municipais a aumentar a oferta dessas políticas, ao reduzir a discricionariedade dos gestores municipais para decidir sobre a alocação de recursos, já que no caso da educação e saúde esta alocação estaria vinculada a um mínimo de aplicação das receitas municipais (25% em educação e 15% em saúde). O segundo desses mecanismos envolve as três esferas de governo no compromisso de destinar fundos para o financiamento de programas sociais executados localmente, a partir da

disponibilização de receitas que são proporcionais à oferta desses programas (VAZQUEZ, 2014: 975). Como forma de induzir o processo de municipalização da educação básica foi criado, em 1996, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e da Valorização do Magistério – Fundef (Emenda Constitucional n.14/1996), com o objetivo de financiar o ensino fundamental. O Fundef reunia 15 % dos impostos e transferências de estados e municípios, os quais retornavam proporcionalmente de acordo com o número de alunos matriculados nas redes fundamentais de ensino. Com fortes críticas pelo fato de não contemplar demais níveis e modalidades de ensino que compõe a educação básica, o fundo foi substituído, em 2007, pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb (Emenda Constitucional n.53/2006), visando suplementar o valor mínimo de gasto por aluno/ano das esferas subnacionais de governo.ⁱⁱ Mesmo não sendo responsável pela oferta direta de vagas na educação básica, a liderança do Governo Federal através do Fundef/Fundeb mostrou-se imprescindível para a configuração de um federalismo mais cooperativo e voltado para suprir as deficiências locais na oferta de educação fundamental (CASTRO e CARVALHO, 2013).

As transferências condicionadas, por sua vez, ganharam importância na segunda metade dos anos de 1990 (VAZQUEZ, 2014) Nessa modalidade de mecanismo de coordenação federativa, exige-se dos governos subnacionais certas contrapartidas para que os repasses de recursos sejam realizados, "os quais são orientados por regras gerais associadas à oferta da política, conferindo um caráter automático e contínuo aos repasses, caso as exigências estejam sendo cumpridas" (*idem*, 2014:975). Essas contrapartidas, por seu turno, afetam as decisões alocativas e restringem a autonomia orçamentária dos municípios, gerando incentivos para que estes executem programas sociais definidos centralmente (*idem*, 2014:976). As transferências condicionadas cumpriram um importante papel no sentido de induzir os municípios brasileiros a incrementar sua oferta de atenção básica à saúde. Saliente-se que as condicionalidades que geraram essas transferências, na área de atenção básica à saúde, seguiram critérios redistributivos; critérios baseados no tamanho da população, na natureza dos programas, como o Programa Saúde da Família (PSF), e na situação socio sanitária de algumas localidades e regiões.ⁱⁱⁱ

É importante destacar que os dois últimos mecanismos de coordenação federativa destacados acima, ainda que implementados sob condicionalidades, foram fundamentais para reduzir as desigualdades horizontais de estados e municípios no financiamento e na provisão de serviços de educação e saúde.

Merece atenção um balanço feito por Vazquez (2014) relativo aos impactos dos mecanismos de coordenação federativa sobre a provisão municipal de educação fundamental e de atenção básica à saúde. O ensino fundamental foi praticamente universalizado, visto que houve crescimento considerável das matrículas já nos anos iniciais de funcionamento do Fundef/Fundeb. Também houve forte municipalização deste nível de ensino, já que os municípios atenuaram suas resistências no que se refere à assunção de competências em matéria de políticas de educação, pois tais fundos garantiram recursos adicionais proporcionais ao número de matrículas realizadas pelos entes municipais. A redistribuição de recursos promovida pelo Fundef/Fundeb reduziu as desigualdades horizontais, já que o valor aluno/ano repassado pelo fundo foi equalizado dentro de cada estado (*idem*, 2014:975). Na área da saúde, conforme salienta o autor, houve um considerável incremento do gasto municipal, financiado com recursos próprios, em função dos efeitos da Emenda Constitucional 29 (2014:987).^{iv} Também se constatou que houve um aumento significativo da cobertura de

atenção básica nos municípios, induzido pelas diretrizes estabelecidas centralmente, gerando um padrão nacional de atuação descentralizada da política fixado sob critérios redistributivos de repasse de recursos (*idem*, 2014:997).

Contudo, os efeitos desse formato mais redistributivo dos critérios sobre repasse de recursos federais para as políticas sociais descentralizadas, gerados em grande medida pelos mecanismos de coordenação federativa, foram atenuados por certa omissão de responsabilidade do governo federal. Tal omissão pode ser constatada pelo fato de as transferências federais ao SUS e ao Fundef/Fundeb, nos últimos anos, não terem sido reajustadas conforme o ritmo de expansão da oferta de serviços de educação e saúde providos pelos municípios. No caso da educação, houve redução da participação da União no financiamento do Fundef/Fundeb, em razão do baixo valor mínimo nacional para os repasses definido pelo Governo Federal, fato que exigiu mais esforços dos governos subnacionais na assunção dos custos de oferta do ensino fundamental. Também não houve correção dos valores de referência para os repasses das transferências federais no âmbito do SUS (*idem*, 2014).

Assim, de acordo com Vazquez (2014), a "regulação do processo de descentralização" das políticas sociais por mecanismos de coordenação federativa no Brasil vem sendo caracterizada por dois movimentos. No primeiro movimento, o governo federal buscou a adesão dos governos municipais, arcando com uma parcela significativa dos custos de provisão de políticas sociais dos municípios. Nesse momento, os repasses federais tenderam a crescer como estratégia de indução e incentivo para facilitar a adesão dos entes municipais. O segundo movimento, por seu turno, deu-se após os programas serem implementados pelos municípios, em que os valores repassados aos mesmos pelo governo federal ficaram defasados e não foram corrigidos, reduzindo sua participação no financiamento dos programas sociais. Nesse segundo movimento, em particular, são exigidas contrapartidas municipais maiores, visto que os custos da oferta dos programas crescem, bem como a pressão social para a continuidade e expansão dos mesmos (*idem*, 2014). Aliás, é importante salientar que os custos políticos da não provisão desses programas por parte dos municípios tendem a crescer, pois a universalidade do seu acesso é garantida pela Constituição Federal.

4. As políticas de educação e saúde nos municípios da MSF

À luz das considerações apontadas acima, este estudo procurou elaborar uma metodologia de acompanhamento e análise comparativa da implementação das políticas de educação e saúde nos municípios da Mesorregião Sul Fluminense (MSF), de modo a tornar mais evidentes suas distintas capacidades em ampliar a oferta dessas políticas, em conformidade com as diretrizes traçadas pelas políticas nacionais.

Os Municípios que integram a MSF, apesar de algumas similaridades no tocante à vocação regional voltada para a indústria, possuem uma composição bastante heterogênea em termos dos seus diferentes perfis sociodemográficos, níveis de renda, capacidade de arrecadação fiscal e indicadores sociais. Essa heterogeneidade pode ser constatada pelo percentual de participação da receita de impostos e das transferências intergovernamentais na receita total de cada um dos municípios que compõem a MSF (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Participação da Receita de Impostos na Receita Total dos Municípios da MSF 2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	20,57	17,78	18,84	21,6	19,53	20,55	19,3	19,88	23,29	25	23,19
Barra do Piraí	12,87	11,55	13,28	12,79	11,78	13,55	11,74	12,1	15,68	14,17	22,11
Barra Mansa	14,41	13,58	13,84	14,01	12,72	12,69	12,44	12,84	11,84	11,9	12,85
Itatiaia	17,83	17,12	17,73	18,76	14,47	13,79	17,26	20,32	19,78	18,72	18,03
Paraty	17,84	16,86	17,03	13,12	10,08	9,95	10,46	12,25	13,06	14,42	13,97
Pinheiral	4,73	5,97	6,35	6,71	5,79	8,78	7,69	5,34	6,37	5,99	4,29
Piraí	9,85	10,56	10,6	10,78	8,82	9,31	7,6	11,22	10,65	11,88	12,38
Porto Real	5,81	5,45	6,98	5,84	7,3	6,58	5,59	6,71	7,36	6,73	8,79
Quatis	4,55	3,49	3,64	4,29	3,4	3,3	3,59	3,9	3,72	3,16	3,38
Resende	13,55	13,39	15,06	17,05	16,73	20,07	18,29	19,07	18,12	20,45	19,11
Rio Claro	3,96	6,08	4,72	4,38	5,14	5,76	7,69	6,42	4,81	5,15	4,41
Rio das Flores	5,44	6,75	4,88	4,98	4,19	11,38	14,96	6,91	4,42	5,78	4,08
Valença	8,51	10,05	10,63	11,98	10,63	10,05	10,08	7,45	7,81	8,44	10,58
Volta Redonda	23,07	25,3	23,79	28,34	25,89	20,25	21,63	20,46	20,69	26,04	20,8

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Tabela 2 – Participação das Transferências Intergovernamentais na Receita Total dos Municípios da MSF 2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	78,6	78,21	81,68	76,34	69,19	69,46	65,31	65,12	58,73	68,2	63,38
Barra do Piraí	77,02	77,52	66,2	78,87	75,23	74,41	62,23	64,64	72,34	72,69	71,51
Barra Mansa	74,3	73,21	71,27	65,54	60,15	64,32	65,19	60,91	62,76	62,56	65,8
Itatiaia	85,06	87,06	82,58	80,54	74,34	73,41	65,15	65,19	63,66	76,4	78,12
Paraty	64,1	79,55	81,12	83,22	82,83	81,73	80,95	82,36	82,54	84,26	74,86
Pinheiral	97,4	88,13	91,9	94,35	78,94	86,19	80,73	77,02	75,96	88,89	81,8
Piraí	75,47	85,09	86,94	90,37	75,21	71,6	49,43	65,82	66,48	71,88	66,54
Porto Real	100,67	103,97	100,59	100,15	87,96	89,68	90,75	88,44	88,48	89,58	88,85
Quatis	93,44	95,25	92,9	92,69	81,95	85,1	82,76	85,36	75,78	79,42	80,88
Resende	81,58	74,11	65,97	69,44	61,96	65,48	65,66	66,08	63,97	68,54	63,16
Rio Claro	85,19	96,22	89,53	92,76	74,14	75,38	71,41	73,79	72,51	86,55	79,42
Rio das Flores	66,02	80,21	78,05	86,06	79,36	70,46	72,42	81,55	84,76	90,61	90,91
Valença	87,1	91,4	89,24	90,12	85,45	76,48	80,28	84,85	85,89	86,39	82,04
Volta Redonda	77,59	81,31	81,89	79,93	56,81	58,53	67,15	65,24	59,71	62,99	65,11

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

De um modo geral, como se pode observar, a grande maioria dos municípios que compõe a MSF tiveram um aumento das receitas geradas por impostos em relação ao total das receitas disponíveis. Isso demonstra, de certa forma, o peso dos mecanismos de coordenação federativa, especialmente dos efeitos da vinculação de receitas no âmbito desses municípios, já que os mesmos têm de empreender importantes esforços de arrecadação fiscal para arcar com os compromissos constitucionais referentes ao financiamento de suas políticas de educação e saúde. O inverso ocorre em relação às

transferências intergovernamentais ao longo do período considerado. Nesse quesito, observa-se uma diminuição considerável dessas transferências como parte da receita total dos municípios, embora em alguns municípios menos populosos ou mais pobres a participação das transferências intergovernamentais ainda ultrapasse 80% das receitas disponíveis.

É importante destacar que a MSF é, depois da Mesorregião Metropolitana, a mais industrializada do estado do Rio de Janeiro, destacando-se, nesse quesito, os municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Resende e Angra dos Reis. Contudo, nos últimos anos, o desenvolvimento industrial e o crescimento desenfreado da MSF geraram uma série de problemas, com a consequente perda da qualidade de vida da população, retratada na expansão de submoradias e de periferias subequipadas de serviços sociais.

Apesar disso, a MSF também se destaca por certas iniciativas municipais de política pública que vêm contribuindo para reverter os problemas sociais. Tais iniciativas lograram êxito por se alinharem às políticas traçadas nacionalmente, sem abdicar de experimentos inovadores produzidos em âmbito local, que se mostraram capazes de expandir a oferta de educação fundamental e saúde básica.

A ênfase em uma abordagem comparada da gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde na MSF, também pode ser justificada pelas próprias experiências que alguns municípios acumularam nesse quesito. É sabido que as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda se constituíram, desde o início da década de 1990, como referências de uma política efetiva de assunção de competências descentralizadas na gestão das políticas de saúde, com destaque para as ações locais de promoção da saúde do trabalhador (PINHEIRO, 2002). No caso de Volta Redonda, o êxito das políticas de descentralização dos serviços de saúde deve-se a um estilo de gestão mais participativo e integrado aos mecanismos de coordenação federativa, além do fato de o município em tela contar com uma eficiente política de recursos humanos e de saúde preventiva.

4.1. Análise comparada de alguns indicadores de educação e saúde dos municípios da MSF

Monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas produzidas pelos municípios é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre como usar os impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos da forma mais eficiente e equitativa. Portanto, os indicadores sintéticos que atestam o desempenho da gestão das políticas descentralizadas de educação e saúde, tais como o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)^v e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)^{vi}, recentemente criados pelo governo brasileiro, são importantes referências para se avaliar os resultados das políticas públicas produzidas no âmbito municipal.

Tais indicadores se apresentam também como importantes insumos, sob a forma de informações estratégicas, para que os estados e o Governo Federal apoiem os municípios na melhoria dos seus serviços de educação e saúde, especialmente os municípios com poucos recursos técnicos e financeiros.

Este estudo constatou, preliminarmente, que os municípios que integram a MSF também estão sujeitos aos problemas que afetam outras regiões brasileiras no tocante à implementação descentralizada das políticas de educação e saúde. O estudo constatou haver entre eles uma forte discrepância dos indicadores sintéticos que atestam o desempenho da gestão dessas políticas.

A média constatada do IDEB da rede municipal nos municípios que integram a MSF, para os alunos da 8. série/9. ano do ensino fundamental, em 2013, foi de 3.8 (média considerada baixa). Contudo, como pode ser averiguado abaixo (tabela 3), foi grande a variação registrada, com os municípios de Barra do Pirai e Pirai obtendo os melhores indicadores (4.6), enquanto Porto Real e Quatis registraram os indicadores mais baixos (3.2).

Tabela 3 - Resultados e Metas Projetadas para o IDEB, na rede municipal, para os alunos da 8. série/9. ano do Ensino Fundamental – MSF/ 2005-2013

Municípios	IDEB Observado					IDEB Esperado			
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013
Angra dos Reis	3.3	3.4	3.3	3.9	3.5	3.3	3.5	3.8	4.2
Barra do Pirai	3.9	2.9	4.1	4.7	4.6	3.9	4.0	4.3	4.7
Barra Mansa	4.1	3.9	4.3	4.1	3.8	4.1	4.3	4.5	4.9
Itatiaia	2.9	3.1	3.4	4.1	3.9	2.9	3.0	3.3	3.7
Paraty	4.0	3.7	3.7	2.9	3.3	4.1	4.2	4.5	4.9
Pinheiral	3.5	4.2	4.5	4.7	3.8	3.5	3.7	4.0	4.4
Pirai	4.0	3.9	4.1	4.5	4.6	4.0	4.2	4.5	4.9
Porto Real		3.3	3.3	3.4	3.2		3.4	3.6	4.0
Quatis	3.5	3.6	4.0	3.6	3.2	3.5	3.6	3.9	4.3
Resende	3.3	3.2	3.4	4.1	3.7	3.4	3.5	3.8	4.2
Rio Claro	3.3	4.1	3.6	3.9	3.5	3.4	3.5	3.8	4.2
Rio das Flores	3.8	3.3	3.1	3.7	4.5	3.8	4.0	4.3	4.7
Valença	4.2	3.8	3.7	4.0	3.4	4.2	4.4	4.7	5.1
Volta Redonda	4.2	4.0	4.0	4.3	4.3	4.2	4.4	4.7	5.0

Fonte: MEC/INEP

* Os números hachurados representam metas atingidas

Pode-se constatar, também, uma forte variação no que se refere ao IDSUS de 2010 para os municípios que integram a MSF, com o município de Pirai liderando nesse quesito (7.3) e o município de Itatiaia obtendo a pior avaliação (4.8) (Tabela 3). A média obtida pela MSF no IDSUS de 2010 (5,7) foi considerada razoável em comparação com o desempenho obtido por outras Mesorregiões brasileiras com o mesmo número de municípios e nível de desenvolvimento.

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento do SUS (IDUS) – MSF/2010

Municípios	Nota IDUS	Ranking Estadual	Ranking Região Sudeste	Ranking Brasil
Angra dos Reis	6.23	5	611	1350
Barra do Piraí	4.92	55	1529	4579
Barra Mansa	5.67	16	1117	2610
Itatiaia	4.85	58	1549	4724
Paraty	5.13	42	1461	4107
Pinheiral	5.42	25	1309	3305
Piraí	7.3	1	63	157
Porto Real	5.18	40	1434	3986
Quatis	4.86	57	1546	4708
Resende	5.67	17	1118	2611
Rio Claro	4.98	51	1508	4446
Rio das Flores	7.18	2	90	219
Valença	6.78	3	238	546
Volta Redonda	6.63	4	393	868

Fonte: DATASUS

Apesar de os indicadores sintéticos explicarem o desempenho agregado dos resultados dessas políticas nos respectivos municípios, eles não explicam tudo. Daí a necessidade de o estudo focar em outros indicadores para atestar a capacidade de produção descentralizada das políticas de educação e saúde em cada município considerado. Nesse quesito, optou-se por apresentar, ainda que de forma bastante incipiente, o resultado dessa produção, que, diga-se, está fortemente orientado pelos mecanismos de indução federal.

Como recurso metodológico, e apoiando-se nos achados de Vazquez (2014), foram selecionados alguns indicadores de produção de políticas sociais descentralizadas, que são representativos tanto da evolução das capacidades de provisão nos respectivos municípios como dos efeitos dos mecanismos de coordenação federativa acima citados. Optou-se pela escolha de uma escala temporal que permitisse captar os efeitos da EC-29, aprovada em 2000 e regulamentada em 2012, cobrindo assim o período de 2004 a 2014.

Conforme salientado por Vazquez (2014), a participação dos municípios no financiamento da atenção básica à saúde constituiu-se como o principal objetivo da Emenda Constitucional n. 29 (EC-29). Essa emenda produziu importantes efeitos na organização das finanças públicas e no planejamento dos gastos sociais municipais, visto que os seus critérios de vinculação de receita induziram os municípios a cumprirem sua parte no financiamento das ações em saúde. As tabelas 5 e 6 abaixo demonstram, respectivamente, a evolução do percentual do gasto municipal em saúde por meio da aplicação de recursos próprios e das transferências feitas via SUS para cada um dos municípios integrantes da MSF.

Tabela 5- Recursos Próprios Aplicados em Saúde – MSF/2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	19,45	23,84	23,53	23,58	27,26	30,33	26,6	27,76	30,1	34,1	34,3
Barra do Pirai	21,51	18,51	20,91	21,46	22,65	20,05	18,23	19,9	20,21	20,68	19,82
Barra Mansa	19,24	19,45	17,85	20,92	19,33	25,75	17,64	15,51	18,07	19,46	27,68
Itatiaia	19,5	15,37	18,93	28,29	25,06	23,99	22,29	21,4	22,91	22,96	26,16
Paraty	15	22,88	21,71	24,49	19,76	30,89	34,95	34,84	34,33	45,43	37,82
Pinheiral	29,71	30,29	30,76	31,82	34,78	31,01	32,83	37,65	36,05	36,79	39,07
Pirai	21,53	25,22	28,26	26,9	26,67	29,09	29,86	29,83	26,72	29,07	29,89
Porto Real	15,96	18,28	19,42	25,14	22,19	26,39	19,79	20,61	23,77	23,95	28,35
Quatis	19,7	21,2	20,84	19,65	19,74	15,52	16,19	16,95	15,02	16,46	19,22
Resende	17,74	18,36	19,24	18,42	20,32	22,48	21,88	22,03	23,6	25,87	28,15
Rio Claro	22,39	31,36	22,89	20,58	22,98	21,92	20,51	20,71	22,81	28,28	27,28
Rio das Flores	15,68	30,05	20,74	22,22	24,08	20,76	20,81	24,8	25,52	25,75	31,37
Valença	16,46	21,68	20,85	19,28	18,37	24,49	25,41	22,01	23,48	21,81	23,61
Volta Redonda	17,41	21,61	32,05	29,77	20,69	31,74	20,02	22,32	25,37	28,06	29,36

Fonte: DATASUS

Tabela 6 - Transferências SUS/Despesa Total em Saúde – MSF/2004-2014 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	28,16	25,29	20,62	19,28	20,15	20,26	19,74	16,58	19,76	21,3	28,31
Barra do Pirai	19,05	23,89	27,46	26,71	41,45	65,87	66,71	63,2	70,66	54,3	56,78
Barra Mansa	50,04	50,54	53,34	51,78	48,49	53,72	49,12	58,61	66,65	60,06	57,41
Itatiaia	13,07	19,43	18,96	7,8	22,99	30,75	32,85	30,01	31,29	24,39	17,79
Paraty	45,37	27,4	26,53	30,37	26,26		15,14	15,12	14,39	9,09	11,67
Pinheiral	27,28	28,42	38,86	32,29	32,85	37,42	40,74	32,69	34,33	31,21	32,08
Pirai	40,88	20,4	22,7	21,93	23,72	22,83	28,84	24,08	29,13	27,48	25,92
Porto Real	26,31	10,89	13,02	9,4	17,46	14,74	15,33	10,35	10,98	10,37	9,79
Quatis	23,04	22,48	23,77	29,43	40,06	71,89	64,9	63,34	61,55	53,96	48,67
Resende	50,06	50,78	43,99	43,72	39,79	41,89	37,96	38,31	40,58	38,94	35,61
Rio Claro	20,17	19,76	29,24	22,74	27,45	31,36	34,31	30,9	37,15	31,67	32,97
Rio das Flores	24,82	13,87	18,02	17,03	24,77	31,16	32,41	28,33	32,82	30,44	27,71
Valença	34,31	26,08	28,48	34,2	47,07	51,01	57,05	66,19	68,61	67,07	52,31
Volta Redonda	51,09	44,48	35,59	38,17	41,61	36,26	42,61	38,8	50,96	30,08	36,45

Fonte: SIOPS/DATASUS

Os resultados agregados para a MSF revelam que os efeitos da EC-29 foram bastante salientes, pois os recursos próprios dos municípios para o financiamento das políticas de saúde descentralizadas cresceram consideravelmente durante todo o período analisado. Dos municípios selecionados, apenas Barra do Piraí e Quatis – este último com baixa capacidade de arrecadação - apresentaram uma variação negativa desse indicador. Municípios como Paraty, Rio das Flores e Angra dos Reis registraram uma variação fortemente positiva, saindo no início da série considerada de patamares que perfaziam respectivamente 15%, 15.6% e 19.4% de recursos próprios aplicados em saúde, passando para 37.8%, 31.3% e 34.3% em 2014. Deve-se destacar que Rio das Flores e Angra dos Reis ocupam boas posições no ranking estadual do IDSUS.

Contudo, analisando o desempenho desses indicadores caso a caso, observa-se, particularmente no que se refere às transferências via SUS, uma forte oscilação no comportamento desse indicador dentro do período considerado. Dos municípios que integram a MSF, apenas cinco (Paraty, Piraí, Porto Real, Resende e Volta Redonda) registraram uma diminuição das transferências realizadas via SUS como percentual das despesas totais em saúde. Como se pode observar na tabela 6, o comportamento desse indicador foi bastante errático.

Ainda que se constitua como importante indicador da assunção de competências municipais na área da saúde, o aumento da participação das receitas próprias dos municípios no total dos gastos em saúde precisa ser analisado à luz de outros indicadores que revelem a produção da capacidade instalada de provisão de serviços de atenção básica em cada um dos municípios considerados. A tabela 7 (abaixo) fornece a quantidade de procedimentos ambulatoriais de atenção básica à saúde prestados pelos municípios da MSF entre 2009 e 2014, período no qual se fez sentir mais diretamente os efeitos da EC-29.

Tabela 7 -Produção Ambulatorial – MSF/2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	6.485.699	5.618.162	6.782.110	5.500.369	5.387.089	5.228.675
Barra do Piraí	903.735	980.806	855.297	1.005.725	1.266.911	1.432.534
Barra Mansa	1.778.175	1.992.939	1.988.320	1.934.933	1.983.986	1.697.326
Itatiaia	376.959	597.543	371.499	473.797	444.680	492.653
Paraty	1.146.882	1.160.975	1.100.971	1.323.236	598.109	678.544
Pinheiral	579.867	576.468	552.838	415.942	609.733	875.834
Piraí	777.057	631.750	974.621	1.766.254	1.172.838	774.163
Porto Real	417.039	445.351	585.948	722.511	979.392	725.144
Quatis	210.891	233.110	228.560	246.858	256.483	318.674
Resende	1.428.258	1.703.794	1.822.333	2.171.496	2.232.854	2.232.872
Rio Claro	235.512	306.680	407.876	433.166	567.031	365.405
Rio das Flores	196.041	185.745	249.099	270.891	262.987	207.952
Valença	1.049.104	1.107.187	1.334.228	1.345.855	1.272.729	1.292.948
Volta Redonda	4.540.409	6.204.118	7.996.563	8.210.250	7.368.888	7.949.019

Fonte: DATASUS

Os mesmos achados de Vazquez (2014) em relação à produção de serviços de atenção básica pela totalidade dos estados e municípios brasileiros podem ser generalizados para a MSF, embora com algumas ressalvas. Em primeiro lugar, deve-se registrar que a produção ambulatorial nos municípios da MSF teve um comportamento

errático durante o período analisado, com unidades apresentando um crescimento inicial seguido de queda, como é o caso de Angra dos Reis e Paraty, e outras apresentando um crescimento contínuo em vista do tamanho de suas respectivas populações, da quantidade de procedimentos realizados, e de certa experiência no âmbito da gestão de políticas descentralizadas de atenção básica, como Resende e Volta Redonda. Contudo, a produção ambulatorial cresceu consideravelmente em cinco municípios (Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Porto Real e Quatis). Conforme visto na tabela 4, estes municípios apresentaram os piores indicadores no que se refere ao ranking estadual do IDSUS. O crescimento dos procedimentos ambulatoriais, particularmente nesses municípios, pode ser explicado por sua baixa cobertura inicial. Considerando que tais municípios apresentaram os piores escores entre as posições de classificação relativa ao desempenho do SUS na MSF, a ampliação da oferta dos procedimentos ambulatoriais pelos mesmos, nos últimos anos, pode estar relacionada aos efeitos da EC-29 e das transferências condicionadas.

No que diz respeito às políticas de educação executadas pelos municípios da MSF, os resultados também apontam no sentido do incremento do processo de descentralização do ensino fundamental, materializado através da expansão das matrículas nesse nível de ensino e da rede própria municipal.

Vazquez (2014) aponta que no período 1997-2006, em razão dos efeitos da implementação do Fundef, as redes municipais no Brasil cresceram 44,3%, enquanto as redes estaduais de ensino fundamental apresentaram uma queda acentuada (-34,5%) no número de matrículas (VAZQUEZ, 2014: 981). Segundo o autor, houve inicialmente uma forte transferência de oferta do ensino fundamental dos estados para os municípios, “e embora a criação do fundo não tenha estabelecido nenhuma obrigatoriedade de descentralização da oferta aos municípios – a competência pela oferta continuou compartilhada entre os governos estadual e municipal” (*idem*, 2014:981). Assim, após a implementação do Fundef, houve uma forte expansão das matrículas nas redes municipais de ensino, especialmente nos estados e municípios mais pobres e que concentravam o maior número de crianças fora da escola, demonstrado, nesse sentido, a efetividade do fundo como estratégia de indução federal no âmbito da descentralização do ensino fundamental. Aliás, o processo de municipalização do ensino fundamental jamais teria se incrementado nos últimos anos sem os aportes desses fundos. Vazquez (2014:982) aponta que, entre 1997-2006, o aumento real no volume de recursos do Fundo destinados aos municípios foi da ordem de 115%, frente ao crescimento de 45% das matrículas.

Contudo, após os anos iniciais de implementação do Fundef verificou-se uma trajetória decrescente da oferta de matrículas no ensino fundamental na maioria dos municípios brasileiros, quer seja por razões do êxito da própria política, com as metas da municipalização e da universalização do ensino fundamental sendo atingidas, quer seja por razões demográficas (*idem*, 2014). O que deve ser registrado, no entanto, é que os aportes do fundo aumentaram substantivamente, mesmo diante da redução do ritmo da oferta de matrículas pelos municípios.

A criação do Fundeb, em 2006, que ampliou os recursos para todas as etapas e modalidades da educação básica, não alterou a tendência de redução das matrículas e de incremento dos aportes. Isso pode ser observado nos municípios da MSF. As tabelas 8 e 9 (abaixo) mostram respectivamente o total de recursos destinados via Fundef/Fundeb para os municípios considerados, no período 2004-2014, e a evolução das matrículas no ensino fundamental em cada um desses municípios no mesmo período. É importante ressaltar que os aportes do Fundef/Fundeb realizados na MSF cresceram ano a ano e

proporcionalmente ao número de matrículas, o que permite totalizá-los dentro de subperíodos (tabela 8).

Tabela 8 – Repasses de Recursos do Fundef/Fundeb – MSF/2004-2014 (R\$)

Municípios	2004-2007	2008-2011	2012-2014
Angra dos Reis	87.547.900,92	157.553.577,87	188.940.055,61
Barra do Piraí	22.799.995,31	50.715.847,58	64.283.229,68
Barra Mansa	88.194.083,39	140.270.494,39	159.966.299,35
Itatiaia	18.261.887,55	33.926.703,94	39.360.368,70
Paraty	18.579.644,25	36.742.824,13	46.522.146,60
Pinheiral	13.918.260,28	20.988.543,30	26.087.719,98
Piraí	22.338.617,08	39.875.512,22	43.497.154,38
Porto Real	10.244.829,13	21.155.196,17	25.117.426,17
Quatis	8.690.018,67	14.865.421,54	18.150.390,08
Resende	53.122.004,30	91.919.492,82	112.619.070,22
Rio Claro	9.024.088,79	20.333.852,05	24.617.407,21
Rio das Flores	5.333.232,12	11.806.464,63	13.499.903,73
Valença	24.317.350,10	61.505.476,47	75.479.126,26
Volta Redonda	151.973.276,13	252.978.008,00	293.476.512,51

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Tabela 9 – Matrículas da Educação Básica (Ensino Fundamental) – MSF/2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angra dos Reis	18.060	18.511	19.119	18456	18329	19259	17587	17453	17260	16981	16632
Barra do Piraí	4.633	4.551	4.970	4792	4752	4780	4826	5213	5363	5635	5718
Barra Mansa	18.677	18.961	17.902	17138	16932	16663	16257	15499	14913	15435	15366
Itatiaia	3.934	3.767	3.589	3510	3700	3567	3330	3244	3299	3253	3186
Paraty	3.851	3.855	4.023	4024	4418	4496	4343	4461			
Pinheiral	3.021	2.922	2.673	2513	2490	2372	2353	2280	2326	2354	2342
Piraí	4.486	4.855	4.883	4849	4856	4676	4555	4047	4009	3839	3649
Porto Real	2.013	2.193	2.203	2352	2451	2261	2148	2238	2339	2373	2648
Quatis	1.809	1.820	1.818	1672	1679	1614	1569	1498	1543	1598	1653
Resende	11.394	10.948	9.875	9616	9493	8777	8578	8431	8367	8874	9021
Rio Claro	1.837	1.729	2.066	2002	2036	2140	2177	2193	2198	2163	2103
Rio das Flores	1.077	1.156	1.102	1077	1084	1152	1106	1100	1040	1026	1017
Valença	4.553	4.845	5.151	5057	5127	5337	5052	5027	4964	4928	4813
Volta Redonda	32.096	31.199	30.461	29232	29040	28198	11829	26613	26284	25260	10918

Fonte: INEP

Embora o número de matrículas tenha oscilado, a maioria dos municípios da MSF registrou um declínio desse indicador – alguns registrando uma forte redução, como é o caso de Volta Redonda -, em grande medida provocado pelas razões enunciadas acima. O inverso ocorreu em outros municípios cuja oferta inicial de educação básica era bastante incipiente, como Barra do Piraí, Paraty, Porto Real e Rio Claro. Tais municípios, diga-se, expandiram suas matrículas no ensino básico como estratégia de captação de recursos; e quando completarem a expansão da oferta de

matrículas é bem provável que seguirão a trajetória dos demais municípios considerados. Cumpre destacar que os aportes realizados pelo Fundef/Fundeb na MSF tiveram um efeito fortemente redistributivo, já que complementaram os recursos destinados ao ensino básico, especialmente dos municípios mais pobres, aumentando, portanto, o valor médio do fundo aplicado por aluno/ano em cada município.

Quando se divide o valor anual dos aportes destinados pelo fundo aos municípios da MSF pelo total anual de matrículas realizadas pelos mesmos, obtém-se o valor médio aplicado por aluno/ano em cada município. Os resultados dessa equação demonstram um forte movimento de equalização dos valores médios aplicados por aluno/ano na MSF. Excetuando o município de Volta Redonda que destoou da média por ter apresentado um aumento muito significativo dos valores médios aplicados por aluno/ano, a grande maioria dos municípios quadruplicou esses valores no período de 2004 a 2014. Em 2004, o valor médio do Fundef aplicado por aluno/ano no município de Volta Redonda era de R\$ 1.104,53, em 2014, esse valor, desde então repassado pelo Fundeb, contabilizou R\$ 9.675,00. Nos demais municípios, excetuando Paraty que não apresentou os resultados das matrículas efetuadas entre 2012 e 2014, o incremento foi menor do que o registrado em Volta Redonda, mas não deixou de ser significativo, passando de R\$1.071,25, em 2004, para R\$4.441,83, em 2014. Cabe salientar que os valores repassados pelo Fundef/Fundeb aos municípios da MSF poderiam ter sido maiores se, conforme destacado, o Governo Federal tivesse reajustado adequadamente os valores para os repasses.

5. Conclusão

A necessidade de desenvolver capacidades institucionais de implementação de políticas sociais nos municípios brasileiros tem recebido uma atenção crescente por parte da literatura. Tais capacidades, em suma, são fundamentais para internalizar nas esferas locais de governo uma cultura de negociação intergovernamental e de qualificação técnica e política da burocracia responsável por essa implementação.

Contudo, a construção dessas capacidades no Brasil, conforme visto, tornou-se fortemente dependente das estratégias de indução colocados em curso pelo Governo Federal nos últimos anos através de mecanismos de coordenação federativa. Tais estratégias se constituíram como importantes instrumentos de política sociologicamente informados, pois fundamentados na superação dessas desigualdades, induzindo os municípios a se engajarem na superação de problemas de ação coletiva, advindos de uma estrutural assimetria de recursos, ao torná-los mais capazes institucionalmente de prover políticas descentralizadas de educação e saúde. Pode-se dizer, nesse aspecto, que essas estratégias auxiliaram os municípios brasileiros a capilarizar a oferta dessas políticas, ampliando assim as capacidades de provisão social do Estado por todo o território.

Este estudo destacou que os mecanismos de indução federal e de coordenação federativa se constituíram como importantes vetores das estratégias de implementação das políticas de educação fundamental e de atenção à saúde nos municípios da MSF, gerando um arranjo local de implementação de políticas mais redistributivo. Em que pese esses mecanismos, a discrepância registrada nos indicadores de desempenho dessas políticas, nos respectivos municípios, ainda se constitui como problema de política pública a ser enfrentado, o que exigirá maiores esforços de coordenação e articulação de suas políticas com as diretrizes nacionais.

Deve-se salientar, à guisa de conclusão, que o quadro de subfinanciamento das políticas sociais, sobretudo no âmbito nacional, compromete a expansão continuada

dessas políticas no nível local. Em razão de sucessivos ajustes fiscais e contingenciamentos dos gastos sociais, os instrumentos de coordenação federativa das políticas sociais descentralizadas também podem induzir o poder local a se adaptar a uma oferta mitigada de políticas sociais universais.

6. Bibliografia

ALMEIDA, M. H. T. de. (1995). "Federalismo e Políticas Sociais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28, (10), jun., pp. 88-108.

_____. (2005). "Recentralizando a Federação?". *Revista de Sociologia e Política*, vol. 24, pp. 29-40

ARRETCHE, M. (1997). "O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas". In Gerschman, S.; Werneck Vianna, M.L. T. (Orgs.) *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____. (2000) *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Revan/FAPESP.

_____. (2004). "Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e Autonomia". *São Paulo em Perspectiva*, vol. 18, no 2, pp. 17-26

_____. (2005). "A Política da Política de Saúde no Brasil". In Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

_____. (2012). *Federalismo e Centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FGV/Fiocruz.

_____. (2015) "Trazendo o Conceito de Cidadania de Volta: a propósito das desigualdades territoriais". In Arretche, M. (org.). *Trajetórias das Desigualdades. Como o Brasil Mudou nos Últimos Cinquenta Anos*. São Paulo: Ed. Unesp/CEM.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (2007). "Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde". In Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ,

CASTRO, J. A. de.; CARVALHO, C. H. A. de. (2013). "Necessidades e Possibilidades para o Financiamento da Educação Brasileira no Plano Nacional de Educação". *Educação & Sociedade*, vol. 34, n. 124, 2013, pp. 829-849.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L.; RIBEIRO, J. (1999). "A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil". *Revista do Serviço Público*, 50 (3), pp. 5-30.

ELIAS, Norbert. (1993). *O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização – Vol. 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

EVANS, P. RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (1985). *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

EVANS, P. (1995). *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

_____; RAUCH, J. E. (2014). "Burocracia e Crescimento: uma análise internacional dos efeitos das estruturas do Estado 'weberiano' sobre o crescimento econômico". *Revista do Serviço Público*, vol.65, n. 4, pp. 407-437.

GERSHMAN, S; VIANA, A. L. D. (2005), "Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Neoliberal". In Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suarez, J. M. (Orgs.). *Saúde e Democracia. Historia e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

GONCALVES, R.; LOTTA, G.; BITELMAN, M. (2008). "A coordenação federativa de políticas públicas duas décadas após a Constituição Federal de 88". *Encontro Nacional de Administração Pública e Governança*. Salvador. Anais. Salvador: ENAPG.

KERSTENETZKY, C. L.; A.M. BRITTO; WALTENBERG, F. D. (2012), "Educação: revolução pela inércia?". *CiênciaHoje*, n. 299,out., pp. 26-31.

MANN, M. (1993). *The Sources of Social Power. The Rise of Classes and Nation-States, 1760-1914*. Vol. II. Cambridge: Cambridge University Press.

PINHEIRO, R. (2012). "Em Defesa da Vida: Modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda". *Revista de Administração Pública – RAP*, 36 (2), Mar/Abr, pp.213-32.

POGGI, G. (1978). *The Development of the Modern State: A Sociological Introduction*. Stanford: Stanford University Press.

ROCHA, S. (2013). "Educação de qualidade e democrática: um direito de todos – desafios da educação básica" In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

SÁTYRO, N.; SOARES, S. (2007). "A Infra-Estrutura das Escolas Brasileiras de Ensino Fundamental: um estudo com base nos Censos Escolares de 1997 a 2005". Texto para discussão do IPEA, n. 1267. Brasília: IPEA.

SOUZA, C. (1996). Reinventando o Poder Local? Limites e possibilidades do Federalismo e da Descentralização. *São Paulo em Perspectiva*, v.10, n.3, p.38-52.

_____.(2005). Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*. n. 24, jun, pp. 105-121.

TILLY, C. (1996). *Coerção, Capital e Estados Europeus*. São Paulo: Edusp.

_____. (2007), *Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.

VAZQUEZ, D. A. (2014). Mecanismos Institucionais de Regulação Federal e seus Resultados nas Políticas de Educação e Saúde. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, vol. 57, nº4, pp. 969 a 1005.

VIANA, A. L. A; SILVA, H. P., LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2013). "O sistema de saúde brasileiro: dilemas atuais". In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas*

Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

WALTENBERG, F. (2013), "Igualdade de oportunidades educacionais no Brasil: quão distantes estamos e como alcançá-las?" In Fonseca, A.; Fagnani, E. (orgs.). *Políticas Sociais, Desenvolvimento e Cidadania. Educação, Seguridade Social, Pobreza, Infraestrutura Urbana e Transição Demográfica.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

ZIBLATT, D. (2008), "Why Some Cities Provide More Public Goods than Others: A Subnational Comparison of the Provision of Public Goods in German Cities in 1912". *Studies in Comparative International Development.* vol. 43, pp. 273–289.

ⁱ A MSF é composta pelos seguintes municípios com as respectivas populações: Angra dos Reis (184.940), Barra do Piraí (96.568), Barra Mansa (179.697), Itatiaia (29.996), Paraty (39.965), Pinheiral (23.691), Piraí (27.579), Porto Real (17.970), Quatis (13.415), Resende (124.316), Rio Claro (17.768), Rio das Flores (8.838), Valença (73.445) e Volta Redonda (262.259).

ⁱⁱ Com o Fundeb, os aportes de recursos, especialmente da União, foram redimensionados, tendo-se em conta as necessidades educacionais identificadas e os objetivos e metas (quantitativos e qualitativos) previstos nos planos dos estados e municípios (ROCHA, 2013).

ⁱⁱⁱ Desde meados da década de 1990, as regras para os repasses de recursos no âmbito do SUS foram pactuadas de acordo com a operação da gestão descentralizada das políticas de saúde realizadas pelos municípios, através das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 01/96 estabeleceu fundos exclusivos para o financiamento da saúde entre as três esferas de governo, cujos repasses são fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde), de acordo com a adesão de cada município a uma das duas formas previstas de gestão municipal: a plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde. Em 1998, os repasses de recursos para a atenção básica passaram a ser efetuados *ex-ante*, condicionados à oferta *ex-post* de ações de saúde. Para tanto, foram criados pisos básicos de atenção destinados aos municípios: o PAB-fixo, que é calculado com base num valor *per capita*, ou seja, os recursos são proporcionais à população e devem ser utilizados para o atendimento das especialidades de atenção básica; e o PAB variável, com incentivos financeiros especiais para programas prioritários definidos pelo governo federal (VAZQUEZ, 2014: 988).

^{iv} A implementação gradual da Emenda Constitucional no 29 (EC 29), aprovada em setembro de 2000, obrigou os municípios e estados a aplicarem, inicialmente, 7% das receitas de impostos e transferências em saúde no primeiro ano, até alcançarem 12% e 15% das receitas estaduais e municipais, respectivamente, no ano de 2004. Regulamentada apenas em 2012, os efeitos da EC-29 ampliaram os recursos dos estados e municípios na área da saúde.

^v O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), elaborado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), tem permitido ao MEC estabelecer metas de desempenho bianuais para as escolas, os sistemas municipais, estaduais e federal de ensino. A meta é obter média seis na primeira fase do Ensino Fundamental até 2022, tendo como base os resultados obtidos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

^{vi} O IDSUS foi lançado em 2012 como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS nos estados e municípios. Para os municípios o índice é particularmente importante, pois mensura e avalia se os recursos transferidos estão sendo revertidos efetivamente em ações de saúde, como a ampliação de cobertura municipal nos três níveis de atenção. O índice é composto por uma nota que varia de zero a dez, onde os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no estado ou município considerado.

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE A FERRAMENTA PMAQ-AB

PERCEPTIONS OF FAMILY HEALTH TEAM AND USER OF BASIC HEALTH UNIT ON TOOLS PMAQ-AB

Elvio Kamiyama¹

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu mudanças e inovações na gestão da saúde brasileira. Dentre essas inovações pode-se citar as criação do programa Saúde da Família que é uma proposta de atendimento na Atenção Básica com mais qualidade e acesso a população brasileira, proposta esta que em 2011 foi afirmada com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um programa que através do monitoramento, avaliação e incentivos financeiros, tem por objetivo a melhoria da qualidade e acesso à atenção básica. A presente pesquisa foi um estudo de caso que teve por objetivo analisar a percepção do PMAQ-AB na Unidade Básica de Saúde do Monte Castelo no Município de Três Rios sob a visão dos usuários e da equipe de Saúde da Família (eSF). A metodologia utilizada foi a aplicação de um questionário semi-estruturado para a eSF e para 20 usuários utilizando a amostragem por conveniência. Os resultados demonstraram que o PMAQ-AB é uma ferramenta que para eSF padronizou e melhorou a qualidade dos serviços, mas ainda não existe uma compreensão sobre os reais objetivos do programa, já para os usuários o PMAQ-AB melhorou a qualidade dos serviços, mas a satisfação do acesso ao atendimento médico ainda é baixo.

Palavras-chave: PMAQ-AB, Atenção Básica, SUS, Unidade Básica de Saúde.

Abstract

The Health Unic System (SUS) introduced changes and innovations in the management of brazilian health. Among these innovations we can mention the creation of the family health program that is a proposal for service in primary attention with more quality and access to the population, a proposal that in 2011 was affirmed with the National Access and Quality Improvement Program primary care (PMAQ-AB), a program which through monitoring, evaluation and financial incentives, is aimed to improving the quality and access to primary attention. This research was a case of study that aimed to analyze the perception of PMAQ-AB in the Basic Health Unit of Monte Castelo in the city of Três Rios in the view of users and of the Family Health Team (eSF). The methodology used was the application of a semi-structured questionnaire for eSF and 20 users using the convenience sampling. The results showed that the PMAQ-AB is a tool for eSF standardized and improved the quality of services, but there is still no understanding of the actual program objectives, as for users to PMAQ-AB improved the quality of services, but the satisfaction of access to health care is still low.

Keywords: PMAQ-AB, Basic Attention, SUS, Basic Health Unic.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde vem se afirmando e sofrendo melhorias na sua forma de gestão, recentemente foram introduzidas algumas ferramentas de melhoria da qualidade, uma destas ferramentas é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído através da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), uma evolução importante para a melhoria da qualidade da saúde pública nos níveis da Atenção Básica.

¹ Bacharel em Administração Pública – Universidade Federal Fluminense. Email: elviok@yahoo.com

O PMAQ-AB tem como princípios a padronização dos serviços, mais acesso ao usuário, a melhoria da qualificação dos profissionais e principalmente da melhoria da qualidade dos serviços ao público. É composto por quatro fases que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização). Através do monitoramento e avaliação da saúde básica este programa tem como uma das novidades o incentivo financeiro, mediante as avaliações positivas das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes do Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) por meio destas atingirem metas pré-estabelecidas. Por último o PMAQ-AB é um instrumento de transparência e avaliação externa para o governo (BRASIL, 2011). E seus resultados têm mostrado resultados satisfatórios em diversas regiões do país (FAUSTO et al, 2013).

A forma de gerir e a pluralidade dos municípios tem implicação direta no sucesso da aplicação da Atenção Primária da Saúde (VIANA et al, 2008; MEDINA e HARTZ, 2009), assim a aplicação do PMAQ-AB também sofre desta diversidade territorial e de diferentes realidades.

O presente trabalho é um estudo de caso que objetiva analisar a percepção da equipe de Saúde da Família e do usuário em uma unidade básica de saúde sobre a ferramenta PMAQ-AB no município de Três Rios.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- analisar a influência da implantação do PMAQ-AB na gestão da Unidade de Saúde do Monte Castelo;
- avaliar a ferramenta PMAQ-AB em relação a seus objetivos e seu alcance nesta pesquisa;
- verificar se houve padronização nos serviços da UBS;
- analisar a percepção do usuário em relação a antes e depois da implementação da ferramenta PMAQ-AB.

A pesquisa foi realizada no município de Três Rios em uma Unidade de Saúde da Família que passou pela implementação do PMAQ-AB, foram realizadas entrevistas na equipe de Saúde da Família que acompanharam esta mudança e em usuários da Unidade de Saúde, os resultados demonstraram que ocorreram mudanças positivas como a padronização e melhora na qualidade dos serviços, mas o entendimento do PMAQ-AB pela equipe de Saúde da Família ainda é insuficiente, e para o usuário houve sim melhoria de qualidade mas ainda o acesso é insatisfatório principalmente aos serviços médicos e especialistas.

O presente trabalho está estruturado em uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Básica, principalmente sobre o Programa de Saúde da Família e as Estratégias de Saúde de Família, e a ferramenta PMAQ-AB. Também foi realizada uma breve revisão bibliográfica sobre a situação da Atenção Básica no município de Três Rios e a apresentação de dados sobre a Unidade de Saúde a ser pesquisada. Após a revisão bibliográfica foi realizada a apresentação de resultados e a conclusão.

2. Fundamentação Teórica

2.1. O SUS e a Gestão da Saúde

O Sistema Único de Saúde veio inovar a saúde pública do Brasil, e a forma de gerir o que é público, um sistema novo que tem como princípios básicos o atendimento universal e igualitário para a população (BRASIL, 1988), tendo suas bases legais na Constituição de 1988 e regulado pela Lei nº. 8.080/1990, como um sistema de saúde de acesso e direito a toda a população brasileira. Foi de extrema importância para a saúde

brasileira, uma reforma sanitária que até 2009 atingiu 80% dos brasileiros, sendo um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo, com uma formulação revolucionária, mas que apresenta sérios problemas de implementação, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos (SCHNEIDER et al, 2009). Para estes mesmos autores, ressalta-se a importância de mudanças de longo prazo que impliquem em mudanças históricas no jeito de administrar a coisa pública, em palavras mais claras, implementar o profissionalismo e deixar de lado o “jeitinho brasileiro” de gerir, ou melhor deixar o uso do senso comum para a sua gestão. Segundo Jacobsen (2012) o senso comum é como o homem procura as respostas para os problemas que encontra em seu cotidiano, ou seja, é como este através da experiência resolve as situações empiricamente.

Outros autores como Tanaka e Melo (2004) também ressaltam que este sistema inovador ainda passa por uma fase de implementação e os modelos de gestão ainda inexistem. Mas ainda assim o Sistema Único de Saúde é uma das mais importantes inovações para a saúde pública do Brasil, e os seus modelos de gestão estão aos poucos sendo implementados.

Há poucos anos o Pacto pelo SUS levantou algumas preocupações para o enfrentamento das problemáticas da saúde pública frente a esse novo sistema (BRASIL, 2006), uma das orientações é de uma mudança não somente no próprio sistema, mas também em sua forma de gerir este sistema, o que implica em uma mudança profunda em uma cultura já difundida de planejamentos e gestões que visam o curto prazo para uma que almeje uma mudança de médio e principalmente de longo prazo.

A qualidade do desempenho do sistema de saúde foi amplamente discutida em um relatório de um projeto chamado: Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), realizado pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz, na qual a qualidade é avaliada a partir da: efetividade (mensurado pelo atingimento dos resultados esperados); acesso a saúde pública; eficiência (relação de uso de recursos com base na economia destes); respeito ao direito das pessoas; aceitabilidade (atendimento das expectativas dos usuários); continuidade (a continuidade do atendimento dos serviços nos diferentes níveis de atenção da saúde); adequação (em relação ao como os serviços estão sendo oferecidos estão de acordo com os conhecimentos técnicos científicos atuais) e segurança (oferecimento dos serviços observando os riscos potenciais na saúde e com a preocupação ambientais).

2.2. A Atenção Básica

O campo da pesquisa encontra-se dentro da Atenção Primária da Saúde (APS) que de forma resumida denomina-se:

...como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA e MOROSINI, 2009 p. 44).

No Brasil a denominação APS passou a ser chamada de Atenção Básica após implementação do SUS e tem por base a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que incorpora os princípios do SUS (universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social) e trabalha principalmente de forma regionalizada e territorializada, com integralidade (atenção integral a saúde), atendendo de forma universal, descentralizada e com a participação social. A PNAB é colocada em prática através da Estratégica de Saúde da Família (ESF) através das equipes de Saúde de

Família (equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que através do Programa de Saúde da Família busca atender a população com ações estratégicas de promoção, prevenção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, sendo que cada equipe atende um universo de no máximo de 4000 usuários, sendo o recomendado 3000 usuários. Estas equipes tem como estrutura física as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL 2006). No último relatório de dezembro de 2014 o número de municípios com equipes de Saúde são de 5.463 e o número de equipes implementadas somam um total de 39.228 (BRASIL, 2014), tendo assim uma cobertura relativamente alta já que segundo o sítio do IBGE o país conta atualmente com 5561 municípios (BRASIL, 2014).

2.3. A Cidade de Três Rios e a Atenção Básica

Segundo os últimos dados do IBGE (2009) a cidade de Três Rios tem uma população de 77.432 habitantes e vem sofrendo um crescimento econômico nos últimos anos, com a instalação de grandes empresas segundo o sítio do município, o que vem gerando novos postos de trabalho e desenvolvimento em diversas áreas no município.

Juntamente com esse crescimento e desenvolvimento em 2009, segundo Souza (2011), a Secretária de Saúde obteve mudanças significativas nos campos da Saúde, principalmente no que tange a implementação de uma nova gestão voltada para o desenvolvimento e organização da rede de saúde municipal, no que diz respeito a atenção básica e especializada.

Ainda segundo a autora, em anos mais recentes:

A rede municipal de atenção à saúde está estruturada em unidades básicas e especializadas de saúde, onde são ofertados serviços de clínica geral, pediatria, ginecologia obstetrícia e outras especialidades médicas, serviço de pronto atendimento, bem como serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros, conforme o dimensionamento do território e população, segundo informações do Plano Municipal de Saúde 2010/2013.

A atenção básica do município de Três Rios é desenvolvida principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família, que possui cobertura de 77% da população 1 com 21 Unidades de Saúde da Família e seis subunidades que contam com Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.(SOUZA, 2011, p.85).

2.4. O Programa de Saúde da Família e a Estratégia de Saúde da Família

Com intuito de reorganizar a atenção básica e criar bases para seu fortalecimento foi criado o Programa de Saúde da Família, com o intuito de ampliar o acesso à atenção saúde, maior qualificação e nova orientação das praticas de saúde (HAMANN e SOUSA, 2009).

O PSF segue modelos adotados em outros países e no Brasil tem sua origem do Programa de Agentes Comunitários, iniciado a partir de 1991, com o intuito de aumentar o acesso ao novo sistema de saúde (SUS) e incrementar ações de promoção e prevenção da saúde. A partir de 1994 como uma forma de organizar e substituir o modelo primário assistência de saúde foi criado o Programa de Saúde da Família, que com a Política Nacional da Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 ficou entendido que o termo mais correto a ser utilizado era Estratégia de Saúde da Família, já que não se constituíam de ações que teriam uma prazo a ser realizado e sim continuidade e por objetivo principal melhoria constante da Atenção Básica do país.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2011) são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica uma melhor forma de atender a população de forma mais abrangente, com mais qualidade no que se refere à atenção a escuta, a territorialização, a integralidade, a humanização, a sistematização e um acompanhamento mais de perto ao usuário e a família.

2.5. A Estratégia de Saúde da Família em Três Rios

Três Rios hoje encontra-se com 28 Unidades e subUnidades de Saúde cadastradas no DATASUS, e segundo Sousa (2011) em 2009 o ESF e o programa de Agentes Comunitários constituíam 70% do piso da atenção básica variável, e segundo o Departamento da Atenção Básica o município já tem 100% de cobertura em em Três Rios. São 28 ESF, 166 agentes comunitários, 24 equipes de Saúde Bucal. Valendo ressaltar que a Atenção Básica do município conta com duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) contando com fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, médicos pediatras e ginecológicos (BRASIL, 2014). E no ultimo ano iniciou os trabalhos com o programa Melhor em Casa.

O município no ano de 2013 sofreu um processo de concurso público que segundo a Secretaria Municipal de Saúde resultou em uma troca de quase todo o quadro de funcionários, e nas Unidades de Saúde houve uma troca quase total na área de enfermagem, médica, odontológica e de técnicos de enfermagem, mantendo-se somente os agentes comunitários e auxiliar de consultório dentário. Este concurso foi uma exigência do Ministério Público já que quase a totalidade do quadro de profissionais era ocupado por forma de contrato temporário.

A escolha do campo de pesquisa a ser estudado levou em conta a Unidade de Saúde que teve a menor mudança em relação a este concurso, assim foi escolhido o UBS do Monte Castelo na qual a enfermeira que coordena o UBS e o médico foram mantidos (foram aprovados no concurso), sendo assim o campo mais coerente a ser estudado.

2.6. A UBS Monte Castelo

Segundos os dados fornecidos pela unidade o bairro Monte Castelo o número de habitantes é de cerca de 3143 pessoas (1715 do sexo feminino e 1428 do sexo maculino), sendo 1009 famílias cadastradas. A equipe conta com 01 enfermeira, 01 médico, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários, 01 dentista, 01 ACD e 01 auxiliar administrativo. Conta também com dias marcados para o trabalho do NASF (equipe de multiprofissionais e médico ginecologista e pediatra) e com uma auxiliar de serviços gerais que trabalha em dias alternados.

A equipe da UBS Monte Castelo teve o desempenho acima da média pelo PMAQ-AB iniciado em 2012 (Brasil, 2014).

2.7. O Programa Nacional de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Segundo o artigo 01 da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011).

Assim, esta constitui uma importante ferramenta com objetivos de padronizar, melhorar a qualidade e o acesso dos serviços da saúde aos cidadãos, introduzindo o acompanhamento e a avaliação das equipes de saúde da família. Um dos importantes incentivos é a o repasse financeiro que é estabelecido de acordo com o desempenho da avaliação. Os municípios e as devidas equipes são separadas por estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos dando assim maior equidade na padronização das diferentes regiões do país.

Vale ressaltar que a partir de 2013 as equipes de saúde bucal, NASF e CEO (centro de especialidades odontológicas) foram incluídos no PMAQ, mas no município apenas a equipe de saúde bucal aderiu ao programa.

Segundo dados do Ministério da Saúde avaliação das equipes ocorre com as seguintes proporções: 10% avaliação interna; 20% resultados de desempenho em 24 indicadores, desde sua entrada no programa; 70% da nota é dada pela avaliação externa, realizada por avaliadores externos que levam em conta padrões de qualidade.

O PMAQ-AB é composto de um ciclo de 4 fases complementares e contínuas, as etapas são:

- 1ª fase - Adesão e Contratualização: é o termo propriamente dito, ou seja, quando o gestor escolhe as equipes e adere e realiza a contratualização do PMAQ mediante o aceite de compromissos e indicadores, nesta fase são pactuadas ações e responsabilidades com as equipes. Também é nesta fase que ocorre a recontratualização, caso as equipes já participem do programa;
- 2ª fase – Desenvolvimento: fase que tem por base quatro pilares que são a autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional. Tem por objetivo a melhoria na qualidade da gestão das equipes e do acesso da população à saúde no âmbito da atenção básica;
- 3ª fase – Avaliação Externa: fase que é realizada a avaliação externa por Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do Ministério da Saúde, avaliação esta que leva em conta as condições qualidade e o acesso à saúde por parte das equipes, leva em conta também infraestrutura e insumos ligados ao trabalho desenvolvido pelas equipes;
- 4ª fase – Pactuação: também conhecida como recontratualização e tem por objetivo institucionalizar este processo cíclico de melhorias e desenvolvimento da qualidade e acesso, através de inclusões de novos padrões e indicadores de qualidade, ocorre após a certificação.

Já o incentivo financeiro no momento da adesão o município e o Distrito Federal recebem 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável por equipe contratualizada) e o restante é de acordo com segundo o desempenho das equipes e podem ser: desempenho insatisfatório desempenho mediano ou abaixo da média; desempenho acima da média; desempenho muito acima da média. Isto resulta segundo a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, alterado pela Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização;

III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização; e

IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e reconstrução." (NR).

Segundo o sítio do Ministério da Saúde, pelo último levantamento foram realizadas no Brasil um total de 16.127 equipes entrevistadas que trabalham em 15.095 UBS e mais de 65 mil cidadãos.

2.8. Uma Breve Discussão sobre O PMAQ-AB

Para Lopes (2013) PMAQ-AB, em seu estudo sobre duas Unidades de Saúde do Distrito Federal contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde, mas em parte, já que as equipes não tinham o entendimento completo das propostas do PMAQ-AB, e davam algumas melhorias já implementadas antes do PMAQ-AB pelas equipes e pela falta de infraestrutura das Unidades. Outra preocupação é a forma com que este instrumento pode ser interpretado, já que existe um financiamento, um ranqueamento das unidades e até mesmo uma padronização exigida, também cabe ressaltar que o Brasil é um território totalmente heterogêneo e este instrumento depende da postura dos gestores (CUNHA et al, 2013). Na pesquisa destes autores foi ainda detectada duas preocupações importantes, a dificuldade da obtenção de informações pela instituição de pesquisa e a fala dos gestores que afirmaram não haver mudanças no âmbito da forma dos atendimentos clínicos gerados pelo PMAQ-AB. Fausto et al (2013), em um debate que envolveu o estudo do PMAQ-AB em 9 Estados brasileiros, ressalta que o PMAQ-AB é uma importante estratégia de mudança para a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica, mas que a postura dos gestores, as diferentes formas de política institucional das regiões e um repensar dos ciclos, principalmente nas estratégias de avaliação que realmente gerem mudanças com o tempo e instrumentos necessários são de essencial importância para o sucesso do PMAQ-AB.

Já Barbosa (2014), em um estudo específico sobre o PMAQ-AB no município de Três Rios ressalta que o programa em seu primeiro ciclo foi importante para o desenvolvimento e melhoria da gestão do trabalho das ESF, já que introduziu as autoavaliações, os incentivos financeiros, o planejamento de intervenções e investimento em materiais equipamentos e insumos. Mas ainda assim, cita a dificuldade na implementação de práticas de educação permanente e participação da comunidade na pactuação.

3. Método de Pesquisa

Neste trabalho, optou-se pela ferramenta metodológica estudo de caso, permitindo o levantamento e análise dos dados obtidos de forma mais ampla e aprofundada. Segundo Yin (2014) o método de pesquisa estudo de caso é utilizado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Onde os questionamentos de “como” e “por que” norteiam a investigação.

Para compor a abordagem metodológica e alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi organizada em: levantamento bibliográfico; observação in loco na UBS do Monte Castelo; entrevista por meio de aplicação de um questionário semi-estruturado direcionado a equipe de Saúde da Família e a comunidade de entorno, atendida por esta unidade.

Na revisão bibliográfica as principais fontes consultadas foram artigos em periódicos científicos, livros, teses, dissertações e resumos em congresso, encontrados principalmente na internet.

As observações *in loco* ocorreram no período de setembro e outubro de 2014 e ajudaram no delineamento dos sujeitos e compreensão mais aprofundada da rotina de trabalho na UBS.

Os questionários foram previamente elaborados, de acordo com os princípios e baseados no Manual Instrutivo do PMAQ-AB, posteriormente direcionados aos sujeitos da pesquisa, logo, um questionário voltado para os funcionários da unidade (Apêndice A) e um outro para a população (Apêndice B). Os questionários foram elaborados com perguntas discursivas e de múltipla escolha. Quanto a seleção dos sujeitos da pesquisa, o critério de escolha dos profissionais que já trabalhavam na unidade quando ocorreu a implantação do PMAQ-AB e portanto conheciam a realidade antes e após este evento. Foram entrevistados um médico, a enfermeira e três agentes comunitárias. A entrevista realizada a população foi feita levando em conta a metodologia amostral por conveniência e as entrevistas (20 pessoas) foram realizadas aleatoriamente fora da UBS no bairro do Monte Castelo, evitando assim possíveis influências negativas ou positivas.

Antes de iniciar cada entrevista, os prováveis sujeitos da pesquisa eram convidados a participar e informados sobre a pesquisa e a liberdade de recusar-se a participar em qualquer momento, sem prejuízo ao entrevistado. As respostas foram todas anotadas nos campos próprios do questionário e posteriormente tabuladas e analisadas. Os resultados estão apresentados na análise dos resultados a seguir.

Os questionários levaram em conta critérios conceituais do PMAQ-AB, como melhoria de gestão, padronização, melhoria na qualidade e acesso dos serviços. O questionário teve por base aspectos já aferidos pelo PMAQ-AB nas auto-avaliações das Equipes e avaliações externas. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014.

4. Análise dos Resultados

A UBS do Monte Castelo, como já citado anteriormente foi a unidade que menos sofreu interferências devido a um concurso público ocorrido em 2013, a entrevista à equipe foi realizada com o médico (funcionário da UBS faz sete anos), a enfermeira e coordenadora da UBS (funcionária da UBS faz dois anos, mas era enfermeira de outra UBS do município), três agentes comunitárias (média de 9,3 anos como funcionárias da unidade) e todos participaram da implementação do PMAQ-AB.

Para facilitar a análise dos resultados, o questionário aplicado aos funcionários está organizado em três blocos (Conhecimento sobre o PMAQ-AB, Gestão e Melhoria da qualidade e acesso, respectivamente).

O Bloco 01 sobre o conhecimento da equipe sobre o PMAQ-AB, para a pergunta *O que significa a sigla PMAQ?* Nenhum dos participantes soube definir o significado da sigla PMAQ, contudo, quando perguntado sobre seus principais (como uma ferramenta de avaliação, incentivo financeiro, melhoria da qualidade e acesso da atenção básica) apenas um funcionário errou a resposta.

Na segunda pergunta *O que motiva os serviços da UBS em relação a aplicação do PMAQ?* Existiu uma maior divergência nas respostas: para dois funcionários a motivação está no incentivo financeiro, para dois a qualidade nos serviços e para um a padronização dos serviços. Estes resultados mostram que todos conhecem ou pelo menos já ouviram falar no PMAQ-AB, contudo este conhecimento ainda é superficial.

No Bloco 02 sobre a gestão, a primeira pergunta foi *Na sua opinião em relação ao trabalho e a dinâmica de funcionamento da UBS a implementação do PMAQ?* Para os funcionários o trabalho já era bem executado, mas houve uma mudança significativa em relação a padronização dos serviços e melhoria de materiais e até mesmo financeiro.

Todos foram unânimes quanto a padronização dos serviços da UBS. Estes dados sugerem que a implantação do PMAQ-AB nesta unidade tem atendido um dos principais objetivos que é a padronização.

A seguinte pergunta esta demonstrada na tabela a seguir:

Tabela 01. Questionário da pesquisa.

Qual o setor que teve uma melhora após a implementação do PMAQ? (múltiplas respostas)		
	SIM (n)	NÃO (n)
atendimento e acolhimento;	3	2
serviços de saúde em geral;	4	1
serviços odontológicos;	2	3
serviços médicos;	4	1
serviços de distribuição de medicamentos;	3	2
encaminhamentos a especialistas;	3	2
melhoria das informações visuais;	5	0
equipamentos e materiais;	4	1
acessibilidade;	4	1
espaço e infraestrutura física.	0	5

Fonte: Elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014.

Pelas respostas obtidas pode observar-se que apenas dois setores não apresentaram melhoras, em relação ao espaço e infraestrutura física que todos opinaram não haver mudanças pós implementação do PMAQ-AB e também nos serviços odontológicos em que mais de 50% dos funcionários não entendem alguma melhora neste setor.

No Bloco 03 sobre Melhoria da Qualidade e do Acesso, na pergunta *O PMAQ melhorou o acesso aos serviços da UBS? Se não qual(is) os serviços que você acha que deveria melhorar?* Para três funcionários houve uma melhora e dois opinaram não haver melhora e o padrão de acesso ser o mesmo. Já na questão *Como você avalia o acesso aos serviços da UBS?* Avaliaram como bom o acesso três funcionários e dois como ótimo. Assim encontramos uma divergência em relação a quanto o PMAQ-AB influenciou o acesso aos serviços, pois dois funcionários não acharam o PMAQ-AB ter influenciado este quesito.

Em relação a qualidade quanto a pergunta *Após a implementação do PMAQ a qualidade dos serviços melhoraram? Se não qual(is) os serviços que você acha que deveria melhorar?* Foi unânime a questão do PMAQ-AB ter influenciado positivamente na qualidade dos serviços, mas em relação a avaliação na questão *Como você avalia a qualidade dos serviços oferecidos pela UBS?* Um funcionário avalia como médio (regular), três como bom e apenas um como ótimo. Assim, podemos entender que ainda a qualidade para os funcionários não atingiu a melhor avaliação possível e até um funcionário julga como regular a qualidade dos serviços.

A percepção da eSF é positiva em alguns aspectos como a padronização dos serviços, o entendimento da ferramenta PMAQ-AB, a melhora da maioria dos setores e serviços e da qualidade dos serviços, mas também apresenta aspectos falhos como a não melhora em infraestrutura da UBS pós PMAQ-AB e em relação ao acesso ainda não existe uma unanimidade quanto a melhora deste quesito. A enfermeira que coordena a UBS também coloca que com o PMAQ-AB a equipe além de ter seus serviços mais padronizados tem uma preocupação maior em relação a obter uma avaliação positiva, o que ajuda na gestão da UBS.

Na entrevista realizada nos usuários da UBS número total de usuários foi de 20 (n=20) pelo critério da saturação (quando as respostas apresentaram um padrão e

tenderam a ficar redundantes), neste universo de usuários 70% dos entrevistados eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 53 anos e a média de tempo de utilização da UBS foi de 10 anos. Não foi questionado especificamente sobre o PMAQ-AB, mas sim sobre o ano de sua implementação e os serviços ofertados após esta data.

Os dados em relação a gestão estão apresentadas na tabela 2:

Tabela 1. Questionário da pesquisa.

Na sua opinião em relação ao trabalho e a dinâmica de funcionamento da UBS após 2012?		
MELHOROU	PIOROU	SEM MUDANÇAS
n=12	n=5	n=3
60%	25%	15%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

Nas respostas dos usuários a maioria respondeu que a melhora ocorreu principalmente no atendimento realizado, mas mesmo os que opinaram a melhora da UBS declararam estar descontente com a forma com que é realizado o atendimento clínico pelo médico, pois relatam que tem que ir até 2 horas antes da unidade abrir (cerca de 5 a 6 horas da manhã) para poder ser marcado para o médico (pois existe um limite de atendimento por dia), também houve reclamações quanto a marcação a especialistas e a demora deste atendimento ocorrer.

Para a pergunta *Houve padronização dos serviços após 2012?* Os usuários os serviços após a implementação foram padronizados para 80% dos entrevistados.

Os setores e serviços que na opinião dos entrevistados obtiveram uma melhora estão expressas no gráfico a seguir, e apresentam uma discrepância em relação a opinião dos usuários que descreveram um descontentamento com os serviços médicos na primeira questão, mas ao mesmo tempo colocam como um dos serviços que melhoraram após a implementação do PMAQ-AB (75%), juntamente com este serviço estão os serviços de saúde em geral (aferição de pressão, glicemia, etc), o atendimento e acolhimento e a distribuição de medicamentos. Com os piores desempenhos estão os serviços odontológicos, a acessibilidade os equipamentos e materiais e a infraestrutura.

Tabela 2. Questionário da pesquisa.

Qual o setor que teve uma melhora após 2012? (após implementação do PMAQ-AB)	SIM (n)		NÃO (n)	
atendimento e acolhimento	15		5	
serviços de saúde em geral	15		5	
serviços odontológicos	4		16	
serviços médicos	15		5	
serviços de distribuição de medicamentos	14		6	
encaminhamentos a especialistas	11		9	
melhoria das informações visuais	10		10	
equipamentos e materiais	8		12	
Acessibilidade	6		14	
espaço e infraestrutura física	9		11	

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, 80% dos usuários opinaram ter melhorado após a implementação do PMAQ-AB, mas 20% opinaram não ter melhorado o acesso principalmente por causa da dificuldade do acesso aos serviços médicos.

Em relação a avaliação do acesso 65% julgaram bom, 30% médio e 5 % ótimo, não houve nenhuma nota ruim ou péssimo. Portanto, segundo esta avaliação a avaliação do acesso é boa tendendo para mediana.

Tabela 4. Questionário da pesquisa.

Como você avalia o acesso aos serviços da UBS?			
ÓTIMO	BOM	MÉDIO	RUIM
n=1	n=13	n=6	n=0
5%	65%	30%	0%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

A pergunta relativa à qualidade *Após a 2012 a qualidade dos serviços melhoraram? Se não qual(is) os serviços que você acha que deveria melhorar?*

Apresentaram 75% dos usuários com resposta positiva e 25% negativa, sendo que o principal motivo é a dificuldade no acesso aos serviços médicos e o atendimento.

Tabela 5. Questionário da pesquisa

Após 2012 o acesso aos serviços da UBS melhoraram? Se não qual(is) os serviços que você acha que deveria melhorar?	
SIM	NÃO
n=16	n=4
80%	20%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

Na avaliação dos usuários em relação a qualidade dos serviços apresentou o resultado igual a avaliação do acesso, como podemos ver na tabela a seguir.

Tabela 6. Questionário da pesquisa.

Como você avalia a qualidade dos serviços oferecidos pela UBS?				
ÓTIMO	BOM	MÉDIO	RUIM	PÉSSIMO
n=1	n=13	n=6	n=0	n=0
5%	65%	30%	0%	0%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

No campo de satisfação vemos que a grande maioria 80% sentem-se satisfeitos com os serviços, mas na avaliação apesar da maioria ser ótimo (25%) ou bom (40%) ainda existe usuários que se sentem totalmente insatisfeitos com a UBS, pois 5% julgaram ruim e 10 péssimo seu índice de satisfação com a UBS.

Um fato que foi recorrente, em opiniões positivas ou negativas o quesito acesso a serviços médicos e encaminhamentos a especialistas resultaram em respostas negativas demonstrando que apesar da qualidade, padronização e satisfação apresentarem aspectos positivos em relação ao acesso, no que tange serviços médicos os objetivos do PMAQ-AB não foram atingidos.

Tabela 7. Questionário da pesquisa.

Se sente satisfeito com os serviços da UBS?	
SIM	NÃO
n=16	n=4
80%	20%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

Tabela 8. Questionário da pesquisa.

Qual sua satisfação em relação a UBS?				
ÓTIMO	BOM	MÉDIO	RUIM	PÉSSIMO
n=5	n=8	n=4	n=1	n=2
25%	40%	20%	5%	10%

Fonte: elaborada pelo autor a partir da pesquisa, 2014

O PMAQ-AB tem alguns princípios básicos e em relação à gestão podemos colocar a melhoria do padrão de qualidade e do acesso a Atenção Básica. Quanto ao usuário o princípio básico a ser seguido a satisfação do usuário através destas melhorias. Os resultados demonstram que a padronização está ocorrendo, mas a satisfação ainda não é suficiente, pois os serviços médicos não atendem as necessidades dos usuários. No estudo de Lopes (2013) o entendimento do PMAQ-AB era insuficiente, no presente estudo apresenta-se os mesmos resultados, também segundo este autor a diferença de gestão é um dos fatores maior sucesso na aplicação do PMAQ-AB, assim para este estudo os resultados foram positivos em alguns aspectos e negativos em outros, mas que poderiam apresentar outros resultados se a gestão fosse outra. O município de Três Rios passou por uma mudança recente (2009) em sua forma de gerir a Atenção Básica (SOUZA, 2011), assim algumas considerações como a falta de infraestrutura apontadas pela equipe devem ser relevadas.

Outro dado que é de extrema importância para o presente estudo é o fator de maior insatisfação dos usuários que é relativo aos atendimentos médicos e encaminhamentos a especialistas o que Cunha et al (2013) aponta como um dos fatores que o PMAQ-AB não alterou, no presente estudo também apresentou os mesmos resultados.

5. Conclusões

Na presente pesquisa, o PMAQ-AB mostrou-se uma ferramenta positiva para a eSF na percepção dos funcionários desta UBS, principalmente como uma ferramenta de padronização dos serviços. Um fator negativo é o entendimento ser parcial acerca do PMAQ, pois os funcionários tem visões diferenciadas acerca desta ferramenta, e na entrevista em momento algum foi mencionado pelos entrevistados o fator qualidade ou melhoria de acesso, o que preocupa pois é um dos principais objetivos e esta é o significado da sigla PMAQ-AB, e o que demonstra que os objetivos da avaliação ainda não foram compreendidos. Pode observar que o termo avaliação e incentivo financeiro, que logicamente são boas ferramentas de gestão, estão impregnado nas falas da eSF, mas são apenas meios para o alcance dos objetivos reais do PMAQ-AB de qualidade, acesso e mesmo como uma importante forma de gestão e monitoramento. Para a coordenadora da UBS a avaliação tem incentivado a equipe para melhoria, e o incentivo financeiro é um dos grandes motivos para tal fato.

Os usuários da UBS demonstraram que após a implementação do PMAQ-AB após o ano de 2012 em sua grande maioria percebem os serviços mais padronizados, sentem que a qualidade melhorou e se sentem satisfeitos com os serviços da UBS, mas

no que se refere ao acesso aos serviços médicos e encaminhamentos a especialistas a realidade é de grande descontentamento.

O PMAQ-AB objetiva melhoria de acesso e qualidade, assim parcialmente a qualidade foi atingida nesta UBS, no que tange a padronização a percepção dos usuários e equipe foram obtidas respostas positivas, mas em relação a outros pontos as respostas foram variadas e não foram unânimes, apontando assim que ainda a qualidade não esta sendo atingida, principalmente em relação a insatisfação dos usuários. Quanto ao acesso o serviço é falho principalmente em relação aos serviços médicos, assim os aspectos principais da ferramenta PMAQ-AB ainda não foram atingidas nesta UBS. Já quanto a ferramenta de avaliação de gestão esta sim tem sido um ponto positivo, pois a equipe agora tem um parâmetro a seguir e um incentivo a ser buscado (incentivo financeiro).

Uma das tendências na gestão de empresas é a qualidade total que segundo Chiavenato (2003) é um processo contínuo e abrange todos os níveis envolvidos, desde o operacional até o estratégico. Assim, um dos questionamentos em relação ao PMAQ-AB é o seu alcance, já que este abrange apenas a atenção básica, e a saúde segundo o SUS deve trabalhar em rede, e é dividido em níveis de complexidade, ou seja, é próprio resultado obtido pela pesquisa, pois quando existe o encaminhamento a especialistas, e o campo de alcance do PMAQ-AB não existe mais, e claramente a qualidade percebida pelo usuário é diferente e negativa. Outro questionamento quanto este alcance é que neste município a UBS obedece a uma hierarquia de comando, existe uma coordenação da atenção básica e seus funcionários estão fora do incentivo financeiro do PMAQ-AB, pois este abrange apenas a UBS, NASF, Saúde Bucal e CEO.

Assim para uma gestão de qualidade total esta padronização preconizada pelo PMAQ-AB deveria atingir toda a rede de saúde em seus diferentes níveis e complexidade.

Analisando ainda sobre o aspecto da qualidade Conte e Durski (2004) reúnem alguns princípios de qualidade, e em ordem são os princípios de: planejamento da qualidade; total satisfação do cliente; gestão participativa; desenvolvimento de recursos humanos; constância de propósitos; aperfeiçoamento contínuo; gerenciamento de processos; disseminação das informações; garantia da qualidade; e desempenho zero defeitos. O PMAQ-AB como ferramenta de qualidade engloba todos estes princípios? Será que o tempo e os ciclos tem que ser repensados para ser considerado assim uma real ferramenta de qualidade?

Ainda no campo da qualidade um dos grandes pensadores da área Ishikawa (1993) menciona: “Qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto que é mais econômico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor”. De encontro ao questionamento negativo de Cunha et al (2013) que em seu estudo menciona que o PMAQ-AB não influencia as praticas clinicas, e relevando o presente estudo em que a critica negativa dos usuários e a insatisfação recaiu sobre a forma dos procedimento da forma da pratica clinica da UBS, se para atingir a qualidade a satisfação do usuário e de extrema importância, o PMAQ-AB deve também influenciar as praticas clinicas, principalmente no que se refere ao atendimento médico.

Vale a pena lembrar que na administração o principio de controle e avaliação são apenas uma parte, sendo o planejamento e a organização outra parte importante para a uma gestão com eficácia, como sugestão PMAQ-AB deve tender a inclusão das ferramentas administrativas de planejamento e organização em sua gestão.

Portanto, o PMAQ-AB influe sim positivamente no trabalho da UBS, mas ainda necessita de aperfeiçoamentos e a inclusão de novos parâmetros sobre a qualidade dos serviços prestados, além de revisar o tempo de seus ciclos. Esta pesquisa foi um estudo de caso, assim com profundidade, mas com pouca abrangência, havendo oportunidades

de futuramente poder ampliar este estudo e atingir um alcance maior. Assim é necessários novos estudos críticos sobre esta ferramenta e que indique novos caminhos para uma gestão melhorada e mais eficaz do PMAQ-AB.

6. Bibliografia

AMORIM, C. Brasil é 27º em ranking de patentes. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 09 jul. 2007.

BARBOSA, M. R. Análise do 1º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica em um município de médio porte. 2014. 105 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

BRASIL. Decreto n. 2553/98, de 16 de abril de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 abr. 1998. Seção I. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 de outubro 2013.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 de outubro 2013.

_____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores do SUS : olhares e vivências / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2006. 193 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: Acesso em: 15 de junho de 2014.

_____. Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html>. Acesso em: Acesso em: 15 de junho de 2014.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 4 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município - TRÊS RIOS/RJ**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso: 10 de dez. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 14 de jun. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf. Acesso em: 15 de jul. de 2014.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração das organizações. **7. ed. rev. e atual**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 8ª reimpressão.

CONTE, A. L. ; DURSKI, G. R. . Qualidade. **Gestão Empresarial**. Curitiba: AFESBJ, 2002, v. 2, p. 51-60.

COSTA, H.G.; FREITAS, A.L.P. Metodologia multicritério para a medição e classificação do grau de satisfação de clientes. In: METROLOGIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...São Paulo: Sociedade Brasileira de Metrologia, 2000. v.1. p.10.**

CUNHA, G. T. et al. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. In: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. 2013, Campinas. **Anais eletrônicos**. Campinas: Unicamp, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/235.pdf>. Acesso em: 15 de jun. de 2014.

DIAS, E. P. Conceitos de Gestão e Administração: Uma Revisão Crítica. v. 1, n. 1 (2002): REA 01 (Julho-Dezembro 2002). Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/view/160/16>. Acesso em: 16 de outubro 2013. **DICIONÁRIO da educação profissional em saúde**. Fiocruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 02 de dezembro de 2014.

FERREIRA, A. R. Modelo de excelência em gestão pública no governo brasileiro: importância e aplicação. In: **XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Salvador de Bahia, Brasil, 27 - 30 oct. 2009. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-08.2954571235/ferrerib.pdf>. Acesso em: 06 de junho de 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013. Cap. 03, P.288-309

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados dos indicadores do município de Três Rios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/ta_bela1a.shtm>. Acesso em: 15 de jul. 2014.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total – à maneira japonesa**. 2.ed. Rio de Janeiro, Campus, 1993.

LIKERT, R. A. Technique for measurement of attitudes. *Archives of psychology*, v.140, n.1, p.5-55, 1932.

LOPES, E. A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais. 2013. 91 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MARTELETO, R (2001). Análise de Redes Sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>

MATTA, G. C ; MOROSINI, M. V. G. . Atenção Primária à Saúde. In: Isabel Brasil Pereira; Júlio César França Lima. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** - Segunda edição revista e ampliada. 2ed.Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009, v. , p. 44-50.

MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas, 1996. 2v.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. A. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1153-1167, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

RIBEIRO, T.A.C. Avaliação institucional de IES: um estudo de caso sob a ótica do corpo docente.2003. **Dissertação** (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes.

SAATY, T.L. **Método de Análise Hierárquica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1991.

SCHNEIDER, A.;PERALTA, J. A. G.;BOTH, V.; BRUTSCHER, V.Centro de Educação e Assessoramento Popular.Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? **CEAP**. - 2. ed. -Passo Fundo : IFIBE, 2009. 48p.

SOUSA, M. F. DE ; HAMANN, E. M. . Programa Saúde da Família no Brasil: um agenda incompleta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

TRÊS RIOS. Indústria, comércio e trabalho. Disponível em: <<http://www.tresrios.rj.gov.br/secretarias/industria-comercio-e-trabalho>>Acesso em: 03 de Jul. de 2014.

TRIGUEIRO, F. M. C.Teorias da Administração I/ Francisco Mirialdo Chaves Trigueiro, Neiva de Araújo Marques. – 2. ed.reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012. 170p.

VIANA, A. L.V. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, suppl.1, p.79-90, 2008.

YIN, K. Y. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos**. 5. ed. São Paulo, Bookman, 2014.

A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA COMO ESTRATÉGIA PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E QUALIFICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

THE AGREED AND INTEGRATED PROGRAMMING AS A STRATEGY FOR INCREASING ACCESS AND QUALIFICATION OF HEALTH CARE NETWORKS

Patricia Santos da Silva¹

Resumo

O presente estudo analisou a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento e um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de investigar sua efetividade na ordenação da rede de serviços, ampliação do acesso e fortalecimento das redes de atenção à saúde com equidade e transparência. Tomou-se como referência a região Centro-Sul Fluminense, e na referida região, utilizou-se como parâmetro os municípios de Três Rios e Vassouras, nos quais, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pela gestão da PPI em seu âmbito. O início do trabalho remonta o Histórico das Políticas de Saúde no Brasil, com o intuito de salientar os fatores que impulsionaram a Reforma Sanitária Brasileira. Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa nos permitiram inferir que a PPI necessita avançar no enfrentamento das questões que comprometem sua plena efetividade, a fim de que possa proporcionar ao usuário do sistema, a garantia do acesso equânime e transparente conforme apontam os seus objetivos, sendo constatado na prática, seus limites, e a discrepância de um planejamento regional, em face das especificidades municipais. A proposta desta pesquisa não foi desenvolver uma crítica, mas convidar a uma reflexão, analisando criticamente na condição de usuário do sistema, e dessa forma contribuir para o desenvolvimento da PPI, assim como do controle social, e a partir dessa discussão crítica, estimular a formulação de novas proposições, voltadas para a superação das limitações encontradas na atual versão, em prol do constante aprimoramento do sistema de saúde.

Palavras-Chave: Programação; Regionalização; Pactuação; Equidade.

Abstract

The present study has analyzed the Agreed and Integrated (PPI) as a planning tool and a process established under the Unified Health System (SUS), with the objective to investigate its effectiveness in the ordering of network services, increasing access and strengthening health care networks with fairness and transparency. Central South region was taken as a reference, and in this region was used as a parameter the municipalities of Three Rivers (Três Rios) and Broomsticks (Vassouras), in which interviews were conducted with those responsible for managing the PPI in its scope. The beginning of the work dates back to the Health Policy History in Brazil, in order to highlight the factors driving the Brazilian Health Reform. The results obtained through this research allowed us to infer that the PPI will need to move forward in facing the issues that compromise their full effectiveness, in order to provide the user of the system, the guarantee of equal and transparent access as shown by the objectives, being observed in practice, its limits, and the discrepancy of regional planning in the face of local specificities. The purpose of this research was not to develop a critical, but invite to reflection, analyzing critically the system user condition, and thus contribute to the development of PPI, as well as social control, and from this critical discussion, stimulate formulation of new proposals, directed to overcome the limitations found in the current version, in favor of the constant improvement of the health system.

¹ Bacharel em Administração Pública – Universidade Federal Fluminense (UFF). Email: patty_santossilva@hotmail.com

Keywords: programming; regionalization; pact; equity.

1. Introdução

Segundo a Constituição Federal de 1988, a rede de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS - deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Esse processo de regionalização é estabelecido como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, otimização dos recursos disponíveis, como também de busca de maior equidade, a fim de proporcionar a todos os cidadãos a garantia do acesso às ações e serviços necessários para a solução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2002).

A regionalização deve basear-se também em um processo de pactuação intergestores e em um compromisso com a consolidação do SUS, bem como com o progresso da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006).

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: O Plano Diretor de Regionalização (PDR); O Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), que se constitui no objeto de estudo dessa pesquisa (BRASIL, 2006).

A PPI é um instrumento de planejamento que tem por finalidade definir a programação das ações de saúde em cada território, orientando a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde, a partir dos critérios pactuados entre os gestores. A PPI deve ser revisada periodicamente ou sempre que se tornar necessário, deve também, ser realizada a cada gestão, guardando relação com o desenho da regionalização do Estado (BRASIL, 2006).

A PPI utiliza uma Rede de Centrais de Regulação das ações de saúde, unidades operacionais que têm por objetivo organizar, gerenciar, controlar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, através de sistemas informatizados e centrais interconectadas (BRASIL, 2006).

O presente estudo teve como referência a região Centro-Sul Fluminense, na qual foram tomados como parâmetro, à luz do referencial teórico, os municípios de Três Rios e Vassouras, cidades do interior do estado do Rio de Janeiro, ocorrendo coleta de dados a partir de entrevistas com informantes qualificados no assunto, a fim de obter contribuições relevantes para elucidar a questão da pesquisa.

A questão de pesquisa que se coloca é a seguinte: A Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar a rede de serviços com transparência e equidade?

O objetivo principal desse estudo é analisar se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar a rede de serviços, ampliando o acesso e fortalecendo as redes de atenção à saúde com equidade e transparência.

Como objetivos específicos, pretendeu-se: relacionar as normas constitucionais e demais determinações legais que definem e condicionam o tema do planejamento e programação das ações de saúde; discutir as diretrizes e objetivos da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde; analisar a região Centro-Sul Fluminense, tomando por base o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, buscando identificar, se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar, na prática, a rede de serviços com transparência e equidade, uma vez que esses são um de seus objetivos fundamentais.

Como o acesso aos serviços de saúde do SUS deve observar as orientações da Portaria MS/GM nº 1097 de 22 de maio de 2006, este trabalho justifica-se por pesquisar

se este instrumento de planejamento e programação das ações e serviços de saúde pode viabilizar o acesso dos usuários do SUS a serviços de média e alta complexidade inexistentes ou insuficientes, no município de origem, garantindo assim, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

O início do trabalho remonta a análise do Histórico das Políticas de Saúde no Brasil e sua relação com o tema estudado, a seguir adentra-se na análise dos aspectos gerais da teoria, seus objetivos, pressupostos e diretrizes, confrontando-a por meio da análise de dois municípios da Região Centro-Sul Fluminense. Por fim, é efetuada a exposição dos dados coletados por meio da pesquisa e apresentadas as conclusões e breves considerações críticas pertinentes.

2. Fundamentação teórica

A Constituição Federal estabeleceu a estrutura formal do Sistema Único de Saúde, no qual as ações e serviços públicos devem constituir-se em uma rede regionalizada e hierarquizada, e visou garantir as bases para esse processo de regionalização, através dos seguintes princípios e diretrizes do SUS: universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, de integralidade, igualdade dessa assistência, da regionalização, hierarquização da rede de serviços, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e uma descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A cobertura das ações e serviços de saúde que foram implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal, nesse processo, receberam repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em atendimento ao art. 35 da Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

A divisão do território estadual nesse processo de regionalização foi desenvolvida baseando-se nas características locais, na situação de saúde da população e na oferta e acesso aos serviços (BRASIL, 2013).

Visando a promoção de um aprofundamento desse processo de descentralização, baseando-se em uma descentralização compartilhada, a PPI foi um dos instrumentos de planejamento utilizados pelo sistema (BRASIL, 2006).

Considerando que o planejamento se constitui em um instrumento estratégico para a gestão do SUS, o referido sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento nas três esferas de gestão buscando fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

2.1. Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

O sistema de Saúde Pública brasileiro, tal qual o concebemos através do Sistema Único de Saúde (SUS), representou uma reformulação do sistema de proteção, atenção e saúde, ao sistema sanitário vigente (BAPTISTA *et al*, 2009).

Na história brasileira, constituiu-se em um marco político-institucional importante, tendo sido elaborado num contexto de transformações do Estado e da sociedade, num momento em que vigorava a esperança de construção de um novo desenvolvimentismo, designado como “popular” ou “democratizado”, no qual se buscava aliar esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais (BAPTISTA *et al*, 2009).

Até fins do século XIX, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática na saúde de seus habitantes, apenas esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemia (VARGAS, 2008).

O princípio desse século foi caracterizado por um quadro sanitário caótico, devido à presença de diversas doenças graves, epidemias que acometiam a população,

que causaram sérias consequências tanto para a saúde coletiva, quanto para o comércio exterior, haja vista que, os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro, devido à situação sanitária em que se encontrava a cidade (POLIGNANO, 2008).

A saúde pública, então, instrumentalizou-se para combater os entraves que certas enfermidades antepunham ao desenvolvimento da produção, utilizando um modelo de intervenção que ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista, baseado em uma visão militar, priorizava a arbitrariedade do uso da força e da autoridade, como instrumentos essenciais de ação (SILVESTRE, 2006).

2.1.1. Nascimento da Previdência Social

O início do processo de industrialização no país, principalmente no eixo Rio – São Paulo, foi acompanhado por uma urbanização crescente, e utilização de mão-de-obra imigrante, haja vista que este setor já era muito desenvolvido na Europa (VARGAS, 2008).

Nessa época, os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, logo, motivados pela história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas conquistados pelos trabalhadores europeus, a classe operária no Brasil iniciou um movimento pela conquista de seus direitos, que culminou com duas greves gerais no país em 1917 e 1919, e a partir de então, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2008).

O marco inicial da Previdência Social no Brasil foi a Lei Elói Chaves, aprovada pelo Congresso Nacional em 24 de janeiro de 1923. Através da mesma, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, para os respectivos empregados, responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas, em sua maioria, de importância estratégica (MENDES, 1993 *apud* RONCALLI, 2003).

A partir de 1930, uma nova forma de organização previdenciária surgiu através dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), desta vez organizada por categoria profissional (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998 *apud* RONCALLI, 2003).

Em 1939, regulamentou-se a justiça do trabalho, e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), garantindo direitos sociais ao trabalhador (POLIGNANO, 2008).

À medida que o sistema previdenciário crescia tornava-se cada vez mais centralizado no Estado, ficando mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica (VASCONCELLOS, 1995 *apud* VARGAS, 2008).

Segundo Costa, Chagas e Silvestre (2006), essa situação representou um quadro de exclusão, desigualdade e poucos recursos, pois apenas os trabalhadores do comércio, da agropecuária e da indústria contribuía e tinham direito e acesso à saúde. Fato que, em 1977, resultou no domínio de um modelo médico-assistencial, e no financiamento do setor privado nacional pelo Estado.

De 1941 a 1964, início do Regime Militar no Brasil, discutia-se a unificação dos IAP's como forma de tornar o sistema mais abrangente (VARGAS, 2008).

Em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social que unificou os IAP's em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), unificação que só se efetivou em 1967, pelas mãos dos militares com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e os servidores públicos por possuírem seus próprios regimes de previdência. No intuito de atender a necessidade de

ampliação do sistema, o governo militar decide direcionar seus recursos para a iniciativa privada, criando um complexo sistema médico-industrial, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, o que ocasionou a criação de uma estrutura administrativa própria, em 1978, o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (POLIGNANO, 2008).

No início da década de 80 esse sistema começou a mostrar sinais de esgotamento, e vão se estruturando movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos. Um desses ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante no destino do sistema de saúde brasileiro (RONCALLI; SOUZA, 1998).

O Movimento pela Reforma Sanitária se ampliou com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares, além de parlamentares que possuíam interesse na causa. O I Simpósio Nacional de Política de Saúde, considerado um dos marcos deste movimento, ocorreu em 1979, conduzido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (TEIXEIRA, 1989; WERNECK, 1998 *apud* RONCALLI, 2003).

A metade dos anos 1980 foi marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico e em meio a estes acontecimentos, se expandiu o Movimento Sanitário brasileiro, cujo ponto alto de articulação, ocorreu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília (RONCALLI, 2003).

Com o lema: “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, a 8ª Conferência Nacional de Saúde criou o alicerce para a proposta de reformulação do sistema de saúde brasileiro a ser defendida na Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal de 1988 definiu, então, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS ocorreu em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº8.080. Em 28 de setembro de 1990 a Lei nº8.142 veio complementar a Lei nº8.080/90. Ambas foram fundamentais para orientarem a operacionalização do sistema de saúde, a lei nº8.080/90 definiu os objetivos e atribuições do SUS e a Lei nº8.142/90 as regras gerais para participação popular e financiamento (BRASIL, 1990).

2.1.2. O Processo de Descentralização/Regionalização da Saúde

O processo de descentralização foi impulsionado e induzido pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), editados a partir de 1991 (SPEDO SM *et al*; 2009).

A rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade loco-regional e a assimetria dos municípios brasileiros (SPEDO SM *et al*; 2009).

Nesse contexto, foram constituídos sistemas municipais de saúde desarticulados e com distintos potenciais resolutivos, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumirem esse papel. Agravando essa situação, os municípios contavam com precária cooperação e apoio técnico das esferas estadual e federal (SPEDO SM *et al*; 2009).

Considerando o desafio do SUS, a proposta de descentralização implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a

definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas. Para que esse novo arranjo seja efetivo, deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência de cada região (SPEDO SM *et al*; 2009).

Para consistência desse novo arcabouço institucional e de um efetivo sistema nacional de saúde, a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada – PPI – entre os gestores, o que proporcionará a qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores (BRASIL, 2002).

As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) possibilitaram a implantação de um processo de intensa descentralização, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos voltados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SPEDO SM *et al*; 2009).

Nesse contexto, a NOB 01/96 introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Adotando como pressupostos as diretrizes gerais da atenção, definidas a partir da identificação das necessidades e prioridades assistenciais da população, a PPI tornou-se um instrumento importante para a organização da assistência local e intermunicipal, para a alocação de recursos assistenciais e para a explicitação das competências assistenciais entre as três esferas de governo (SPEDO SM *et al*; 2009).

Em 2001 foi elaborado um novo instrumento normativo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, vindo a ser substituída pela NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002).

A NOAS 01/2002 visava ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

2.2. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do SUS RJ

O PDR fundamenta-se na configuração de sistemas resolutivos e funcionais de assistência à saúde, através da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, assim como na configuração de redes hierarquizadas de serviços, e estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipal, a fim de garantir à população, a integralidade da assistência e o acesso aos serviços e ações de saúde segundo as suas necessidades (BRASIL, 2006).

O primeiro PDR do estado do Rio de Janeiro foi elaborado no ano de 2001, onde foram estabelecidas nove Regiões de Saúde (RS) sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (BRASIL, 2013).

No estabelecimento das Regiões de Saúde foram listados os seguintes requisitos: contiguidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural entre os municípios; existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; identificação dos fluxos assistenciais; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso e grau de suficiência na regionalização (BRASIL, 2013).

A pactuação sobre os desenhos regionais ocorreu a partir da discussão dos critérios para o estabelecimento de Regiões de Saúde, de acordo com as seguintes orientações: os municípios deverão ser responsáveis pela Atenção Básica e Ações Básicas de Vigilância em Saúde; as Regiões de Saúde deverão possuir suficiência em Atenção Básica e Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade, considerando critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta (BRASIL, 2013).

Em 2009, o estado do Rio de Janeiro optou por não trabalhar com o desenho de Macro e Microrregiões de Saúde, seguindo as orientações e diretrizes do Pacto pela Saúde, implementadas em 2006, efetuando uma análise de dados secundários da oferta de serviços, desde a Atenção Básica até a Atenção de Alta Complexidade, a fim de subsidiar a definição das regiões, tendo como seu principal ordenador a Atenção Primária. A oferta de serviços em Média e Alta Complexidade foram disponibilizados a partir da análise do fluxo migratório intermunicipal e inter-regional das internações (BRASIL, 2013).

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram constituídos como espaços vivos de cogestão. No ano de 2011, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a instituição do Decreto nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01 de 29/9/11 (BRASIL, 2013).

2.2.1. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no SUS-RJ

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), publicada no D.O.U. de 6/11/1996 (NOB – SUS 1996) propôs como estratégia para a ampliação do acesso, a construção de redes regionais, orientadas por programações pactuadas e integradas (BRASIL, 2006).

No PDR (2013) do estado do Rio de Janeiro consta que os recursos federais destinados ao estado para os municípios e unidades estaduais foram programados tendo como referência parâmetros de cobertura e o histórico da produção informada, sendo transferidos para o ente executor dos procedimentos, seja para população própria, seja para a referenciada (BRASIL, 2013).

A primeira pactuação ocorreu no ano de 2001, voltada somente para os procedimentos ambulatoriais. Em outubro de 2011 foi pactuada a revisão global dos tetos financeiros dos 92 municípios do Estado, levando em consideração a programação ascendente na média complexidade, programação descendente na alta complexidade e a pactuação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2013).

A equipe da Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela PPI, é a Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) que realiza revisões sistemáticas e pontuais de acordo com as solicitações dos gestores e das Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2013).

A PPI tem por objetivo planejar a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade, ordenar a alocação de recursos e definir os limites financeiros para todos os municípios do Estado, efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e a qual serviços de saúde à população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o PDR e as redes assistenciais (BRASIL, 2013).

A regulação é um instrumento essencial à gestão do SUS no Estado. O objetivo da Rede de Centrais de Regulação é organizar as redes e fluxos assistenciais, priorizando o acesso do cidadão aos serviços e ações qualificados de alta e média

complexidade em saúde, e de forma integral e equânime, fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A Central Estadual de Regulação regula, para todo o Estado, os serviços de saúde de média e alta complexidade não disponíveis de forma suficiente para a demanda estadual. Sua função é político-estratégica para o sistema de regulação, gerenciando o sistema estadual, produzindo informações e definindo ações (BRASIL, 2013).

2.2.2. A Região Centro-Sul

A região Centro-Sul é composta por onze municípios, que são: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras, totalizando 323.097 habitantes. (BRASIL, 2013).

Possui uma Rede de Urgência e Emergência (RUE) estruturada, de acordo com a Portaria nº 1600/2011: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde no SUS; UPA e Serviços de Urgência 24horas; Hospitalar (Leitos de Retaguarda; UTI, Serviço por Imagem e Laboratório, e Linhas de Cuidado de IAM, AVC e Trauma) e Atenção Domiciliar (SAD - Melhor em Casa), além de contar com uma UPA 24h no município de Três Rios, sob gestão municipal (BRASIL, 2013).

Com relação à atenção especializada, apenas Areal, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul e Vassouras possuem quantitativos de leitos SUS adequados a Portaria nº 1101/2002, ou seja, de 2,5 a 3,0 leitos por mil habitantes, sendo exceção os municípios de Comendador Levy Gasparian, Paty de Alferes e Sapucaia (BRASIL, 2013).

A região possui parâmetros adequados com relação a leitos de UTI, tendo Vassouras com quantitativo acima dos 10% de leitos de UTI recomendados segundo a portaria citada (BRASIL, 2013).

A região Centro-Sul possui as seguintes Redes pactuadas de Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade:

- Com referências na própria região para as seguintes redes: Cardiovascular (cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cardiologia intervencionista e laboratório de eletrofisiologia), Oncologia (parte da quimioterapia e cirurgia), Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I e II, Ortopedia, Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), Hemorrede, e Doenças Falciforme e Outras Hemoglobinopatias.

As demais redes possuem as seguintes referências inter-regionais:

- Sendo encaminhado para a região Metropolitana I nas redes: Cardiovascular (cirurgia cardíaca pediátrica), Oncologia (Cirurgia CCP, Hematologia e Pediatria), Reabilitação Física (parte da média e da alta complexidade) e Oftalmologia (média e alta complexidade exceto Sapucaia);

- Sendo encaminhado para a região Médio Paraíba nas redes: Cardiovascular (cirurgia endocardiovascular), Oncologia (parte da radioterapia) e Saúde Auditiva (média e alta complexidade);

- Sendo encaminhado para a região Metropolitana II nas redes: para Reabilitação Física (parte da média e da alta complexidade) e Oftalmologia (média e alta complexidade para Sapucaia e Reabilitação Física para todos);

- Sendo encaminhado para a região Serrana nas redes: para Oncologia (parte da quimioterapia e radioterapia).

Com relação às consultas por especialidades, o município de Paraíba do Sul foi o maior executor da região com 26,77% das consultas. O município de Três Rios atingiu 100% das consultas da região em Proctologia e o município de Vassouras executou

consultas em todas as especialidades, com exceção de Proctologia, atingindo 100% das consultas da região para Hematologia, Neurocirurgia e Oncologia (BRASIL, 2013).

Oito dos onze municípios da região são executores nas migrações de média complexidade. A região exporta para as demais regiões 7,41% das internações e absorve 92,59% das suas internações de média complexidade, sendo o município de Três Rios executor de 33,10% das internações da região (BRASIL, 2013).

Com relação às internações de alta complexidade, cinco dos onze municípios da região são executores, absorvendo 71,14% e exportando para as demais regiões 28,86%. O município de Vassouras foi o maior executor da região com 50,05% das internações e o município de Miguel Pereira o maior exportador da região, com 48,45% dos seus municípios com internações de alta complexidade nas demais regiões (BRASIL, 2013).

A região possui uma Central Regional de Regulação, de gestão estadual, responsável pelos seguintes procedimentos: Internações Psiquiátricas, Procedimentos Cardiovasculares de Alta Complexidade, Cirurgias Ortopédicas do HTO Dona Lindu, Cirurgias Eletivas, Exames de Urgência do HTO Dona Lindu e Embolização. Ficando a Central Estadual de Regulação responsável por Cardiologia, Neurocirurgia, Ortopedia e TRS (BRASIL, 2013).

3. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa com base em uma entrevista estruturada e uma revisão de literatura acerca da efetividade da PPI, à luz da legislação pertinente e da programação pactuada a partir do Plano de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, e uma breve análise sobre a região Centro-Sul Fluminense, onde foram coletados os dados das entrevistas.

A partir da análise desses documentos acima mencionados, buscou-se, então, analisar seus pressupostos, abrangência, objetivos, e a metodologia da sua proposta, tendo como pontos orientadores a região Centro-Sul, e em seu âmbito, os municípios de Três Rios e Vassouras, dois municípios polos da região, e principais executores de recursos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. São também, os municípios que possuem UTI na região, e os hospitais considerados estratégicos dentro da Rede de Atenção à Saúde, assim como, pela própria migração populacional e pelos recursos tecnológicos instalados.

Na oportunidade, foram realizadas pessoalmente as entrevistas no município de Três Rios, sendo 2 o número de entrevistados: o Secretário de Saúde; a Coordenadora de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – Subsecretaria de Regulação de Três Rios. No município de Vassouras, a entrevista foi coletada por e-mail, sendo entrevistada a Subsecretária de Saúde e responsável pela PPI no referido município.

No intuito de atender aos objetivos definidos e respeitado prévio agendamento, bem como disponibilidade dos entrevistados, iniciou-se o trabalho de coleta de dados em agosto de 2014, com o intuito de conhecer a opinião dos informantes-chaves na direção do planejamento e gestão do sistema de saúde dos municípios citados, a fim de que pudessem manifestar o verdadeiro significado da sua opinião, não foram limitadas as respostas dos inquiridos. Em setembro de 2014, iniciou-se a análise e interpretação dos dados coletados; e em outubro, a redação e tratamento dos dados da pesquisa.

Concluída a análise das informações coletadas por meio das entrevistas, os resultados foram confrontados com o referencial teórico pertinente ao tema, e realizada uma exposição das opiniões coletadas, a fim de efetuar uma análise descritiva da realidade encontrada na região Centro-Sul, baseada nos padrões estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde no Estado.

4. Análise dos Resultados

Foi possível identificar nas entrevistas que a própria estrutura normativa da PPI, no momento de sua instituição pela Secretaria Estadual de Saúde, em atendimento à Portaria MS/GM nº 1.097 de 22 de maio de 2006, em conjunto com os municípios, de forma burocrática, restringia a flexibilidade dos municípios, estabelecendo unilateralmente e transferindo para os mesmos, através de instrumentos normativos, tão somente as regras as quais cabiam aos municípios e aos estados adaptarem-se.

Tal fato pode ser constatado no depoimento a seguir:

A Programação Pactuada e Integrada da Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com os municípios ela se deu no ano de 2010/2011, foi um processo muito difícil, que requereu muitos esforços de todos que estavam envolvidos principalmente, a Secretaria Estadual de Saúde. Foi um processo novo que o Estado do Rio de Janeiro não tinha ainda sequer implantado as diretrizes da Portaria 1097 que era a Programação Pactuada e Integrada. Então, a partir desse momento começou a desenhar um processo de construção juntamente com os municípios. Muitos municípios com realidades diferentes, necessidades diferentes e os parâmetros usados foram de acordo com essa Portaria 1097. Então, o início desse processo foi um processo muito difícil, nós estamos em andamento ainda com ele, aprendendo a trabalhar e a fazer esse processo de regulação dentro do estado do Rio de Janeiro (L.A.).

A condução do processo de implantação e revisão da PPI por parte da SES/RJ foi um tema bastante complexo, pois, o relato do entrevistado, ressaltava a morosidade do processo de revisão, uma vez que a lei estabeleceu que a PPI deva ser revisada anualmente ou sempre que necessário, segundo consta no art. 7º da Portaria MS/GM nº 1097/2006, pois as alterações nos fluxos e demais fatores, que promovem alteração na realidade sanitária de determinada região de saúde, e devem ser considerados no momento da pactuação, podem comprometer a efetividade do acesso e a integralidade da atenção, preconizados no art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

A Revisão da PPI ocorreu no ano de 2010, ficando, desde 2002, sem nenhuma revisão, o que fez com que os municípios perdessem a referência de como era constituído o teto financeiro e que procedimentos deveriam ofertar. Tais fatos podem ser observados no relato a seguir:

[...] quando eu entrei para a gestão pública a qual eu faço parte, Setor de Controle e Avaliação, a última PPI que existia era a PPI de 2002 e ela só foi ser revista agora no ano de 2010. Ou seja, ficou de 2002 a 2010 sem fazer nenhuma revisão da PPI. Os municípios perderam a referência de como era constituído o teto financeiro, pra que é que recebia, fazer que procedimentos e pra quem deveriam ofertar esses procedimentos. A gente tinha muito pouco histórico sobre o que existiu antes de 2010. [...] Nem sempre houve oferta para o procedimento que foi pactuado, muitos gestores não foram consultados acerca disso.[...] A revisão tem sido feita a partir do grupo de planejamento que se instituiu no ano de 2012 e verificou-se que a alta rotatividade dos profissionais que atuam nessa área, fazia com que se perdesse dentro do município o histórico de pactuação. Então, foi criada

dentro do grupo de planejamento a revisão periódica, já que a PPI é dinâmica por parte dos municípios. Então, a gente faz essa revisão, tem um GT, que se chama GT de Regulação, onde a gente faz periodicamente a revisão dessa PPI (A.F.).

A questão da não assinatura do Termo de Compromisso por parte dos municípios/secretarias de saúde quando da formalização da PPI, reflete a fragilidade e a insegurança dos municípios e estados diante da imposição normativa em questão, uma vez que, as normas para elaboração da PPI que defendiam a necessidade de negociações e definições pactuadas entre municípios, mediadas pelo estado, na prática, segundo relatos colhidos, não demonstraram a existência de tais requisitos, e sim, uma incerteza instalada acerca da efetividade do compromisso pactuado, uma vez que, em seus relatos, os entrevistados ressaltaram o fato de o setor estadual de saúde exigir metas sem considerar a capacidade de resposta do município, ou seja, as suas insuficientes condições para cumpri-las, prevalecendo o caráter impositivo, como pode ser observado a seguir:

Em relação à questão 3, que é Termo de Compromisso, a não assinatura dele, isso reflete exatamente a forma como a PPI foi constituída, [...] Então, o Estado pegou aquilo que existia de cadastro de produção e repartiu para todo o Estado, muitas das vezes sem conversar com o gestor municipal e sem saber qual era a realidade daquele território de saúde. A coisa foi meio impositiva, e os gestores muito assustados na época porque tiveram os seus tetos financeiros decompostos e estavam em processo de recomposição, muitos não se manifestaram, eu acredito que seja isso, muitos estavam vendo a caixa preta sendo aberta, então só enxergaram nessa locação feita pelo Estado uma forma de recomposição, sabendo muita das vezes que não teriam condições de atender aquela população[...] (A.F.).

Essa pergunta, o Termo de Compromisso, ela vem muito nessa realidade dos entes federativos demonstrarem as suas responsabilidades. Então, hoje você está esbarrando na dificuldade de você colocar na mesa de discussão, o Ministério da Saúde, colocar na mesa de discussão a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios. Os municípios não podem assinar os COABS, não podem assinar esse Termo de Compromisso sem saber a real realidade de se fazer uma política tripartite. Hoje nós estamos vivendo aí, os municípios em uma situação precária, os municípios estão na linha de frente e na responsabilidade de assumir todas as políticas de saúde e a gente sabe que os municípios não são responsáveis pela ordenação dessas políticas de alta, de média complexidade e aí depende de quando se fala em COAB, Termo de Compromisso, chamar os entes federativos responsáveis pra essa discussão e para assumirem. Quando você diz aqui por que as secretarias, os municípios ainda não formalizaram esse pleito, eu acho que se deve a esse desenho. Nós temos que ter segurança de assinar um termo, mas no qual, a gente vai ter também lá na frente, a certeza de que vai estar junto conosco o estado e o Ministério da Saúde, a gente não vê isso. A gente está vivendo essa realidade, os municípios hoje praticamente estão falidos, não é só município pequeno não, município grande também. Então o fundo de participação dos municípios diminuiu, a receita dos municípios diminuiu, então acho que se não chamarem os responsáveis a responsabilidade tripartite e dividir essa responsabilidade[...] (L.A.).

A descentralização das ações e serviços de saúde, que constitui um dos princípios doutrinários do SUS, necessita dessa integração entre as três esferas de governo, e envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões (BRASIL, 1993).

A Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização (Brasil, 2006).

A questão sobre a não pactuação da Regionalização/PPI interestadual, segundo relatos dos entrevistados, esbarra em uma questão burocrática que, mais uma vez, reforça quão oportuna é a revisão periódica da PPI, e se constitui em um sonho de consumo, que em ações pontuais, vem sendo introduzida à realidade sanitária da região, carecendo, tão somente, que o setor estadual efetive essa necessária pactuação.

Essa pergunta 4 é um sonho de consumo. A PPI interestadual é uma realidade que a gente vivencia. Principalmente em meu entorno aqui. Eu busco ajuda dos serviços de saúde de Juiz de Fora, estou dando um exemplo aqui, que é Minas Gerais, em contrapartida eu tenho municípios pequenos que buscam ajuda no município de Três Rios: Simão Pereira, Santana do Deserto e Chiador. Essa PPI ela é uma realidade já, que a gente vem discutindo há 12, 13, 14 anos, O Estado do Rio de Janeiro precisa se posicionar e levar essa discussão a diante, pra que a gente possa realmente efetivar essa PPI interestadual.[...] Hoje o estado do Rio de Janeiro já fez a primeira pactuação, Programação Pactuada e Integrada com o Estado de Minas Gerais que foi a Oncologia, hoje a radioterapia, a oncologia que está sendo pactuada com Minas Gerais, com Juiz de Fora, eu acho que deva ser o primeiro passo para o avanço de outras políticas de saúde [...] (L.A.).

A PPI é um instrumento de planejamento onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente e referenciada em cada território, estabelecendo para tal, limites financeiros dos recursos assistenciais para média e alta complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL,2006).

Acerca desse tema, observa-se um consenso entre os entrevistados sobre a insuficiência das metas físicas e financeiras definidas, destinadas a garantir o acesso, fato que pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[...] pergunta sobre a suficiência das metas físicas e financeiras da PPI: eu acho que não são suficientes, todos sabem disso, porque a PPI levou em conta parâmetros assistenciais que estavam na Portaria 1101 que é de 2002, e de lá pra cá houve muita mudança: criação de novas tecnologias, mudança do perfil epidemiológico, a realidade de saúde é muito diferente do que era em 2002 e acho que o próprio sistema sofreu alteração naquela época. Quando você não tem aquela tecnologia, você não tem demanda para aquela tecnologia. Não era comum ressonância magnética, por exemplo, então o parâmetro para ressonância magnética era muito pequeno, mas agora que você tem, na medida em que se incorpora a tecnologia, a demanda também cresce e o perfil da população. O Brasil é um país que teve uma mudança no perfil epidemiológico com uma redução da natalidade, com uma população que está envelhecendo, isso tudo provoca mudança nos parâmetros assistenciais. E a portaria precisa ser revista, a gente sabe [...] Algumas ações devem ser extintas porque já não condizem mais com a realidade e muitas outras devem ser ampliadas e aumentadas.[...] Então, eu acho que não atende hoje a PPI que está aí publicada, é muito pouco, é muito insuficiente (A.F.).

As metas físicas e financeiras são totalmente fora da nossa realidade. Hoje o município ele tem uma realidade muito maior do que a programação aponta, por isso que a revisão da PPI, eu já mencionei nos tópicos passados, já está sendo feita, nós vamos apresentar isso ao Estado, pra dizer que a realidade é

totalmente diferente, [...] Então eu acho que essa revisão que começou na região Centro Sul, eu acho que ela vai apontar essa perspectiva de melhora nesses indicadores de demanda reprimida e de demanda espontânea, desses exames e desses procedimentos de média e alta complexidade por município e por região (L.A.).

A Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que no início da gestão municipal fosse efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde, nos quais, devem ser consideradas as necessidades sanitárias dos municípios, a partir das quais, serão definidos parâmetros e metas físicas e financeiras da programação, assim como, atribuições e responsabilidades de cada um dos entes federados (BRASIL, 2006).

Observa-se que os municípios não contam com a flexibilidade de efetuar mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, ainda que os mesmos se mostrem insuficientes para o atendimento das necessidades de saúde de sua população. Segundo a Portaria MS/GM nº 1097/2006, são de inteira responsabilidade do gestor do SUS que adotar mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS (BRASIL, 2006).

Além dos recursos federais que financiam a PPI, a Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que estados e municípios devem alocar recursos para a PPI.

A NOB/96 também estabeleceu que o financiamento do SUS fosse responsabilidade das três esferas de governo, logo, os municípios, assim como os demais entes federativos, devem assegurar e regular o aporte de recursos fiscais aos seus respectivos Fundos de Saúde (BRASIL, 2006).

Esse exercício não destitui a imprescindível cooperação técnica e financeira do poder público estadual e federal, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, as demandas sanitárias das pessoas pela assistência. Esse poder municipal pode ser responsabilizado, entretanto, não isoladamente, uma vez que os poderes públicos estaduais e federais serão sempre corresponsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal (BRASIL, 1996).

Sobre esse tema, segue o relato do entrevistado:

Os recursos da PPI pelo município. O município quando enxerga essa realidade, de que a demanda é maior que a oferta, o município, ele tem possibilidade com seus recursos próprios, em fazer a contratação desses serviços. Muitos municípios já estão com seus tetos financeiros totalmente comprometidos, com folha de pagamento, com material de consumo, enfim, todas essas ações, muita das vezes o município se vê obrigado a ter que financiar procedimentos que não estão sendo garantidos por essa PPI. Vou te dar um exemplo, aqui eu tenho uma realidade de 36 ressonâncias magnéticas ano e uma população de quase 80.000. Você imagina, hoje a gente faz em torno de 80/mês. Eu tenho uma realidade de um hospital de alta complexidade que fica aqui na cidade vizinha, que demanda um número maior de solicitações de ressonâncias magnéticas, se eu for seguir esse parâmetro, eu vou ficar com paciente aqui 3, 4, 5, 6 anos aguardando um exame de ressonância. Então, e esse é um exemplo, mas a gente pode dar vários outros exemplos, que os parâmetros hoje usados, muito, muito, muito aquém da necessidade, que a gente necessita nos municípios. Aí a gente contrata, aqui a gente faz uma chamada pública no primeiro momento, chama os prestadores para que a gente possa comprar esse serviço primeiramente pela tabela SUS, caso nós não consigamos, nós organizamos uma ata de registro de preço que vai ser pleiteada, considerando aquele prestador que apresentar o menor preço também. Porque muitos desses

procedimentos também devido à tabela SUS estar totalmente defasada, muitos prestadores não querem mais trabalhar por esse valor, outros prestadores sim, até trabalham, mas os procedimentos maiores de alta complexidade, geralmente a gente não consegue. Então nós temos que fazer uma chamada pública, uma ata de registro de preço e praticar o menor preço e adquirir esses procedimentos (L.A.).

Apreende-se, a partir do depoimento apresentado, que embora estados e municípios busquem alocar recursos para a PPI, há casos em que a real condição de seus fundos impossibilita a promoção de ações e serviços que excedam a demanda pactuada, comprometendo dessa forma a integralidade da assistência, por estarem condicionados aos seus próprios recursos escassos.

A última questão da entrevista remete aos Complexos Reguladores de consultas, exames e internações, que devem disciplinar o acesso utilizando como instrumento balizador a PPI. Observa-se como os complexos reguladores cooperam para a eficiência do planejamento e gestão do acesso às ações e serviços de saúde, otimizando recursos diversos, cooperando para a efetividade e integralidade do acesso, somado a PPI, que é a base de toda regulação.

Tal fato pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

Na verdade, eu imagino que a PPI é a base de toda regulação, como que você vai distribuir uma coisa que você não consegue quantificar, quanto e para quem, então eu acho que sem PPI na verdade não tem regulação. Aqui, a gente implantou através do Sistema oficial do Ministério, o Sisreg, a regulação da PPI, é lógico que a gente ainda está caminhando nesse sentido, ainda não conseguimos disponibilizar todos os procedimentos, mas aquilo que a gente tem condição de ofertar já, a gente já colocou no sistema a cota de cada município com correspondência na sua PPI, o pessoal faz o agendamento no sistema e consegue garantir a sua cota para a população do município em questão, gerou economicidade de telefone, de papel[...] Então eu acho que o futuro é sim priorizar as redes, os complexos reguladores vão trabalhar com as redes de atenção à saúde priorizando os procedimentos de cada rede de atenção visando o acesso oportuno do paciente a rede que ele necessita (A.F.).

Essa integração do acesso e equidade aos serviços de saúde e o complexo regulador, em todos os níveis de complexidade, devem estar articulados. Porém, no município de Vassouras, hoje, não é uma realidade. Mas o gestor e os técnicos estão construindo um plano de ação para implantação e funcionamento destes setores integrados (E.F.).

A Portaria nº 399 GM/2006 definiu a Regulação Assistencial como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes, sendo uma das estratégias de articulação e integração. Observa-se que, embora a amplitude dessa integração, conforme proposto pela norma, não seja ainda uma realidade para os municípios em questão, entretanto, segundo as palavras dos entrevistados: “*caminha-se nesse sentido*” (Brasil, 2006).

5. Conclusões

A proposta desse estudo foi analisar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, como um processo político estratégico de planejamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, buscando identificar se o referido instrumento tem ordenado, na prática, a rede de serviços, ampliando o acesso e fortalecendo as redes de

atenção à saúde, com equidade e transparência, uma vez que esses fatores são um dos objetivos fundamentais desse processo de programação.

Os objetivos específicos dessa pesquisa foram alcançados por meio da análise documental dos instrumentos normativos que disciplinam o tema, onde foram discutidos seus objetivos, diretrizes gerais, sua metodologia e sua necessária adequação às características regionais no âmbito dos estados e, sobretudo, no âmbito dos municípios. Foi efetuada a análise do contexto em que a região Centro-Sul Fluminense se encontra dentro do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro a partir do seu respectivo PDR, onde se observou a divisão do território estadual nesse processo de regionalização.

Complementarmente a essa análise, buscou-se compreender a efetividade da PPI, na promoção da equidade e transparência a partir dessa região estadual, tomando por base, dois polos estratégicos dentro da região, os municípios de Três Rios e Vassouras, nos quais foram realizadas entrevistas, abordando-se tópicos relevantes sobre o tema, que enriqueceram a reflexão proposta.

O respeito às diversidades loco - regionais brasileiras, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais quanto sob os aspectos relacionados às diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas esferas de governo, é princípio preconizado pela NOB/93, sendo o ponto de partida para qualquer planejamento regional, uma vez que, somente dessa forma, é possível aos municípios adequarem as necessidades à liberdade de uso de recursos, e dessa forma, executar as ações necessárias à saúde da sua população, ou seja, suas necessidades locais e regionais.

Observa-se a partir desse estudo, que a estrutura normativa da PPI, não possibilita às demais esferas estabelecerem as suas necessidades, mas, adequarem, uma vez que a PPI apesar de ter como objetivo orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde, pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população, é ela também quem define os limites financeiros federais para a assistência de todos os municípios, tanto para os municípios, quanto para os atendimentos das referências recebidas de outros municípios.

A partir dos padrões estabelecidos na Tabela do SUS cujos valores carecem de atualização, uma vez que se apresentam defasados para o atendimento da atual realidade sanitária brasileira, em nada atraentes aos prestadores e que colocam os municípios, independentemente da atual condição de seus fundos, na frente de batalha para garantir a equidade da assistência.

Essa fragilidade pode ser constatada pela não assinatura do Termo de Compromisso por parte dos municípios/secretarias de saúde quando da formalização da PPI. O Termo de Compromisso é um documento que possibilita a transparência dos pactos intergestores, materializa o que foi pactuado na PPI e expressa os compromissos acordados de pactuação e assistência entre municípios, mediadas pelo Estado, uma assistência na qual deve ser considerado o seu caráter tripartite no financiamento.

Apreende-se que, embora a Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleça que estados e municípios devam alocar recursos para a PPI, que devem somar-se aos recursos federais no financiamento da assistência, há casos em que a real condição dos fundos municipais impossibilita a promoção de ações e serviços que excedam a demanda pactuada, comprometendo dessa forma a integralidade da assistência, por estarem condicionados aos seus próprios recursos escassos.

A proposta desta pesquisa não foi desenvolver uma crítica, mas convidar a uma reflexão, analisando criticamente na condição de usuário do sistema, e dessa forma contribuir para o desenvolvimento da PPI, assim como do controle social, uma vez que

a própria Deliberação CIB-RJ n° 839, de 28 de janeiro de 2010, que aprovou as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, afirmou que deve ser levado em consideração que as desigualdades hoje existentes não serão corrigidas de uma só vez.

Logo, o que se pretendeu a partir dessa discussão crítica, foi estimular a formulação de novas proposições, voltadas para a construção de um sistema de saúde universal e equânime e superação das limitações encontradas na atual versão, em prol do constante aprimoramento do sistema de saúde.

6. Bibliografia

BAPTISTA TWF. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. vol.14(3):.829-839,2009.

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização**, 2013.

BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. **Dispõe sobre as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>[Acesso em: 11.03.2014].

BRASIL. Artigo 196, da Constituição Federal de 1988. **Estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em:< <http://www.senado.gov.br>>[Acesso em: 11.03.2014].

BRASIL. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 –Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Portaria n° 1101, de 12 de junho de 2002. **Define os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Portaria MS/GM n° 1097, de 22 de maio de 2006. **Define que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de novembro de 1996.

COSTA, José Felipe Riani. CHAGAS, Luciana de Deus. SILVESTRE, Rosa Maria(orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11) ISBN: 1. Políticas de Saúde.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In:_____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p.19-91.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em <<http://internatorural.medicina.ufmg.br>> Acesso em: 20.03.2014.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. In: Odontologia Social: textos selecionados. Natal:UFRN, 1998.

SPEDO SM. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:revisão da literatura**. – Jeferson Dutra de Vargas. - Rio de Janeiro, 2008.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E A ARTICULAÇÃO COM OS NÍVEIS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Pillar Felipe Hernandez¹

Resumo

Este trabalho tem por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, partindo-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta de atender apenas urgências e emergências. Para tanto, se elegeu a UPA Tijuca como campo de investigação, dividindo a pesquisa em duas fases: uma quantitativa e outra qualitativa. A realização da primeira fase possibilitou confirmar a hipótese da pesquisa de que a UPA Tijuca atende majoritariamente casos que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica. A segunda fase possibilitou constatar que a cobertura da Atenção Básica à Saúde na região para qual a UPA Tijuca é referência (AP 2.2) é insuficiente e também possibilitou identificar alguns desafios à articulação da rede, tais como: o fato da rede ser mista; o fato da UPA estar ocupando atualmente a função de “porta de entrada” para o sistema de saúde; o fato dos sistemas de informação não serem integrados e a falta de comprometimento de alguns gestores com a boa articulação da rede.

Palavras-Chave: Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Sistema Único de Saúde (SUS).

Abstract

This study aims to analyze how is the relationship of the UPA (Emergency Unit) with the network of attention to urgencies and emergencies, starting from the hypothesis that the UPA performs calls that do not relate directly to its proposal for meet only emergency care. Therefore, if elected UPA Tijuca as research field, sharing research in two phases: a quantitative and a qualitative. The completion of the first phase made it possible to confirm the hypothesis of the research that the UPA Tijuca mainly caters cases that could be solved in primary care. The second phase made it possible to note that the coverage of the Health Primary Care in the region for which the UPA Tijuca is reference (AP 2.2) is insufficient and also enabled us to identify some challenges to joint the network, such as the fact that the network is mixed; the fact that the UPA be currently occupying the role of "gateway" to the health system; the fact that information systems are not integrated and lack of commitment of some managers with good articulation of the network.

Keywords emergency unit (APU); care network to urgencies and emergencies; unified health system (SUS)

1. Introdução

A saúde como direito de todos os cidadãos, é algo bem recente na história brasileira, sendo conquistada apenas a partir da Constituição de 1988, assim como, a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

O SUS é uma organização em rede, integrada por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que visam realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com vistas a atender aos preceitos do SUS de forma mais abrangente, foram criadas as UPA (Unidades de Pronto Atendimento), que tem como objetivo estruturar e organizar a rede de urgências e emergências do país.

As UPA estão em conformidade com a Política Nacional de Urgências e Emergências, lançada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.864 de setembro de 2003.

¹ Graduada em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, Brasil e em Administração Pública pela Universidade Federal Fluminense. Email: pillarhernandez3@gmail.com

No Rio de Janeiro, as UPA começaram a ser implantadas entre os anos de 2007 e 2008 como estratégia para superar problemas apresentados nos demais níveis de Atenção às Urgências e Emergências, tais como a insuficiência da atenção básica e a superlotação das emergências hospitalares.

Nesse sentido, este trabalho tem por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, partindo-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com sua proposta de atender a urgências e emergências de baixa e média complexidade. Dessa forma, busca-se responder o seguinte problema de pesquisa: “quais são os maiores desafios para que haja uma boa articulação na rede de atenção às Urgências e Emergências e quais as possíveis soluções para esses desafios?”.

Para tanto, realizou-se um estudo de caso na UPA Tijuca dividido em duas fases de pesquisa, uma quantitativa e a outra qualitativa. A fase quantitativa constitui-se do levantamento e análise dos atendimentos da unidade Tijuca no período de janeiro a agosto de 2013, sendo esta fase complementada pelo exame de diversos documentos que auxiliarão na apreciação dos resultados. A fase qualitativa é composta por uma série de entrevistas com diversos profissionais de saúde da UPA Tijuca e da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pela gestão e atividades diárias da Unidade.

Busca-se a partir deste estudo, destacar elementos que possam contribuir para ampliar a integração do sistema, de forma que a UPA cumpra o seu papel de maneira integral, possibilitando assim, um melhor atendimento ao usuário, o que é não apenas direito, mas desejo dos cidadãos brasileiros, tendo em vista as manifestações populares que vem acontecendo no país desde junho de 2013.

2. Fundamentação Teórica

2.1. A criação do SUSⁱ

A partir da Constituição da República de 1988 a saúde passou a ser direito de todas as pessoas sem distinções e com isso, o poder público tem a obrigação de garantir este direito a todos.

A Carta Magna faz referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Promoção significa fomentar, cultivar e estimular a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Proteção consiste no esforço de se reduzir ou eliminar os riscos. E recuperação consiste no tratamento das enfermidades em si.

Esta passagem abriu espaço para que se desenvolvesse o ideal de uma atenção integral à saúde, abrangendo a prevenção, promoção, recuperação, controle e reabilitação da saúde e nesse contexto, foi criado e implementado o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS é uma organização em rede, integrada por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que funciona de forma regionalizada e hierarquizada.

O ideal de rede supõe que haja uma integração e comunicação entre os serviços de saúde. A regionalização é um pressuposto organizativo do SUS que juntamente com a hierarquização, possibilita a distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde (pertencentes aos municípios, estados, Distrito Federal e União) em determinado território, de forma que os serviços básicos estejam descentralizados e os especializados mais centralizados. Todos esses pressupostos juntos buscam evitar a fragmentação das ações em saúde.

2.2. A criação das UPA

De maneira a atender aos pressupostos do SUS de forma mais abrangente, foi necessária a criação das UPA (Unidades de Pronto Atendimento). Elas foram instituídas pela Portaria n° 1020 de 13 de maio de 2009 e estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, lançada pelo Ministério da Saúde pela Portaria n° 1.863 de setembro de 2003.

As UPA visam estruturar e organizar a rede de urgências e emergências do país. Elas estão dispostas em pontos estratégicos da cidade, de forma que seja possível configurar a Rede de Atenção às Urgências, conforme previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

De forma efetiva, o principal papel das UPA é atuar como estrutura de complexidade intermediária entre os serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde e as urgências hospitalares, absorvendo assim, parte da demanda da população pelas emergências de hospitais públicos (BRASIL, 2011).

As UPA devem proporcionar ao cidadão a continuidade do seu tratamento, pois contra referenciam para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, o que leva a um impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo (SCOFANO, 2012), já que um atendimento articulado em todos os níveis de atenção à saúde permite que o usuário tenha um acompanhamento desde o início, possibilitando atingir um grau de resolutividade satisfatório.

De acordo com a portaria n° 2.648 (07 de novembro de 2011) as UPA devem ser classificadas por porte, conforme disposto na tabela abaixo, e de forma compatível a este porte, cada UPA deve deter uma equipe multiprofissional e interdisciplinar preparada para realizar o pronto atendimento de qualidade ao cidadão.

Tabela 1: Definição dos Portes Aplicáveis às UPA 24H

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICAMÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Ministério da Saúde

No Rio de Janeiro, as UPA começaram a ser implantadas a partir de 2007, como estratégia para superar a insuficiência da atenção básica e a superlotação das emergências hospitalares. Atualmente, o Estado do Rio, tem a maior rede de UPAs do Brasil, totalizando 55 unidades (BRASIL, 2014).

As UPA ocupam hoje, um posicionamento de grande relevância e importância na rede de saúde pública do Estado do Rio de Janeiro, visto que possuem um alto grau de resolutividade em seus atendimentos, ultrapassando os 99% (RIO DE JANEIRO, 2012).

As UPA no Rio de Janeiro são controladas pela Secretaria Estadual de Saúde, porém, nem todas elas são diretamente geridas pela mesma, isto porque, as UPAs foram incluídas no Programa Nacional de Publicização (Lei n° 9.637, de 15 de maio de 1998) e, portanto, as atividades de algumas UPAs foram absorvidas por Organizações Sociais

(OS). O papel das Organizações Sociais em relação às UPA é administrar bens e equipamentos das unidades. Já o papel de controlar, fiscalizar e garantir a eficiência das Políticas Públicas de Saúde permanece sob o controle do Governo do Estado (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998).

2.3. A Política Nacional das Urgências e Emergências

A Política Nacional de Urgências e Emergências buscou integrar o sistema de saúde e dividiu a atenção às urgências no SUS em quatro frentes (BRASIL, 2011). A primeira frente consiste na Atenção Básica, composta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS); elas têm como objetivo acolher as urgências de menor complexidade. A segunda frente é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem por objetivo fazer a estabilização dos pacientes e transportá-los para as unidades de saúde mais indicadas para dar continuidade ao tratamento do usuário. A terceira frente é composta pelas UPA que atuam como um componente pré-hospitalar fixo e têm como objetivo realizar atendimentos 24 horas, todos os dias, inclusive finais de semana, a pacientes que apresentem quadros de pequena e média complexidade. Seu trabalho é realizado conjuntamente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com as urgências dos hospitais públicos. Por fim, a quarta frente é composta pelo setor de urgência dos hospitais públicos, que realizam o atendimento das urgências de maior complexidade.

2.4. UPA como observatório do sistema de saúde

O'dwyer (2009) defende que o SAMU funcione como observatório do sistema de saúde, pois é composto por uma Central de Regulação Médica de Urgências. Esta Central recebe os pedidos de atendimento de urgência da população ou de profissionais de saúde por meio do telefone 192 e os atende em domicílio ou em qualquer espaço público. Dessa forma, o SAMU registra as ocorrências dos diversos níveis de atenção, o que permitiria uma visão global do sistema de saúde.

Em contrapartida, de acordo com a Scofano (2012), as UPA ocupam melhor esta posição de observatório do Sistema de Saúde, já que possuem a capacidade de monitorar todo o funcionamento da rede por intermédio da classificação de risco realizada com os pacientes.

Sustentando esta tese e complementando-a, Randow et al (2011) afirma que o estudo da demanda pelos serviços da UPA, através da Classificação de Risco, pode evidenciar possíveis desafios que a rede básica possui, já que a Classificação de Risco permite monitorar de forma dinâmica e sistematizada o funcionamento da rede de saúde como um todo.

De forma a reforçar esta afirmativa, Furtado, Araújo Jr. e Cavalcanti (2004), Lovalho (2007) e Costa (2011) realizaram estudos que apontam que a maioria dos atendimentos realizados nas urgências e emergências são de baixa complexidade, o que não condiz com a proposta do sistema.

De forma complementar, Randow et al (2011) também afirma que aproximadamente 60% dos atendimentos realizados nas UPA poderia ter sido solucionado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isto ocorre por dois principais fatores: culturalmente as pessoas tendem a buscar as UPA porque há uma garantia maior de que seus exames serão realizados no mesmo dia, diferente do que ocorre na atenção básica. Além disso, muitos pacientes buscam a UPA de forma imediatista para resolver os mais diversos tipos de problema, pois não têm informações completas se a

UBS será capaz de solucionar de fato sua demanda e duvidam da capacidade resolutive da mesma.

Isto confirma a visão de O'dwyer (2010) de que há uma expectativa da população de que a urgência seria uma “porta de entrada” para o Sistema de Saúde e afirma que a urgência como “porta de entrada” corresponde apenas a uma expectativa da população e por isso, não compete com a Atenção Básica, já que cabe à Atenção Básica receber o paciente por demanda programada ou espontânea. Dessa forma, explicita que a UPA não deve ser a porta de entrada para o SUS e sim a Atenção Básica, embora a expectativa da população não corresponda a essa realidade, considerando décadas de funcionamento de um sistema hospitalocêntrico, ou seja, que tinha o hospital como o centro do sistema de saúde.

2.5. Os desafios da articulação da UPA com os demais componentes da rede de Urgências e Emergências

São diversos os desafios para que haja uma boa articulação da UPA com os demais componentes da rede de urgências e emergências. Ao longo desta seção serão elencados alguns dos principais.

De acordo com Fleury e Ouverney (2006) a organização de uma rede requer a construção de um valor compartilhado, que vá além dos objetivos particulares. Isto por si só, já é um grande desafio, visto que para construir esse grande objetivo é necessário haver compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. Este fator é agravado, pois o SUS possui um formato institucional no qual nenhum dos atores do Estado detém os recursos suficientes, nem para prover atenção integral, nem para impor os rumos da política de saúde.

Dessa forma os autores argumentam que, para que seja possível superar este desafio, é preciso criar instancias organizacionais de suporte e mediação, que ajam como arenas de barganha, de forma que as percepções, os valores e os interesses dos membros da rede possam ser confrontados e negociados. A criação destes espaços de negociação diz respeito à institucionalização dos padrões de interação, o que é um importante instrumento de gestão da rede, pois possibilita a negociação em torno de objetivos comuns, a pactuação de metas, a resolução mediada de conflitos e uma maior integração entre os membros da rede a partir de pluralidade e autonomia. Além disso, permite deixar clara as posições dos atores na rede, a distribuição de poder, dentre outros aspectos.

Ainda segundo os autores, outro desafio se dá quanto à limitação da participação da sociedade organizada via conferências e conselhos de saúde na definição de prioridades, estratégias e metas da política de saúde nas três esferas da federação. Isto ocorre por diversos motivos, como: falta disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, diferenças na cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do Executivo com o Legislativo, a ação de lideranças, entre outros fatores. Muitas vezes o conselho possui apenas um caráter consultivo, operando apenas sobre a legitimação de decisões já tomadas pelo executivo. No entanto, é necessário consolidar o exercício de controle social através de ações de incentivo a estruturação e consolidação dessas instâncias.

Além destes, existem desafios diretamente ligados à questão da equidade. Estes desafios são próprios das disparidades e deficiências de cada região da federação, que enfrentam problemas como concentração de recursos e de infraestrutura produtiva – como hospitais e recursos humanos – nas áreas mais urbanizadas do país.

No entanto, além dos desafios, para que as políticas de saúde tenham de fato efetividade, é necessário que o Estado estruture e organize a rede de saúde sob os

preceitos do SUS de integração e hierarquização dos serviços. Somente esta coordenação e organização interorganizacional, por meio de mecanismos de referenciamento e contra referenciamento, gestão conjunta e desenvolvimento de programas multidisciplinares, tornará possível oferecer serviços de qualidade ao cidadão.

3. Método de Pesquisa

Essa pesquisa está estruturada em duas fases, uma quantitativa e outra qualitativa, buscando cruzar os dados colhidos em ambas as fases e responder ao problema desta pesquisa.

A fase quantitativa visa analisar os atendimentos realizados pela UPA Tijuca no período de seis meses. Para tanto, foi autorizado pela Coordenadora da Superintendência de Unidades Próprias/ SES - RJ, o acesso aos atendimentos por CID (Classificação Internacional de Doenças) realizados no período de janeiro a agosto de 2013, bem como à quantidade de remoções realizadas no mesmo período. Esta fase da pesquisa foi estruturada da seguinte forma: 1º Levantar a quantidade total de atendimentos realizados nesse período; 2º Discriminar quais são as principais demandas dos usuários e organizá-las de acordo com o nível de atenção que elas se referem de fato, considerando o Procedimento Operacional Padrão; 3º Considerando o mesmo documento, verificar quais dessas demandas correspondem ou não à proposta de atendimento da UPA; 4º Concluir quantos atendimentos poderiam ter sido evitados caso houvesse uma boa integração entre os diferentes níveis do Sistema; e 5º Propor soluções para essa situação (este passo será realizado conjuntamente com a fase qualitativa da pesquisa).

Além dos cinco passos descritos acima, a fase quantitativa é complementada pelas seguintes análises e informações: mapeamento de quais serviços de Atenção primária à Saúde (UBS e Clínicas da Família) estão disponíveis nessa região por intermédio de informações disponíveis na página da web do CAP 2.2; e análise do POP (Procedimento Operacional Padrão) para entender melhor o procedimento de classificação de risco realizado pelas UPA, inclusive, a UPA Tijuca.

A fase qualitativa visa analisar, de maneira mais acurada, quais as dificuldades de articulação na Rede de Atenção à Saúde por intermédio dos seguintes instrumentos de pesquisa: entrevista com a Coordenadora Geral das UPA/ SES; entrevista com a Coordenadora Geral das UPA/OSs HTMJ; entrevista com a Coordenadora de enfermagem e Gestora da UPA Tijuca; entrevista com o Coordenador Médico da UPA Tijuca; e entrevista com a Enfermeira Líder de Rotina da UPA Tijuca.

4. Análise dos Resultados

4.1. UPA Tijuca: atendimentos realizados de janeiro a agosto de 2013

No período de janeiro a agosto de 2013 foram realizados 111.071 atendimentos, com uma média de 13.884 atendimentos por mês, referentes a 1.850 CID (Classificação Internacional de Doenças) diferentes.

Entre tais doenças, foram consideradas para análise, aquelas com incidência superior a mil ocorrências no período, totalizando 23 principais diagnósticos. Estas 23 principais ocorrências totalizam 59.642 atendimentos, o que representa 53,7% do total de atendimentos, ou seja, mais da metade dos atendimentos realizados pela UPA Tijuca no período em questão.

Visando compreender se cada uma dessas doenças está englobada na proposta de atendimento da UPA, foi realizada uma análise baseada no Sistema de Classificação de Risco por Cores. Todas as informações relacionadas à Classificação de Risco, bem

como a análise de risco das 23 principais doenças identificadas no período, foram baseadas no POP (Procedimento Operacional Padrão – documento que determina como deve ser realizada a Classificação de Risco nas UPA), que foi fornecido pela Coordenadora Geral das UPAs/OS HTMJ, que é responsável pela coordenação das UPA de Copacabana, Tijuca, Jacarepaguá e Botafogo.

O Sistema de Classificação de Risco busca identificar de maneira rápida e científica, de acordo com critérios clínicos, o grau de urgência no atendimento a ser realizado, auxiliando na determinação de quais pacientes devem ser atendidos primeiro (SILVA, 2012). Segundo a Coordenadora Geral das UPA/SES, diferentemente do Protocolo de Manchester, que faz a classificação de risco pelas cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e por consequência, as UPA que ela controla, adotam um protocolo único para as UPA do estado, tal qual disposto na tabela de classificação abaixo.

Tabela 2: Modelo de Classificação de Risco adotado pelas UPAs

	EMERGÊNCIA	AMARELO OBSERVAÇÃO	AMARELO CONSULTÓRIO	URGÊNCIA RELATIVA	NÃO URGENTE
Significado do risco para a UPA	Para a UPA o paciente que está em situação de emergência é aquele que possui eminência de morte	Urgência Maior para a UPA é quando o usuário precisa fazer uso de um Leito	Casos que precisam ser tratados com mais atenção e rapidez, mas que não precisam ocupar um leito (urgência menor)	Casos não graves	Não é foco de atendimento da UPA
Local próprio para atendimento da demanda	Estabilização na UPA a partir do encaminhamento imediato à Sala Vermelha e posterior encaminhamento para as Emergências Hospitalares	Os casos menos graves devem ser tratados na própria UPA	Tratamento na própria UPA	Alguns casos são foco da UPA outros da ABS	Tratamento e Acompanhamento por parte da ABS e Clínicas da Família, mas muitas vezes a UPA atende essas demandas
Escala de Prioridade	Prioridade Zero - Atendimento Imediato	Prioridade 1 - Atendimento o mais rápido possível	Prioridade 1 - Atendimento em no máximo 1 hora	Prioridade 2 - Atendimento em no máximo 2 horas	Prioridade 3 - Atendimento por ordem de chegada

Fonte: Elaboração própria baseada nos dados contidos no POP.

Conforme se pode observar na tabela acima, o objetivo de atendimento da UPA engloba parte do “Amarelo Observação”, todos os “Amarelo Consultório” e uma

pequena parte da “Urgência Relativa”, portanto todos os demais atendimentos que não se enquadram nestas classificações não são objeto de atendimento da UPA.

De acordo com essa listagem, foi realizada uma correlação entre os atendimentos efetivamente realizados pela UPA Tijuca no período em análise e as suas respectivas classificações de risco, de forma a deixar mais visível a adequação ou não adequação dos atendimentos em relação à proposta de atendimento das UPA, que é atender as urgências e emergências de pequenas e médias complexidades.

Tabela 3: Principais CID atendidos X Classificação de risco na UPA Tijuca

CID		EMERGÊNCIA	OBSERVAÇÃO	CONSULTÓRIO	URGÊNCIA RELATIVA	NÃO URGENTE
1	Dengue [dengue clássico]		X	X	X	
2	Infecção viral não especificada				X	X
3	Nasofaringite aguda [resfriado comum]				X	X
4	Tosse				X	X
5	Amigdalite aguda não especificada				X	X
6	Não administração de cuidado médico e cirúrgico				X	X
7	(*) Não Informado	-	-	-	-	-
8	Mialgia				X	X
9	Infecção do trato urinário de localização não especificada				X	X
10	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível			X	X	
11	Febre recorrente não especificada			X	X	X
12	Dor lombar baixa				X	
13	Dor em membro			X	X	
14	Alergia não especificada					X
15	Cefaléia tensional				X	X
16	Sinusite aguda não especificada				X	
17	Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas					X
18	Dor articular				X	
19	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada				X	
20	Pulpite	X	X	X		
21	Dor localizada no abdome superior		X	X	X	
22	Asma não especificada			X	X	
23	Náusea e vômitos			X	X	

Fonte: Elaboração própria baseado nos dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e compilados no sistema SG/ATI/Business Intelligence - Sistema de Gestão Klinikos

Como pode se observar na tabela acima, existem doenças que foram selecionadas em mais de uma categoria de classificação de risco. Isto foi realizado com o objetivo de considerar a característica contingencial que a doença pode assumir em cada paciente diferentemente.

Tendo em vista que os casos não urgentes devem ser encaminhados e tratados pela UBS e que os casos de urgência relativa poderiam ter sido evitados se houvesse um prévio acompanhamento da UBS ao usuário, conclui-se que praticamente 100% dos principais atendimentos realizados na UPA Tijuca poderiam ter sido evitados, o que reduziria a quantidade de usuários na unidade e assim, favoreceria o melhor atendimento daqueles que de fato necessitam de atendimento prioritário pela UPA.

Sendo assim, os dados coletados confirmam a hipótese deste estudo de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com sua proposta e paralelamente, confirma as pesquisas realizadas por Lovalho (2007), Furtado (2004) e Costa, Wong e Barbosa (2012), que apontam que a maioria dos atendimentos realizados são de baixa complexidade, o que não condiz com a proposta do sistema.

Além disso, sustenta a tese apresentada na Revista de Atenção às Urgências e Emergências, de que a UPA ocupa uma posição de observatório do sistema, já que a análise de demanda através da classificação de risco, tal qual realizada acima, possibilita verificar possíveis desafios que a rede básica possui (RANDOW ET AL, 2011).

4.2. UPA Tijuca: análise das Unidades de Atenção à Saúde em sua área de abrangência

As Unidades de Atenção à Saúde estão divididas geograficamente em Áreas Programáticas (AP) por município, tal qual informado pela Gestora da UPA Tijuca em entrevista. Esta divisão está disponível na ilustração abaixo, para melhor visualização. Além disso, cada uma das AP está sob controle de uma Coordenadoria Geral de Saúde específica.

A UPA Tijuca está localizada dentro da Área Programática 2.2 (AP 2.2), pintada de lilás na figura acima. Ela compreende sete bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

Segundo dados do IBGE de 2010, estes sete bairros constituem uma área de 55,2 Km² e possuem uma densidade demográfica de 6.727,33 habitantes/Km², com destaque para mulheres (47,7%, entre 15 e 49 anos) e idosos (22,1%, de 60 anos ou mais).

A AP 2.2 está sob controle da Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 2.2 (CAP 2.2), que é composta por profissionais de saúde responsáveis por coordenar, apoiar, analisar, promover e executar ações de saúde nestes sete bairros.

As unidades de saúde sob controle da CAP 2.2 são da esfera administrativa Municipal. Parte delas está sob gestão da Administração Direta da Saúde (Secretaria Municipal de Saúde - SMS) e outra parte está sob gestão de Organizações Sociais, conforme é melhor explicitado adiante.

As unidades de saúde da CAP 2.2 constituem ao todo dez unidades: um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CMR (Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação), sete CMS (Centro Médico de Saúde/Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde) e uma Policlínica. É importante salientar que todas as Unidades Básicas da CAP 2.2 estão sob gestão da Organização Social “FIBRA – Instituto de Gestão e Saúde”.

A AP 2.2 possui ao todo 371.349 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, cada Equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo que a média recomendada é de três mil habitantes em uma determinada área. As Unidades Básicas da AP 2.2 possuem, ao todo, 18 Equipes de Saúde da Família. Logo, há uma média de 20.631 habitantes por equipe, o que demonstra que a cobertura da Atenção Básica de Saúde na AP 2.2 é insuficiente. De forma complementar, segundo o Coordenador Médico da UPA Tijuca, as UBS da CAP 2.2 só conseguem dar assistência a 40% da população. Isto demonstra que as Unidades

Básicas da AP 2.2 funcionam, porém atendem a uma demanda dez vezes superior ao que é previsto para haver um atendimento de qualidade.

Seriam necessárias, ao menos, mais 93 Equipes de Saúde da Família para conseguir se adequar a estimativa do Ministério da Saúde, atingindo neste caso, a média de 3.345 habitantes por equipe. Esta adequação é ideal para que seja possível atender aos moradores desta área de abrangência com melhor qualidade.

O atendimento de melhor qualidade e com cobertura adequada, diminuiria consideravelmente o número de atendimentos na UPA Tijuca, já que grande parte deles, conforme foi constatado, são de baixa complexidade, o que é objetivo de atendimento das UBS.

Além de não possuírem cobertura adequada, todas estas UBS da AP 2.2 não possuem instalações físicas adequadas às suas necessidades, tal qual é apresentado no relatório proveniente do Programa de Visitas Técnicas às Unidades de Atenção Primária, realizado pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Este relatório elenca os principais problemas verificados nas instalações físicas das UBS da CAP 2.2, no período de abril e maio de 2012.

Foram feitas análises quanto à conservação dos ambientes interno e externo destas instituições, setor de documentação médica, setor de esterelização, sala de curativos, sala de vacinação, posto de coleta de exames, sistemas de informática, sistema de combate à incêndio, ambiente de espera, consultórios, equipamentos e estrutura física.

Com base no Relatório, todas as UBS da AP 2.2 apresentaram algum tipo de ocorrência. As unidades Heitor Beltrão, Nicola Albano e Parque Vila Isabel apresentaram o maior número de ocorrências (mais de dez). Já as unidades com menor número de ocorrências foram: Professor Carlos Figueredo Filho e Maria Augusta Estrella. No entanto, apesar de terem sido as unidades com menores ocorrências, elas são graves, tendo em vista problemas básicos, como a falta de recipientes para lixo, no caso da unidade Professor Carlos Figueredo Filho. Além destas ocorrências, foram registradas dificuldades como a falta de equipamentos ou equipamentos necessitando de manutenção, o que dificulta a realização de diversos exames e procedimentos.

Desta forma, pode-se concluir que os problemas nas instalações físicas, as dificuldades de realização de diversos exames e procedimentos e a insuficiência de cobertura por parte das UBS da AP 2.2, acabam por fazer com que a demanda da UPA Tijuca se sobrecarregue, pois esta população desassistida acaba procurando seus serviços.

4.3. Os principais desafios de articulação da UPA com a rede de Atenção às Urgências e Emergências segundo os entrevistados

As entrevistas possibilitaram a identificação de desafios em relação à articulação, diferentes daqueles apresentados na revisão bibliográfica. Isto ocorreu, pois os desafios identificados a seguir, são àqueles mais perceptíveis aos profissionais de saúde que atuam na “ponta” dos serviços à saúde.

4.3.1. Rede Mista

De acordo com o Coordenador Médico da Unidade Tijuca, o principal desafio da articulação com a rede hoje, se dá pelo fato dela ser uma rede mista, onde precisa haver articulação entre instituições federais, municipais, estaduais, filantrópicas e até instituições particulares que possuem leitos do SUS.

O desafio está no fato de que cada uma dessas instituições possui uma maneira diferente de regular as necessidades da UPA em relação ao pedido de transferência do

paciente. Esta regulação ocorre através de setores internos de cada uma destas instituições, que avaliam a possibilidade de atender ou não as necessidades que a UPA demanda, e cada uma delas tem as suas peculiaridades, umas pedem para enviar email, outras pedem para enviar fax e outras preferem resolver por intermédio de ligações.

Por exemplo, o Hospital Federal do Andaraí, que faz parte da AP 2.2, regula as demandas de transferência através do NIR (Núcleo Interno de Regulação), que é um setor interno no hospital. O Estado, por sua vez, possui a Central Municipal de Vagas, conhecida atualmente como CEMUPA, que oferece informações quanto à disponibilidade de vagas em terapia intensiva. Além destes, existem o SER, Central Estadual de Regulação e o CER, Central Municipal de Regulação, que regulam solicitações relacionadas a procedimentos e vagas.

Como tentativa de superar este desafio, está sendo realizado um estudo por parte de uma Superintendência de Regulação do município do Rio de Janeiro, que objetiva integralizar as centrais de regulação de cada uma das CAP, a fim de facilitar o trabalho dos profissionais que estão trabalhando na “ponta” com os pacientes. Dessa forma, haveria apenas uma referência de central e esta central faria a distribuição das solicitações para as demais instituições. Esta iniciativa mostra uma necessidade, bem como um desafio, quanto à centralização e uniformização da regulação de leitos.

De forma a tornar este estudo mais paupável, a Superintendência do Município, convidou os gestores das UPA para uma reunião (que não havia ocorrido até o dia em que a entrevista foi realizada), onde seria apresentada a metodologia para que esta iniciativa fosse colocada em prática, bem como, para que os gestores discutissem e colaborassem para o desenvolvimento de um projeto que fosse o mais próximo possível da realidade de trabalho destes profissionais no dia a dia.

A realização desta reunião demonstra uma iniciativa em superar o desafio apresentado por Fleury e Ouverney (2006) de construir um objetivo compartilhado, através de espaços que funcionem como uma arena de barganha, buscando atingir a compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. Além disso, mostra também, uma iniciativa em superar um dos desafios à articulação com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, que é percebido hoje, por quem está na ponta, como um dos principais complicadores da integração da rede.

4.3.2. UPA atuando como porta de entrada para o Sistema de Saúde

Outro desafio de articulação com a rede, identificado pelo Coordenador Médico da UPA Tijuca, é o fato da UPA ocupar hoje, de forma indevida, o papel de receber e redirecionar os pacientes às unidades de saúde mais adequadas para o tratamento da sua enfermidade.

Este fato ocorre nas duas pontas: tanto no recebimento de pacientes ambulatoriais, que não conseguiram uma boa assistência na rede básica e por isso, procuram a UPA, quanto, no caso de pacientes de altíssima complexidade, que acabam buscando a UPA ao invés de uma unidade hospitalar. No entanto, é importante evidenciar que, de acordo com O’dwyer (2010), o papel de “porta de entrada” para o SUS deve ser ocupado pela ABS, que é o nível primário da Atenção às Urgências e Emergências e não pela UPA, mas como ela não o executa, a UPA acabou assumindo esse papel.

Segundo a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, os principais motivos que levam os pacientes a procurarem a UPA e as grandes emergências, ao invés dos Postos de Saúde, são: o fato da UPA possuir as portas abertas e, por isso, oferecer atendimento, sempre que possível, a todos que

procuram por seus serviços; o fato de, algumas vezes, a UPA estar mais próxima do paciente; a falta de médicos no Posto de Saúde; o fato das famílias terem que acordar muito cedo para pegar uma senha no Posto de Saúde; o fato de já ter acabado o número de atendimentos limite a serem realizados pelo Posto naquele dia e o usuário querer atendimento imediato; e, segundo a Gestora da UPA Tijuca, até mesmo o desconhecimento do paciente quanto à existência de uma UBS próxima dele.

Os motivos apresentados confirmam a afirmação de Randow et al (2011), de que as pessoas tendem a buscar as UPA porque há uma garantia de que seus exames serão realizados no mesmo dia, diferente do que ocorre na rede de atenção básica. Além disso, complementa sua afirmação, pois evidencia que além dos pacientes buscarem a UPA por não terem informações completas se a UBS será capaz de solucionar sua demanda, eles também costumam desconhecer se há alguma UBS próxima a eles.

Tendo conhecimento prévio desses motivos, os profissionais da UPA Tijuca buscam atuar de maneira preventiva, buscando orientar o paciente da melhor maneira possível. No caso do desconhecimento de uma UBS próxima, o Coordenador Médico da UPA Tijuca e a Gestora da UPA Tijuca, fizeram menção a um sistema disponibilizado para a população, chamado “Onde ser Atendido”, que a partir do endereço do paciente, mostra a UBS mais próxima de sua residência.

De acordo com eles, o problema é que as pessoas, de forma geral, não têm conhecimento desse sistema, que lhes é apresentado no serviço social da Unidade. Porém, é necessário haver uma plena divulgação deste sistema para a sociedade, bem como, prover as Unidades Básicas de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para atender à demanda da população.

4.3.3. Sistemas de Informação

Mais um desafio identificado na entrevista com o Coordenador Médico da UPA Tijuca, consiste na falta de um Sistema de Informação que articule com a rede como um todo.

A Unidade Tijuca dispõe de um software chamado “Boletim Médico Digital”, que possibilita a integração do atendimento dentro da própria Unidade, porém não é uma integração completa. Alguns exames como: Raio X, Eletrocardiograma e exames laboratoriais não são incluídos nesse sistema, apenas exames complementares.

De acordo com a Gestora da UPA Tijuca a rede toda possui, pelo menos, quatro Sistemas de Informações diferentes, e de acordo com o Coordenador Médico da unidade Tijuca, não existe um sistema que articule com toda a rede, mas uma integração de todos eles facilitaria muito o trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

4.3.4. Comprometimento do gestor da UPA com a boa articulação

De acordo com a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, o grau de comprometimento dos gestores das unidades de saúde também pode ser um desafio para a articulação em rede.

Atualmente já existe uma forma de estimular a integração e a comunicação entre as diferentes instâncias de saúde da rede, por meio das reuniões mensais na CAP. Neste momento, os gestores ficam “cara a cara” para discutir a temática da articulação, visto que a UPA precisa da atenção básica e dos hospitais e vice versa.

Porém, apenas a realização das reuniões não é suficiente, pois se os gestores não estiverem comprometidos e engajados, não será possível chegar a acordos comuns.

Além disso, as Coordenadoras afirmaram que por elas fazerem parte da coordenação das UPA do Estado, de forma geral, é mais fácil a comunicação entre as

UPA sob a coordenação do Estado do que com aquelas que estão sob gestão do município.

4.3.5. A classificação da UPA por porte

Segundo a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, atualmente todas as UPA inauguradas são porte III, pois elas possuem uma demanda muito alta. A UPA Tijuca, por exemplo, é fisicamente de porte II, mas atende a uma demanda de Porte III, o que levou a um aumento do contingente de profissionais na unidade. A demanda da unidade é formada principalmente por pacientes da região, porém, também são atendidos pacientes de muito longe, como por exemplo: Magé e Belford Roxo.

Segundo o Coordenador Médico da unidade Tijuca, este fato gera algumas dificuldades na prestação dos serviços. Nesse sentido, ele afirma que a UPA Tijuca precisa de um estudo de porte, que possibilite a ampliação do espaço físico, para a melhor acomodação dos profissionais, de maneira que possam dar a assistência necessária aos pacientes.

Dessa forma, pode se concluir que o fato de se adotar as UPA Porte III como padrão, mesmo havendo outros dois níveis de porte previstos, bem como, o fato da UPA atender à pessoas que não pertencem à área de abrangência da unidade, demonstram novos desafios quanto a demanda das UPA a serem estudados e compreendidos, para que haja uma articulação efetiva da rede de Atenção de Urgências e Emergências.

4.3.6. A Promoção, Prevenção e Proteção à saúde

Segundo o Coordenador Médico da UPA Tijuca, o grande custo que se tem hoje na saúde pública consiste em dar assistência ao paciente já doente. De forma complementar, a Gestora da UPA Tijuca afirmou que atualmente a saúde pública só atua na recuperação dos agravos. No entanto, isto não condiz com o que está disposto na Carta Magna quanto às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, ferindo os preceitos do SUS.

O ideal segundo o Coordenador é investir na rede básica de saúde, de evitando que o paciente desenvolva determinados tipos de doenças crônicas, como a insuficiência cardíaca. Fazendo isso, evita-se a internação do paciente e os gastos provenientes desta internação e do seu tratamento. O investimento na rede básica é importante, pois além de prevenir tais doenças, possibilita controlar as complicações que uma determinada doença já instalada pode causar.

4.3.7. Pequenas e médias complexidades

Os entrevistados foram questionados diversas vezes quanto à interpretação do que são pequenas e médias complexidades, pois são conceitos que podem não estar claros para as pessoas que não têm contato direto com os pacientes.

Nesses momentos de questionamento, houve um impasse entre o Coordenador Médico da UPA Tijuca e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ. Ele afirmou que uma criança com nariz escorrendo, por ser um paciente ambulatorial de acompanhamento, seria um paciente de baixa complexidade, que deveria ser atendido pela UPA, pois a infecção viral caracteriza certa urgência de atendimento. Porém, ela não concordou com isso, pois em sua concepção este paciente deve ser encaminhado à UBS.

Desta forma, pode-se perceber que o conceito de pequenas e médias complexidades não está claro para os profissionais da UPA Tijuca, pois ainda que haja o

POP, ele não consegue englobar as particularidades que a doença pode assumir em cada paciente, e que acabam gerando este tipo de controvérsias.

4.3.8. O que falta para superar os desafios

Para o Coordenador Médico da UPA Tijuca e para a Gestora da UPA Tijuca, o que falta para superar os desafios é à disposição das instâncias superiores no sentido de: autorizar orçamento; ouvir e considerar as ideias dos trabalhadores da ponta, que estão em contato direto com os usuários; e investir na interação e integração da rede como um todo, pois o paciente do SUS precisa ser atendido adequadamente nas unidades em todas as esferas.

4. Conclusões

Este trabalho teve por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências. Para tanto, partiu-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta de atender urgências e emergências de baixa e média complexidade. Sendo assim, buscou-se responder à questão de pesquisa “Quais são os maiores desafios para que haja uma boa articulação da rede de Atenção às Urgências e Emergências e quais as possíveis soluções para esses desafios?”.

A análise dos atendimentos realizados no período de janeiro a agosto de 2013 possibilitou constatar que praticamente 100% das 23 principais ocorrências atendidas pela UPA Tijuca, são de classificação “Não Urgente”, que são de responsabilidade da UBS e “Urgência Relativa”, que poderiam ser evitadas caso a UBS realizasse o acompanhamento prévio destes pacientes. Ou seja, esta constatação confirma a hipótese da pesquisa de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta.

A análise das entrevistas com profissionais ligados a UPA Tijuca possibilitou constatar desafios da articulação com a rede diferentes daqueles elencados na revisão bibliográfica, pois são os desafios mais perceptíveis aos profissionais que estão lidando diretamente com os pacientes. Os principais desafios identificados são: rede mista, precisando haver articulação entre instituições federais, municipais, estaduais, filantrópicas e até instituições particulares que possuem o leito do SUS, o que dificulta a comunicação, pois cada instituição tem a sua particularidade no atendimento das demandas da UPA, o que mostra um desafio, quanto à centralização e uniformização da regulação de leitos; UPA como “porta de entrada” para o sistema de saúde, tendo que encaminhar os pacientes para o local onde sua demanda será melhor atendida, quando na realidade este papel deve ser exercido pela Atenção Primária a Saúde; Sistemas de Informação sem integração não possibilitam a troca de informações; falta de comprometimento de alguns gestores das UPA com a boa articulação com a rede.

Os profissionais também consideraram que a atual política tem privilegiado a recuperação dos agravos, quando o ideal é investir na rede básica de saúde, de forma que seja evitado que o paciente venha a desenvolver determinados tipos de doenças crônicas e de forma a evitar os consequentes gastos provenientes disto. Além disso, pôde-se perceber que não há consenso entre os profissionais em relação ao que são atendimentos de pequena e média complexidade. Ainda que haja o POP, ele não consegue englobar as particularidades que a doença pode assumir em cada paciente, gerando controvérsia entre os profissionais. Por fim, foi relatado que as UPA possuem uma demanda muito alta, o que fez com que todas as UPA inauguradas atualmente sejam de Porte III. Este fato gera algumas dificuldades na prestação dos serviços da UPA Tijuca, que é de Porte II, mas atende a Porte III, o que caracteriza a necessidade de

um estudo de porte na unidade. Para estes profissionais, o que falta para superar tais desafios é a disposição das instâncias superiores no sentido de autorizar orçamento para viabilizar a superação destas dificuldades; ouvir e articular melhor as ideias com os profissionais que estão em contato direto com os pacientes; e investir na interação e integração da rede como um todo.

Conclui-se, portanto, que a articulação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é bastante complexa e necessita do engajamento dos profissionais de saúde e de vontade política para que se consiga alcançar uma articulação efetiva.

Desta forma, sugere-se que em estudos futuros sejam analisadas as variáveis aqui identificadas de forma mais aprofundada, bem como, que seja feita uma análise mais completa da atuação das Unidades Hospitalares dentro da rede de Atenção às Urgências e Emergências. Tais análises não foram possíveis de serem feitas ainda nesta pesquisa, devido à limitação de tempo.

5. Bibliografia

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br: **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas)**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimento-upas-24horas>>. Acesso em: 29/08/2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 22/10/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em: 23/10/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html>. Acesso em: 23/10/2012.

Brasil SUS. **Portaria nº 881, de agosto de 2012**. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/sas/114900-881.html>>. Acesso em: 23/09/2013.

COSTA, J.S.M. **Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas**. 2011. Tese (Doutorado)- Cedeplar/UFMG.

COSTA, J. S. M., WONG, L. R. & BARBOSA, A. C. Q. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências: Análise da Demanda em Três Pontos Fixos de Assistência à Saúde, Estudo de Caso no Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Venda Nova**. XV Seminário sobre a Economia Mineira, Cedeplar, 2012.

FLEURY, S. & OUVÉRY, A. **O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede**. *Revista portuguesa e brasileira de gestão*, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>>. Acesso em: 29/10/2013.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚDO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. **O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GOLDBERG, S. Saúde começa antes, na Atenção Básica: é preciso mudar a mentalidade hospitalar e dar ênfase maior ao atendimento preventivo. **Valor Setorial Saúde**, setembro 2013. Entrevista Alexandre Padilha, p. 16.

ⁱ O Item 2.1 está totalmente baseado em PAIM (2009).

O DESPERDÍCIO DA EXPERIÊNCIA DA DIALOGICIDADE EM UMA PRÁTICA SOCIOEDUCATIVA: UM ESTUDO DE CASO

WASTE OF DIALOGICAL EXPERIENCE IN SOCIAL AND EDUCATION PRACTICE: A CASE STUDY

Jucicreide Gerônimo da Silva¹
Cristiano de França Lima²

Resumo

O presente artigo resulta de um projeto de pesquisa sobre educação popular e movimento social promovido pelo Núcleo de Pesquisa Outras Economias no estado de Pernambuco. Busca colaborar com a reflexão acerca da corporificação, no cotidiano de uma Organização Não-Governamental (ONG), do princípio da dialogicidade da educação popular, por meio de uma análise bibliográfica sobre a temática, além da pesquisa descritiva e qualitativa mediante de um estudo de caso. Especial destaque é dado às relações estabelecidas entre as integrantes da ONG, tornando-se crucial perceber as contradições, as controversas e os dissensos que permeiam as práticas socioeducativas dos movimentos sociais em sua organicidade interna. O percurso metodológico escolhido para o desenvolvimento da pesquisa em causa aproximou-se do método de Estudo de Caso Alargado (*Extend case method*), que se encontra na chamada ciência reflexiva à etnografia. A observação participante periférica foi a abordagem metodológica escolhida, visto que foi estabelecido um determinado grau de implicação com o terreno, no intuito de captar a visão de mundo dos sujeitos. Enquanto resultado desta pesquisa, foi possível concluir que os princípios da educação popular – aqui destacamos o axioma dialogicidade – são, por vezes, bastante subvertidos na cotidianidade de movimentos sociais e ONGs. Subversão essa que se torna condição limite para o desenvolvimento de práticas socioeducativas enquanto educação libertadora e práxis (ação transformadora).

Palavras-Chave: Educação Popular, Movimento Social, Dialogicidade, Experiência.

Abstract

This article results from a research project on popular education and social movement organized by the Research Centre “NOES” in the state of Pernambuco. Seeks to collaborate with reflection on the embodiment, the daily life of a non-governmental organization (NGO), the principle of dialog of popular education, through a literature review on the topic, as well as descriptive and qualitative research by a study case. Special emphasis is given to the relations between the members of NGOs, making it crucial to understand the contradictions, the controversial and dissents that permeate the social and educational practices of social movements in its internal organic structure. The methodological approach chosen for the development of the research in question approached the Expanded Case Study method, which is called the reflexive ethnography science. Peripheral participant observation was the methodological approach

¹ Discente do Curso de Pós-Graduação em Psicopedagogia pela Faculdade Escritor Osman da Costa Lins. Membro do Núcleo de Pesquisa Outras Economias (NOEs) alocado no Laboratório de Estudos em Trabalho, Organizações e Sociedade (LATOS) da UFF. jucygeronimo@gmail.com

² Professor substituto da UFPE e coordenador do Núcleo de Estudos Outras Economias alocado no Laboratório de Estudos em Trabalho, Organizações e Sociedade (LATOS) da UFF. Cristiano.fralima@gmail.com

chosen, since it was established a certain degree of involvement with the terrain in order to capture the worldview of the subjects. As a result of this research, it was concluded that the principles of popular education - here we highlight the axiom dialogicity. Are sometimes quite subverted the everydayness of social movements and NGOs subversion that it becomes boundary condition for the development of socio-educational practices while liberating education and practice (transforming action).

Keywords: Popular Education, Social Movement, dialogical, Experience.

1. Uma introdução possível

O campo das práticas socioeducativas se distingue dos campos da educação escolar (formal) e da assistência social, por sua característica da interseção entre dimensão educativa e dimensão social. Nessa interseção, desde os anos de 1960, na América Latina, a educação popular tem sido uma marca das ações e projetos dos movimentos sociais, tendo como fundamento – principalmente no Brasil – a práxis político-pedagógica de Paulo Freire (GADOTTI, 2000).

A práxis político-pedagógica freireana, segundo Gadotti (2000), se associa a uma ação entendida como “concepção dialógica” ou “educação dialógico-dialética” (2000, p. 3). Portanto, o diálogo é a dimensão central nas práticas de educação popular. A dialogicidade é a essência da educação como prática da liberdade (FREIRE, 2008).

Como se vivencia a dialogicidade no cotidiano de um movimento social e/ou Organização Não-Governamental? O presente artigo – resulta de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa Outras Economias (NOEs) no estado de Pernambuco – busca colaborar com a reflexão sobre esta questão, por meio de uma análise fundada em pesquisa bibliográfica sobre educação popular e movimento social, além da pesquisa descritiva e qualitativa mediante de um estudo de caso. Intenta, no entanto, contribuir na problematização das condições teórico-práticas da corporificação dos princípios da educação popular.

A análise dos movimentos sociais – enquanto uma categoria analítica, não simplesmente empírica (MELUCCI, 1999) – e de sua interface com a educação popular, nos impele a duas indagações: a primeira, como os seus integrantes se organizam, se relacionam e tomam decisões no cotidiano de sua própria organicidade interna? A segunda, como os seus integrantes mobilizam, entre si, conhecimentos (saberes), habilidades (fazer) e atitudes (querer), a partir da vivência e experiência dos princípios que regem a própria prática socioeducativa que desenvolvem e apregoam? Tais interrogações ajudam-nos a não reduzir o olhar apenas para o significado e alcance das ações coletivas dos movimentos sociais, bem como nos auxiliam a (i) escapar de análises e reflexões superficiais e, por vezes, idealistas das práticas socioeducativas, e (ii) compreendê-las em sua complexidade e pluralidade.

No intento de encontrarmos respostas possíveis ao problema central desse trabalho, escolhemos uma Organização Não-Governamental (ONG), que atua na Zona da Mata pernambucana e tem como foco central de suas ações adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade social e econômica, como o nosso estudo de caso. Abrimos parênteses para explicitar que a ONG estudada teve sua origem na década de 1980 como um movimento social que, afetado pelo processo de “onguização dos movimentos sociais” (GOHN, 1997), torna-se ONG no fim da década de 1990.

Para a designação das integrantes e da própria ONG, a fim de respeitar a privacidade das mesmas – mantendo-as no anonimato – aquelas serão identificadas, ao longo do artigo, por “interlocutora” acompanhado de um número decimal; esta, será designada pela sigla MSP.

2 Caminhos metodológicos – “a produção de um lugar”

O fato desta pesquisa, de maneira geral, buscar entender como as estruturas sociais e históricas determinam a formação e condução de uma certa situação micro, nos pareceu apropriado trilhar um percurso metodológico que se aproximasse do método de estudo de caso alargado (Extend case method). Segundo Burawoy (1991), por este método – que se encontra na chamada ciência reflexiva à etnografia – as complexidades, profundidades e amplitudes de uma determinada situação única são destacadas.

Logramos desenvolver uma observação participante periférica, dado que, conforme Lapassade (1991, 2001), esta se dá quando os pesquisadores estabelecem um determinado grau de implicação com o terreno, no intuito de captarem a visão de mundo dos 'observados', sem serem admitidos no centro das atividades. Foi dessa forma que, por um período de um ano e seis meses, compreendido entre 2014 e 2015, acompanhamos o cotidiano do MSP.

A pesquisa ocorreu em duas etapas: a primeira, a mais longa, correspondeu ao envolvimento na estrutura e realidade orgânica da ONG, partilhando o cotidiano das suas integrantes na organização diária dos projetos, ações, finanças, discussões e deliberações. Esta etapa durou um ano.

A segunda etapa se deu durante seis meses e consistiu no acompanhamento de algumas ações e atividades desenvolvidas pela própria ONG em três comunidades. Em duas delas são realizadas atividades exclusivas para meninas/adolescentes; em uma, para mulheres adultas.

A inserção no MSP, para o empreendimento desse estudo, se traduziu numa experiência corroborativa do que Silva (1999) define sobre a escolha do caso, “a eleição de um terreno não é uma escolha, é a produção de um lugar” (1999, p. 148). Tal produção permeia as experiências que são partilhadas nos discursos e nas representações reconstruídas constantemente no terreno estudado. O que faz com que este não seja estático. “É o local onde as ações dos sujeitos e a consciência dessas ações se veem reconstruídas pela ação e consciência de um terceiro – o investigador” (RAPOSO, 2003, p. 45).

3 Educação popular e movimento social: breves apontamentos teóricos

Estudar o contexto histórico-social no qual estão inseridas as várias práticas socioeducativas é de grande relevância para a percepção dos traços e das características dessas práticas. O próprio Paulo Freire nos alerta: a “educação reproduz, assim, em seu plano próprio, a estrutura dinâmica e o movimento dialético do processo histórico de produção do homem” (FREIRE, 1988, p. 13), o que reafirma a pertinência em colocá-las em reflexão crítica – o que aqui chamamos de pedagogia reflexiva de si mesma – para a superação de suas próprias “situações-limite” (FREIRE, 1988). Entretanto, pelo limite do artigo, não nos deteremos na análise daquele contexto, mas destacaremos, em linhas gerais, em sucintos apontamentos, o axioma da dialogicidade da educação popular.

Segundo Arroyo (2012), os processos pelos quais os sujeitos individuais ou coletivos se formam são inseparáveis dos contextos e das relações sociais em que estes sujeitos estão inseridos e envolvidos. Nesse sentido, torna-se crucial perceber as contradições, as controversas e os dissensos que permeiam as práticas socioeducativas

dos movimentos sociais. Paulo Freire evidencia, em sua obra *Pedagogia dos Oprimidos*, que “os oprimidos têm no opressor o seu testemunho de 'homem'” (1988, p.33), levando-nos a admitir que há um processo de formação (uma pedagogia) que nos condiciona. “A estrutura de seu pensar se encontra condicionada pela contradição vivida na situação concreta, existencial, em que se “formam” (FREIRE, 1988, p. 32).

Faz-se mister, conforme Arroyo (2012), estudarmos essas pedagogias ou esses processos pelos quais somos formados/condicionados. Só assim poderemos delinear alternativas de superação desses processos condicionantes. A educação popular, nesta perspectiva, exige o conhecimento dessas pedagogias – a fim de superá-las – uma vez que essa refere-se a “uma práxis educativa libertadora, onde ação e reflexão tornam-se uma palavra única, pela reciprocidade e complementaridade” (COUTINHO, 2012, p. 145).

A partir dessa práxis educativa libertadora, a dialogicidade ganha concepção político-pedagógica (COUTINHO, 2012). Consoante Guedes (2015), o diálogo é uma prática valorizada no pensamento freireano, por favorecer “o pensar crítico-problematizador das condições existenciais e implica uma práxis social na qual ação e reflexão estão dialeticamente constituídas.” (GUEDES, 2015, p. 91). A ação e reflexão são aspectos da dialogicidade, tendo esta enquanto essência de uma educação libertadora. O próprio Paulo Freire afirma que esses aspectos estão “em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se resente, imediatamente, a outra.” (1988, p. 77).

A colaboração, a união, a organização e a síntese cultural são características, conforme Freire (2002), da dialogicidade. Dessa forma, conforme Soares conclui, “a educação popular como ato dialógico se dá entre seres situados, entre pessoas engajadas numa relação de uma existência com outra existência” (2006, p. 39). A dialogicidade nos remete à filosofia buberiana: a relação EU-TU como fundante da existência humana, esta balizada pelo diálogo e pela relação com o outro (BUBER, 2007). Relação mediada pelo mundo, conformando-se em ato político da relação educadora e libertadora.

Enquanto ato político, o diálogo na prática socioeducativa, alicerçado na perspectiva freireana, ultrapassa a compreensão de uma relação privilegiada entre pessoas, assumindo contornos de categoria política da práxis educadora. No entanto, essa práxis, como já foi dito, conflui a uma pedagogia reflexiva de si mesma, visto que a avaliação da prática educativa popular requer a análise de “como se está desenvolvendo a consciência crítica dos participantes desse processo educativo” (2006, p. 28).

4 Entre o “faça o que eu digo” e o “não faça o que eu faço”

Ao adentrarmos no cotidiano coletivo das integrantes (educadoras populares) do MSP, nos deparamos, a primeira vista, com a ausência do que aqui chamamos de espaços de reflexividade. Estes reportam (i) à dimensão e ao alcance da conflitualidade (consolidando espaços da fala, da palavra, ou seja, do diálogo), e (ii) ao “repensar a prática, abstraindo da mesma o conhecimento teórico para novamente retornar a prática” (BACK, LAUERMAN e WEYH, 2009, p. 49). Estes espaços convergem ao que anteriormente tratamos de pedagogia reflexiva de si mesma.

Internamente, no período em que se iniciou a pesquisa, havia uma situação desconfortante entre a equipe de coordenação (eleita por aquele coletivo para dirigir e coordenar o MSP) e as demais integrantes. Estas acusavam aquela de autoritária e

ardilosa. “Elas [as coordenadoras] se trancavam na sala e não permitiam a entrada de ninguém”, afirmava a Interlocutora 3 ao comentar sobre os atos abusivos e duvidosos da equipe de coordenação.

A ser indagadas como permitiram que chegasse a tal ponto – visto que se tratava de uma ONG que supostamente adotava uma prática democrática – as educadoras não sabiam responder. A situação chegou ao ponto da cogitação do encerramento da ONG, devido à possível má reputação que o caso geraria entre a população local e as entidades financiadoras nacionais e internacionais.

Durante esse período, observamos a fragilidade da intervenção e participação nas reuniões: falta de análise mais aprofundada das situações que se viviam; não havia momentos coletivos de formação interna, tampouco individuais; ações e atividades do MSP não eram discutidas e refletidas em coletivo; integrantes que não falavam nas reuniões. Esses fatores possibilitavam um ambiente de desconfiança, de más entendidos pessoais, de posturas autoritárias, de desinformação etc., consequentemente fragmentavam a coordenação das ações e atividades e centralizavam as informações e decisões, entre outros resultados.

Um fator ponderável que constatamos tratava-se da presença majoritária de membros de uma mesma família no MSP, o que provocava uma certa debilidade nas relações interpessoais constituídas. Nas conversas informais, algumas interlocutoras expressavam o quanto essa situação comprometiam, também, os processos democráticos no cotidiano dos trabalhos e das atividades.

O cotidiano interno do MSP constituindo-se como local de trabalho associativo, não deixava de ser um espaço de provedor de emprego e de definição social (construção de identidades sociais). A maioria das integrantes não tiveram outro tipo de trabalho profissional antes de ali estarem. Entrelaçadas com as situações acima mencionadas, as relações de trabalho confluem-se num híbrido entre trabalho associativo e trabalho assalariado. Esse híbrido trata-se de um fator importante para a análise do dia a dia do MSP. As relações de trabalho, conforme Sainsaulieu (1986), produzem representações e hábitos coletivos que influenciam a conduta nos grupos (sociabilidade), bem como os comportamentos coletivos.

A organização e as relações de trabalho não eram discutidas e problematizadas em reuniões. Não eram pautadas por um processo democrático, até mesmo por princípios da economia solidária (autogestão, democracia, solidariedade, cooperação, respeito à natureza) – conteúdo que o MSP pregava em suas ações e atividades sociais externas.

Na tentativa de contribuir neste processo de reflexão sobre as relações de trabalho, nós propuséssemos um estudo sobre as mesmas à luz dos princípios da economia solidária. A ideia era de analisar as condições de trabalho a partir das necessidades pessoais de cada educadora e buscar conformar um ambiente de trabalho mais próximo àqueles princípios. Não houve entendimento sobre o que estava se propondo. Parte das integrantes interpretaram que estava havendo uma proteção pessoal de algumas, querendo aumentar os seus salários. Depois dessa tentativa, se instalou um silêncio sobre o assunto, tornando-se, em certa medida, um tabu.

5 Uma experiência que silencia

O silenciamento da fala, da palavra pode ser traduzido em uma forma de omitir a conflitualidade. Quando numa prática coletiva, tal qual o caso aqui estudado, não há espaço para a reflexão da ação e das atitudes pessoais, a premissa dialogicidade está

sendo silenciada. Tem-se, como resultado, a produção de uma prática antidialógica, o que contradiz àquela premissa da educação popular, bem como denota Freire “[...] é desamoroso. É acrítico e não gera criticidade, exatamente porque desamoroso. Não é humilde. É desesperançoso. Arrogante. Auto-suficiente” (2008, p. 116).

Não é possível o exercício da educação popular quando se estabelece o silenciamento das falas, dos conflitos, das diferenças. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1988, p. 78). A organicidade do cotidiano do MSP está alicerçada na antidialogicidade, dando lugar à atitudes de patrimonialismo no interior da ONG. Era constante verificarmos atitudes e falas que denotavam, por parte de algumas educadoras responsáveis pela coordenação dos projetos, o sentimento de posse sobre estes. Deliberavam e decidiam sem consultar as demais integrantes.

Como sublinhamos, um fator preponderante reportava-se ao fato de boa parte das integrantes do MSP terem um laço parentesco familiar. Não trata aqui de ter, nestas relações parentais um problema, mas sim um cuidado no 'como' elas são mobilizadas enquanto relações de poder e de mando. No cotidiano do MSP, a verticalização das relações interpessoais se processava de forma sutil e quase invisível.

A antidialogicidade da experiência ali vivida também permeia as ações externas do MSP, uma vez que as ações não são discutidas, analisadas e refletidas, deixando de provocar ações transformadoras (práxis) no convívio entre as educadoras. Tal fato, como já mensurado, deve-se a falta de espaços de reflexividade. Não há, portanto, a práxis – uma das características fundantes da prática da educação popular – que “permite que se perceba a riqueza das experiências cotidianas carregadas de fatos e situações inéditas das quais podem ser extraídos os mais diversos conhecimentos” (BACK, LAUERMANN e WEYH, 2009, p. 49).

Nas ações e atividades do MSP, desenvolvidas nas comunidades com adolescentes mulheres, constatamos espaços ricos de saberes e experiências: oficinas de leitura, teatro, culinária, artesanato; estudos temáticos sobre direitos humanos, problemas sociais, cidadania etc.; atividades que abordam habilidades e competências profissionais. Estas ações e atividades, além de promoverem o resgate da cidadania dessas adolescentes, possibilitam o ingresso das mesmas no mercado de trabalho.

Nessas oficinas não há uma divisão hierárquica, fixação de lugares; educadora e educandas desenvolvem a aprendizagem em conjunto. Centram-se na formação ligada aos contextos de vida e realidade das comunidades. Há, nessas atividades, o cuidado com a relação EU-TU. EU-TU que partilham a mesma realidade. “O processo de formação do sujeito só é possível por meio do diálogo e do relacionamento com outros indivíduos do mesmo grupo social, por que jamais pode ser alcançados individualmente” (TOURAINÉ, 1994, p. 22).

Percebemos, nessas atividades, elementos facilitadores de espaços de reflexividade, de dialogicidade. É o que, podemos constatar da fala de uma Interlocutora 2 entrevistada durante o desenvolvimento de uma oficina na comunidade: “As atividades desenvolvidas nas oficinas têm a participação de todas participantes do projeto em todo momento, elas sempre fazem a socialização das ideias no coletivo [...]”

Entretanto, inferimos que há um hiato – não diálogo – entre o que se vive no cotidiano (dentro) do MSP e o que se coloca em prática (fora) nas atividades nas comunidades. Um vazio que impede a produção de novos conhecimentos a partir das experiências vivenciadas (fora) no diálogo com o cotidiano organizacional (dentro) das integrantes do MSP. Em suma, obstaculiza-se o exercício da pedagogia reflexiva de si mesma.

6 O desperdício da experiência: alguns apontamentos conclusivos

Da literatura consultada para o embasamento teórico da pesquisa em causa, concluímos que apesar do passar do tempo desde os anos de 1950 e 1960 – quando surgem as ideias de Paulo Freire que ao percurso da história brasileira se complementa às ações dos movimentos sociais – os princípios fundantes da educação popular seguem tendo validade e pertinência. Mas, a partir do estudo de caso é possível assegurar que é mister analisar com esmero as várias práticas socioeducativas na atualidade, bem como, fugir do idealismo que perpassa parte da literatura sobre o tema.

Ao debruçarmos no caso particular de uma prática socioeducativa, como a do MSP, apercebemos que os axiomas da educação popular (aqui destacamos o princípio da dialogicidade) são, por vezes, bastante subvertidos na cotidianidade de movimentos sociais e ONGs. Subversão essa que torna-se condição limite para o desenvolvimento daquela prática enquanto educação libertadora e práxis.

O que se tem em vivência no MSP é uma prática antidialógica que relega às suas integrantes o lugar da não palavra, do silêncio, do desperdício da experiência. Sem dizer a palavra, no sentido freireano, as integrantes dessa ONG não são convidadas a repensar suas ações, práticas, condutas, visão e leitura de mundo. Não possibilita indagações, criticidade que coloque em movimento novas condutas pessoais enquanto fontes de ações transformadoras (práxis). Logo, desperdiçam a vivência como potencialidade da prática e da produção de novos e outros conhecimentos.

Uma vez que não promovem no cotidiano de seu trabalho associativo espaços de reflexividade, impedem que haja uma reoxigenação da própria prática socioeducativa. O MSP desperdiça saberes, experiências, vivências produzidas na relação EU-TU (entre as próprias integrantes – dentro; quanto entre estas e as adolescentes/mulheres público de suas ações nas comunidades – fora). Não há um processo de diálogo entre o 'dentro' e o 'fora', ou seja, há um vazio (silêncio) entre o que se vive no cotidiano interno do MSP e na sua intervenção nas comunidades.

Em face ao que nos propusemos a investigar neste estudo de caso, muito fica por aprofundar e analisar, já que não é fácil adentrar numa realidade tão dinâmica, complexa e diversa como as práticas socioeducativas do conjunto variegado dos movimentos sociais e ONGs. Sendo assim, finalizamos assinalando uma indagação, para apontamentos futuros, que venha a complementar a análise aqui tecida: em que medida os axiomas da educação popular dialogam e/ou conflituam com os cercamentos que os movimentos sociais e as ONGs têm recebido do Estado brasileiro e das entidades financiadoras nacionais e internacionais?

Referências Bibliográficas

ARROYO, Miguel G. **Outros sujeitos, outras pedagogias**. 2ª ed. São Paulo: Vozes, 2012.

BACK, Fabiane Siveris; LAUERMAN, Rosana Inês; WEYH, Cênio Back. “Educação popular e práxis freireana no contexto atual”. **Revista Vivências**, vl. 5, n. 7, p. 47-51, maio, 2009. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_06.pdf. Acesso em: 04 nov 2014.

BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BURAWOY, Michael. “The extended case method”. In: **Ethnography Unbound**, Berkelcey, University of California Press. 1991.

COUTINHO, Suzana Costa. “A práxis educativa popular”. **Theoria**, Revista Eletrônica de Filosofia, vl. 4, n. 10, p. 127-149, 2012. Disponível em: <http://www.theoria.com.br/edicao10/a_praxis_educativa_popular.pdf>. Acesso em: 30 out 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e terra, 1988.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

GADOTTI, M. **Saber aprender: um olhar sobre Paulo Freire e as perspectivas atuais da educação**. 2000. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org/xmlui/bitstream/handle/7891/2999/FPF_PTPF_01_0366.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

GOHN, Maria Glória. **Teorias do movimento sociais**. São Paulo: Loyola, 1997.

GUEDES, Marília Gabriela de Menezes. **Princípios político-pedagógicos freireanos nas políticas curriculares e no chão da escola**. Recife: UFPE, 2015.

LAPASSADE, G. **L'Éthnosociologie**, Paris: Méridiens Klincksieck. 1991.

LAPASSADE, G. L'Observation participante”. **Revista Europeia de Etnografia da Educação**, n. 1, pp. 9-26, 2001.

MELUCCI, Alberto. **Acción colectiva, vida cotidiana y democracia**. México: El Colegio de México, 1999.

RAPOSO, Paulo. “A construção antropológica de um terreno: performances culturais”. In: CARIA, Telmo H. [Org.]. **Experiências Etnográficas em Ciências Sociais**, pp. 41-60, Porto: Afrontamento.

SAINSAULIEU, R. “L'identité et les relations de travail”. In: TAP. P. (org.) **Actes du Colloque Production et affirmation de l'identité**. T.II, Identités collectives et changements sociaux. Toulouse: Provat, 1986.

SILVA, Mara Carneira. **Um islão prático**. Oeiras: Celta, 1999.

SOARES, Eder. “A dialogicidade freireana na educação de jovens e adultos”. **Tese de Doutorado**. Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca, São Paulo. 2006. Disponível em <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106095/soares_e_dr_fran.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em 14 fev. 2015.

TOURAINÉ, A. **Crítica da modernidade**. Petrópolis: Vozes, 1994.