

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

**ATENDIMENTO EM SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM
UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS E PRIVADAS
DE GOIÂNIA**

LORENA DAYRELL GUIOTTI

Profa. Orientadora: Dra.Eline Jonas

Profa. Co-orientadora: Dra. Irmtraut Araci H. Pfrimer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação, em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia-Goiás
Fevereiro de 2005

Sxxxr

GUIOTTI, Lorena Dayrell
ADENTIMENTO EM SAÚDE: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS E
PRIVADAS DE GOIÂNIA. 2005. f. Dissertação (Mestrado em Ciências
Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás.

1.Atendimento. 2.Saúde 3.Estudo exploratório. 4.Unidades hospitalares.

DEDICATÓRIA

Ao meu amado avô, Carlos Dayrell, a quem,
depois de Deus, devo tudo o que sou.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares, amigos e orientadoras, sem cujo apoio esse trabalho não seria possível.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	
1.1 DOS HOSPITAIS DISPENSÁRIOS E SANTA CASA À CRIAÇÃO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE.....	25
1.2 DO DEPARTAMENTO FEDERAL DE SAÚDE PÚBLICA, MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE AO INSS E PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	31
1.2.1 A REVOLUÇÃO DE 30, A LEGISLAÇÃO SINDICAL E SOCIAL E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	31
1.2.2 O GOLPE DE 1964 E A CONSTRUÇÃO DAS BASES DO MODELO MÉDICO NEOLIBERAL.....	35
1.2.3 A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL, O MODELO MÉDICO PRIVATIVISTA E O SUS.....	40
1.2.4 ANOS 90: ESTADO MÍNIMO, A POLÍTICA NEOLIBERAL E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – SUS.....	45
2 AS DIFERENTES FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS IMPLICAÇÕES NO SETOR SAÚDE.....	51
3 A SAÚDE/DOENÇA COMO UMA QUESTÃO SOCIAL, AMBIENTAL E DO TRABALHO.....	61
4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	71
5 PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ATENDIMENTO DE QUALIDADE	77
6 ATENDIMENTO AO USUÁRIO HOSPITALAR: UM DESAFIO PARA O RECURSO HUMANO.....	89
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	99

CONCLUSÕES.....	123
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE.....	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS -Ações Integradas de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Associação dos Secretários de Saúde Estaduais

CONASEMS - Associação dos Secretários de Saúde Municipais

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNT – Conselho Nacional do Trabalho

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

DENERU- Departamento Nacional de Endemias Rurais

FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

FMI – Fundo Monetário Internacional

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPM – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

IAPC – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes

IAPI – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPETEL– Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística

INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social

NOB - Norma Operacional Básica

ORT – Organização Racional do Trabalho

PAB - Piso Assistencial Básico

PACS -Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB- Produto Interno Bruto

PSF- Programa de Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SNS- Sistema Nacional de Saúde

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.....102
- Quadro 02:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.....103
- Quadro 03:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.....105
- Quadro 04:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.....106
- Quadro 05:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.....114
- Quadro 06:** Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.....115

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública, por renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.....	102
Tabela 02: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada, por renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.....	104
Tabela 03: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, tipo e situação do domicílio – Goiânia, 2004.....	104
Tabela 04: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, tipo e situação do domicílio – Goiânia, 2004.....	105
Tabela 05: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.....	106
Tabela 06: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.....	107
Tabela 07: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.....	108
Tabela 08: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.....	108
Tabela 09: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.....	108
Tabela 10: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.....	109

- Tabela 11:** Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, internações por tipo de instituição e plano de saúde – Goiânia, 2004.....111
- Tabela 12:** Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, internações por tipo de instituição e plano de saúde – Goiânia, 2004.....111
- Tabela 13:** Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004..... 115
- Tabela 14:** Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.....116
- Tabela 15:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública e privada segundo número de instituições que trabalham – Goiânia, 2004.....117
- Tabela 16:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião sobre os pontos de estrangulamento no trabalho – Goiânia, 2004.....117
- Tabela 17:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião sobre os pontos de estrangulamento no trabalho – Goiânia, 2004.....118
- Tabela 18:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião sobre a qualidade no atendimento – Goiânia, 2004.....119
- Tabela 19:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião dos profissionais sobre a qualidade no atendimento – Goiânia, 2004.....119
- Tabela 20:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião dos usuários sobre o ambiente de atendimento– Goiânia, 2004.....120
- Tabela 21:** Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião dos usuários sobre o ambiente de atendimento – Goiânia, 2004.....120

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória e quantitativa sobre o atendimento de saúde em 8 (oito) unidades mistas hospitalares de Goiânia, selecionadas por prestar serviços mistos sendo 4 (quatro) da rede pública e (4) quatro da rede privada. A pesquisa envolveu 178 usuários e 178 profissionais, selecionados a partir de uma amostra do tipo intencional estratificada, não probabilística. Os objetivos foram identificar os mecanismos de admissão, o perfil sócio-econômico dos profissionais e usuários, as principais concepções da organização hospitalar, os programas de atendimento e levantar os fatores críticos de sucesso e as características e qualidade do atendimento, tendo como referência as normas institucionais vigentes. Situou-se o contexto do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil e sua importância para a reprodução da força de trabalho e do capital com a modernização, a partir dos anos 1930. Foram traçadas novas feições do atendimento em saúde no Brasil a partir dos anos 1980/90 e a fundamentação teórica do processo de desenvolvimento organizacional no contexto de globalização econômica e da medicina neoliberal. Partiu-se da compreensão de que saúde/doença é uma questão social e, portanto, os serviços de saúde devem ser amplos, de qualidade e eficientes para o que é preciso, observar o desenvolvimento organizacional. Identificou-se que o usuário da rede pública tem família mais numerosa, poder aquisitivo e nível de instrução baixo, além de ser pouco informado sobre os serviços e sua própria saúde. Na rede privada predomina o usuário que tem plano privado de saúde, maior grau de instrução e maior poder aquisitivo. Os profissionais das duas redes acumulam empregos e têm um grau de satisfação mediano em relação ao trabalho. Quanto ao atendimento hospitalar público, o maior problema é a demanda latente e a necessidade de humanização hospitalar, pois, o processo de qualificação e as condições estruturais para o atendimento não acompanham o ritmo intenso da demanda. Nas unidades privadas, o maior problema é o da “humanização” do atendimento do corpo clínico, principalmente dos médicos e, em menor escala das enfermeiras, que é considerado frio e distante. Essas informações foram importantes para a avaliação dos fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados à população e para referenciar possíveis intervenções no desenvolvimento dos serviços prestados e na adoção de ações que contribuam para oferecer um atendimento em saúde que seja eficiente e de qualidade para a população goiana.

ABSTRACT

This work is an exploratory and a quantitative research on the health attendance in 8 (eight) hospitals in Goiânia, selected for being useful mixed services – 4 (four) public hospitals and 4 (four) private hospitals. The research involved 178 users and 178 professionals selected from an intentional and an estratified example, non probabilistical. The aims were to identify the mechanisms of admission, the social and economical profile of the professionals and users, the main conceptions of the hospital organization, the attendance programmes and to enlist the critical factors of success and the characteristics and the quality of the attendance having as a reference the valid institutional norms. It is was lain the context of the development of the health services in Brazil and its importance for the reproduction of work-force and of the capital with the modernization since 1930. New attendance features in health from 1980/90, the theoretical basis of the process of the organizational development in the economical globalization context and the neo-liberal medicine were traced. It was took into consideration the comprehension that health / illness is a social question and therefore the health services must be ample, of quality and efficient for what it is needed and to obey the organizational development. It was identified that the user of the public hospital has a more numerous family, a low purchasing power and a low formal instruction besides being less informed of the services and his / her own health. In private hospitals prevail users who have a private health assistance, a greater purchasing power and formal instruction. The professionals in public and private hospitals work in more than one hospital and are not fully satisfied with their jobs. In relation to the attendance in public hospitals, the major problem is the latent demand and the necessitiy of hospital humanization, for the qualification process and the structural conditions for the attendance do not keep pace with the intense demand. In privat hospitals the major problem is the ‘humanization’ of the medical staff, specially of the doctors and in minor scale of nurses which is considered aloof and distant. These informations were important to evaluate the factors that interfere in the services quality being useful to the population and to point out possible intervention in the development of the services and in the adoption that contribute to offer efficient and qualitative health attendance to the population of Goiânia.

INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre o *Atendimento em saúde: um estudo exploratório em unidades hospitalares públicas e privadas de Goiânia* foi sustentada por elementos que orientam para os estudos relacionados aos problemas que são objeto da administração de empresas. Para isso, não podemos deixar de reconhecer que o trabalho, as organizações e a cultura continuam, neste novo milênio, fazendo parte do cotidiano dos indivíduos na sociedade e, portanto, incorporam a problemática que pretendemos investigar.

O eixo central da questão está relacionado com as estruturas e os serviços instituídos e, para isso, identificamos, no contexto da empresa, os pressupostos subjacentes à cultura, referenciados nas premissas de sua missão e estabelecidos a partir dos interesses dos empreendedores, que se concentram no gerenciamento da administração hospitalar. Destaca-se que as características culturais da empresa não só definem seus serviços e suas rotinas, como marcam as pessoas que nela trabalham e configuram o ambiente de trabalho, proporcionando um tipo de atendimento à sociedade que é percebido clara e diretamente, principalmente quando se trata de prestação de serviços (TAMAYO;CODO,1998).

Estes são elementos que apontam para o desenvolvimento organizacional como um grande desafio para empresas ou instituições: significa administrar o processo produtivo ou a prestação serviços para a sociedade que, cada vez mais, exige eficiência e qualidade dos produtos e dos serviços de atendimento que demandam. Aqui situamos as instituições de saúde, cuja estrutura e serviços constituem-se neste estudo sob a ótica da administração e suas interfaces com as questões sociais, de saúde e do ambiente de trabalho.

Assim, o problema do atendimento em saúde das organizações/instituições oficiais públicas e privadas foi abordado com o propósito de identificar a qualidade do atendimento considerando, para isso, a percepção da população usuária e dos profissionais das unidades de saúde selecionados, sobre as condições de acesso a esses serviços, as próprias condições de trabalho e as perspectivas dos profissionais que trabalham nestas organizações. Os resultados proporcionaram elementos para uma

reflexão e para a construção de indicativos que pudessem contribuir para a superação de algumas das dificuldades enfrentadas pelos administradores e por profissionais da área.

É um estudo em que não se pode desconhecer as concepções e o contexto em que os serviços de saúde são organizados historicamente no Brasil. Trata-se de uma realidade, segundo Laurell e Noriega (1989), que segue as linhas de um novo projeto de desenvolvimento econômico globalizado que, apesar de se caracterizar pelo avanço tecnológico, organizacional e gerencial em todos os campos de intervenção humana, não supera as questões sócio-econômicas que fragmentam e pauperizam a sociedade, impedindo a construção cidadã de amplos setores sociais.

Neste contexto, segmentos importantes da sociedade continuam a vivenciar a intensificação da exclusão social que é identificada através de indicadores como os índices de desemprego, a precarização do trabalho e o empobrecimento da população que tem visto serem rebaixadas suas condições de vida e de saúde (JONAS, 2001).

Por outro lado, se retomamos a história, sabemos que a sobrevivência da espécie humana tem sido um desafio enfrentado em todos os momentos e nos mais diferentes espaços pela sociedade. Sempre esteve colocada para os povos a necessidade de construir a vida cotidianamente e, para isso, cabia enfrentar e dominar a natureza, fato que provocou e desenvolveu a capacidade humana de pensar e fazer - o processo de humanização. Desenvolve-se a capacidade social de criar e produzir instrumentos e ferramentas, facilitando o trabalho e garantindo as condições para viver e reproduzir a vida.

Naquele momento em que o maior desafio humano foi satisfazer as necessidades básicas, as ações e as explicações sobre o mundo e sobre as questões da vida e das doenças eram fundadas em crenças e mitos (COHN; ELIAS, 1999). Já hoje, na sociedade capitalista globalizada, identificada como a sociedade do conhecimento, do desenvolvimento tecnológico e da informação, as concepções e ações de saúde avançaram com o próprio desenvolvimento econômico e social. A estrutura e a organização da sociedade são orientadas pela economia de mercado e pela concentração do poder que, para continuar se reproduzindo, desenhou um modelo econômico e de organização da produção, voltados para o mercado e para o lucro. Por outro lado, a sociedade exige, enquanto um direito, respostas eficazes das diferentes áreas do poder e do conhecimento, às dificuldades que enfrenta no cotidiano. Assim está estabelecido o quadro contraditório entre a organização produtiva e os interesses sociais que têm como

uma de suas vertentes o direito cidadão de acesso à saúde, condição importante para a reprodução da força de trabalho e da produção social.

Este é um modelo que se consolidou enquanto uma ordem social e econômica nos últimos 300 anos, cujas raízes estão na acumulação primitiva do capital, a partir da expansão econômica do mercado, forjada desde o mercantilismo. Isso acarretou o acúmulo de conhecimentos sustentado pelo desenvolvimento da ciência, do saber e da tecnologia que culminou na Revolução Industrial e se expandiu pelo mundo moderno.

O trabalho humano passou a ser social, no espaço da fábrica, e a saúde do trabalhador se tornou primordial para a produção econômica e a reprodução do capital. Esta nova ordem mundial instituída alterou a forma tradicional de organização social, política e econômica, ao exigir da força de trabalho social uma maior capacitação para efetivar o novo eixo econômico, político e ideológico, constituído e centrado no lucro.

Para isso, foi e continua sendo importante, na economia neoliberal de hoje, preservar a força de trabalho necessária, que é a real produtora da riqueza, através de políticas públicas básicas voltadas para a saúde e para a educação, as quais nem sempre tem respondido às necessidades sociais. Nesta perspectiva vai se configurando o objeto deste estudo.

Nesse sentido, para essa nova ordem econômica, do ponto de vista de quem organiza a atividade produtiva, principalmente nas últimas décadas, é preciso saber o que é tratado como desenvolvimento de pessoal e desenvolvimento organizacional, imprescindíveis para a concretização do trabalho e da produção para atender e reproduzir os interesses econômicos neste novo momento histórico.

Ressaltam-se as profundas mudanças institucionais, econômicas e sociais, principalmente no que se refere à organização do trabalho, que se efetiva hoje, com o objetivo central de produzir para atender o mercado consumidor emergente e não mais a produção para a subsistência à revelia do bem estar social. E, neste contexto, um dos pontos observados está nos serviços de saúde prestados pelas instituições públicas e instituições privadas, razão deste estudo.

Neste processo, Jonas (2001), reafirma que foram inúmeros os fatores que contribuíram para uma crescente complexidade e variedade de atividades no mundo do trabalho, a exemplo do desenvolvimento das tecnologias e suas associações sinérgicas, como a informática e as telecomunicações, quando se estabelece a chamada sociedade da informação.

Constata-se, portanto que, de um lado, o desenvolvimento da ciência resultou na produção de conhecimentos e técnicas científicas que proporcionaram inúmeros avanços no campo do pensamento técnico-científico e das ciências humanas com implicações no mundo da genética, da medicina, da química, da mecânica, da engenharia, da farmacologia e da administração. E, por outro lado, segundo dados estatísticos oficiais, este modelo econômico, apesar de ampliar e intensificar a produção, não garantiu a acessibilidade plena do conjunto da população aos benefícios advindos deste desenvolvimento, especialmente no que se refere aos serviços básicos, como é o caso dos serviços de saúde, principalmente nos países considerados emergentes, a exemplo do Brasil.

Neste cenário de mudanças, passou-se da produção artesanal para a manufatureira e, desta, para a grande indústria e para o desenvolvimento do setor de prestação de serviços. Conseqüentemente, hoje, o processo de produtivo deve responder às demandas emergentes do mercado consumidor, tendo a gestão se tornado uma arte que, para ser desenvolvida, requer, necessariamente, novas formas de interação. Isso pressupõe, também, relações entre todos os que integram o processo de produção das unidades empresariais, especialmente os quadros técnicos da administração, já que a empresa deve ser vista como uma entidade administrativa e coesa cujo objetivo é buscar racionalidade, rentabilidade e competitividade, aparentemente sem contradição (CHIAVENATO, 2000).

As instituições de saúde podem ser consideradas, como em administração, organizações que têm suas características e missão, resguardadas as suas especificidades e seu caráter social e de utilidade pública. As organizações constituem um sistema de caráter restrito e totalizante que, no caso da saúde, por seu sentido social, tem o controle do Estado (COHN; ELIAS, 1999) Desse modo, no que se refere aos serviços considerados de caráter restrito, qualquer tentativa de isolamento por parte de seus membros será fatal ao atendimento da demanda, seja para o desenvolvimento da produção de bens ou para a prestação de serviços. Os estudos sobre eles devem ser realizados mediante a análise dos respectivos ambientes organizacionais, fato que implica diretamente em identificar objetivos e prioridades administrativas, financeiras, técnicas, legais, políticas, trabalhistas, culturais, institucionais, dentre outras, da população em estudo. É necessário, também, caracterizar o campo de conflito de interesses e realizar uma análise estratégica do atendimento hospitalar, no caso das organizações de saúde.

Trata-se, portanto, de investigação complexa que apresenta duas linhas de prioridade: a do diagnóstico da situação e das estratégias de enfrentamento do problema. Assim, surge a oportunidade de apontar os indicativos para responder às questões relativas ao atendimento hospitalar, referenciadas na satisfação dos usuários e profissionais que poderá ser identificada através da comparação entre a estrutura e serviços do ambiente público e do privado de saúde, além da necessidade da quebra de paradigmas. Neste sentido, para que se obtivessem resultados foi imprescindível buscar o diferencial competitivo, aspecto importante para identificar se os prestadores de serviços têm conseguido satisfazer eficaz e eficientemente a clientela.

De acordo com a perspectiva proposta por Vasconcelos (2002), neste trabalho buscou-se analisar estrategicamente os conflitos no campo do atendimento hospitalar das entidades que compõem o *corpus* de estudo. O foco dessa análise foram os fenômenos e os processos complexos, passíveis de várias perspectivas de interpretação: teóricas, culturais, sociais, técnicos, históricos, dentre outras, considerando as concepções dos serviços de saúde e sua adequação ao processo de atendimento nas unidades hospitalares goianas.

Os objetivos propostos foram: identificar os mecanismos de incorporação (admissão) do corpo técnico ao trabalho nas instituições hospitalares; levantar o perfil sócio-econômico dos profissionais envolvidos no atendimento das instituições hospitalares; identificar as principais concepções da organização hospitalar a respeito das técnicas, características e qualidades do atendimento; identificar os programas de atendimento e levantar os fatores críticos de sucesso segundo a metodologia: qualitativa e quantitativa; de observar o atendimento em saúde tendo como referência as normas institucionais vigentes.

Considerados os aspectos introdutórios, cabe destacar que trata-se de uma investigação sobre o atendimento em saúde, uma área de caráter social e de utilidade pública sob a ótica da administração, sendo de suma importância organizar informações e traçar um diagnóstico para construir indicadores que possam ser adotados no processo administrativo destas instituições na perspectiva de orientar para uma nova concepção de gestão com eficiência e qualidade dos serviços.

Quanto aos aspectos metodológicos, trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa, realizado junto à amostra da população constituída pelos usuários e pelos profissionais de unidades mistas de saúde de Goiânia, cujos serviços

atingem na maioria dos casos uma grande parcela da população do Estado de Goiás, principalmente das cidades do entorno da Capital.

Na primeira fase desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica e um estudo sobre as diferentes interfaces que implicam no objeto em estudo com o intuito de analisar a evolução do atendimento dos serviços de saúde no Brasil. O estudo teórico, a princípio, foi referenciado em Turato (2003), e, a partir daí, tratou-se dos métodos concebidos e empregados pelos envolvidos no processo administrativo hospitalar, assim como das rotinas do sistema de saúde, bem como suas origens, paradigmas, características e alvos.

No sentido de caracterizar melhor o objeto de estudo, recorreu-se a Cohn e Elias (1999) em sua classificação, por tipo, dos estabelecimentos de saúde segundo os serviços de assistência para, em seguida, se levar em conta os critérios que foram definidos na seleção da amostra:

1) Postos de saúde: são entidades que prestam assistência à saúde de uma população entre 500 e 2.000 habitantes, geralmente na área rural, valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos e contando com recursos humanos de nível elementar e médio (auxiliares e técnicos de enfermagem).

2) Centros de saúde: são instituições mais complexas do que o Posto de Saúde, contam com assistência médica, pouca tecnologia e dispõem de profissionais de nível universitário. São mais frequentes nas cidades de médio e grande porte, na modalidade ambulatorial.

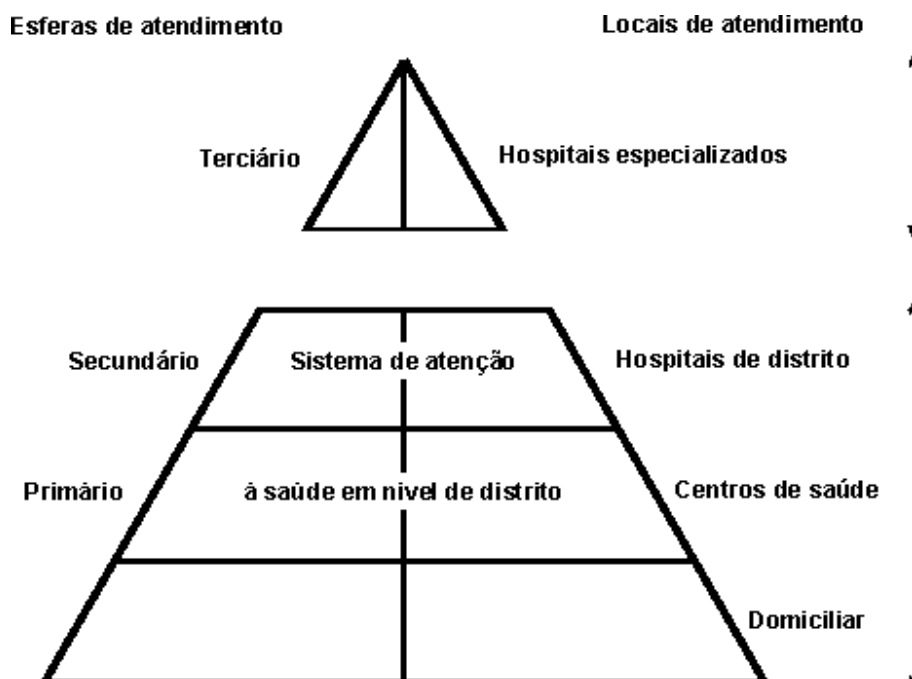
3) Unidades mistas: são unidades que desenvolvem todas as atividades de um centro de saúde, acrescidas dos serviços de internação. Devido à área de internação, apresentam maiores recursos tecnológicos e dispõem de profissionais mais qualificados (médicos especialistas). Atuam principalmente nas áreas ambulatorial e hospitalar.

4) Policlínicas: realizam atendimento ambulatorial especializado, só atuando nesta área. São comuns nas cidades de médio e de grande porte, localizados nas áreas mais desenvolvidas.

5) Prontos-socorros: atendem situações de emergência e urgência médica. Alguns apresentam leitos para acomodação dos que aguardam remoção ou para observação. Variam no tocante a recursos tecnológicos e recursos humanos.

6) Hospitais: são voltados principalmente para assistência médica em regime de internação, estão localizados em áreas urbanas e seu horário de funcionamento é contínuo, ou seja, não fecham. Alguns são voltados para o atendimento especializado.

A Figura abaixo representa a Pirâmide do Sistema de Saúde segundo esferas e locais de atendimento (COHN; ELIAS, 1999, p.64):



Dentre os tipos de unidades de saúde acima, foram selecionadas para a definição da amostra das instituições hospitalares, as unidades mistas de saúde, conforme, a serem selecionadas segundo critérios definidos para este estudo.

A investigação apresentou duas linhas de prioridade: a que se refere ao diagnóstico da situação e a das estratégias de enfrentamento do problema. A partir daí, surgiu a oportunidade de fazer inferências e generalizações quanto aos serviços /atendimento hospitalar que indicassem intervenções no sentido de enfrentar para minimizar ou resolver os problemas referentes ao atendimento hospitalar através da comparação entre o ambiente público e o privado, além de contribuir para a quebra de paradigmas existentes no campo organizacional desses serviços.

Sabe-se que, em pesquisa, em razão de delimitações temáticas e temporais, é impossível abordar todos os sujeitos que compõem qualquer grupo de interesse a ser pesquisado (TURATO, 2003). Por isso, ao abordar os aspectos organizacionais referentes aos serviços de instituições cujo universo é amplo, como é o caso dos

serviços de saúde em Goiás, recorreu-se ao recurso da amostragem. A partir desta referência, foram selecionadas as unidades hospitalares e a população a ser pesquisada, considerando o universo dos hospitais da rede pública e privada de Goiânia.

Inicialmente, foi realizado um levantamento secundário junto aos órgãos oficiais de estatística e de saúde, no sentido de identificar o número de unidades hospitalares de Goiânia por tipo de serviço e por seu caráter jurídico/ institucional (hospitais públicos e privados).

Assim, considerando o tipo “unidades mistas”, já identificado, passou-se à seleção das unidades de saúde, objeto do estudo, de acordo com os critérios abaixo, previamente definidos, para garantir uma maior representatividade, considerando tanto a amplitude como a abrangência social dos serviços por elas prestados. Os critérios para a seleção das unidades de saúde foram:

- a) ser hospital geral, hospital de especialidades clínicas e maternidade,
- b) ter maior abrangência geográfica do atendimento tanto para as que são dos serviços públicos como as de caráter privado.

De acordo com estes critérios, foram selecionadas 8 (oito) unidades de saúde sendo (4) quatro unidades hospitalares privadas e 4 (quatro) unidades hospitalares públicas a serem analisadas quanto aos aspectos estruturais, administrativos e de pessoal constituído pelos profissionais prestadores de serviços de saúde além dos usuários.

Para a seleção da amostra dos usuários e dos profissionais destas unidades foi observado o número estimado de funcionários efetivos e de usuários/mês dos serviços tanto público como privado de saúde. Por se tratar de um universo numeroso e de grande rotatividade em especial, dos usuários, adotou-se uma amostra do tipo intencional estratificada não probabilística tanto dos usuários como dos profissionais, distribuída por grupo ou quota definida por critérios científicos, próprios para este tipo de investigação social, (CHEIN, 1974).

Neste caso, a amostra foi selecionada do universo da população de usuários e de profissionais trabalhadores das 8 (oito) unidades de saúde. Desta forma, a amostra dos profissionais de cada unidade foi selecionada por grupos/cotas representados pelas diferentes categorias profissionais, como serviço técnico, administrativo e área médica, assim constituída: enfermeiros, médicos, recepcionistas, seguranças/guardas e atendimentos gerais nos serviços de saúde públicos privados.

Neste tipo de amostra não existe uma forma para estimar a probabilidade que cada elemento tem de ser incluído e não existe segurança de que todos os elementos tenham oportunidade de serem incluídos, porém suas vantagens são: a economia e a conveniência quando se trata de um universo muito amplo (CHEIN, 1974).

Assim, considerando as características próprias de cada tipo de unidade de saúde e seguindo a metodologia definida, foi selecionada uma amostra estimada de 178 usuários das redes pública e privada (98 usuários da rede pública de saúde e 80 usuários da rede privada); e quanto aos profissionais foram selecionados 178 da rede pública e privada de saúde (98 profissionais da rede pública de saúde e 80 profissionais da rede privada).

As informações secundárias obtidas serviram como referência para identificar, a partir das teorias e práticas existentes, a ótica predominante entre os usuários e profissionais a serem entrevistados sobre os programas de atendimento e a estrutura e funcionamento das instituições que orientam os serviços de saúde instalados. Seguiu-se um levantamento de dados, junto ao setor administrativo das unidades de saúde, sobre as questões funcionais para compor o diagnóstico organizacional do trabalho que é de fundamental importância para a interpretação precisa do sistema de atendimento que, segundo Tamayo e Codo (1998), é um procedimento que se torna obrigatório.

Através das informações levantadas junto às unidades hospitalares mistas selecionadas, foram identificadas as características principais dos ambientes organizacionais públicos e privados. Isso implicou em observar os objetivos e as prioridades administrativas, financeiras, técnicas, legais, políticas, trabalhistas, culturais, institucionais e outras da população em estudo.

Primeiramente, foi estabelecida uma classificação hierárquica das diferentes formas de relações entre as pessoas envolvidas no processo administrativo hospitalar (médicos, enfermeiras, recepcionistas, manobristas, seguranças, administradores e usuários) para evidenciar a importância dos diferentes comportamentos e as suas implicações em relação à população de sujeitos a serem estudados.

Apesar das unidades hospitalares serem separadas em dois setores: o Público e o Privado, a metodologia utilizada para a pesquisa junto à população usuária e profissional foi a mesma e os formulários adequados a cada categoria a ser investigada do setor de atendimento terciário segundo Cohn e Elias (1999). Os formulários foram constituídos por perguntas fechadas e abertas, com linguagem simples e clara e apenas

com alternativas básicas no intuito de facilitar a compreensão e a obtenção de respostas pertinentes, possibilitando às pessoas expressassem o que, por ventura, houvesse sido excluído nas questões apresentadas. As informações dos formulários foram tabuladas e os resultados, que deram sentido para o tema em estudo e permitiram a elaboração do diagnóstico, foram organizados em quadros e tabelas.

O trabalho de campo foi realizado junto aos usuários e profissionais que aceitaram responder o formulário, até que a amostra atingisse o tamanho determinado. No total foram aplicados 98 formulários aos usuários da rede pública de saúde e 80 aos usuários da rede privada; 98 aos profissionais da rede pública de saúde e 80 aos profissionais da rede privada.

O critério de escolha para aplicação dos formulários aos sujeitos usuários e profissionais dos serviços médicos foi aleatório sendo considerada a ordem de entrada nas unidades. Sua aplicação junto aos usuários foi realizada através de seleção feita entre as pessoas que demandaram os serviços de saúde durante 10 (dez) dias nos três turnos diários em cada uma das unidades hospitalares mistas.

Para desenvolver a investigação e compor o conteúdo dos formulários, a referência foi a forma de organização do sistema de saúde e as concepções existentes sobre estes serviços, desde as constatações da constituição histórica destes serviços no Brasil, até a percepção da população sobre estes, usualmente veiculada nos meios de comunicação pelas organizações de usuários e de trabalhadores. Além disso, considerou-se os registros feitos em documentos e dados de outras pesquisas sobre o tipo de atendimento, sobre as condições da estrutura física, equipamentos e qualidade dos serviços prestados nas unidades hospitalares mistas, em geral.

Os formulários aplicados junto aos profissionais continham questões de caráter sócio-econômico e, dentre outras, aquelas referentes ao tipo de atendimento e às condições para a prestação dos serviços que realizam, além de questões específicas sobre o seu trabalho. Nos formulários aplicados junto à população atendida, além de questões sobre as informações pessoais, foram introduzidas questões para identificar a percepção existente sobre os serviços de saúde a que ela usualmente recorre.

Depois da aplicação dos formulários e coletadas as informações, foi feita a crítica, a tabulação e a organização dos dados que foram sistematizados em tabelas e quadros. As informações obtidas, inclusive as observações do diário de campo, permitiram estabelecer o perfil dos (as) entrevistados (as) e agregar outras informações

que expressam como os profissionais atuam no processo de atendimento e como os usuários o percebem. Os registros teóricos foram também organizados enquanto dados e informações que compuseram a construção dos resultados empíricos em um texto preliminar que, após a análise do conteúdo e aprovação de sua estrutura (lógica e formal), serviram de base para a elaboração da presente dissertação.

É importante ressaltar que a pesquisa quantitativa possibilitou informações de caráter subjetivo (questões abertas) e respostas diretas cujos resultados foram comparados com as informações e opiniões sobre as duas redes de saúde e entre as categorias entrevistadas: os usuários e os profissionais. Observou-se as opiniões e avaliações sobre os assuntos/temas relacionados com a saúde, com o atendimento hospitalar e com o trabalho profissional sob as duas óticas: a do trabalhador prestador de serviços e a do usuário.

Os resultados deste estudo poderão servir de referência, enquanto elementos organizacionais, para subsidiar uma avaliação ampla e contínua da qualidade dos serviços de saúde prestados à população em Goiás, pois oferecem alguns elementos importantes que, se utilizados como indicadores, poderão reforçar a necessidade de procedimentos administrativos de organização e gestão. Esses procedimentos deveriam fazer parte de um processo constante de construção e renovação de estruturas organizativas e gerenciamento do trabalho na área de saúde.

Entende-se que estes serviços devem visar a eficiência e a otimização do atendimento com racionalidade e também devem estar fundamentados em princípios organizacionais de valorização de recursos humanos colocados pela nova concepção de administração, tendo como eixo básico o acesso à saúde de qualidade como um direito da população.

Os elementos teóricos e os dados deste trabalho, acredita-se, poderão subsidiar a ação das diferentes instancias reguladoras, organizadoras e de controle social dos serviços de saúde, além de ser uma das referências existentes para as próprias instituições hospitalares.

1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Dos hospitais dispensários e Santa Casa à criação do Departamento Nacional de Saúde

Os serviços de saúde institucionalizados apresentam traços que remontam ao processo histórico e à cultura que orientou sua constituição durante todo o processo histórico de superação dos desafios da preservação da vida desde o período colonial. Portanto reflete uma cultura organizacional que foi sendo desconstruída ao longo do tempo.

No período colonial, séc. XV, o aumento do comércio portuário reaproximou os povos e contribuiu para o recrudescimento de doenças na Europa. Com medo de epidemias que já haviam devastado o continente, negociadores e mercadores tornaram-se os principais interessados em construir e financiar hospitais e dispensários e, essa política de saúde europeia foi levada para as colônias. A iniciativa de criar instituições de atendimento advinha da própria sociedade. Nota-se, assim, que o Estado já se retirava da obrigatoriedade de dar assistência à população.

Segundo Barros (1996), no Brasil, desde o descobrimento até a instalação do império, não havia nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo havia interesse, por parte do governo colonizador (Portugal) em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

Em 1538, foi fundada em Santos a primeira Santa Casa do país, modelo de organização já existente em Portugal, cuja influência ajudou o crescimento do número de instituições baseadas na caridade. Até o fim do século XVI, haviam sido construídos o primeiro hospital de Olinda e a Santa Casa de São Paulo. Os primeiros hospitais eram instituições caridosas onde o pobre ou necessitado era isolado e ficava sob os cuidados de religiosos. Esses estabelecimentos tinham finalidade mais social do que terapêutica.

Os conhecimentos médicos se baseavam nas informações que o próprio doente fornecia e, assim, conhecia-se mais o doente do que a doença propriamente dita.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: 1) delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; 2) controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador, incapaz de dar continuidade e eficiência à transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais.

Segundo Cohn e Elias (1999), a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme no Rio de Janeiro. Em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em outros estados brasileiros, a inexistência de uma assistência médica estruturada contribuiu para que proliferassem, pelo país, os Boticários (farmacêuticos). Aos boticários, cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato comuníssimo até hoje.

Como não existe uma instituição formadora, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica já estabelecida durante certo período de tempo, ao fim do qual os candidatos prestavam exame perante a fisicatura e, se aprovados, recebiam a “carta de habilitação”, ficando apto a instalar sua própria botica (COHN; ELIAS, 1999).

Em 1808, Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar. Com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização Jurídica-Política típica do estado capitalista. No entanto essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal.

A tradição de controle político pelos grandes proprietários de terras (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema. Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional. De fato, das dezenove

organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data.

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste bubônica, o que acabou gerando sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Foi criado um exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. A falta de esclarecimento e as arbitrariedades cometidas pelos “guarda - sanitários” causaram revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como *campanhista*, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram os instrumentos preferenciais de ação.

A onda de insatisfação se agravou com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº. 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação antivaríola obrigatória para todo o território nacional. Surgiu, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a *Revolta da Vacina*.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo *campanhista* obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas e conseguiu, inclusive, erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Neste período, Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, com a criação de uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

Na reforma promovida por Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde: os registros demográficos que possibilitaram conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população; a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico; a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

De acordo com Mendes (1996), foi com o modelo de institucionalização dos Serviços de Saúde no Brasil que, em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo companhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados e expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou ao controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (MENDES, 1996). Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, devido a agricultura ser a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Sucam no combate a diversas endemias (Chagas, Esquistossomose e outras), posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Segundo Jonas (2001), a partir da década 1930, iniciou-se o processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio - São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, já muito desenvolvido na Europa.

Os operários, na época, não tinham quaisquer garantias trabalhistas, como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os

italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já haviam sido conquistados pelos trabalhadores europeus que, desta forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquistas dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes, o movimento operário se organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais, dentre eles a assistência a saúde. Desse modo, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

Segundo Cohn e Elias (1971), a propósito desta lei, devem ser feitas as seguintes considerações:

1). A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não fosse estendido aos trabalhadores rurais, fato que, na história da previdência do Brasil, perdurou até a década de 1960, quando foi criado o FUNRURAL.

2). As caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.

3). A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e de organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

Nota-se que a primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância deste setor na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização da categoria dos ferroviários. Segundo Possas (1981), por se tratar de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um assumindo a presidência da comissão, e dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do Instituto Nacional da Previdência Social -

INPS (1967), quando foram afastados do processo administrativo (Possas, 1981). O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por: empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

A esse respeito, dizem Silva e Mahar apud Oliveira e Teixeira (1989):

"A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21)."

No sistema das Caixas, estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários e médicos conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves: 1) socorros médicos em caso de doença de pessoa que habitem sob o mesmo teto e tenham relações de interdependência; 2) medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3) aposentadoria ; 4) pensão para os herdeiros em caso de morte.

E ainda o artigo 27, o qual obrigava as CAP's a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho. A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social.

Entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias e da política dos governadores como consequência das crises internacionais de 1922 a 1929.

Assim, a crise de 1929 imobilizou temporariamente o setor agrário-exportador, redefinindo a organização do Estado, que imprimiu novos caminhos a vida nacional.

Assim é que a crise do café que gerou a ação dos setores agrários e urbanos e propôs um novo padrão de uso do poder no Brasil, o que significou um avanço nas relações de produção e na organização do trabalho, com o modelo de substituição de importados, o que deu início à Revolução de 1930.

1.2 Do Departamento Federal de Saúde Pública, Ministério de Educação e Saúde ao INSS e Previdência Privada

Até o início deste século, o hospital foi visto como dispensário de necessitados ou de casos que não tinham solução. O hospital era o último recurso a ser utilizado em caso de doença. Aqueles que podiam chamavam seus médicos em casa, onde eram feitos todos os procedimentos e intervenções. Os métodos conhecidos de tratamento e diagnose podiam ser “carregados” pelos profissionais. Eles só começaram a freqüentar a rede hospitalar perto da metade deste século, quando diminuiu a taxa de morte por infecção hospitalar. As formas de tratamento/diagnósticos passaram a ser complementados através dos equipamentos.

Assim, para se produzir conhecimento acerca do trabalho em suas relações com os processos de subjetivação em curso no hospital, só é possível trabalhar em parceria com aqueles que sabem sobre tais assuntos - trabalhadores em saúde e/ou usuários da rede pública/privada de saúde que produzem e participam cotidianamente de tais processos. As metodologias participativas, em que os objetos da investigação são, simultaneamente, sujeitos dessa mesma investigação, são as que se impõem nos estudos acerca do trabalho, na sua relação com a subjetividade e a saúde.

Considerando-se a “subjetividade” e os “processos de subjetivação” no sentido atribuído por Foucault (1977), e Guattari (1986), de processos de produção histórica, é possível pensar cada sujeito singular como sujeito coletivo de enunciação. Assim, somente com a análise histórica dos serviços de saúde no Brasil pode-se compreender o atendimento nas unidades hospitalares goianas.

1.2.1 A Revolução de 30, a Legislação Sindical e Social e as Instituições de Saúde

A Revolução de 1930, comandada por Getúlio Vargas, rompeu com a política dos governadores conhecida como a política café com leite, entre São Paulo e Minas

Gerais, ao mesmo tempo em que, elegia o Presidente da República. Vitorioso, o movimento foi um marco de estrutura do estado. Estas mudanças promoveram a expansão do sistema econômico e, paralelamente, foram criados o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e Juntas de Arbitramento Trabalhista que indicavam mudanças da comunidade com exigências constantes de modernização.

A crescente massa assalariada urbana passou a se constituir no ponto de sustentação da política do novo governo de Getúlio Vargas através de um regime corporativista. Foram promulgadas as leis trabalhistas, que procuravam estabelecer um contrato capital-trabalho, com garantias dos direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, criou-se a estrutura sindical do Estado.

No que tange à previdência social, a política do Estado Novo pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Desta forma, as antigas CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nestes institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados: a) aposentadoria; b) pensão em caso de morte. para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55: c) assistência médico-hospitalar, com internação até trinta dias; d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração. No § 2º, o custeio dos socorros mencionados na alínea c não deveria exceder à importância correspondente ao total de 8% da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1934, foram criados o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI) e, em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

A maior parte das inversões no setor industrial ocorreu na região centro-sul (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte), o que reforçou ainda mais a importância econômica e financeira desta área na dinâmica das transformações da infra-estrutura

nacional. Isto agravou desequilíbrios regionais, especialmente no caso do nordeste, com grandes êxodos rurais e a proliferação das favelas nos grandes centros urbanos.

Em 1934, com a nova Constituição, o Estado e o setor industrial instituíram uma política social de massas que, na Carta, configurava no capítulo sobre a ordem econômica e social. A implantação do Estado Novo representava o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo.

Em 1937, foi promulgada nova Constituição que reforçava o centralismo e a autoridade presidencial com a instalação da ditadura. Em 1939, regulamentou-se a justiça do trabalho e, em 1943, foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçados a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Conforme Nicz (1982), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 1950, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “[...] instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização. Ainda, segundo Nicz (1982), as seguidas crises financeiras dos IAP's e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos (principalmente externos) contribuíram para que, progressivamente, a previdência social passasse a ter importância muito maior como instrumento de ação político-eleitoreira nos governos populistas de 1950-64, especialmente pela sua vinculação clara ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e a fase áurea de “peleguismo sindical”.

Até o final dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. Foi a partir principalmente da segunda metade da década de 1950, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescentes da população que ocorreu maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabilizou-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários.

Segundo Nicz (1982), em 1949, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960, já subiram para 19,3% e, em 1966, atingiram 24,7% do total geral das despesas, o que confirma a importância crescente da assistência médica previdenciária.

Na era do Estado Novo, poucas foram as investidas no setor da saúde pública e, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. Com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça) e a pulverização de ações de saúde a outros setores (a fiscalização de produtos de origem animal passou para o Ministério da Agricultura - 1934); a higiene e a segurança do trabalho (1942) foram vinculadas ao Ministério do Trabalho.

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto em que se destacavam as seguintes ações: de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; a criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste bubônica); o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; a descentralização das atividades normativas e executivas por oito regiões sanitárias; destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; a atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

A escassez de recursos financeiros, associada à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, e também aos conflitos de jurisdição e gestão, assim como à superposição de funções e atividades, fez com que a maioria das ações de saúde pública no Estado Novo fosse reduzida a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país, naquela época.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde o que, na verdade, limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em resolver os problemas de saúde pública de sua competência. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste.

O processo de unificação dos IAPs, gestado desde 1941, sofreu em todo este período grandes resistências, em decorrência das radicais transformações que implicavam, após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social, a qual só foi

finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político em nível legislativo. Mas os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs, naquela época, em importantes feudos políticos e eleitorais. Finalmente, em 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema três anos mais tarde, quando foi promulgada a Lei 4.214 de 2/3/63 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). A lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que, evidentemente, comprometeu seriamente a estabilidade do sistema (POSSAS, 1981).

1.2.2 O Golpe de 1964 e a construção das bases do modelo médico neoliberal

O processo de unificação só avançou com o projeto político instalado no Brasil a partir de golpe 1964, que implantou o modelo de internacionalização do capital e legalizou a entrada massiva do capital estrangeiro no país. Neste mesmo ano, o governo promoveu uma intervenção generalizada em todos os IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. A unificação veio a se consolidar em 1967, pelo regime militar, através da política autoritária institucionalizada, apoiada por setores nacionais apoiados ao capital internacional.

O golpe de 1964 contava com suportes políticos extremamente fortes. A maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras para ampliar o processo que era ainda obstaculizado, segundo os capitalistas, pela proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista do governo João Goulart.

Havia ainda uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que punha em risco os interesses e a hegemonia, nessa região, do capitalismo, especialmente do

americano. No mundo, vivia-se o período da chamada Guerra Fria e estavam instaladas, nesta década, as ditaduras militares na América Latina.

Em 1964, com um golpe de Estado, foi instalado o Regime Militar, com o aval dos Estados Unidos. Esse fenômeno se repetiu na maioria dos países da América Latina e se configurou um ciclo de ditaduras militares em toda a região. Houve o fortalecimento do executivo e o esvaziamento do legislativo. Criaram-se atos institucionais, principalmente o de *n.º 5 de 1968*, que limitavam as liberdades individuais e constitucionais. O êxito da atuação do executivo justificava-se na área econômica, com o chamado “milagre brasileiro”, movido pelo capital estrangeiro.

O regime instituído procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população. Um outro aspecto importante do regime militar diz respeito à utilização da tecnoburocracia. Em consequência da repressão e do desmantelamento de todas as organizações da população civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade e colocados sob a tutela do estado para repensar sob os dogmas e postulados do novo regime militar e da nova estrutura e organização dos serviços do estado, o que acarretou o desmantelamento da participação organizada da sociedade civil.

Assim, com o objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo utilizou do sistema previdenciário. Visto que os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas, política e economicamente, o governo militar procurou garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social.

O processo de unificação previsto em 1960 se efetivou em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAP's, sofreu a forte influência dos técnicos oriundos do maior deles, o IAPI. Estes técnicos, que passam para a história, conhecidos como “os cardeais do IAPI”, de tendências absolutamente privatizantes, criaram as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, característica marcante deste período (NICZ, 1982).

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios em nível do IAP's. Na medida em que todo trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 1970 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era o da assistência médica que já era oferecida pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, com o aumento substancial do número de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população.

Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender à necessidade de ampliação do sistema e, ao final, optou por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes na sociedade e na economia. Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país e também pagamento pelos serviços produzidos (pró-labore), o que levou estes grupos a se capitalizarem. Ocorreu também um efeito cascata com o aumento do consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, daí a formação de um complexo sistema médico-industrial.

Este sistema se tornou cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro na estrutura do INPS, e acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Em 1974, o sistema previdenciário foi deslocado da área do Ministério do Trabalho para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% do

número de leitos hospitalares privados no período 1969/84, de tal forma que subiram de 74.543, em 1969 e 348.255 em 1984.

Segundo Possas (1984), somente na década de 1970, algumas categorias profissionais é que conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais com a criação do PRORURAL, em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos em 1972.

No campo da organização da saúde pública no Brasil foram desenvolvidas as seguintes ações no período militar: 1) Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), que estabelecia as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitária; 2) Criação, em 1970, da SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária. 3) Instituição, em 1975, do Sistema Nacional de Saúde que estabelecia de forma sistemática, o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhecia e oficializava a dicotomia da questão da saúde e afirmava que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde que, dessa forma, foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou, na prática, uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara, mas contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Pode-se afirmar, enfim, que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrático-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

A partir das recomendações internacionais e da necessidade de expandir cobertura, em 1976 iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configurava como o primeiro programa de medicina simplificada em nível Federal e permitiria a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de estado. O programa foi estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

O modelo econômico implantado entrou em crise em 1975. Primeiro porque o capitalismo, em nível internacional, entrou num período também de crise. Segundo porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que, em períodos áureos, chegou a 10% do PIB e que torna o crescimento econômico não mais sustentável.

Durante este período, a idéia de que era preciso fazer crescer a economia para depois redistribuí-la para a população não se confirmou, entretanto, no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo mantida a posição do Brasil como o país, em termos mundiais, de maior concentração de renda. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão passou a conviver com o desemprego e suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. Assim, o modelo de saúde previdenciário começou a mostrar suas mazelas: 1) Incapacidade para solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); 2) Os aumentos constantes dos custos da medicina curativa centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; 3) Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; 4) Incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; 5) Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do Governo Federal; 6) O não repasse pela união, de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto este ser esse tripartite (empregador, empregado e união).

Devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise. Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O CONASP passou a absorver, em postos de importância, alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que deu início à ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários.

O plano iniciou-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, principalmente no que dizia respeito ao combate às fraudes. Propôs, ainda, a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do

aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e de Medicina de grupo que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status. Para se mencionar a forma desses grupos atuarem, basta citar que eles se opuseram e conseguiram derrotar, dentro do governo com a ajuda de parlamentares, um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, que foi o PREV-SAÚDE, o qual, depois de seguidas distorções, acabou por ser arquivado. No entanto isto não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos-piloto de novos modelos assistenciais, destacando-se o PIASS no nordeste.

Devido ao agravamento da crise financeira, o sistema redescobriu, 15 anos depois, a existência do setor público de saúde e a necessidade de se investir nesse setor, que trabalhava com um custo menor e atendia a uma grande parcela da população carente de assistência (BARROS, 1996).

Em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação) que visava um novo modelo assistencial e incorporava o setor público, ao procurar integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passou a comprar e a pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e a vitória esmagadora da oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas deste período (1982).

1.2.3 A Redemocratização do Brasil , o modelo médico privatista e o SUS

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, com o surgimento de diversos movimentos sociais e o fortalecimento dos já existentes, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das Associações dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) ou Municipais (CONASEMS) e com a grande mobilização nacional, por ocasião da realização da VIII

Conferência Nacional de Saúde (CONGRESSO NACIONAL,1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

A nova Constituição, em 1988, que previa o SUS que só foi criado em 1990 o governo criou o Sistema Único de Saúde. É preciso fazer um pequeno corte nesta seqüência para entender como o modelo médico neoliberal procurou se articular neste momento da crise.

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, recebeu, neste período, vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados e, conseqüentemente cresceu, se desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, a classe média e categorias de assalariados, e procurou, através da poupança desses setores sociais, organizar uma nova base estrutural (NICZ, 1982).

Deste modo, foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composto de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades se baseavam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança), em contrapartida à prestação de determinados serviços. Estes serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, como, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas.

De acordo com Mendes (1996), o subsistema de atenção médico-supletiva cresceu vertiginosamente na década de 1980, de tal modo que, no ano de 1989, chegou a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total, apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00. Este sistema baseava-se num universalismo excludente, que beneficiava e fornecia atenção médica somente para aquela parcela da população que tinha condições financeiras de arcar com o sistema. Não beneficiava a população como um todo e não se preocupava em investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde. Enquanto isto, ao subsistema público competia atender à grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal.

Em 1990, o Governo editou as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde que regulamentavam o SUS, criado pela Constituição de 1988. A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde

define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”. O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade, Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

O texto constitucional demonstrava claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, ao procurar resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que referia à saúde coletiva. Esta visão refletia o momento político por que passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar, na qual a cidadania nunca fora um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir, na nova Constituição, os direitos e os valores da democracia e da cidadania. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080 que definiu o modelo operacional do SUS, ao propor a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente, a saúde passou a ser definida de uma forma mais abrangente: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Lei 8.080, 1990).

O SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderia participar do SUS em caráter complementar. Assim, foram definidos como princípios doutrinários do SUS: 1) Universalidade - o acesso a ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou

outras características sociais ou pessoais; 2) Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; 3) Integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades. Destes derivaram alguns princípios organizativos: a) Hierarquização - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência; b) Participação Popular - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde; c) Descentralização Política Administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos: 1) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; 2) Formulação de políticas de saúde; 3) Fornecimento de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. 4) Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica ; 5) Execução de ações visando a saúde do trabalhador; 6) Participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; 7) Participação da formulação da política de recursos humanos para a saúde; 8) Realização de atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; 9) Participação de ações direcionadas ao meio ambiente; 10) Formulação de políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; 11) Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; 12) Fiscalização e a inspeção de alimentos , água e bebidas para consumo humano; 13). Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; 14). Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; 15) Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados (Costa,1989b).

Assim, pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não foi uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois, para que isto ocorresse, seria necessária

uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política em nível federal, estadual e municipal.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei, em outro artigo, estabelecia a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs, Normas Operacionais Básicas, que regulamentaram a aplicação desta lei, pois tratavam da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 que serão mencionadas em outras partes deste texto.

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal, embora isso tenha sido interpretado, de modo geral, como escassez de financiamento. Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde, como será visto na seqüência deste texto, foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que, em nível da atenção primária, o SUS apresenta progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração pelos procedimentos médicos executados, o que inviabiliza a proposta de hierarquização dos serviços.

Assim, a opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, quando repõe a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social e amplia os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista.

1.2.4 Anos 90: Estado Mínimo, a política Neoliberal e o Sistema Nacional de Saúde - SUS

A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do estado. No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello, foi implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com o intuito de reduzir o Estado de Bem Estar Social e institucionalizar o Estado ao Mínimo. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática, a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Isto pode ser verificado nas estatísticas epidemiológicas e no ressurgimento de doenças até então controladas.

Neste período, o governo começou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos, com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991 (NOB 01/91) sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50%, segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira e outros. O estado redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS ao instituir um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em vigor até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, ao impor um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciados de gestão para a habilitação dos municípios, havendo, segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena), critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros.

Segundo Barros (1996), em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS tornou-se obsoleto e foi extinto em 1993 em um momento de péssimos resultados da política econômica, especialmente no combate do processo inflacionário.

Em 1994, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, ocorreu a falta de recursos destinados à área de saúde que, a partir daquela data, seriam recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores e, seriam destinados somente ao custeio da Previdência Social.

Apesar de estar descumprindo três Leis Federais que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, a partir daquela data, não mais transferiu recursos para a área da saúde, o que agravou a crise financeira do setor.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assumiu o governo, intensificou a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução do “tamanho do Estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agravou e o próprio ministro da Saúde (1996) reconheceu a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos.

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusivo para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde, Adib Jatene, propôs a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira) cuja aprovação pelo congresso nacional aconteceu em 1996, passando a vigorar este imposto a partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração cuja vigência seria, por um período de um ano, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde.

No final de 1996, notou-se que os esforços do Ministro da Saúde para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, o que ocasionou o pedido de demissão de Adib Jatene neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios por parte do governo na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

Em 1997, o governo Fernando Henrique Cardoso intensificou as privatizações de empresas estatais e colocou na agenda do Congresso Nacional a reforma previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “estado mínimo”.

A crise de financiamento do SUS agravou a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar e à escassez de leitos nos grandes centros urbanos passou a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia de todo o país tomaram a decisão de criar planos próprios de saúde. No campo da medicina supletiva, a Santa Casa de Belo Horizonte fez o mesmo e lançou o seu plano de saúde, o que implicou numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS.

Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médico-hospitalar de excelência em nível do SUS, também entraram em crise. Em 1997, os Hospitais Universitários do país “foram forçados” a reduzir o número de atendimentos e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos. As dívidas dos hospitais universitários ultrapassaram a quantia de 100 milhões de reais (abril / 1997), sendo que muitos deles operavam com a metade do número de profissionais necessários ao seu funcionamento.

Assim, o governo editou a NOB-SUS 01/96, o que representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Esta NOB revogou os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena) e, de acordo com ela, propôs aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

É possível constatar as diferenças existentes nos dois modelos de gestão, sendo a gestão plena do sistema municipal a de maior abrangência, porque transfere um número maior de responsabilidades para os municípios, especialmente no que se refere à gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica.

Esta NOB (1996) visava reformular e aperfeiçoar a gestão do SUS, na medida em que redefiniu: 1) Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; 2) Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superassem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS; 3) Os mecanismos e fluxos de financiamento que reduziam progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliavam as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; 4) A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS

que deveriam superar os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valoriza os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; 5) Os vínculos dos serviços com os seus usuários privilegiava os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

É fundamental destacar que uma das alterações mais importantes que foram introduzidas pela NOB 96 refere-se ao repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passou a ser feito com base num valor fixo *per capita* (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, o que possibilitou aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. Além disto, o município pode receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde e agregar valor ao PAB. As ações de saúde que fornecem incentivo são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

O PSF, por exemplo, agrega os seguintes valores sobre o PAB: 1) Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; 2) Acréscimo de 5% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; 3) Acréscimo de 7% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

No caso do PACS, os incentivos financeiros são os seguintes: 1) Acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; 2) Acréscimo de 2% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; 3) Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município; esses acréscimos têm, como limite, 30 % do valor do

PAB original do município. Importante se faz afirmar que os percentuais não são cumulativos, quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Percebe-se claramente a intenção da NOB/96 de fortalecer a implantação do PSF e do PACS. Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial:

“[...] O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.”

Essa perspectiva contribui para que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida o que permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.

A NOB passou a vigorar efetivamente somente a partir de janeiro de 1998. Neste ano, as privatizações alcançaram o setor de energia elétrica e sistema de telecomunicações (Telebrás). No congresso, foram aprovadas a reforma administrativa e a reforma da previdência. Apesar de assumir todos os compromissos com a agenda econômica da globalização, o país sofreu as conseqüências de ataques especulativos de investidores internacionais, que lucraram com as altas taxas de juros oferecidos pela política econômica do governo.

O governo FHC procurou firmar um acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) diante do agravamento da crise financeira, a qual se refletiu na diminuição da atividade produtiva do país e no número desempregados (7,4% segundo dados do IBGE 1998). Este quadro econômico-social teve efeitos sobre a saúde da população que se agravou a partir dos recortes do orçamento público para esta setor, o que proporcionou novas medidas nas políticas de saúde.

Em novembro de 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano, sobre os planos e seguros de saúde. Se, por

um lado, houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro, a regulamentação oficializou o universalismo excludente, na medida em que criou quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços, a saber: 1). Plano ambulatorial - compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos, em nível ambulatorial, que incluem atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas; 2) Plano Hospitalar sem obstetrícia - compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia entre outros, necessários durante o período de internação. Inclui também os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que podem evoluir para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos ou funções; 3) Plano Hospitalar com obstetrícia - acresce ao Plano Hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida ; 4) Plano odontológico - cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultórios; 5). Plano referência - representa a somatória dos quatro tipos de plano anteriores.

O Plano Básico que prevê unicamente o atendimento ambulatorial é o mais barato, acessível e o que oferece menos cobertura. Por outro lado, o Referencial é o mais completo, mais caro e o que oferece todo o tipo de cobertura, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Estes fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é primordialmente com o ganho financeiro e com o lucro do capital, e não com a saúde dos cidadãos. Prova maior disto é afirmação das seguradoras de que os planos deverão aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem às novas regras.

2 AS DIFERENTES FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS IMPLICAÇÕES NO SETOR SAÚDE

A organização da produção e do trabalho historicamente tem sido resultado do nível de desenvolvimento das forças produtivas nas diferentes sociedades. Assim, na sociedade capitalista, a organização da produção passou por diferentes momentos históricos que refletiram as necessidades de cada modelo de produção. Por sua vez, nesta sociedade, sabe-se que a situação de saúde/doença está intimamente relacionada com o contexto sócio-cultural de cada país, estado, cidade ou pessoa. Segundo Taylor (CHIAVENTATO, 2004), teórico da Administração, a cultura é todo aquele complexo que inclui conhecimentos, crenças, artes, moral, lei, costumes, assim como todas as capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade.

O sistema de saúde, que tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença em sua complexidade e abrangência e seus determinantes das condições de saúde da população, deve ser entendido em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida, não sendo, assim, um "bem de troca", mas um "bem comum", um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos devam ter assegurado o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e da utilização de toda a riqueza disponível, de conhecimentos e de tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, e que envolve promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.

Ou seja, deve-se considerar que este bem é este direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público, para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

Em síntese, pode-se afirmar, em termos de sua determinação causal, que o sistema de saúde representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que varia nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

Assim, desde a sociedade primitiva, encontraram-se práticas sociais transcendentais que através do misticismo, enfrentaram as situações de doença como um

fenômeno "sobrenatural", ou seja, além da sua compreensão do mundo, concepções superada, posteriormente, pela teoria de que a doença era um fato decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto em que o homem vivia, o que envolvia as teorias dos miasmas e do contágio (COHN; ELIAS, 1999).

O fato é que se passou a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, compostos por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Desse modo, surgiram vários modelos que expressam a explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde/doença, como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes - agente, hospedeiro e meio, considerados como "fatores causais". Posteriormente, essa concepção evoluiu para modelos mais abrangentes, como o do "campo de saúde", ao envolver ambiente (não apenas o ambiente físico), mas o estilo de vida, a biologia humana e sistema/serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência (ALVES, 1994).

Outros autores já questionaram, depois, este modelo, ressaltando, por exemplo, que o "estilo de vida" aí colocado implicaria em uma opção e conduta pessoal voluntária, o que pode não ser verdadeiro e pode estar condicionado a fatores sociais, culturais, entre outros. De qualquer modo, e em última instância, o importante é saber e reconhecer esta abrangência e complexidades causais, de acordo com as quais saúde e doença não são estadas estanques, isolados, de causação aleatória, ou seja, não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação permanente em que um processo causal se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma produção social da saúde e ou da doença.

Outro nível de compreensão que se há de ter em relação ao processo saúde-doença é o conceito do que é ser ou estar doente ou o que é ser ou estar saudável. Nota-se que no, conjunto da população, há indivíduos sujeitos a fatores de risco de adoecer com maior ou menor freqüência e com maior ou menor gravidade. Além disso, há diferenças de possibilidades entre estes indivíduos de "produzir condições para sua saúde" e ter acesso aos cuidados no estado da doença. Há, portanto, grupos que exigem ações e serviços de natureza e complexidade variada. É neste sentido que as diferentes ações e práticas dos indivíduos, principalmente aquelas relacionadas à organização do trabalho, devem ser observadas pelas instituições de saúde.

Assim, o objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde/doença, em vista de produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e

das coletividades, caso atue articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, seqüelas e óbito.

Isto posto, há que se compreender outra dimensão, aquela que, necessariamente, coloca o processo de intervenção, por meio de um sistema de cuidados para a saúde, no sentido de atender às necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, como um processo técnico, científico e político. É político porque se refere a valores, interesses, aspirações e relações sociais e envolve a capacidade de identificar e priorizar as necessidades de saúde individuais e coletivas, resultantes daquele complexo processo de determinação. É técnico e científico, no sentido de que este saber e este fazer em relação à saúde/doença da população não deve ser empírico e pode e deve ser instrumentalizado pelo conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico, hoje disponibilizado pelo avanço e progresso da ciência. Portanto o saber e o fazer em relação à saúde da população por meio de um sistema de saúde é uma tarefa que implica na concorrência de várias disciplinas do conhecimento humano e na ação das diversas profissões da área de saúde, bem como da análise da produção de saúde (BARROS, 1996).

Em se tratando do sistema de saúde, deve-se observar a influência da organização do trabalho nas relações humanas. Assim, faz-se necessário a análise da evolução das formas de administrar para um melhor dimensionamento da relação entre saúde e doença no contexto cultural de cada população. Através da análise de Taylor¹, Ford², Fayol³ e Toyota⁴ percebe-se a evolução das formas de organização do trabalho que, em nosso caso, podem ser observadas nas formas de organização do trabalho e nas relações de trabalho da área de saúde, seja Pública ou Privada, com implicações e impactos nas condições da saúde/doença da população.

Desde a criação do hospital moderno (FOUCAULT,1977) instalou-se a hegemonia médica e movimentos de resistência a esta hegemonia, com a instalação de vários corporativismos. O hospital se organizou em serviços ou departamentos que preservam as identidades, aprisionam os profissionais em modelos e salas que acabam por serem verdadeiros mausoléus.

¹ Taylor: Administração Científica baseada no homem economicus quando enfatiza as tarefas como forma de aumentar a produtividade (CHIAVENATO, 2004).

² Ford: Idealizador da linha de montagem e sinônimo de produção em massa (CHIAVENATO, 2004).

³ Fayol: Ênfase na estrutura ao focar a universalidade dos princípios da administração (CHIAVENATO, 2004).

⁴ Toyota: Modelo japonês de Administração (CHIAVENATO, 2004).

O processo de trabalho hospitalar parcelado reproduz as características da organização do trabalho industrial e produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. O tempo da vida e do sonho parece estar fora de seu alcance. O processo de trabalho, naturalizado como único possível, freqüentemente repete a lógica do trabalho taylorizado, por vezes ocultada pelo discurso valorativo do “trabalho em equipe”. O corporativismo - expresso na competição entre as diversas profissões presentes - e o individualismo constituem-se em obstáculos importantes à invenção de novos caminhos (CHIAVENATO, 2004). Sabe-se que, na organização taylorizada, não está em cena apenas a ação mecânica dos trabalhadores, cuja atividade mental e inventividade são dificultadas, embora sejam necessárias à própria execução para que se possa chegar ao resultado pretendido.

Taylor (CHIAVENATO, 2004), responsável pela Administração Científica, desenvolveu sua teoria em um contexto de crescimento acelerado e desordenado das empresas marcadas pela necessidade de aumentar a eficiência, pelo baixo rendimento do maquinário, pelo alto desperdício, pela insatisfação dos profissionais e o variado número de empresas.

Desse modo, Taylor tomou contato direto com os problemas sociais e empresariais decorrentes da Revolução Industrial ao se preocupar, principalmente, com as técnicas de racionalização do trabalho operário, por meio do estudo dos tempos e movimentos. Viu a possibilidade de decompor cada tarefa e cada operação de tarefa em uma série ordenada de movimentos simples e que os movimentos inúteis seriam eliminados e os úteis simplificados. Os operários seriam adaptados à própria tarefa e receberiam, assim, treinamentos específicos para maior especialização das atividades, além de seguirem normas bem detalhadas de atuação.

Neste sentido, os operários devem ser saudáveis para não prejudicarem o trabalho, além de possuírem ferramentas adequadas ao homem para evitar a fadiga física e mental que resulta em baixa produtividade. Assim, segundo Taylor, o desperdício de energia, tempo e material seriam eliminados para, então, reduzir também, os acidentes e a duplicidade de tarefas executadas.

Assim, ao analisar-se a organização na área de saúde, cabe observar, nas instituições de saúde públicas e privadas, o estudo dos tempos e movimentos, desenvolvido por Taylor, como uma melhora na logística hospitalar e, conseqüente, redução no uso descontrolado de material.

Vale observar, também, a adequação do local de trabalho para o aumento da produtividade no setor saúde, o que resultaria numa melhor qualidade de atendimento e uma racionalização dos recursos e também na escolha do local certo para ferramentas e materiais. Outras conseqüências seriam o uso da força da gravidade para transportar materiais; o fornecimento sempre, que possível, de uma seqüência lógica nas etapas da produção e o surgimento de condições adequadas de visão, ventilação, umidade e temperatura.

Para Taylor, existia uma maneira certa que, se descoberta e adotada, maximizaria a eficiência do trabalho e a forma de descobri-la seria a análise do trabalho em suas diferentes fases ao assegurar que formas de organização do trabalho nas empresas, resultava da vadiagem sistemática dos operários. Isto era justificado no que se identificava como o medo que os operários tinham das “máquinas” trazerem o desemprego, pela ociosidade no trabalho, pela ineficiência dos métodos empíricos e pelo desconhecimento dos “chefes” sobre as rotinas do trabalho e do tempo necessário para sua realização, além da falta de uniformidade das técnicas de trabalho (CHIAVENATO, 2004).

Isto indicava uma nova visão e a adoção da Administração Científica, o que salientou a ciência em lugar de empirismo, a harmonia em vez da discórdia; a cooperação contrapondo-se o individualismo, o rendimento máximo, em lugar da produção reduzida e do desenvolvimento de cada homem no sentido de alcançar maior eficiência e prosperidade. Assim, a ciência preocupou-se com a análise dos tempos e movimentos, com estabelecimento de padrões precisos de execução, com o treinamento do operário, com a especialização do pessoal, com a especialização da direção e com a criação do planejamento (SILVA, 2001).

Neste sentido, Taylor enfatizou a variável tarefa com o intuito de aumentar a eficiência da empresa por meio do aumento de eficiência ao nível operacional. Para isso, utilizou-se de princípios de planejamento, preparo, controle e execução do trabalho para provar que, a adoção da pesquisa científica como método para estudar e resolver as questões administrativas conduzia a três resultados satisfatórios: 1) O aumento de produtividade; 2) O aumento de salário e 3) A redução de esforço e da fadiga do trabalhador. Nota-se que, no setor saúde, a ferramenta administrativa de planejamento ainda não estavam sendo utilizadas de forma apropriada. Neste sentido, fez-se necessária a adoção de estratégias empresariais que ampliassem sua utilização e melhorem seu desenvolvimento (MAXIMIANO, 2002).

Com a Organização Racional do Trabalho (ORT), aplicaram-se os métodos científicos de pesquisas e experimentos para os problemas globais nos quais os elementos de aplicação (estudo de tempo e padrões de produção, supervisão funcional, padronização de ferramentas e instrumentos, planejamento de tarefas e cargos e a utilização da régua de cálculo e instrumento para economizar tempo) deveriam ser aplicados em todas as situações em uma atmosfera cordial (CHIAVENATO, 2004).

O desenvolvimento da tecnologia e da ciência fez emergirem novas necessidades e com isso, uma nova maneira de administrar: o fordismo, desenvolvido primeiramente por Henry Ford (1863 a 1947) com a fundação de sua primeira fábrica de automóveis (1899). Em 1914, Ford repartiu com empregados uma parte do controle acionário e estabeleceu o salário mínimo e jornada diária de 8h de trabalho em uma realidade em que a jornada de trabalho superava este tempo. Seu objetivo era produzir para atingir massas (maior quantidade e baixo custo) e, após 12 anos (1920), produzia um modelo “T” por minuto. Inicialmente, esse tempo era de 12h e 30 min.

Com Ford, estava instalada a produção em massa e o desenvolvimento da Moderna Teoria da Administração, utilizada como referência em todas as instituições hospitalares. Além de Ford, segundo Silva (2001), Henry Fayol (1841-1925) também influenciou no desenvolvimento administrativo modelo que pode ser usado para os serviços de saúde, uma vez que, segundo ele, não existe nada rígido ou absoluto quando se trata de problemas de administração: tudo é uma questão de proporção. De acordo com sua concepção, a empresa deve ser tratada como um todo, isto é, globalmente, e organizar significa construir uma dupla estrutura (material e humana), no empreendimento e focar a universalidade dos princípios a serem aplicados às funções administrativas em todas as formas de trabalho necessárias ao desenvolvimento dos serviços de saúde.

Fayol apud Bernardes (2003) deu ênfase à estrutura para aumentar a eficiência da empresa por meio da forma e disposição dos órgãos componentes da organização e das suas inter-relações estruturais, ao estabelecer a divisão do trabalho através da especialização das tarefas e das pessoas; da autoridade e da responsabilidade; da obediência, do comportamento e do respeito às normas estabelecidas; da unidade de comando; da unidade de direção; da subordinação dos interesses individuais aos interesses gerais; da remuneração justa do pessoal; da centralização (da concentração da autoridade no topo da empresa); da cadeia escalar (da linha de autoridade do escalão mais alto ao mais baixo); da ordem (material e humana); da

equidade (da amabilidade e justiça para obter a lealdade do pessoal); da estabilidade e da duração do pessoal; da iniciativa (da capacidade de visualizar um plano e assegurar o seu sucesso e espírito de equipe: harmonia e união entre os empregados). Analisou, ainda, as funções básicas da empresa (técnicas, comerciais, financeiras, segurança, contábeis e administrativas) através do conceito de administração baseado no ato de prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Deste modo, percebe-se a importância dos princípios desenvolvidos por Fayol para o aprimoramento das atividades administrativas do setor saúde.

Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento econômico, fruto do avanço de tecnologia promete grandes mudanças nos processos produtivos, na vida e organização da sociedade. A partir da década de 1970, as mudanças passaram a ocorrer com uma velocidade maior, levando as empresas e induzindo os hospitais a permanentes adaptações para acompanhar as mudanças e, principalmente, antecipar-se a elas, provocando-as. Novas tendências têm influenciado profundamente a prática da administração, como a concepção da qualidade total, a organização inteligente e a reengenharia, entre outras (PEREIRA, 2004).

Mais recentemente, segundo Maximiniano (2002), a história da administração voltada para a qualidade total que se confundiu com a história do modelo japonês de administração que também é frequentemente utilizado no setor saúde. Eiji Toyota e Taichi Ohno foram os responsáveis pelo desenvolvimento do Sistema Toyota de Produção baseado na eliminação de desperdícios e na produção de veículos com qualidade. Nota-se, assim, que o sistema Ford não foi utilizado na Toyota, uma vez que a empresa era menor, além de necessitar de soluções mais eficientes e menos dispendiosas para seu desenvolvimento e adequação às mudanças impostas pelas sociedades globalizadas.

No período pós-guerra, os japoneses aprenderam com seus concorrentes ocidentais e introduziram nas linhas de produção e nos processos de trabalho de seu país profundas transformações dentre as quais se destacam: a flexibilização das linhas de produção; o controle de qualidade total; a introdução do *kanban* (suprimento de insumos em tempo real, para eliminar a necessidade de se manter grandes estoques) e a modificação das relações humanas nas empresas, com base num paternalismo benevolente e num sistema de consulta aos empregados.

Esse processo acarretou uma reflexão sobre a trajetória histórica e política do Japão, cuja população vivia em isolamento total do resto do mundo, até meados do século XIX. No entanto, ultimamente, devido à sua integração à economia mundial capitalista, esta nação atingiu a posição de segunda potência industrial e financeira no final do século XX. O Japão logrou essa façanha, apesar de sua pouca extensão territorial e da ausência de recursos naturais e energéticos, porque adotou uma abordagem interdisciplinar que privilegiaria as variáveis psicossociais.

Assim, essa combinação das normas e padrões de conduta, as relações de mando e poder tradicionais, constantemente reforçados pelo processo de socialização e o sistema de educação formal baseados em um conjunto de valores, asseguram a lealdade dos indivíduos ao grupo com o qual se identificam (ou, ao qual “pertencem”). Isto resulta na adesão e solidariedade em todos os níveis que possibilitam a vida coletiva e todos esses elementos que são fatores decisivos para o crescimento econômico e para a elevação da qualidade de vida da população japonesa. As técnicas desenvolvidas na Toyota foram rapidamente adotadas em outras empresas que acrescentaram novos elementos ao seu desenvolvimento.

Por outro lado, no caso da prestação de serviços, os trabalhadores da saúde têm feito alguns movimentos de busca por uma nova forma de organização que rompa com a situação vigente de insatisfação da clientela/paciente e familiares. Muitos desejam a criação de espaços e tempos para encontros transdisciplinares que potencializam a diversidade de olhares presentes no hospital, mas o medo de uns de ficar irremediavelmente submetidos ao poder médico, e o medo de outros de perder todo o poder que têm faz com que nada mude.

A atual divisão do trabalho na área de saúde cria obstáculos ao bom atendimento e insatisfações entre os trabalhadores. Esta divisão está estabelecida entre profissionais de diferentes categorias, mas também entre trabalhadores de uma mesma categoria ou setor de trabalho. Algumas especialidades médicas são mais prestigiadas que outras. A distribuição das tarefas parceladas cria dificuldades de comunicação e realização dos objetivos manifestos de um hospital - cuidar da saúde de sua clientela.

Essa organização do trabalho fragmenta as tarefas e os trabalhadores têm as características da subjetividade moderna, individualista, ao atravessarem a rede de relações no hospital. A subjetividade produzida no Brasil desde os anos 1960/70, anos

autoritários e desqualificadores dos movimentos sociais (COIMBRA,1992), exige mais que mudanças conjunturais para seu enfrentamento.

Por isso, para que se possa analisar a realidade do atendimento no sistema de saúde, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como o homem é fruto do nosso passado e da sua história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Na análise do atendimento em saúde, é importante conhecer a história das políticas de saúde no país a partir de algumas premissas importantes, a saber:

1). A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las;

2). A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira e sofre a forte determinação do capitalismo em nível internacional;

3). A saúde nunca ocupou lugar central na política do estado brasileiro porque foi sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como relevantes em termos de repercussão econômica ou social no modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. Pode-se afirmar que de um modo geral os problemas de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemias.

4). As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes na estrutura social vigente; e preferencialmente têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;

5). A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) é sempre resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, nunca é uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer.

6). Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.

7). A dualidade entre a medicina preventiva e a curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.

Desta forma, é de suma importância, para a análise do atendimento em saúde conhecer a história das políticas de saúde no país.

3 A SAÚDE/DOENÇA COMO UMA QUESTÃO SOCIAL, AMBIENTAL E DO TRABALHO

Para que sejam tratadas questões relativas a organização do trabalho dos sistemas de saúde, deve-se compreender a relação entre trabalho, saúde e doença numa nova dimensão em que foi se transformando segundo Alves (1994), tanto os fatores culturais, assim como os ecológicos e econômicos passaram a ter igual importância nos aspectos anatômicos, fisiológicos e patológicos. Em um sistema social no qual a grande maioria da população dispõe apenas da sua força de trabalho para garantir sua própria subsistência, o corpo é visto como instrumento de trabalho e a doença significam uma dupla ameaça a partir do momento em que afeta a saúde e a capacidade produtiva.

Assim, ao analisar as dimensões da doença, percebe-se as diferenças da percepção entre estar doente, sentir-se doente e poder ficar doente porque o indivíduo se encontra na obrigação de continuar trabalhando mesmo estando doente.

A situação sócio-econômica afeta a própria percepção da doença e concorre para que esta seja negada enquanto for possível e que seja vista como algo que “acontece de repente”. Assim, o conceito de doença se restringe até os últimos limites da capacidade de manter-se no trabalho, o que faz com que seus sintomas não sejam percebidos como tais.

As carências (fraqueza, fome e nervoso), muitas vezes, não são reconhecidas como doenças, na medida em que não impedem o indivíduo de levar uma vida normal, nem o levam a um tratamento específico.

Assim sendo, para melhor entender a relação entre saúde e doença, faz-se necessário o estudo da prática médica que deve ser considerada não apenas como uma prática técnico-científica, mas, sobretudo, como uma prática social na qual os médicos deverão prestar serviços de qualidade com atendimento diferenciado ao indivíduo.

Segundo Campos (1998), há três pólos de responsabilidade em saúde. O hospital corresponde a um deles, a chamada atenção individual da saúde. Nos outros pólos estão os serviços de saúde pública - epidemiologia, controle de doenças infecciosas - e os de saúde ambiental, relacionados com controle sanitário da região (água, esgoto, controle

de insetos e outros). Na realidade brasileira, a atenção individual da saúde corresponde aos estabelecimentos assistenciais que, efetivamente, compõem a rede de serviços de atendimento à saúde da população. A atenção individual da saúde pode ser classificada em três focos de atuação: promoção de saúde, prevenção e serviços curativos.

A promoção de saúde é, geralmente, de responsabilidade única do indivíduo. Diz respeito a seus hábitos de vida e ao ambiente em que vive. Apesar das inúmeras campanhas de combate ao fumo, à vida sedentária e às drogas, por exemplo, observa-se pouca atuação das instituições ligadas diretamente à prestação de serviços de saúde. Os pediatras ligados à puericultura, geriatrias e educadores ou assistentes sociais são os que podem ser relacionados com a educação da comunidade sobre promoção à saúde.

O segundo foco é o preventivo, mais disseminado nos meios de comunicação de massa através de campanhas direcionadas, como a do câncer de mama ou da AIDS. Algumas associações estão sendo formadas para divulgar essas campanhas e se apóiam, muitas vezes, em pessoas que, conhecidas pelo grande público, dão maior credibilidade à ação, na visão da população (CAMPOS, 1987).

Os serviços curativos - alvo principal da atuação dos serviços de assistência à saúde no Brasil - são o terceiro foco de atuação. Ainda os serviços médicos e hospitalares se preocupam mais com a doença do que com a saúde. É a chamada "medicina heróica", que engloba os serviços de diagnóstico e tratamento das doenças. Esses serviços podem ser classificados conforme o nível de atenção que dão à população. A atenção primária é a entrada do indivíduo no sistema de saúde através, principalmente, dos serviços prestados em ambulatórios e consultórios. Observa-se hoje uma tendência (ainda fraca) do retorno do médico de família, o que corresponderia ao aumento da utilização dos serviços desta esfera.

A secundária corresponde ao atendimento pelo profissional intermediário, através de instituições de médio porte já a esfera de atendimento terciário é composta por hospitais especializados, numerosos nos grandes centros urbanos do país.

Assim, a distribuição ideal dos serviços de saúde hoje prestados à população, segundo França (1998), não corresponde à realidade brasileira, seja no serviço público ou privado. Nota-se uma absorção por parte dos hospitais especializados de recursos sem a devolução destes para a comunidade. Nos países em desenvolvimento, os estabelecimentos, equipamentos, recursos humanos e medicamentos tendem a orientar-se para a ponta da pirâmide (COHN; ELIAS, 1999). Isso também ocorre no Brasil, criando uma discrepância de assistência entre diferentes classes da população. Mostra-

se acentuada também a distribuição desordenada de equipamentos em diferentes pólos, com concentração nos centros mais ricos e industrializados do país.

O crescimento da rede hospitalar no Brasil foi mais influenciado por interesses de grupos isolados do que por políticas de saúde. Isso gerou as diferenças existentes entre a oferta de serviços existentes e a real necessidade da população.

Desde os anos 1930, com o processo de industrialização no Brasil e a necessidade de força de trabalho assalariada saudável, o Estado intensificou suas preocupações com a saúde dos trabalhadores em função da necessidade de promover o crescimento produtivo proporcionado pelo processo de industrialização emergente.

Já no período que foi de 1967 a 1973, o Estado Militar se orientou pelo modelo econômico desenvolvimentista com a entrada maciça do capital estrangeiro no Brasil, que caracterizou o chamado "Milagre Brasileiro". Foi marcado pelo desenvolvimento econômico acelerado, desordenado, com baixos salários, com aumento da dívida externa, deu-se, nesse período, de industrialização, com a entrada de capital estrangeiro que trouxe novas tecnologias e a necessidade de trabalhadores especializados, técnicos e quadros superiores de empregados nos setores de ponta da economia. Naquele momento, do ponto de vista econômico, ocorreu a concentração do capital e, do ponto de vista político e institucional, a centralização e a concentração do poder. No âmbito do serviço de saúde, o Estado Militar "[...] aliou *campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país*" (LUZ, 1979).

Neste período, as condições de vida e saúde da população tornaram-se precárias o que refletia a política institucional e os fenômenos como o êxodo rural que gerou o inchaço das cidades que não tinham estrutura para atender este novo contingente da população. Ocorreu também um aumento no número de acidentes de trabalho, de mortalidade infantil, de incidência dos casos de hanseníase, varíola e poliomielite. O arrocho salarial constituiu, ainda, um dos fatores que deteriorou as condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992).

A partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde, visto também como dever do Estado. "*Pela primeira vez na história do país, a*

saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania” (LUZ, 1979).

A Carta Magna de 1988 garantiu a saúde como direito de todos e um dever do Estado, permitindo aos usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As instituições privadas têm sua participação de forma a complementar os serviços do SUS. Seus princípios básicos são a descentralização, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, e o atendimento integral com maior enfoque a atividades preventivas (COHN; ELIAS, 1999).

Assim, a máquina estatal brasileira apesar de utilizada para beneficiar setores particulares (COHN; ELIAS, 1999), proporcionou uma certa melhoria no setor de saúde, como por exemplo, o atendimento universal e integral, o aumento da eficácia no atendimento às questões epidemiológicas e sanitárias, o apoio democrático dos Conselhos de saúde, entre outras.

Em 1968, seguindo a mesma política, o Governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares, para aumentar o número de leitos e atender os trabalhadores inscritos na Previdência Social. Neste mesmo período o Governo aumentou o atendimento para trabalhadores rurais através do FUNRURAL, mas que poucos anos mais tarde seria extinto, permanecendo apenas a sigla (COHN; ELIAS, 1999).

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e ao descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, de acesso aos serviços de saúde e da forma de organização do sistema de saúde. Nos anos 1970 e 1980, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e profissionais dos Postos e Secretarias de Saúde levaram adiante um movimento, o "movimento sanitário", com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. O movimento orientava-se pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo.

O SUS, que resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande contribuinte de pessoas desde a sua implantação,

realizou o redirecionamento da clientela para hospitais estatais e universitários. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

Ainda assim, os dados estatísticos de 1999 demonstram que nos últimos nove anos a saúde no Brasil padece de crise crônica, sendo os gastos anuais do SUS na área ambulatorial da ordem de R\$ 4,6 bilhões. Deste valor, 61,3% se referem a serviços ambulatoriais prestados pelo serviço público (33,6 % de unidades municipais, 15,2% estaduais, 10,7% universitárias, 1,8% federais) e os 38,7% restantes se referem ao setor privado (inclusive filantrópicos). Dos um bilhão e 350 mil atendimentos, os serviços públicos respondem por 84,0% (sendo 66,8% municipais, 10,6% estaduais, 5,3% universitários, 1,3% federais) e os privados (inclusive filantrópicos e sindicatos) por apenas 16,0 % (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

O SUS tem cadastrado 6.427 hospitais e 490.959 leitos, sendo, respectivamente, 4.027 e 331.899 pertencentes ao setor privado (inclusive filantrópico), o que demonstra a sua importância na constituição da rede assistencial do país.

Nessa conjuntura de globalização que se caracteriza pela reestruturação produtiva, a economia de mercado é geradora de uma maior exclusão socioeconômica marcada pela precarização das condições de vida da população. Assim, torna-se necessário, neste momento histórico, dar maior atenção às condições de acesso da população aos serviços de saúde e também à melhoria da qualidade destes serviços, o que implica em mudar o nível de atendimento. É importante considerar os programas de atendimento existentes e ressaltar criação dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de saúde, criados em 1990, pelo Governo Federal⁵ que constituem em mecanismos de controle social do sistema de saúde.

A esses Conselhos compete: atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; elaborar cronograma de transferência de

⁵ O presidente da república, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 57 da Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990, da estrutura básica do Ministério da Saúde.

recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados no Sistema Único de Saúde; aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura à assistência; propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área da saúde credenciada, mediante contrato ou convênio; acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, na observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio cultural do país; articular-se com o Ministério da Educação para a criação de novos cursos de Ensino Superior, na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

Desafogar os prontos-socorros dos hospitais públicos e humanizar o atendimento são prioridades do Estado. Hoje, na sociedade globalizada, existe um movimento de redução de barreiras e distâncias entre as instituições hospitalares e de difusão de novos paradigmas em que as informações estão disponíveis de maneira ilimitada para as diferentes áreas do conhecimento.

Ao considerar esta realidade e a necessidade de otimizar o sistema de saúde para atender à crescente demanda popular, e diante da grande quantidade de informações e capacitação da necessidade de profissional, destaca-se a importância de observar e analisar, a partir da disponibilidade das informações, se existem incertezas e falta de referências na gestão das organizações hospitalares. No caso de organizações privadas, destaca-se sua necessidade de obter vantagens competitivas para se consolidarem no mercado enquanto organização, visto que adotam inovações e procuram oferecer ao usuário menor preço, maior qualidade, maior rentabilidade e menor risco.

Para isso, é imprescindível analisar o atendimento da demanda em saúde como elemento de diferenciação e desenvolvimento de uma organização hospitalar, e adotar como uma das principais referências a qualificação profissional do pessoal envolvido no processo administrativo hospitalar. Assim, deve-se observar o sistema de saúde como um todo complexo formado por elementos que interagem para formar o tipo de atendimento.

Segundo Chiavenato (2004), o sistema de saúde é um sistema organizado que adquire sua estrutura em estágios, pode ser reorganizado, não tem ciclo de vida

definido, pode ser descrito em termos psicológicos e sociológicos e é incompleto, já que depende de cooperação.

Como hoje se vive em uma sociedade do conhecimento e da informação onde, devido à globalização, a organização interage na busca crescente de redução de barreiras e distâncias entre as mesmas, existe um movimento de difusão de novos paradigmas no qual encontra-se um número ilimitado de informações disponíveis para o desenvolvimento profissional.

Nota-se, porém, que apesar da disponibilidade de informações, as incertezas e a falta de referências tomam conta da gestão das organizações hospitalares, sejam elas públicas ou privadas. Faz-se necessário, desta forma, a obtenção de vantagens competitivas para a consolidação das organizações no mercado, sendo necessárias inovações, menor preço, mais qualidade, maior rentabilidade e menor risco. Daí a importância do atendimento como um elemento de diferenciação e desenvolvimento organizacional. Nota-se, porém, que sem a qualificação pessoal dos profissionais envolvidos no processo administrativo hospitalar, os valores pontualidade, agilidade, eficiência, eficácia, dentre outros, não são agregados aos seus serviços. Assim, nota-se a necessidade de se criar uma organização - estrutura física que viabilize a obtenção dos objetivos e metas estabelecidos para o atendimento.

Desta forma, o sistema de saúde é um todo organizado, como qualquer sistema. Segundo Chiavenato (2004) ele *“[...] adquire sua estrutura em estágios, pode ser reorganizado, não tem ciclo de vida definido, pode ser descrito em termos psicológicos e sociológicos e é incompleto já que depende de cooperação”*.

De acordo Sandroni (2000) esta organização *“[...] é o conjunto de relações de ordem estrutural (direção, planejamento, operação e controle) que mantém uma empresa em funcionamento”*. Consiste num sistema por meio do qual se operacionalizam e coordenam-se os desempenhos pessoais. Por isso, a organização é uma entidade social, já que é formada por pessoas que, por sua vez, buscam alcançar resultados através de uma estrutura deliberada, de um trabalho dividido. Neste sentido, Snell (1998) salienta que o sistema de recursos humanos deve se tornar em uma fonte de vantagem competitiva.

Para melhor compreender o sistema de recursos humanos, deve-se analisar a origem dos sistemas. Tal termo conforme Chiavenato (2004) foi desenvolvido na Teoria Administrativa dos Sistemas, também chamada de Teoria Geral dos Sistemas (TGS), através de experimentos realizados pelo cientista e biólogo alemão, Ludwig von

Bertalanffy, que criticava a visão que se tem do mundo dividido em diferentes áreas. A compreensão dos sistemas, segundo ele, somente ocorre quando se estuda o sistema globalmente.

Assim sendo, o sistema é formado por um conjunto de elementos interdependentes e integrantes, um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (output) é maior do que o resultado que as unidades teriam se funcionassem independentemente. É um todo organizado ou complexo; um conjunto ou combinações de coisas ou partes que formam um todo complexo ou unitário. Vale ressaltar que a organização/empresa é um sistema que possui como características: 1) É difícil dizer onde começa e onde termina um sistema; 2) Propósito ou objetivo a alcançar; 3) Globalismo ou totalidade (O sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzido em qualquer parte ou unidade. O sistema sofre mudanças e o ajustamento sistemático é contínuo e gera a entropia e a homeostasia); 4) Podem operar simultaneamente, em série ou em paralelo (CHIAVENATO, 2004).

No Brasil, o sistema de saúde é formado por uma extensa quantidade de instituições interligadas voltadas para o benefício da saúde. E comporta os serviços públicos de saúde, compostos pelo SUS, e os privados, com suas diferentes modalidades.

De acordo com Cohn e Elias (1998), estima-se que menos de um terço da população não tem acesso a qualquer serviço de saúde. Apesar disso, a Constituição Federal, de 1988, prevê os três pilares que compõem o SUS: equidade, universalidade e integralidade. Em outras palavras, o SUS deveria atender a todos, com iguais direitos e cobrindo todos os diagnósticos e tratamentos possíveis. Essa colocação mostra o tom paternalista da Constituição (1988) e retira toda a responsabilidade do indivíduo por sua própria saúde.

Segundo França (1998), o serviço público é prestado por instituições pertencentes ao governo ou por serviços de terceiros destinados à parcela da população que não tem recursos para utilizar o sistema privado. Esses serviços são financiados por contribuições vindas basicamente de receitas tributárias. Nota-se que algumas instituições ainda contam com o auxílio de doações e recursos do setor privado captados por fundações associadas.

Na falta ou má utilização de recursos do setor público, proliferaram as alternativas privadas de assistência. Neste trabalho, propõe-se dividir o setor privado em três grupos distintos: o segmento não lucrativo, o lucrativo complementar e o lucrativo assistencial:

1) O segmento privado não lucrativo é composto por entidades filantrópicas, representado, principalmente, pelas Santas Casas e pelas instituições formadas por grupos imigrantes. Há uma grande diferença a ressaltar entre esses dois subgrupos: as Santas Casas, historicamente, têm como usuários, em sua maioria, pessoas que não tem recursos e necessitam da assistência médica. Por outro lado, as instituições de grupos imigrantes atendem principalmente a pessoas ligadas ao setor supletivo - os planos de saúde - apesar de terem disponíveis leitos para a população atendida pelo SUS.

2) O grupo lucrativo complementar se autodenomina Setor Supletivo de Saúde e é formado pelas empresas de assistência médica e seguradoras, ou seja, pelos planos de saúde.

3) O grupo lucrativo assistencial é formado pelas instituições assistenciais que, em sua maioria, não mantêm qualquer vínculo com o SUS. Não estão ligadas a grupos do setor lucrativo complementar. Antes da Constituição de 1988, havia o incentivo do governo para a construção de hospitais no país e o financiamento era feito pela Caixa Econômica Federal a juros baixos, além de longos prazos de pagamento. Durante as décadas de 1970 e 1980 houve a proliferação de instituições desse grupo, principalmente, na cidade de São Paulo.

Na década de 1960, a Previdência Social criou o "Convênio-Empresa", uma forma alternativa de prestação de serviços de saúde à população brasileira. A Previdência Social transferia às empresas a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados e dependentes. Sem a obrigatoriedade no fornecimento da assistência médica, reembolsava a empresa com um percentual do salário mínimo por cada assalariado. A privatização da assistência médica é subproduto das políticas de saúde brasileiras (BRAGA, 1986), que não conseguiram fornecer a devida atenção médico-hospitalar à população. Com o passar dos anos, o Convênio Empresa se extinguiu e transferiu toda a responsabilidade para essas empresas.

As modalidades do setor supletivo são:

1) Medicina de Grupo: utiliza a própria rede de serviços e hospitais através do sistema de pré-pagamento pelos serviços, mas também é vinculada a médicos, serviços auxiliares de diagnóstico e hospitais da rede privada, através de contratos de prestação de serviços. Não desenvolve qualquer tipo de medicina preventiva.

2) Cooperativas: formadas por médicos que participam pelo sistema de cotas. Oferecem planos individuais e coletivos para empresas e utilizam os serviços próprios e contratados.

3) Seguro-saúde: opera no sistema de reembolso de despesas e pagamento à rede. Não possui hospitais ou médicos próprios, apenas a rede contratada.

4) Planos de Administração: administram planos para empresas e contratam médicos e hospitais indicados pela própria empresa. Atuam no sistema de pagamento pelos serviços prestados.

5) Autogestão: grandes empresas criam um departamento interno que opera todos os mecanismos de credenciamento, análise de auditoria de contas e pagamento aos prestadores. É muitas vezes assumido pelas caixas beneficentes. Atualmente algumas consultorias se especializaram nesse sistema e propõe a terceirização do serviço, a partir das necessidades do usuário. A diferença entre a autogestão e os planos de administração é que, na primeira, o contrato de prestação de serviços é feito diretamente entre a empresa e o credenciado, mesmo com a terceirização.

A maioria das empresas nas modalidades de medicina de grupo e cooperativas possui recursos próprios, como laboratórios e hospitais. Essas instituições atendem a empresa que as possui e os outros convênios, porém, geralmente não atendem o SUS.

4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde é parte integrante do sistema social que acompanha todas as transformações por que passou a sociedade humana, já que este se relacionou com todos os elementos que a rodeiam, sejam as variáveis externas ou internas. Um sistema só existe através de relações de interdependência e de integração com seus elementos que formam um todo organizado.

Este sistema se desenvolve através de uma visão global com objetivos específicos e locais. Assim, a título de análise, esta globalidade deve ser considerada em relação às suas partes e expectativas de respostas eficientes que se constituem nos resultados, a partir de seu ambiente e considerando sua retroalimentação (CHIAVENATO, 2004).

Na sociedade brasileira atual, as instituições ligadas à área de saúde tornaram-se preocupações prioritárias da política social do Estado, uma vez que o quadro de saúde se agravou com o passar dos anos. Nota-se que, nos últimos 10 anos, este aumento foi bastante significativo o que acarretou uma expansão das Instituições privadas. Assim sendo, o Estado teve que visualizar sua relação com a saúde de um ponto de vista diferente, sem analisar somente as questões políticas. Segundo Luz (1979), o Estado foi historicamente o organizador e é, atualmente, o gerente das Instituições Médicas privadas ou não, por isso, sofre pressões privadas e públicas para ampliar sua capacidade de atendimento.

Os principais efeitos das instituições médicas estatais atingem a própria estrutura econômica a partir do momento que o Estado desempenha um papel de organizador. Porém tais efeitos atingem também o âmbito político através do controle que é exercido através de planos, programas e políticas de saúde impostas às classes e grupos subordinados.

Nota-se que as instituições públicas de saúde são resultantes, principalmente, da luta de trabalhadores através de movimentos sindicais, além das mudanças no mundo capitalista decorrentes da globalização.

Desta forma, a crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia e é constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como: 1) Filas freqüentes de pacientes nos serviços de saúde; 2) Falta de leitos hospitalares para atender à demanda da população; 3) Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde com eficácia e eficiência; 4) Atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; 5) Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares; 6) Aumento da incidência e ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; 7) Denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde, entre outros (COSTA, 1989b).

Cabe ressaltar que esta realidade apresenta uma contradição entre os interesses que o Estado proporciona ao setor privado e os benefícios direcionados aos serviços públicos de saúde, estruturados a partir de recursos e reivindicações da sociedade.

Uma pesquisa da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) mostrou que os hospitais privados têm, em média, dívida equivalente a seis meses de faturamento. O problema atinge tanto as instituições particulares filantrópicas como as lucrativas e o motivo está na própria tabela de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS) que promove a diferença entre receita e despesa e provoca, assim, uma diminuição, um desativamento dos leitos dos hospitais privados.

A rede de instituições hospitalares privadas tem 318 mil leitos, mais que o dobro da disponibilidade oferecida pelo conjunto de hospitais públicos no País, que é de 154.820 leitos. Os hospitais filantrópicos mantêm essa condição quando atendem, no mínimo, 60% de seus pacientes por intermédio do SUS. Os hospitais lucrativos, embora não tenham de cumprir nenhum limite mínimo de atendimento público, mantêm vínculos com o SUS porque o perfil de procura por seus serviços também os obriga a isso. Os valores pagos pelo SUS pelos procedimentos médico-hospitalares estão aquém de qualquer custo. Basta um exemplo para avaliar essa defasagem: o SUS paga, em média, R\$ 7,50 por dia de internação de um paciente. O estudo das planilhas de custo dos hospitais, feito pela FBH, demonstra que o custo real desse serviço é de, no mínimo, R\$ 60,00. A diferença tem de ser coberta por recursos próprios dos hospitais. O levantamento da FBH também mostrou que os principais fatores na formação da dívida dos hospitais privados devem-se ao recolhimento de impostos e de obrigações trabalhistas, além de pendências com bancos e fornecedores. Assim, faz-se necessário o reajuste da tabela do SUS. O problema é que não se pode prever por quanto tempo

alguns hospitais conseguirão resistir à crise. As entidades filantrópicas são prejudicadas também pelo teto de repasse do SUS para Estados e municípios.

Há um limite de gastos fixado para cada estado e município no que se refere a internações hospitalares. Quando o limite é ultrapassado, os procedimentos realizados simplesmente não são pagos. Os hospitais filantrópicos atendem à parcela mais carente da população e, como não podem recusar pacientes, acabam arcando com despesas que, a rigor, deveriam ser pagas pelo setor público.

Muitos hospitais conveniados desistem de oferecer à população os procedimentos cujos preços, na tabela do SUS, estejam mais defasados. Esse tipo de medida pode aliviar as contas de um hospital, mas sobrecarrega as de outro, porque o paciente deverá ser atendido em algum ponto da rede de saúde e acaba sendo encaminhado para serviços de referência que atendem os casos de maior complexidade, mas que são filantrópicos. Essa situação está na origem das graves crises enfrentadas, por exemplo, pelas Santas Casas em boa parte dos Estados. Assim, sem a atualização das tabelas de remuneração do SUS, essa crise se agravará, em prejuízo não apenas dos hospitais, mas da parcela mais carente da população.

Esse fato levou a corporação a procurar saídas alternativas para assegurar sua sobrevivência financeira, para resgatar com tal atitude a histórica capacidade de desempenho da unidade assistencial no exercício das atividades de todos os níveis funcionais (médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros). Salários baixos e congelados, aliados à ausência total de reciclagem dos recursos humanos derrubam qualquer modelo assistencial e com muito mais facilidade, o vigente, já historicamente fragilizado por projetos assistenciais ineficientes e sem qualquer planejamento prévio.

Paralelamente, o corpo funcional assiste à desqualificação da vocação pública voltada para a assistência médica e educação continuada, impotente diante da total falta de sistemas de controle e aferição do modelo gerencial em vigor.

Segundo Costa (1989a), essa notória fragilidade do modelo de assistência prestado por meio do SUS é também decorrente da falta de compromisso histórico com a saúde, somente lembrada em períodos de crise. Vale ressaltar que as habituais mudanças dos sistemas de saúde, que passam da gerência federal à estadual e municipal, além de não melhorarem os níveis de eficiência, dificultam todas as formas de controle,

o que torna bastante complexa a administração dos recursos para a área de saúde em nosso país. Se, por um lado, a descentralização gerencial é uma meta a ser alcançada, o método de sua aplicação deve ser planejado nos mínimos detalhes, pois só assim poder-se-á alcançar a qualidade no atendimento médico e das equipes de apoio.

Há que se ter cuidado com a definição de recursos limitados. É necessário determinar o montante necessário para conduzir o projeto administrativo, pois a escassez de recursos, sejam humanos, técnicos, financeiros e outros, prejudica qualquer desenvolvimento organizacional. Daí a obrigação de priorizar os gastos para atender da melhor maneira possível toda a demanda social, pois são eles que pagam diretamente pelo serviço. Se partir de uma dotação orçamentária limitada, os resultados alcançados deverão obedecer a um plano de metas de curto, médio e longo prazo, deve-se atender aos leitos da unidade de internação, fornecendo inúmeros suportes para efetivos diagnósticos, além do número de profissionais necessários para o atendimento desses pacientes.

Vale lembrar que na situação vigente brasileira, poucos recursos estão atrelados a um compromisso, pois com a máquina inchada e o pagamento de pessoal comprometem praticamente todo o orçamento, sendo que a demanda em saúde é latente. Há que se pensar, assim, na resolução também do grande número de funcionários versus baixos salários, que desonera o Estado (COSTA, 1989b).

Se ficar entendido que há excesso de pessoal por conta da necessidade de se compensar os baixos salários, encontrar-se-á um funcionário totalmente desmotivado, que se liga ao emprego por uma questão de sobrevivência, sem nenhum interesse naquilo que faz. Se isto não se aplica à maioria, vale lembrar que as unidades de saúde sobrevivem às custas daqueles que são motivados por razões diversas: apego, vontade de melhorar tecnicamente, conseguir uma diferenciação na função que exercem. Outro elemento importante para a implantação imediata de um plano de ascensão funcional, no qual o mérito é o critério para a melhoria salarial, por meio de uma avaliação séria e periódica (presença, interesse, diferenciação técnica, produção assistencial e acadêmica e outros) é a seleção de pessoal. Definida e aceita tal premissa, acredita-se que, naturalmente, haveria uma seleção do grupo de trabalho, em que a qualidade é o denominador comum. A conseqüência seria a realocação dos profissionais em excesso. Se somente bons salários não resolvem a crise do funcionalismo, permitiriam ao gerente

da unidade disciplinar as atividades envolvidas na sua gestão. Assim, todas as categorias funcionais seriam recicladas (médicos, enfermeiros, administrativos e outros) de acordo com a vocação da unidade, padronizando-se as atividades norteadoras das necessidades da clientela. Acredita-se que com o binômio salário/valorização do funcionário poder-se-ia criar o suporte ideal para as unidades hospitalares secundárias e terciárias, as quais estariam em condições de atender e prestar serviços de boa qualidade aos usuários. Em síntese, equacionar o setor de recursos humanos, por meio das peculiaridades de cada unidade.

Se for constatada a necessidade de redimensionar a força de trabalho pela melhoria salarial e pela qualificação profissional, o passo seguinte é a priorização dos investimentos, através da elaboração de um processo administrativo eficiente e eficaz que passe obrigatoriamente pelas fases de planejamento, organização, direção e controle.

Vale lembrar que os investimentos devem ser planejados em função de um Plano Diretor, em que a meta única seja atender com rapidez, diagnosticar de imediato e solucionar o problema em qualquer de seus níveis (primário, secundário e terciário), propiciando todo conforto possível ao paciente para devolvê-lo rapidamente à sua família e à sua atividade profissional.

Assim, é preciso estabelecer objetivos gerais e específicos, além de metas administrativas de curto, médio e longo prazo, e tentar, na medida do possível, evitar conflitos entre estas e as deficiências estruturais que de toda maneira persistirão. É absolutamente lógico que profissionais remunerados com baixos salários reagirão a um planejamento no investimento, ao entender que o responsável pelos baixos salários seja o administrador de plantão. Cabe ao administrador moderno explicar suas limitações, que não lhe cabe a responsabilidade pelos salários e pela ausência de um plano de carreira, cargos e salários, sem esperar, todavia, compreensão do corpo de profissionais.

Em síntese, o gerenciamento na escassez obriga o administrador a adotar cuidados constantes para a preservação dos princípios éticos, protetores do ser humano, independente do sistema de saúde em vigor. Todos os envolvidos no processo devem ser respeitados: os pacientes, bem tratados, esclarecidos e informados; os técnicos, assistidos nos seus problemas e angústias diuturnas conquistando melhorias tanto nas condições de trabalho, quanto nos planos salariais.

Em suma, uma nova realidade ocorre, no sentido mais geral, a penalização do paciente pela cultura histórica da desatenção no atendimento, pelas longas filas e falta de leitos disponíveis para internação. Ao lado disto, existem as más condições das unidades hospitalares cuja precariedade das instalações e o estado de abandono, em geral, decorrente do descuido do corpo técnico geram um sofrimento crônico. Falta, portanto, o zelo com aqueles que militam na rotina dos serviços de saúde, independentemente de serem pacientes ou prestadores de serviços.

As circunstâncias que levaram um ser humano à condição de doente e que não são prerrogativas de alguns, mas de todos, determinam a necessidade da compreensão da importância do enfermo, o qual deve ser tratado com educação, porque merece todos os cuidados imprescindíveis à sua condição de fragilidade física e/ou emocional. Desta forma, a busca da melhoria do atendimento hospitalar deve ser intensa, com a hotelaria limpa e cuidada, alimentação dentro dos padrões nutricionais, respeito à individualidade, medicação garantida e rapidez nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Todas essas ações são rotinas não-negociáveis que melhorarão o atendimento em saúde além de proporcionar a satisfação da demanda.

5 PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ATENDIMENTO DE QUALIDADE

Na administração⁶ hospitalar moderna, os objetivos organizacionais se confundem com os pessoais, assim como as habilidades profissionais de toda a equipe técnica envolvida no processo administrativo hospitalar, deve ser trabalhada.

A trajetória de um administrador é pautada pelos conflitos em todos os níveis de gerenciamento, daí a importância do planejamento hospitalar. Nota-se que o referido instrumento é uma função e uma ferramenta administrativa na qual a filosofia, que enfatiza sempre o futuro organizacional através da busca contínua para aumentar o horizonte pessoal e empresarial, é de mudanças contínuas. Por isso, o planejamento pressupõe a necessidade de um processo decisório (antes, durante e depois) voltado para a satisfação das necessidades de todos os membros da organização, inclusive os usuários finais.

Para Mintzberg (1994), o planejamento envolve um “modo de pensar”, sendo, assim, um processo formalizado para produzir e articular resultados na forma de um sistema integrado de decisões, ou melhor, é um processo desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente e efetivo, com a melhor concentração de esforços e recursos pela empresa hospitalar.

Constata-se que o planejamento é fundamental para o alcance dos objetivos e metas de qualquer instituição hospitalar. Assim, deve-se analisar seu aspecto preventivo (para manter funcionando eficazmente aquilo que já funciona bem) e seu aspecto de desenvolvimento (para mudar as coisas para melhor – ampliar). Através do planejamento, define-se onde poderão ocorrer as mudanças para melhorar a empresa, como ela está e como chegar a situações mais desejáveis. Desta forma, reduzem-se as incertezas e provoca-se o aumento da probabilidade de sucesso.

⁶ A administração é a arte de gerir as organizações e desenvolver as competências profissionais dos indivíduos no intuito de criar condições para que se desenvolvam através do seu trabalho e para que possam atingir os objetivos das empresas/instituições e satisfazer suas necessidades.

Como as funções de administração (planejar, organizar, dirigir e controlar) são as mesmas em todos os lugares, em todas as organizações, inclusive nas hospitalares, em qualquer ocasião faz-se necessário o uso de uma massa sistemática de conhecimentos (leis, princípios e conceitos) para formar um conjunto integrado e harmonioso de esforços em direção aos objetivos da empresa. Assim, evidencia-se a importância do elemento humano para o desenvolvimento de qualquer atividade organizacional e do intercâmbio entre as organizações e seus ambientes.

Conhecer adequadamente uma empresa hospitalar implica em compreender também o contexto no qual ela está inserida, o seu espaço ambiental, já que vive dentro de um contexto onde a percepção ambiental, ou seja, o conjunto de informações selecionadas e estruturadas, em função da experiência anterior, deve ser observada conforme as intenções da empresa ou do organismo ativamente implicado numa certa situação, pois, só assim, pode-se selecionar e eliminar informações. Para isso, é de suma importância analisar tanto o ambiente geral ou macroambiente como o ambiente tarefa. O ambiente geral, também chamado de macroambiente, é o conjunto ilimitado de condições gerais e externas, formado por inúmeras variáveis (Tecnológicas, Políticas, Econômicas, Legais, Sociais, Demográficas e Ecológicas) e o ambiente tarefa é formado por consumidores, fornecedores de recursos, concorrentes e grupos regulamentadores (MAXIMINIANO, 2000).

Para uma análise ambiental detalhada, devem ser identificados o desenvolvimento das habilidades conceituais, humanas e técnicas nos indivíduos. Os mesmos deverão possuir capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreendendo suas atitudes e motivações além de aplicar uma liderança eficaz. Deverão também, utilizar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos necessários para realização de suas tarefas específicas, por meio de seu nível de instrução, experiência e educação, além de possuir a habilidade para compreender as complexidades da organização global e o ajustamento do comportamento da pessoa dentro da organização. A habilidade conceitual é de suma importância, pois permite que a pessoa se comporte de acordo com os objetivos da organização total e não apenas de acordo com os objetivos e as necessidades de seu grupo imediato (CHIAVENATO, 2004).

Assim, o profissional de qualquer ramo de atividade, principalmente o da área de saúde, deve possuir habilidades humanas, técnicas e conceituais, além de um perfil ideal em que se torna necessária uma formação generalista (visão sistêmica), a capacidade de

exercer suas funções, de tomar decisões, de liderar, de criar, de ver o mundo ampla e atualizada, com flexibilidade, percepção ambiental, articulação política e negociação, além de utilizar as funções do administrador na prática organizacional. Conseqüentemente, todos os membros envolvidos na área de saúde devem: planejar (seleção de objetivos e de estratégias), organizar (estabelecer uma estrutura intencional de atividades necessárias para atingir as metas da empresa e de cada uma de suas partes - delegação), dirigir (mobilizar os recursos humanos para os objetivos certos, na hora certa, do modo certo - liderança, comunicação e motivação) e controlar (medir e corrigir atividades de seus subordinados para garantir que os eventos correspondam ao planejado - comparar desempenho, metas e planos).

A organização é uma entidade social (constituída por pessoas) dirigida a objetivos específicos e deliberadamente estruturada. Dentro deste ponto de vista, a organização pode ser vista como: formal (organizada formalmente e baseia-se na divisão do trabalho racional) e informal (emerge espontaneamente entre as pessoas que ocupam posições na organização formal) sob uma análise de processo contínuo, no qual os princípios de divisão do trabalho, delegação, coordenação e escalar devem ser observados.

Desta forma, deve-se também observar a relação entre a autoridade e a responsabilidade no âmbito em que a autoridade é a chave do trabalho administrativo, é o direito inerente a uma posição que utiliza o discernimento para estabelecer e atingir os objetivos de uma empresa ou departamento. A autoridade organizacional provém das posições e não das pessoas. O fundamento institucional da autoridade implica que esse direito jamais é absoluto (tem limites). Já, a responsabilidade é a essência da autoridade, é um compromisso que só faz sentido quando se aplica a uma pessoa, é o compromisso de um subordinado de desempenhar as tarefas que lhe foram atribuídas. A responsabilidade não pode ser delegada, ela emerge do relacionamento superior/subordinado. Isto implica que os administradores nunca podem abandonar as responsabilidades de seus cargos.

A delegação de decisões é de fundamental importância para o desenvolvimento organizacional, uma vez que apresenta inúmeras vantagens tais como: liberação de mais tempo para decisões mais importantes, agilização do processo de tomada de decisões e aumento da autoconfiança para tomar iniciativa. Logo, devem ser eliminadas as

barreiras à delegação (desorganização do administrador, inflexibilidade, insegurança, medo de reduzir ou perder a autoridade, sentir-se ameaçado em relação ao subordinado tomar o seu lugar) e também o medo do próprio subordinado em aceitar desafios.

Assim, faz-se necessário estabelecer uma linha clara de autoridade, do nível mais alto ao nível mais baixo (princípio escalar). Cada pessoa deve prestar conta a apenas um superior (princípio da unidade de comando), o qual deve atribuir a responsabilidade por tarefas específicas aos níveis organizacionais mais baixos em que exista capacidade e informação suficientes para realizá-las por completo e atribuir aos subordinados a autoridade suficiente para realizar as tarefas delegadas. Deve também se certificar de que os subordinados entendam que são responsáveis por resultados específicos e escolher um bom sistema de controle. Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento da qualidade dos sistemas de informação (MAXIMIANO, 2000).

A qualidade é antes de tudo, uma filosofia de vida, uma postura necessária a todos, a marca que cada um imprime ao seu cotidiano, através de sua postura, de seus menores gestos, influenciando não só o resultado da sua atividade mas pessoas que, de alguma forma, tenham ligação com o seu trabalho. O estabelecimento de uma cultura voltada para a qualidade é resultado de um longo processo de conscientização, obtido através do envolvimento de todos os profissionais.

No Brasil, baseadas no modelo japonês de gestão, as inovações tecnológicas e organizacionais traduziram-se basicamente, na última década, pela implantação de Programas de Qualidade Total, que trazem em sua concepção mudanças na qualificação dos trabalhadores e exigem uma crescente intervenção desses nos processos produtivos. Estas mudanças pressupõem uma maior participação e envolvimento dos trabalhadores, os quais devem se identificar com os objetivos da empresa. A pressão pela qualidade que atinge toda a sociedade pressiona também, por sua vez, os trabalhadores, levando ao limite sua saúde física e mental. Estes devem passar a entender e a influir no processo de produção para adquirir maior qualificação e assumir a polivalência. Devem, enfim, passar a viver e a pensar, essencialmente, na empresa.

Quando se avalia a questão da qualidade dos serviços e dos equipamentos para atendimento em saúde de alguns anos atrás, em comparação a realidade de hoje, podem-se listar inúmeras inovações nos quesitos tecnologia e modelos de gestão administrativa. Apesar de ainda serem encontradas algumas deficiências, nota-se a maior preocupação

com a melhoria por parte dos gestores, dos colaboradores das instituições e da própria comunidade.

A comunidade torna-se cada vez mais exigente na satisfação de suas necessidades e/ou desejos. Até as classes menos privilegiadas, social, cultural e economicamente, através da massificação e globalização das informações, têm acesso a fatos e imagens que agregam valores - desejos - a suas necessidades básicas.

Segundo Campos e Tinoco (1986), os conceitos de necessidade são centrais para qualquer nível de planejamento de saúde. O significado da palavra necessidade, assim como de vários outros termos ligados à gestão da qualidade, é extremamente discutível, pois depende de questões subjetivas.

Os teóricos da administração do século XX, apesar de suas divergências, são unânimes quanto à proposição de que a satisfação do usuário é a meta principal do desenvolvimento de um plano de qualidade, seja ela industrial, prestadora de serviços ou de saúde.

Pode ser observada, então, uma das primeiras divergências quanto à definição de qualidade. Um produto pode ser bom - de qualidade - mas não agradar aos consumidores ou pode satisfazer as necessidades do usuário, mas não seus desejos. Nos serviços, esse aspecto é ainda mais delicado porque há influência do fator humano. Os serviços são, geralmente, prestados por pessoas que têm visões, necessidades e desejos distintos.

Assim, destacamos a importância dos serviços prestados por todos os membros da organização, inclusive dos médicos, enfermeiras e recepcionistas deste setor para a manutenção da vida. Deve-se, visualizar o atendimento de uma assistência médica dentro da relação entre o ato médico e a percepção da qualidade pelo usuário. Embora o serviço como um todo tenha que apresentar níveis mínimos de qualidade (técnica e administrativa), não se deve esquecer da recepção que serve como "cartão de visita" para todos que esperam ser atendidos pela instituição.

O termo recepção não inclui apenas os profissionais que recepcionam o paciente/usuário, mas todo o período entre a entrada do paciente no hospital e o seu atendimento pelo médico. Vale ressaltar também que o fator tempo é priorizado em serviços médicos, principalmente em se tratando de pronto-atendimento ou emergência.

Em resumo, o setor de recepção e o tempo de espera pelo médico estão intimamente ligados porque precedem o atendimento propriamente dito. É a primeira visão que o usuário/paciente tem do serviço e é mais acentuada se levada em conta sua

enfermidade. Afinal, o serviço médico tem por objetivo cuidar das pessoas e elas não podem se sentir desconhecidas em sua demanda.

A essa parte do processo de atendimento médico-hospitalar não é dada a devida importância e, muitas vezes, não se mede a evasão de usuários em decorrência de mau atendimento ou do tempo de espera. Isso ocorre porque, usualmente, o chamado atendimento médico, como o próprio nome diz, é somente analisado a partir do momento em que o paciente se encontra com o profissional e não quando ele ingressa na Instituição.

Assim, todos os profissionais da saúde que atuam, direta ou indiretamente, na organização são responsáveis pela qualidade de seus produtos e/ou serviços e, segundo, Barros (1996), quem faz a qualidade são as pessoas e não os equipamentos ou os departamentos de controle de qualidade.

O conceito de qualidade evoluiu através dos tempos, uma vez que deixou de se concentrar apenas na qualidade do produto para abranger, também, a qualidade humana, ou seja, não se relaciona apenas com a produção de bens ou com a satisfação das expectativas do usuário. Assim, a qualidade pessoal é à base de toda e qualquer qualidade no processo de trabalho e é através da qualidade pessoal que se inicia uma relação em cadeia de melhoramento da qualidade na Empresa ou Instituição hospitalar.

As relações interpessoais são elementos importantes a serem observados para uma avaliação da qualidade do atendimento: relações interpessoais, a percepção, a competência técnica, valores culturais e comunicação desenvolvem-se em decorrência do processo de interação, mas no desenvolvimento do trabalho as atividades e interações prosseguem sentimentos positivos de simpatia e atração que provocam aumento de integração e cooperação ao repercutirem favoravelmente nas atividades e contribuir para maior produtividade. Por outro lado, podem ocorrer sentimentos negativos de antipatia e rejeição e, neste caso, as pessoas tenderão à diminuição das interações, ao afastamento, à menor comunicação, o que repercutir desfavoravelmente nas atividades, com provável queda da produtividade.

O bom relacionamento interpessoal torna o ambiente mais agradável e estimulante, permite trabalhos cooperativos, com interação dos esforços, conjugando energia, conhecimentos e experiências do grupo. O estabelecimento de uma cultura voltada para a qualidade é resultado de um longo processo de conscientização, obtido através do envolvimento de todos os profissionais que atuam no setor saúde, unindo competências técnica e interpessoal.

Nesta sentido, a competência técnica pode ser adquirida através de cursos, seminários, leituras e experiências. Já a interpessoal, além desses recursos, poderá requerer de treinamentos e vivências específicas. O estabelecimento de uma cultura voltada para a qualidade é resultado de um longo processo de conscientização, obtido através do envolvimento de todos os profissionais da saúde.

Para isso, dois componentes de competência interpessoal assumem importância especial: a percepção e a comunicação. A percepção é processo psicológico básico, sem o qual não haveria memória, aprendizagem ou pensamento. Assim, a percepção humana depende das funções psicológicas, ou seja, as pessoas reagem de acordo com a sua ótica individual ao analisarem, motivos, interesses, necessidades, de cada indivíduo num determinado momento. Desta forma, as coisas não são vistas como elas são, mas sim, com base em interpretação subjetiva (SNELL, 1998).

Os valores culturais das instituições hospitalares também exercem grande influência na percepção e, a partir disto, os indivíduos reagem favorável ou desfavoravelmente aos objetos, pessoas ou situações. Como percepção é interpretação, a subjetividade e a inferência são variáveis que podem interferir na transmissão de como se percebe determinada situação, pessoa, outros.

A percepção é mais fiel ou menos fiel na medida em que o homem presta maior ou menor atenção ao que o cerca, de acordo com seus conteúdos internos. Há, assim, uma dimensão de julgamento em todas as observações. A objetividade completa não existe, é infinito o número de possíveis percepções e de possíveis observações.

Segundo Maximiano (2000), percepção é conhecimento, comportamento, o dado relacional, o estruturante do ser humano. Logo, o que movimenta, dinamiza e constitui o ser humano é a percepção que tem do mundo, do outro, de si mesmo. A percepção, o estar em relação, contribui para que o homem se perceba em um tempo e em um espaço.

Ao nascer, ao encontrar um tempo e um espaço, o ser humano começa a desenvolver sua humanidade, começa a se relacionar, isto é, a perceber. Desta forma, inúmeros fatores interferem no processo perceptivo hospitalar: valores culturais, como experiências passadas, diferenças individuais, estado emocional, interesse e, até mesmo, o preconceito.

O preconceito consiste numa atitude negativa aprendida e dirigida a uma pessoa ou grupo determinado, um fenômeno psicológico que influi decididamente no processo perceptivo. Assim, não é inato e, sim, condicionado. Uma atitude

preconceituosa gera conseqüências negativas, pois impede que as pessoas conheçam umas às outras, à medida que o relacionamento é baseado em rótulos (conceitos pré-definidos).

Desta forma, o profissional da área de saúde que lida, direta ou indiretamente com o usuário, deve estar atento para que esses fatores não venham a prejudicar a qualidade do atendimento. Assim, o autoconhecimento, a flexibilidade, o equilíbrio emocional e os julgamentos baseados em fatos são condições que aumentam a precisão das percepções dos serviços de saúde.

A comunicação sempre foi importante desde os primórdios da humanidade e para o seu desenvolvimento, a exemplo do mercantilismo, da industrialização, tendo papel preponderante no mundo globalizado. O avanço tecnológico das telecomunicações tem permitido ao homem uma interação mais rápida e freqüente para que suas necessidades possam ser satisfeitas.

Apesar da diversidade dos meios de comunicação hoje existente, alguns princípios inerentes ao processo (um bom relacionamento humano, domínio do assunto, linguagem adequada, controle emocional, atenção, imparcialidade e outros) continuam imprescindíveis para uma comunicação eficaz.

A comunicação com o usuário na economia globalizada e competitiva é de grande importância, ou seja, está focada nele com um objetivo bem claro de conquistá-lo e, mais importante ainda, mantê-lo fiel nessa conquista.

Segundo Pereira (2004), nas próprias organizações hospitalares cresceu a importância da comunicação eficaz. Isto porque as dificuldades enfrentadas no relacionamento na empresa convergirão para o relacionamento dela com fornecedores e usuários. Assim, o processo de comunicação encontra-se ligado, principalmente, à direção, pois representa intercâmbio de pensamentos e informações para proporcionar confiança e compreensão mútuas e boas relações entre as pessoas.

Portanto algumas atitudes entre líderes e liderados inseridos no processo administrativo hospitalar são importantes no processo de comunicação, como por exemplo: a) manter diálogo aberto com os subordinados sobre objetivos e metas da empresa; b) ressaltar a importância de cada trabalhador para os resultados da empresa; c) procurar conhecer os colaboradores; d) orientar e reconhecer o valor dos trabalhos realizados pelos subordinados; e) facilitar o feedback; e) conscientizar o colaborador sobre a importância da qualidade de seu trabalho no atendimento da satisfação dos usuários internos e externos e outros (SNELL, 1998).

Dentre os princípios inerentes ao processo de comunicação hospitalar, destacam-se a compreensão e o controle emocional. A primeira ocorre quando se compreende a necessidade do usuário, pois se torna mais fácil atendê-lo. E, para que haja compreensão é necessário, em nome da clareza e da boa comunicação, adaptar a linguagem técnica à necessidade do usuário. Já o controle emocional é de fundamental importância no processo da comunicação e requer competência pessoal. Exige domínio e habilidade do indivíduo para lidar com toda e qualquer situação. Técnica e conteúdo são outros aspectos básicos no processo da comunicação.

A técnica para se transmitir uma mensagem varia de acordo com o tipo da mensagem, do referencial cultural e da capacidade do emissor. O conteúdo, por sua vez, é a base para que o processo da comunicação seja eficaz. Exige conhecimento, domínio e habilidade para correlacionar informações, bem como sintonia entre as partes.

Nota-se que alguns fatores facilitam a comunicação hospitalar tais como habilidade de ouvir, objetividade, clareza, uso do canal adequado, imparcialidade, tom de voz. Na habilidade de ouvir encontram-se também alguns fatores que contribuem para seu desenvolvimento: a) interessar-se pela mensagem, concentrando a atenção na fala do interlocutor; b) colocar-se no lugar do outro para entendê-lo melhor, ouvindo-o sem preconceito e predisposições negativas; c) controlar as emoções, a fim de não prejudicar a comunicação; d) ser cauteloso ao criticar; d) valorizar o interlocutor dando crédito às suas idéias; e) evitar que opiniões formadas impeçam a compreensão do interlocutor; f) evitar que interesses divergentes dificultem a compreensão da mensagem do interlocutor; g) evitar conclusões precipitadas antes que o interlocutor termine de expor suas idéias.

Para uma eficiente comunicação hospitalar, faz-se necessário lidar com as barreiras. A idéia que se tem, em geral, quanto se fala em barreiras na comunicação é a dos ruídos que impedem a mensagem de chegar ao receptor. Na realidade, existem obstáculos muito mais sutis e que só uma análise mais profunda poderá revelar. Essas barreiras poderão impedir ou tornar menos eficaz a realização da comunicação. E, como se trata de um processo, essas dificuldades podem estar em cada um dos elementos da comunicação (emissor, receptor, conteúdo e outros). São eles: a) dificuldade de se expressar; b) timidez / medo de expressar opiniões; c) escolha inadequada do receptor; d) escolha inadequada do meio; e) suposições; f) excesso de intermediários; g) atitude de pouco interesse pelo que o outro tem a dizer; h) preocupação com a chegada da mensagem ao seu destino; i) estereótipo e preconceitos; j) comportamento defensivo; k)

diferença de status; l) estado físico ou emocional; m) palavras de duplo sentido e técnicas; m) diferenças de percepção dentre outros (MAXIMIANO, 2000).

A administração de um hospital está diretamente relacionada ao seu planejamento prévio, em decorrência da realidade na qual a escassez se insere e determina um modelo gerencial que atenda às necessidades. Se por um lado o insuficiente aporte de recursos é sempre a queixa principal, por outro, se coloca a competência na definição de metas de curto, médio e longo prazos (CAMPOS; TINÓCO, 1986).

Neste sentido, cabe destacar que a globalização ou desfronteirização crescente exige esforço para aumentar a competitividade, num mundo de mudanças freqüentes nas relações, sejam elas privadas ou públicas. Uma cuidadosa formulação estratégica, revista periodicamente, consolidará políticas ao identificar ações para projetos prioritários e definirá objetivos para as metas anuais a serem desdobradas em todos os escalões da empresa privada ou pública.

Na administração pública, é crescente a redução de despesas de custeio, o recorte dos recursos para os serviços públicos e a exigência das agências financeiras em relação aos empréstimos governamentais. Assim, deve-se focar nos resultados, procurar identificar as causas dos principais problemas e executar um adequado plano de ação que possibilite o alcance das metas e o aumento da produtividade em prazos mais curtos. Isto exigirá que as organizações competitivas mantenham permanentemente todos os colaboradores bem informados, assegurando-lhes bom ambiente de trabalho, promovendo o trabalho em equipe e realizando programas de treinamento e desenvolvimento de habilidades.

Assim, os colaboradores da empresa hospitalar devem se relacionar como uma equipe que trabalha em direção a um objetivo comum. Uma equipe de trabalho é mais do que um conjunto de pessoas que interagem, se relacionam e se ajudam mutuamente. Quando as pessoas estão em grupo, muitas vezes não percebem a importância de tarefas mútuas, pois identificam somente suas prioridades e se esquecem de que quando todos unem seus esforços conseguem mais do que quando trabalham independentemente.

Segundo Maximiano (2000), o ambiente de trabalho exerce influência na disposição do indivíduo para o trabalho, mas a atmosfera, favorável ou não, é determinada pelas relações que as pessoas estabelecem entre si.

Entende-se que a ação de colaborar deve ser espontânea e, ao mesmo tempo, natural; se o indivíduo é forçado ou coagido a colaborar, perde o caráter espontâneo e o espírito de iniciativa. Todo esforço que se desenvolve, no sentido de haver maior espírito de colaboração dentro de uma empresa, terá como resultado um melhor relacionamento humano e, como vantagem, um ambiente cordial e de bem-estar pessoal e profissional.

Se cada um assume sua cota de responsabilidade pela criação de uma atmosfera de compreensão, cooperação e boa vontade, as condições resultantes, necessariamente, serão melhores. Para que um grupo seja uma equipe, é necessário ouvir as pessoas, unir idéias, criar soluções novas. Embora os indivíduos sejam únicos, é necessário ter a visão de que só o trabalho baseado num espírito de cooperação é empreendedor e garante sucesso contínuo para a empresa e para o trabalhador, respeitada a sua individualidade,

Esses conceitos são relevantes e precisam ser praticados, sobretudo no momento em que as organizações hospitalares estão voltadas para a qualidade total, com grande ênfase na equipe de trabalho. Isto porque a empresa precisará ser operada como um fluxo de processos, onde se enfatiza a responsabilidade do "out put" da equipe ou do processo, mais do que a responsabilidade do indivíduo.

De acordo com Stoner e Freeman (1999), esse novo ambiente, o usuário e o produto ou serviço que lhe é entregue passam a ser a referência principal do trabalho a ser realizado. Além disso, será necessário desenvolver uma perspectiva da equipe para analisar questões, decisões e oportunidades de forma participativa, capitalizando os conhecimentos, informações e idéias das pessoas que estão mais próximas umas das outras.

É preciso que cada participante da Organização se conscientize de que sozinho não poderá atender às necessidades e exigências do usuário. Assim sendo, o sucesso dessa relação depende da soma total dos esforços de todos. A interação entre as diversas funções na empresa deve se processar dentro da visão da relação entre usuário e fornecedor.

A informação é o conhecimento disponível para uso imediato e que permite orientar a ação, ao reduzir a margem de incerteza que cerca as decisões cotidianas, ou melhor, é um conjunto de dados (registro ou anotação a respeito de um determinado evento ou ocorrência). Assim, com a aplicação de modelos administrativos cada vez mais abrangentes, a estrutura de poder se estende para o

domínio do conhecimento, trazendo como consequência uma intercambiabilidade cada vez maior de informações com finalidade de reculturação ao invés de apenas interpretativa e analítica.

No âmbito das organizações hospitalares, visando otimização e flexibilização de processos ou desenvolvimento do potencial humano, pode ser identificado o domínio de certas disciplinas básicas que, segundo Tinoco (1976), convergem para o que ele denomina "organizações de aprendizagem". Este autor elege o raciocínio sistêmico como disciplina integradora de outras importantes como objetivo comum, modelos mentais, domínio pessoal e aprendizado em grupo.

A tarefa de administrar é bastante complexa, uma vez que se baseia no processo de tomada de decisão, o qual só pode ser realizado mediante a compreensão dos riscos e das incertezas que só são compreendidos com a análise de informações. Desse modo, a informação continua sendo uma das principais ferramentas para o desenvolvimento organizacional hospitalar.

Para promover o desenvolvimento do potencial humano nas organizações, muitas técnicas são empregadas, desde os tradicionais questionários e registros de avaliação, cujo conteúdo promove a premiação dos "bons" e o castigo aos "maus", até a facilitação para a participação das pessoas no processo decisório ou as chamadas "propostas alternativas" como análise transacional, programação neurolinguística, dinâmica de grupo, bioenergética e biodança, entre outras.

Enfoques organizacionais de âmbito global como, por exemplo, a Qualidade Total, têm reunido um vasto elenco de modelos e técnicas de origens diversas, mas com sentido convergente, possibilitando o surgimento de outras interpretações paradigmáticas.

6 ATENDIMENTO AO USUÁRIO HOSPITALAR: UM DESAFIO PARA O RECURSO HUMANO

No âmbito das organizações próprias e exigidas no processo produtivo nesta nova ordem econômica, o atendimento ao usuário, é incontestável como um dos grandes diferenciais competitivos do mercado. Não só pela crescente maturidade do público consumidor, como pela concorrência acirrada, implementada pelas empresas. No caso dos serviços de saúde, tendo como objetivo um atendimento de qualidade, isso não pode ser desconsiderado.

A relação estabelecida entre empresa hospitalar e usuário é responsável pela sobrevivência ou pelo fracasso de muitas instituições em nosso país. Fidelizar o usuário, ou seja, conquistá-lo e mantê-lo, constitui tarefa árdua para diversos empresários, pois sabe-se que a satisfação dos usuários/pacientes depende diretamente da superação de suas expectativas e da excelência no atendimento por parte das organizações hospitalares (KOTLER, 2000).

Desta forma, não basta apenas atender satisfatoriamente o público consumidor, mas é preciso oferecer-lhe muito além daquilo que espera. A idéia de excelência no atendimento propõe que se encare o usuário não mais como "fregueses", mas como parceiros das empresas, sem os quais nenhuma sobrevive. Segundo essa ótica, os usuários são a própria razão de existir das organizações que, sem esses, estão fadadas ao desmonte.

Atender ao público com excelência, superar suas expectativas, encantar o usuário exige uma preparação prévia ainda pouco praticada em nosso país. A idéia de um planejamento das posturas de nossos profissionais frente ao trato com os usuários é crucial para que não se tropece em erros, em caso para situações delicadas, nas quais é preciso saber exatamente que encaminhamentos deverão ser dados às mais variadas situações do dia-a-dia profissional. A etapa de planejamento e de instalação de novos valores e comportamentos nos colaboradores da empresa é crucial para a otimização e sucesso nas relações com os usuários.

É no treinamento e no desenvolvimento de equipes que se conquista a valorização do quadro funcional. Reside aí a oportunidade de oferecer "ferramentas" e "armamentos" para aqueles que estão na linha de frente de atuação das organizações. Trata-se da oportunidade de desenvolver o atendimento hospitalar, além de proporcionar aos profissionais ambientes de trabalho adequados e a própria saúde ocupacional.

Valorizar o funcionário e prepará-lo para valorizar o usuário são importantes metas do treinamento. Somente profissionais comprometidos e valorizados pelas instituições são capazes de oferecer aos usuários um tratamento digno. Faz-se necessário, assim, a humanização dos serviços de atendimento em saúde que, na prática, tem revelado o poder desta linha de atuação no tratamento da saúde. Não basta apenas focar na doença que aflige o paciente, é preciso também desenvolver sistemas de tratamento que procurem entender o paciente em sua individualidade e particularidades e oferecer-lhe, assim como a seus familiares, atendimento integral.

Os novos rumos da medicina indicam que o paciente internado necessita mais do que medicamentos e supervisão. Requer também carinho, cuidado, atendimento psicológico, pedagógico, nutricional e de assistência social. Esta chamada "humanização do serviço" que traz benefícios não somente aos pacientes como também aos seus familiares foi apontada pelas autoridades de saúde do país como uma das saídas para a melhoria das condições de bem-estar da população que precisa de auxílio médico-hospitalar.

No decorrer das duas últimas décadas, os países da região das Américas implementaram amplas mudanças nos seus sistemas de saúde. Em que pesem as diferenças quanto ao *timing* dos diversos processos, ao tipo de instituições criadas (ou reformadas) e à forma de indução das mudanças, um ponto comum a quase todas as experiências tem sido a mudança ensejada nos papéis relativos ao estado, aos mercados (inclusive os mercados de trabalho e das profissões de saúde) e às próprias comunidades no que concerne ao financiamento, regulação, organização e provisão dos serviços de saúde (COSTA, 1989a).

De uma maneira geral, observou-se a redução da participação do estado na provisão e no financiamento direto dos Serviços de Saúde com transferência paulatina

destas funções para agentes constituídos no âmbito dos mercados e das próprias comunidades.

Ao mesmo tempo, preconizou-se a focalização da ação do Estado em aspectos de regulação do sistema como o controle de custos, a promoção da eficiência no uso dos recursos, a descentralização dos processos de decisão, o estímulo à privatização da provisão, entre outros. Noutras palavras, o estado deveria fortalecer e ampliar seu papel de agente regulador das atividades setoriais (capacidade em grande parte dos casos muito reduzida em função da proeminência das funções de prestação direta características do modelo anteriormente vigente).

Assim, o setor de Recursos Humanos deve ser o principal catalisador desse processo de transição, deve ser o responsável pela iniciativa de implementação das posturas desejadas e ter como parceiros da administração os profissionais de todos os níveis hierárquicos para alcançar a motivação dos colaboradores rumo a excelência no atendimento.

O desafio do Recurso Humano está na desmistificação do hospital como um local frio, sombrio e desagradável e em sua conseqüente transformação em um espaço para a construção da cura, da saúde e de corpos novamente vigorosos. Daí a necessidade do envolvimento profissional de todos aqueles que lidam com o usuário, sejam eles psicólogos, administradores, assistentes sociais, recepcionistas ou médicos.

Alguns pequenos gestos específicos podem tornar-se o diferencial para muitas empresas, nessa época de globalização. Mesmo que os cuidados com a profissionalização do serviço possam ser percebidos em todos os meios de medição, ainda falta muito para se chegar a uma prática ética em muitos estabelecimentos.

Sabe-se que a história tem seus ciclos e os livros estão cheios de casos de estabelecimentos tidos como padrão e que acabaram sendo extintos. E a extinção, muitas vezes, resultou do desrespeito ao usuário, o qual é a razão maior de ser de qualquer empresa.

A motivação pessoal ao trabalho, segundo Pereira (2004), é um processo psicológico que causa o despertar, o encaminhamento e a persistência de ações voluntárias dirigidas a objetivos. Assim, a motivação conduz à escolha de um tipo de comportamento que resultará em algum nível de desempenho de trabalho.

Nota-se que o comportamento humano pode ser explicado pelo ciclo motivacional que condiciona o comportamento organizacional (o estudo do funcionamento e da dinâmica das organizações e como os grupos e os indivíduos se comportam dentro delas).

Como a organização é um sistema cooperativo racional, ela somente pode alcançar seus objetivos se as pessoas que a compõem coordenarem seus esforços a fim de alcançar algo que individualmente jamais conseguiriam. Assim, as pessoas procuram ou formam uma organização porque esperam que sua participação nela satisfaça algumas de suas necessidades pessoais.

Por outro lado, a organização procura pessoas na expectativa de que elas trabalhem e desempenhem suas tarefas. Assim, surge uma interação entre pessoas e organização, à qual se dá o nome de “processo de reciprocidade”: a organização espera que as pessoas realizem suas tarefas e conceda-lhes incentivos e recompensas, enquanto as pessoas oferecem suas atividades e seu trabalho no aguardo de certas satisfações pessoais.

Chiavenato (2004) cita Abraham Maslow que trata do comportamento motivacional, que é explicado pelas necessidades humanas. Entende-se que a motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, em decorrência de algum aspecto externo ou proveniente do próprio organismo. Esta teoria nos dá a idéia de um ciclo, o Ciclo Motivacional.

Quando o ciclo motivacional não se realiza, sobrevém a frustração do indivíduo que poderá assumir várias atitudes: comportamento ilógico ou sem normalidade, agressividade por não poder dar vazão à insatisfação contida, nervosismo, insônia, distúrbios circulatórios/digestivos, falta de interesse pelas tarefas ou objetivos e passividade, moral baixo, má vontade, pessimismo, resistência às modificações, insegurança, não colaboração e outros.

Quando a necessidade não é satisfeita e não sobrevêm as situações anteriormente mencionadas, não significa que o indivíduo permanecerá eternamente frustrado. De alguma maneira, a necessidade será transferida ou compensada. Daí percebe-se que a motivação é um estado cíclico e constante na vida pessoal.

A teoria de Maslow é conhecida como uma das mais importantes teorias de motivação. Para ele, as necessidades dos seres humanos obedecem a uma hierarquia, ou

seja, a uma escala de valores a serem transpostos. Isto significa que no momento em que o indivíduo realiza uma necessidade, surge outra em seu lugar, o que exige sempre que as pessoas busquem meios para satisfazê-la.

Para Chiavenato (2004), o comportamento humano, neste contexto, foi objeto de análise pelo próprio Taylor, quando este enunciava os princípios da Administração Científica. A diferença entre Taylor e Maslow é que o primeiro somente enxergou as necessidades básicas como elemento motivacional, enquanto o segundo percebeu que o indivíduo não sente única e exclusivamente necessidade financeira.

Segundo a teoria da motivação de Maslow, as necessidades humanas estão organizadas e dispostas em níveis, numa hierarquia de importância e de influência, numa pirâmide, em cuja base estão as necessidades mais baixas (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades mais elevadas (as necessidades de auto-realização)

Segundo Maslow, as necessidades fisiológicas constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie: alimentação, sono, repouso, abrigo e outros. As necessidades de segurança constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor. A necessidade de estima envolve a auto-apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de *status*, prestígio e consideração, além do desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia. As necessidades de auto-realização são mais elevadas pois levam cada pessoa a desenvolver seu próprio potencial continuamente (CHIAVENATO, 2004).

Assim, quando uma necessidade de nível mais baixo é atendida, ela deixa de ser motivadora de comportamento e dá oportunidade para que um nível mais elevado possa se desenvolver. Nem todas as pessoas conseguem chegar ao topo da pirâmide de necessidades, no entanto qualquer comportamento motivado é como um canal, pelo qual, muitas necessidades fundamentais podem ser expressas ou satisfeitas conjuntamente. A necessidade mais importante monopoliza o indivíduo automaticamente a organizar a mobilização das diversas dificuldades do organismo para atendê-la.

Assim, cada pessoa possui sempre mais de uma motivação. Toda necessidade está intimamente relacionada com o estado de satisfação ou insatisfação de outras

necessidades e qualquer frustração ou possibilidade de frustração da satisfação de certas necessidades passa a ser considerada ameaça psicológica.

Segundo Maximiano (2000), a motivação para o trabalho é o processo pelo qual, o esforço ou a ação, proporcionam o desempenho profissional de uma pessoa. Assim, pode-se ter um desempenho positivo ou negativo. Nota-se que o esforço atual da administração hospitalar está em motivar seus membros no sentido de proporcionar apenas efeitos positivos através da satisfação pessoal.

No entanto existe a necessidade da capacitação profissional mediante programas de treinamento com etapa preliminar de sensibilização dos profissionais: uma tentativa de incorporação da causa da excelência do atendimento e de afetar o empregado a ponto dele compreender, desejar e atuar de acordo com os novos princípios da empresa.

Cabe ressaltar que a etapa subsequente do treinamento deverá sempre ultrapassar a idéia de um curso ou palestras com informações teóricas, com utilização de dinâmicas, vídeos, debates, exposições e, até mesmo, de ensaios comportamentais frente às posturas a que se aspira. Tais estratégias, longe de qualquer filiação a modismos do mercado, justificam-se pela facilitação do aprendizado, pela melhor visualização dos conteúdos e, até mesmo, pela vivência e observação prévia das metas a serem atingidas.

Ainda que a atenção ao atendimento aos usuários obedeça a algumas regras gerais de funcionamento, não se pode deixar de visualizar as particularidades do ramo de atuação hospitalar. O atendimento ao usuário hospitalar caracteriza-se como um atendimento especial por diversos fatores, mas principalmente pela carga de sentimentos "negativos" que, em geral, acompanha os usuários em suas passagens pelos estabelecimentos hospitalares. Estresse, ansiedade, mau humor, culpa e preocupação são alguns dos quadros mais comuns em pacientes e/ou acompanhantes devido à precariedade do sistema de saúde.

Os objetivos do treinamento para atendimento ao usuário hospitalar devem incluir formas de lidar com tais sentimentos de um modo mais saudável e produtivo, bem como a prevenção de muitos desses sentimentos, sempre que possível (CARVALHO; NASCIMENTO, 1998). As recepcionistas, as telefonistas e os atendentes de um hospital têm função primordial no confronto com tantos sentimentos, além de um compromisso muito sério com a qualidade no atendimento. Suas posições de atendimento constituem a linha de frente, o primeiro contato do usuário com a

empresa. Uma falha ou má condução nesses setores pode colocar em risco a relação usuário X, além de contribuir para o agravamento dos sentimentos já mencionados. Evita-se, assim, o enfoque somente na patologia a ser tratada e entram em ação os cuidados especiais em diferentes níveis.

É importante ressaltar que essa metodologia só pode ser aplicada com o constante aprimoramento dos meios de diagnóstico, da diversificação das especialidades e do permanente estudo e atualização dos médicos e profissionais.

Muitos problemas, inúmeras distorções, vários desvios foram e continuam sendo constatados em diversos pontos do sistema, o qual parece carecer de uma política de comunicação mais eficiente para mostrar à sociedade um quadro real do SUS. São situações que geram apreensões, incertezas e repercussões negativas, uma vez que são enfrentadas desordenadamente e sem uma preocupação com o sistema como um todo.

Entre os vários aspectos do sistema de saúde surge aquele que toma corpo e ganha espaço significativo neste meio com a humanização dos hospitais. O seu surgimento decorre, entre outras, de questões históricas do atendimento hospitalar que precisam ser modificadas devido à modernização e à democracia e também do desequilíbrio entre o uso da tecnologia incorporada e o contato humano. Em todos estes casos o tema surge com força suficiente até para se transformar em um programa ministerial.

A humanização dos hospitais implica em ações tão abrangentes que as exigências da cidadania farão com que extrapole o âmbito dos hospitais públicos e chegue aos estabelecimentos privados. Até porque ela decorre dos direitos da clientela, razão de ser da própria rede hospitalar. Aí não será suficiente o hospital apresentar aqueles itens tradicionais de qualidade e organização, como pode ocorrer em qualquer fábrica de parafuso, automóvel ou chocolate. Terá de responder com ambientes, ações e gestos humanizados, humanizadores e de qualidade de vida, em respeito aos próprios direitos humanos e em resposta às novas exigências sociais.

Com uma nova visão, muito do que parece autoritário no relacionamento entre os profissionais de saúde e pacientes será modificado para adaptar-se às novas exigências. Ao invés dos usuários seguirem à risca padrões de comportamento ditados pelos hospitais e que, muitas vezes, os constroem, os maltratam e os prejudicam, os hospitais é que terão de se adaptar às necessidades e vontades dos usuários. Claro que se

mantêm as normas gerais da organização, mas os usuários deixarão de ser tratados como uma máquina que chega para conserto, passando a serem encarados como seres humanos em processo de atendimento.

Neste contexto, surge outra necessidade, que está voltada para o serviço: é preciso mudar a percepção predominante sobre os profissionais de saúde. Em muitos lugares, quando se fala em profissionais de saúde, pensa-se apenas em médicos e enfermeiros. As experiências multidisciplinares e interdisciplinares ainda não ganharam a abrangência de que precisam, para transformar-se num novo padrão de trabalho. Diferente do que ocorre, quando se fala em profissionais de saúde, é necessário compreender que se trata de todas as categorias envolvidas com a atenção à saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, maqueiros, vigilantes, dirigentes, todos, enfim, que prestam serviços no estabelecimento. Enquanto se cuidar de qualquer objeto dentro do hospital isolando sua função da atividade hospitalar, existirão necessidades de humanização.

Esse processo ganha corpo através da consolidação de experiências decorrentes de iniciativas das mais variadas origens, e se torna abrangente a ponto de atingir hospitais por completo. São resultados das experiências vivenciadas em programas como parto humanizado, mãe canguru, amigo da criança e outros. Os profissionais de saúde, os usuários e a sociedade, como um todo, precisam estar atentos a este processo, pois dele surgirá um novo modelo de atendimento, sintonizado com as exigências do século em que vivemos. O processo de formação dos multiplicadores é rico para a compreensão da humanização, conhecimento e troca de experiências pelos corredores e demais dependências dos mais diversos hospitais. Nessa contemplação, investigação e troca de experiência depara-se freqüentemente com boas surpresas: projetos em andamento que fazem parte do quadro da humanização.

Assim, deve-se também agregar a tecnologia⁷ dentro das questões a serem observadas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) as quais abrangem de forma

⁷ A tecnologia é o conjunto ordenado de conhecimentos empregados na produção e comercialização de bens e serviços que pode ser tosca ou sofisticada. Nota-se que as organizações dependem dos dois tipos para funcionar uma vez que é a tecnologia é a principal ferramenta de propagação da informação, dos dados administrativos (MAXIMIANO, 2000).

completa os diversos assuntos que envolvem a Administração Hospitalar ao se utilizar de sistemas de informática e de tecnologia sofisticada para a agilidade e eficiência do processo de tomada de decisão. Assim, a tecnologia tem a propriedade de determinar a natureza da estrutura organizacional e do comportamento organizacional das empresas em geral e principalmente as hospitalares. Desta forma, a tecnologia tornou-se sinônimo de eficiência, já que aumenta a capacidade do homem e proporciona conhecimentos técnicos, conscientização, e ferramentas, além de conhecimentos a respeito das pessoas.

Todas as pessoas podem aceder, em princípio, a dados hospitalares e não apenas aquelas doentes e profissionais que têm uma relação jurídica ou administrativa com as instituições hospitalares, estando, portanto, envolvidas numa relação especial com a Administração Hospitalar.

O SIH é uma solução que compreende todos os processos administrativos e clínicos do paciente e vem ao encontro das aspirações do Administrador Hospitalar e do Corpo Clínico, pelo incremento proporcionado na eficácia, segurança, qualidade e racionalização de procedimentos. Ponto fundamental do sistema é o prontuário eletrônico que se interliga com todos os outros módulos do sistema, tanto nas funções de apoio e controle clínico quanto nas funções administrativas. O prontuário eletrônico pode também ser acessado mediante tecnologia Internet, a critério da Instituição. Essa funcionalidade pode ser complementada pela adoção de tecnologias modernas de computação e telecomunicações.

Um outro item fundamental na segurança e agilidade dos procedimentos é a adoção de código de barra nos computadores móveis e nos coletores de dados. Há aumento na segurança, na agilidade e na qualidade dos procedimentos, uma vez que a tecnologia pode ser aplicada na identificação rápida e confiável do profissional que realiza o ato, do paciente, dos medicamentos que estão sendo manuseados e até dos exames realizados.

O sistema atua mediante interface gráficas e de forma on line e real time, emitindo relatórios técnicos, gerenciais e administrativos. O SIH é aderente aos principais Standards da área da saúde, além de basear-se no melhor da tecnologia da informação. Vale ressaltar que o SIH é um sistema personalizável que faz com que suas funções e relatórios se encaixem perfeitamente com as rotinas dos setores dos usuários.

Após a decisão de compra ou locação do sistema SIH, a implantação de cada módulo do sistema contempla a execução de algumas etapas, tais como o estabelecimento da gerência do projeto, o levantamento da situação atual do hospital, a especificação da funcionalidade do sistema e a sua customização. A seguir, serão efetuadas as etapas de treinamento, testes gerais, implantação em paralelo do sistema e implantação final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a pesquisa sobre o *Atendimento em saúde: um estudo exploratório em unidades hospitalares públicas e privadas de Goiânia* foram definidos os seguintes objetivos: identificar os mecanismos de incorporação (admissão) do corpo técnico ao trabalho nas instituições hospitalares; traçar o perfil sócio-econômico dos profissionais envolvidos no atendimento das instituições hospitalares; identificar as principais concepções da organização hospitalar a respeito das técnicas, características e qualidades do atendimento e os programas de atendimento existentes e os fatores críticos de sucesso (atendimento de qualidade).

Para isso, foram utilizados os instrumentos próprios da pesquisa quantitativa, além dos registros feitos no diário de campo sobre os procedimentos no atendimento em saúde nas diferentes unidades selecionadas. Serviram como referência a visão dos profissionais e dos usuários sobre os serviços de saúde, a qual contribuiu com a identificação de elementos que servem de indicadores para a adoção de medidas que possam proporcionar dados que auxiliem no desenvolvimento dos serviços prestados pelas referidas unidades. O resultado da pesquisa também pode gerar ações que contribuam para o atendimento em saúde da população goiana.

Considerando estas observações, foi realizado o levantamento de campo em 8 (oito) unidades de saúde de Goiânia selecionadas, sendo 4 (quatro) unidades públicas e 4 (quatro) unidades privadas. Posteriormente, foi definida uma amostra do tipo não probabilística intencional (CHEIN, 1974) dos usuários e dos profissionais que prestam serviços nas 8 (oito) unidades. Procurou-se, através dos formulários aplicados, identificar a percepção do atendimento em saúde e as condições de trabalho partindo do ponto de vista, tanto dos usuários/pacientes quanto dos profissionais (seguranças, enfermeiras, médicos, recepcionistas, maqueiros, faxineiras e outros).

Os dados coletados possibilitaram a identificação do perfil sócio-econômico da população selecionada, que é um forte indicador da percepção e no nível de satisfação desta quanto ao tipo de serviço de saúde prestados. A partir destes dados também se pode fazer uma avaliação da estrutura física e organizacional das 8 (oito) unidades selecionadas.

Observa-se que, dentre a população que demanda os serviços de saúde da rede pública, predominam os usuários pardos e negros (55,50%) sendo que as mulheres são maioria 35,30%. Já os usuários pardos e negros que recebem de 3 a 5 salários mínimos representam 27,25%. Destes, os homens representam 8,08% e as mulheres 19,17% (Tabela 01), sendo, portanto, maioria dentre os que recorrem a estas unidades.

Já a população que demanda os serviços de saúde da rede privada, em sua maioria é formada por brancos (60,20%), sendo que as mulheres brancas predominam com 39,70% (Tabela 02). Os usuários brancos, tanto os homens como as mulheres que recebem de 3 a 5 salários mínimos representam 12,82% do total, estando ambos na mesma faixa de renda: cada um, 6,41%.

Assim, constata-se que a questão racial está vinculada diretamente com os níveis salariais e com o tipo de serviços. Dentre os usuários dos serviços de saúde pública, predominam as mulheres negras e pardas e, nos serviços de saúde privados estão, em maioria, as mulheres brancas com a mesma faixa de renda dos homens.

Quando tem-se como referencia a renda familiar dos usuários da rede de saúde, identifica-se que é maior o poder aquisitivo da população usuária dos serviços de saúde da rede privada cujo percentual de 71,80% recebem acima de 5 salários mínimos, enquanto que os usuários da rede pública, em sua maioria (70,70%), recebem acima de 3 salários mínimos, predominando os que estão na faixa de 3 a 5 salários mínimos: 43,40% (Tabela 01). Portanto os que têm menor renda familiar buscam assistência médico-hospitalar nas unidades da rede pública.

Constata-se, também, que vinculada ao nível sócio-econômico e à questão racial, há uma diferença bastante acentuada no que se refere ao nível de instrução entre os usuários da rede privada e da rede pública. Os usuários dos serviços da rede pública, em sua maioria, cursaram até o primeiro grau incompleto, 41,90%, (Tabela 01) sendo que, destes, 14% são usuários que possuem renda familiar de 3 a 5 salários mínimos. Por outro lado, a maioria dos usuários dos serviços da rede pública cursou até o 1º grau. Assim, o nível de instrução desta população é inferior ao da que frequenta a rede privada (Quadro 02 e Tabela 02) a qual, em sua maioria, cursou o 3º grau-incompleto ou está cursando. Isso totaliza um montante de 41,30%, sendo que 31,30%, possuem renda familiar acima de 5 salários mínimos (Tabela 2). Tendo em vista estes dados, é compreensível que grande parte dos usuários tenham tido dificuldade em interpretar e responder questões subjetivas que lhe foram propostas.

Pode-se inferir também que o nível de instrução reflete, de um modo geral, o nível de consciência da população quanto às informações sobre seus direitos, sobre que tipos de serviços são prestados oficialmente nas unidades de saúde e sobre suas próprias condições físicas de saúde.

Estes são elementos importantes que interferem na maneira como o usuário avalia os serviços a que se submete e, portanto, um indicador da percepção que se tem da qualidade do atendimento médico. Neste sentido, certamente, a expectativa e as observações sobre os serviços de saúde que foram feitas pelo usuário da rede privada foram diferenciadas das observações do usuário do serviço público, principalmente no que se refere à recepção e à objetividade e eficácia dos serviços médicos.

Isto implicou em considerar as observações do diário de campo para que se pudesse entender o que não foi dito claramente por alguns usuários e que, no entanto, expressava seus sentimentos no que se refere às relações humanas profissional/paciente e à percepção dos procedimentos na prestação dos serviços. Neste sentido é flagrante a diferença quando o usuário da rede privada é mais exigente e exige mais profissionalismo e rapidez no atendimento.

Ainda considerando a importância do perfil sócio econômico para este estudo, foi incorporado o item referente à moradia e número de pessoas da família. Observou-se que, em geral, tanto os usuários quanto os profissionais das redes pública e privada, moram em casa própria e a diferença está nas condições da moradia. Dentre os entrevistados, 71,30% dos profissionais dos serviços da rede pública vivem em casa residencial e a maioria deles, 54,90% tem moradia própria. Destaca-se que destes, 71,30% vivem em casa residencial, 39,10% possuem renda familiar de 3 a 5 salários mínimos e 17,10% vivem em moradia própria (Tabela 03).

Quanto à situação da moradia, segundo declarações feitas durante a aplicação dos formulários, os domicílios dos usuários dos serviços públicos de saúde, em sua maioria, são humildes e inacabados, além de localizados em bairros distantes do centro de Goiânia, em sua maioria, situados em Aparecida de Goiânia. Percebe-se, também, que quanto menor for a renda familiar dos usuários dos serviços de saúde público, piores, naturalmente, serão as condições de moradia.

Quadro 01: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo/Raça/Cor**								Nível de Instrução***								Estado Civil****							
	Masculino				Feminino				Total	NF	1º Grau		2º Grau		3º Grau		PGr.	Total	S	C	A	Sep.	V	Total
	BR	NE	PA	O	BR	NE	PA	O			C	I	C	I	C	I								
Até 1	0	1	1	0	2	1	1	2	8	2	0	5	0	1	0	0	0	8	0	1	1	4	3	9
1 a 3	1	2	2	0	4	4	7	0	20	5	0	10	0	6	2	0	0	23	4	6	4	2	0	16
3 a 5	1	3	5	2	11	7	12	2	43	0	5	13	4	14	2	2	0	40	7	24	4	8	1	44
Mais de 5	3	1	5	1	12	1	2	2	27	0	0	11	2	9	1	4	0	27	10	13	1	2	3	29
Total	5	7	13	3	29	13	22	6	98	8	12	39	6	30	5	6	0	98	21	44	10	16	7	98

Fonte: Dados obtidos através do levantamento realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.

*S.M. – salário mínimo; **Raça/Cor: BR – branca, NE – negra, Pa- parda e O – outros; ***Nível de instrução: PGr.- pós-graduado, C – completo e I – incompleto; **** Estado Civil: S – separado, C – casado, A – amasiado, Sep. – separado e V. – viúva.

Tabela 01: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública, por renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo/Raça/Cor** (%)									Nível de Instrução*** (%)								Estado Civil**** (%)							
	Masculino				Feminino					Total	NF	1º Grau		2º Grau		3º Grau		PGr.	Total	S	C	A	Sep.	V	Total
	BR	NE	PA	O	BR	NE	PA	O	C			I	C	I	C	I									
Até 1	0,00	1,01	1,01	0,00	2,02	1,01	1,01	2,02	8,08	2,15	0,00	5,38	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	8,60	0,00	1,04	1,04	4,17	3,13	9,38	
1 a 3	1,01	2,02	2,02	0,00	4,04	4,04	7,07	0,00	20,20	5,38	0,00	10,80	0,00	6,45	2,15	0,00	0,00	24,70	4,17	6,25	4,17	2,08	0,00	16,70	
3 a 5	1,01	3,03	5,05	2,02	11,10	7,07	12,10	2,02	43,40	5,38	0,00	14,00	4,30	15,10	2,15	2,15	0,00	43,00	7,29	25,00	4,17	8,33	1,04	45,80	
Mais de 5	3,03	1,01	5,05	1,01	12,10	1,01	2,02	2,02	27,30	0,00	0,00	11,80	2,15	9,68	1,08	4,30	0,00	29,00	10,40	13,50	1,04	2,08	3,13	30,20	
Total	5,05	7,07	13,13	3,03	29,30	13,10	22,20	6,06	100	12,90	0,00	41,90	6,45	32,30	5,38	6,45	0,00	100	21,90	45,80	10,4	16,70	7,29	100	

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo; **Raça/Cor: BR – branca, NE – negra, Pa- parda e O – outros; ***Nível de instrução: PGr.- pós-graduado, C – completo e I – incompleto; **** Estado Civil: S – separado, C – casado, A – amasiado, Sep. – separado e V. – viúva.

Quadro 02: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, sexo/raça/cor, nível de instrução e estado civil –Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo/Raça/Cor**								Nível de Instrução***								Estado Civil****							
	Masculino				Feminino				Total	NF	1º Grau		2º Grau		3º Grau		PGr.	Total	S	C	A	Sep.	V	Total
	BR	NE	PA	O	BR	NE	PA	O			C	I	C	I	C	I								
Até 1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
1 a 3	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	1	0	0	1	3
3 a 5	5	0	1	1	5	0	5	3	20	0	0	3	4	2	2	7	1	19	6	10	1	3	0	20
Mais de 5	10	1	7	3	26	1	5	3	56	0	0	4	5	5	11	25	7	57	13	35	0	3	5	56
Total	16	1	8	4	31	1	12	7	80	0	0	8	9	9	13	33	8	80	20	47	1	6	6	80

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. *S.M. – salário mínimo; **Raça/Cor: BR – branca, NE – negra, Pa- parda e O – outros; ***Nível de instrução: PGr.- pós- graduado, C – completo e I – incompleto; **** Estado Civil: S – separado, C – casado, A – amasiado, Sep. – separado e V. – viúva.

Assim como os usuários dos serviços de saúde da rede pública, a maioria dos usuários dos serviços de saúde da rede privada também vivem em casa residencial, 61,40%, sendo o total de, 92% moram em casa e apartamento e 66,70% moram em domicílio próprio. Destes, 13,60% recebem de 3 a 5 salários mínimos (Tabela 04). Segundo as declarações dos usuários dos serviços da rede privada, as suas moradias são, em sua maioria, confortáveis e amplas, porém sem muito luxo.

O número de pessoas na família é uma variável e interfere nas condições de vida dos usuários e dos profissionais entrevistados. Nota-se que os usuários do serviço de saúde público com renda familiar acima de 3 salários mínimos possuem, em sua maioria, filhos com idade predominante de 14 a 21 anos, totalizando 22,64%, sendo que destes, 12,26% possuem renda familiar de 3 a 5 salários mínimos (Tabela 05). Em se tratando do número de pessoas que trabalham por domicílio, existe a predominância de 03 (Três) pessoas e com renda familiar de 3 a 5 salários mínimos representando 17,50% (Tabela 05). Assim, a maior renda familiar está em função de um maior número de pessoas que trabalham e não em função de salários maiores.

Vale ressaltar que, segundo declarações, existem famílias usuárias do serviço público de saúde que são formadas por até 12 pessoas, sendo que só 5 trabalham e recebem 5 salários mínimos por mês. Isso demonstra que suas condições de sobrevivência e de moradia são inferiores em relação àquelas que possuem uma renda familiar igual ou maior e que é constituída por menos pessoas (Quadro 03 e Tabela 05). Nota-se que as famílias identificadas como de classe mais baixa possuem um número maior de filhos e incorporam no grupo familiar também os netos como seus dependentes, o que acentua as dificuldades financeiras.

Tabela 02: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada, por renda domiciliar, sexo/raça/cor*, nível de instrução e estado civil – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo/Raça/Cor**(%)									Nível de Instrução***(%)								Estado Civil						
	Masculino				Feminino				Total	NF	1º Grau		2º Grau		3º Grau		PGr.	Total	S	C	A	Sep.	V	Total
	BR	NE	PA	O	BR	NE	PA	O			C	I	C	I	C	I								
Até 1	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	0,00	0,00	0,00	1,25	0,00	1,25	0,00	0,00	0,00	1,25
1 a 3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56	1,28	3,85	0,00	0,00	1,25	0,00	1,25	0,00	1,25	0,00	3,75	1,25	1,25	0,00	0,00	1,25	3,75
3 a 5	6,41	0,00	1,28	1,28	6,41	0,00	6,41	3,85	25,60	0,00	0,00	3,75	5,00	2,50	2,5	8,75	1,25	23,75	7,50	12,50	1,25	3,75	0,00	25,00
Mais de 5	12,80	1,28	8,97	3,85	33,30	1,28	6,41	3,85	71,80	0,00	0,00	5,00	6,25	6,25	13,8	31,3	8,75	71,25	16,30	43,80	0,00	3,75	6,25	70,00
Total	20,50	1,28	10,30	5,13	39,70	1,28	15,40	8,97	100	0,00	0,00	10,00	11,30	11,30	16,30	41,30	10,00	100	25,00	58,80	1,25	7,50	7,50	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo; **Raça/Cor: BR – branca, NE – negra, Pa- parda e O – outros; ***Nível de instrução: PGr.- pós- graduado, C – completo e I – incompleto; **** Estado Civil: S – separado, C – casado, A – amasiado, Sep. – separado e V. – viúva.

Tabela 03: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, tipo e situação do domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Tipo de Domicílio**(%)								Situação do domicílio***(%)							
	Casa	%	Apto	%	Com.	%	Outr	%	Propr.	%	Alug.	%	Ced.	%	Outr.	%
Até 1	0	0,00	0	0,00	2	2,30	2	2,30	0	0,00	2	2,44	1	1,22	0	0,00
1 a 3	10	11,50	0	0,00	6	6,90	1	1,15	6	7,32	10	12,20	0	0,00	0	0,00
3 a 5	34	39,10	4	4,60	6	6,90	1	1,15	14	17,10	17	20,70	12	14,60	1	1,22
Mais de 5	18	20,70	14	16,10	0	0,00	0	0,00	25	30,50	8	9,76	2	2,44	0	0,00
Total	62	71,30	18	20,70	14	16,10	4	4,60	45	54,90	37	45,10	15	18,30	1	1,22

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho -set./out.-2004. *S.M. – salário mínimo, **Tipo de domicílio: Apto– apartamento, Com – cômodo, Outr – outros, ***Situação do domicílio: Propr. – próprio, *Alug. – alugado, Ced. – cedido e Outr. – outros.

Tabela 04: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, tipo e situação do domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Tipo de Domicílio**								Situação do domicílio***							
	Casa	%	Apto*	%	Com.*	%	Outr.*	%	Propr.*	%	Alug.*	%	Ced.*	%	Outr.*	%
Até 1	3	4,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	6,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 a 3	3	4,29	0	0,00	8	11,40	1	1,43	3	4,55	11	16,70	0	0,00	0	0,00
3 a 5	17	24,30	7	10,00	4	5,71	2	2,86	9	13,60	18	27,30	4	6,06	0	0,00
Mais de 5	20	28,60	15	21,04	0	0,00	0	0,00	28	42,40	3	4,55	0	0,00	0	0,00
Total	43	61,40	22	31,40	12	17,10	3	4,29	44	66,70	32	48,50	4	6,06	0	0,00

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo, **Tipo de domicílio: Apto– apartamento, Com – cômodo, Outr – outros, ***Situação do domicílio: Propr. – próprio, *Alug. – alugado, Ced. – cedido e Outr. – outros.

Quadro 03: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Filhos/Idade (anos)						Nº de Familiares que Trabalham por Domicílio						
	Nenhum	Até 7	7 a 14	14 a 21	mais de 21	Total	N	1	2	3	Todos	Total	
Até 1	0	1	1	6	1	9	0	8	0	0	0	8	
1 a 3	1	6	6	7	2	22	0	4	11	3	1	19	
3 a 5	8	9	7	13	6	48	0	7	11	17	12	47	
Mais de 5	5	3	1	11	4	24	0	2	6	6	10	24	
Total	14	19	15	37	13	98	0	21	28	25	23	98	

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo.

Tabela 05: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Filhos/Idade (anos) (%)						Nº de Familiares que Trabalham por Domicílio (%)					
	Nenhum	Até 7	7 a 14	14 a 21	mais de 21	Total	Nenhum	1	2	3	Todos	Total
Até 1	0,00	0,94	0,94	5,66	0,94	8,49	0,00	8,25	0,00	0,00	0,00	8,20
1 a 3	0,94	5,66	5,66	6,60	1,89	20,75	0,00	4,12	11,30	3,10	1,00	19,60
3 a 5	7,55	8,49	6,60	12,26	5,66	40,57	0,00	7,22	11,30	17,50	12,40	48,50
Mais de 5	4,72	2,83	0,94	10,38	3,77	22,64	0,00	2,06	6,20	6,20	10,30	24,70
Total	13,21	17,92	14,15	34,91	12,26	100	0,00	21,65	28,90	26,80	23,70	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. *S.M. – salário mínimo.

Assim, como os usuários dos serviços de saúde público, os usuários da rede privada de saúde com renda superior a 3 salários mínimos também possuem, em sua maioria, filhos com idade entre 14 a 21 anos, totalizando 42,05%, sendo que, deste total, 13,64% são de usuários que possuem renda familiar de 3 a 5 salários mínimos. Já o número de familiares que trabalham por domicílio dos usuários da rede privada de saúde é bem maior do que dos usuários do serviço público: 13,21% versus 43,66%.

Quadro 04: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Filhos/Idade (anos)						Nº de Familiares que Trabalham por Domicílio					
	Nenhum	Até 7	7 a 14	14 a 21	mais de 21	Total	Nenhum	1	2	3	Todos	Total
Até 1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
1 a 3	0	0	1	2	1	4	0	1	0	1	3	5
3 a 5	5	2	3	11	2	23	0	5	8	3	7	23
Mais de 5	11	7	7	23	4	52	0	11	11	8	21	51
Total	16	9	11	36	8	80	0	18	18	12	31	80

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. *S.M. – salário mínimo.

Tabela 06: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, número de filhos/idade e número de familiares que trabalham – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Filhos/Idade (anos) (%)						Nº de Familiares que Trabalham por Domicílio (%)					
	Nenhum	Até 7	7 a 14	14 a 21	mais de 21	Total	N	1	2	3	Todos	Total
Até 1	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	1,14	0,00	1,41	0,00	0,00	0,00	1,41
1 a 3	0,00	0,00	1,14	2,27	1,14	4,55	0,00	1,41	0,00	1,4	4,23	7,04
3 a 5	6,82	2,27	3,41	13,64	2,27	28,41	0,00	7,04	11,30	4,2	9,86	32,39
Mais de 5	13,64	9,09	9,09	28,41	5,68	65,91	0,00	15,50	15,50	11	29,58	71,83
Total	20,45	11,36	13,64	44,32	10,23	100	0,00	25,40	26,80	17	43,66	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. *S.M. – salário mínimo.

Observa-se, também, que o percentual de famílias que não possuem filhos entre os usuários da rede privada de saúde é bem maior do que entre os da rede pública, 20,45% (Tabela 06). As famílias usuárias dos serviços de saúde privados tem um menor número de filhos por casal (Quadro 04 e Tabela 06).

Em se tratando do perfil sócio-econômico dos profissionais dos serviços de saúde público, verificou-se que 20,50% (Tabela 09) das famílias com renda familiar superior a 3 salários mínimos possuem 2 pessoas trabalhando por domicílio, sendo que delas, 14,30% possuem renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos e em 15,40% delas, todos os membros da família trabalham. Já os profissionais dos serviços de saúde da rede privada com renda superior a 3 salários mínimos possuem, em sua maioria, 2 pessoas trabalhando por domicílio, representando, assim, 40%. Destes, 27,70% possuem uma renda domiciliar acima de 5 salários mínimos e 18,50% (Tabela 10) e, todos os membros da família trabalham.

Os dados demonstram que tanto usuários quanto profissionais das unidades de saúde da rede pública possuem um poder aquisitivo inferior ao daqueles que buscam os serviços e que trabalham nas unidades da rede privada e cuja renda familiar, tanto a própria quanto a de outros familiares é maior (Tabela 08).

Vale ressaltar que ficou evidenciada uma preocupação de todos os membros das famílias usuárias dos serviços de saúde privado em buscar trabalho para garantir uma renda complementar e que estes o fazem recorrendo a empregos públicos e preservando os trabalhos e empregos que têm. Nota-se que, na atualidade, o emprego público é visto como uma atividade estável e é considerado um mecanismo que garante as despesas básicas e o controle financeiro da família. Neste sentido, a demanda pelo mesmo vem

aumentando significativamente, inclusive nas camadas mais baixas da população goiana.

Tabela 07: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Pessoas que Trabalham Por Domicílio									
	1	%	2	%	3	%	Todas	%	Total	%
Até 1	8	8,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	8,33
1 a 3	4	4,17	11	11,50	3	3,13	1	1,04	18	18,80
3 a 5	7	7,29	11	11,50	16	16,70	12	12,50	46	47,90
Mais de 5	2	2,08	6	6,25	6	6,25	12	12,50	26	27,10
Total	21	21,90	28	29,20	25	26,00	25	26,40	98	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. * S.M. –salário mínimo

Tabela 08: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Pessoas que Trabalham Por Domicílio									
	1	%	2	%	3	%	Todas	%	Total	%
Até 1	1	1,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,20
1 a 3	1	1,20	0	0,00	1	1,20	2	2,50	4	4,90
3 a 5	5	6,20	7	8,60	3	3,70	6	7,40	21	25,90
Mais de 5	9	11,10	18	22,20	7	8,60	20	24,70	54	66,70
Total	16	19,80	25	30,90	11	13,60	28	34,60	80	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho -set./out.- 2004. * S.M. –salário mínimo.

Tabela 09: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Pessoas que Trabalham Por Domicílio									
	1	%	2	%	3	%	Todas	%	Total	%
Até 1	3	3,60	2	2,40	0	0	0	0,00	5	6,00
1 a 3	6	7,10	11	13,10	2	2,40	0	0,00	10	22,60
3 a 5	11	13,10	12	14,30	8	9,50	6	8,30	38	45,20
Mais de 5	6	7,10	22	6,20	2	2,40	6	7,10	36	42,90
Total Geral	27	32,10	47	56,00	12	14,30	12	15,50	98	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.* S.M. –salário mínimo.

Tabela 10: Distribuição absoluta e percentual dos profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar e número de pessoas que trabalham no domicílio – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Nº de Pessoas que Trabalham Por Domicílio									
	1	%	2	%	3	%	Todas	%	Total	%
Até 1	3	4,60	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,60
1 a 3	8	12,30	2	3,10	3	4,60	0	0,00	13	20,00
3 a 5	12	18,50	8	12,30	4	6,20	4	6,20	28	43,10
Mais de 5	6	9,20	18	27,70	2	3,10	9	13,80	36	55,40
Total Geral	29	44,60	28	43,10	8	13,80	12	18,50	80	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. * S.M. –salário mínimo.

No que se refere ao tipo de serviços que caracteriza a demanda aos serviços de saúde e ao tipo de unidade, seja pública ou privada, observa-se que está relacionado com o vínculo aos títulos de saúde privada ou a convênios feitos através de instituições ou entidades de classe ou profissionais. A maioria dos usuários da rede privada, 67,47% (Tabela 12), possuem plano de saúde, ao contrário, dos usuários dos serviços de saúde da rede pública que totalizam apenas, 6,60% (Tabela 11). Já o número de internações varia tanto na rede de saúde privada quanto na pública respectivamente, 60,24% e 72,60%. Nota-se, no diário de campo, que tanto nas unidades da rede privada quanto da pública (Tabela 11), as internações ocorrem principalmente devido a emergências (acidentes de trânsito, enfartos e acidentes cardio vasculares), partos e fraturas na 3ª idade.

Na rede privada, as internações são semelhantes às da rede pública, mas existem também as internações para check-ups gerais em pacientes com problemas de saúde ou com algum tipo de mal-estar, fato que não ocorre na rede pública. A maioria dos atendimentos efetuados na rede privada (Tabela 12) ocorre através de plano de saúde (67,47%), pago pelo titular da família. No entanto estes usuários fizeram inúmeras críticas aos planos privados durante a aplicação dos formulários. Ficou evidenciado o preço abusivo dos planos de saúde, assim como os longos períodos de carência e os curtos limites para consultas e exames, além de, em alguns casos, a cobrança de taxas por consulta ou exame.

Existe, no entanto, um outro tipo de usuário, aquele que recorre ao serviço privado, sem plano de saúde (29,90%). È um usuário mais exigente e recebe um atendimento de qualidade por todos os profissionais do processo administrativo hospitalar. Este tipo de usuário, em sua maioria, é poupado de enfrentar filas longas e esperas, já que é prioridade no atendimento hospitalar privado.

Tanto o usuário privado sem plano de saúde como o usuário do hospital público de urgências são usuários atípicos, uma vez que o atendimento também é feito em consultório, pois o hospital presta todos os tipos de atendimento, ao invés de atender somente as emergências. Segundo declarações dos funcionários, em períodos chuvosos ou frios, o número de pacientes de consultório diminui, com exceção das emergências que em feriados prolongados e datas, festivas aumentam e, por serem prioridade, principalmente em Hospital de Urgências, acarretam uma demora excessiva no atendimento daqueles usuários de rotina. Estes usuários, por sua vez, são os que mais reclamam do atendimento prestado pelos hospitais públicos de emergência e são os que os procuram para atendimento corriqueiro, de consultório. Este fato que indica que existem poucas unidades públicas para estes serviços e demonstra, também, a necessidade de um maior conhecimento da população atendida sobre o papel dos hospitais de emergência.

Durante a pesquisa, ficou evidenciada a precariedade dos CAIS (Centro de Atendimento Integral à Saúde) que têm a função de garantir o atendimento primário, encaminhando a maioria dos seus usuários para outros postos ou hospitais. Assim, não cumprem o seu papel e, em conseqüência, a população que recorre aos serviços das unidades hospitalares da rede pública de saúde para estes serviços básicos congestionam a rede pública de saúde. As justificativas apresentadas por estes centros de atendimento baseiam-se na ausência de profissionais capacitados, principalmente médicos, e na falta de equipamentos e medicamentos, fato que aumenta a demanda em outros postos da rede pública.

Na rede pública de saúde (Quadro 05, Tabela 13), assim como na privada (Quadro 06, Tabela 14), percebe-se um maior volume de usuários do sexo feminino. Isto pode ser explicado pelo fato de as mulheres, pelas próprias necessidades inerentes às transformações de seu corpo, serem levadas a buscar o acompanhamento médico nas diferentes fases de sua vida (menarca, gravidez, climatério, menopausa). Além disso, culturalmente, são as mulheres que têm o papel social de cuidar da saúde dos filhos e de toda a família, independentemente de serem trabalhadoras, fato que as torna acompanhantes, “naturalmente”, de seus familiares aos serviços médicos e aos hospitais.

Tabela 11: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, internações por tipo de instituição e plano de saúde – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Já Internou				Instituição/Serviço							
	SIM	%	NÃO	%	Pública	%	Privada	%	Plano de Saúde			
									SIM	%	NÃO	%
Até 1	5	4,72	5	4,72	8	7,55	0	0,00	2	1,88	8	7,55
1 a 3	15	14,20	6	5,66	21	19,81	1	0,94	0	0,00	21	19,80
3 a 5	39	35,80	14	13,21	41	38,68	4	3,77	4	3,77	41	38,70
Mais de 5	19	17,90	4	3,77	22	20,75	1	0,94	1	0,94	21	19,80
Total	77	72,60	29	27,36	92	86,79	6	5,66	7	6,60	91	85,50

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.* O total não coincide com o número de entrevistados porque alguns deles já foram internados na rede pública e privada de saúde respectivamente.

** S.M. –salário mínimo.

Tabela 12: Distribuição absoluta e percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, internações por tipo de instituição e plano de saúde – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)**	Já Internou				Instituição/Serviço							
	SIM	%	NÃO	%	Pública	%	Privada	%	Plano de Saúde			
									SIM	%	NÃO	%
Até 1	1	1,20	0	0,00	0	0,00	1	1,20	1	1,20	0	0,00
1 a 3	2	2,41	1	1,20	1	1,20	2	2,41	1	1,20	2	2,41
3 a 5	13	15,66	8	9,64	3	3,61	19	22,89	12	14,46	7	8,43
Mais de 5	34	40,96	24	28,92	6	7,23	53	63,86	42	50,60	15	18,10
Total	50	60,24	33	39,76	10	12,05	75	90,36	56	67,47	24	28,90

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.* O total não coincide com o número de entrevistados porque alguns deles já foram internados na rede pública e privada de saúde respectivamente. ** S.M. –salário mínimo.

Quanto à avaliação dos serviços das unidades de saúde estudadas, em geral, os usuários, tanto dos serviços de saúde público quanto do privado, percebem o atendimento público como regular ou péssimo. Porém vale ressaltar que tais usuários têm uma maneira completamente diferenciada de perceber os serviços disponibilizados e prestados. Eles têm como referência a expectativa do atendimento e resultado imediatos, pois vivem uma vida de carências e de profundas necessidades de sobrevivência, sem contar que a cada dia que procuram assistência médica, é um dia de trabalho que perdem. Os usuários dos serviços de saúde pública percebem tanto os serviços dos enfermeiros quanto os serviços dos médicos, recepcionistas, seguranças e atendimentos gerais como regulares em uma razão de 24%, 22,70%, 39%, 51% e 33,30%, respectivamente (Quadro 05, Tabela 13).

De acordo com declarações dos entrevistados, homens e mulheres, ficou evidenciado um bom atendimento das enfermeiras dos serviços públicos. Cabe ressaltar que no mercado de trabalho goiano, a maioria das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem da rede pública são altamente recomendados pelos médicos de ambas às redes de saúde para prestarem serviços na rede privada, assim como os médicos que atendem na rede pública de emergências são considerados excelentes profissionais no âmbito da área de saúde.

Identificou-se que os serviços das recepcionistas (Tabela 13, Tabela 14) continuam sendo um dos maiores problemas nas duas redes hospitalares. As maiores reclamações foram referentes à inabilidade das recepcionistas em fornecer informações, além da frieza e rigidez no atendimento. Isto indica a necessidade de programas de treinamento específicos para garantir a capacitação profissional destas profissionais e um melhor atendimento ao usuário.

Tratando-se do atendimento médico do serviço público de saúde predomina a postura formal e impessoal no atendimento prestado, acompanhado de uma rapidez na avaliação clínica que gera insegurança ao paciente. Vários foram os relatos da incapacidade médica de visualizar o usuário. Isto pode ser explicado pela correlação existente entre o número de médicos e a alta demanda aos serviços, sem contar que existe uma quota mínima/médico para o atendimento diário/mensal. Deste modo, as dificuldades podem estar nas próprias condições e na organização do trabalho nestas unidades, não sendo possível à maioria dos médicos realizar um atendimento mais personalizado ao usuário. Além do que, estes profissionais alegam serem baixos os salários e, conforme foi constatado, pelo pouco tempo de profissão de alguns.

O número de profissionais da área de segurança que trabalham nos hospitais também foi questionado. Segundo os usuários, um número reduzido destes profissionais atende a necessidade dos hospitais, já que não conseguem controlar os problemas quando eles surgem. Vale ressaltar que até mesmo na rede privada (Quadro 06, Tabela 14) ocorrem problemas, inclusive, de furtos a mão armada e vandalismo, além da dificuldade de controle da entrada e saída das pessoas estranhas. Os usuários percebem estas falhas e atribuem ao serviço de segurança uma avaliação regular.

No geral, o conteúdo e o nível das observações registradas sobre os serviços de saúde, tanto da rede pública como da privada, apresentam diferenças significativas por segmento social e renda. Isto pode ser, atribuído ao maior nível de instrução e informação das pessoas com maior poder aquisitivo. Eles são mais exigentes na avaliação do sistema de saúde, considerando-o regular ou péssimo, principalmente quando se trata das instituições públicas (Quadro 05, Tabela 13).

Já os usuários dos serviços da rede privada de saúde (Quadro 06, Tabela 14) avaliam os serviços de uma forma mais positiva, porém, na prática, foi declarada uma certa precariedade no atendimento privado que é mais claramente percebida pelos profissionais do que pelos usuários. Neste caso, os usuários dos serviços de saúde privada percebem tanto os serviços dos enfermeiros quanto os serviços dos médicos, recepcionistas, seguranças e atendimentos gerais como sendo bons em uma razão de 58,97%, 48,05%, 49,40%, 59,46% e 64,47%, respectivamente (Quadro 06, Tabela 14).

Vale ressaltar ainda, que o paciente da rede privada têm várias opções de escolha na hora do atendimento, podendo escolher os profissionais credenciados/conveniados a planos de saúde ou prestadores de serviço particulares. Desta forma, os usuários procuram para serem atendidos, o médico e o hospital que mais lhe agradam. O médico, assim, é a mola propulsora de todo o processo administrativo hospitalar influenciando o processo de tomada de decisão do paciente principalmente na hora de escolher o tratamento indicado. As maiores reclamações dos usuários da rede privada são as longas esperas pelo atendimento, assim como a burocracia existente para procedimentos cirúrgicos.

No entanto observou-se que o usuário espera o tempo necessário para ser atendido, desde que receba um atendimento de qualidade. Portanto, se o médico é um bom profissional, o usuário acaba relevando as falhas existentes no processo

administrativo e voltando a recorrer aos serviços disponibilizados na instituição sempre que necessário.

Quadro 05: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo**	Qualidade do atendimento profissional																								
		Enfermeiros					Médicos					Recepcionistas					Seguranças					Atendimento Geral				
		O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total
Até 1	F	1	2	1	1	5	1	2	1	1	5	1	2	1	0	4	0	3	2	0	5	1	2	0	2	5
	M	1	2	0	0	3	0	3	0	0	3	0	1	2	0	3	0	2	1	0	3	0	2	1	0	3
De 1 a 3	F	3	4	6	1	14	4	3	5	2	14	1	4	7	2	14	1	4	8	1	14	2	3	7	2	14
	M	2	2	1	1	6	2	0	3	2	7	1	1	3	1	6	0	1	4	1	6	0	1	4	1	6
De 3 a 5	F	7	13	7	7	34	5	17	7	8	37	5	8	13	10	36	3	9	17	8	37	5	9	11	11	36
	M	4	6	1	0	11	3	6	1	0	10	2	6	3	0	11	3	3	4	0	10	2	5	4	0	11
Mais de 5	F	4	6	3	1	14	5	4	3	1	13	4	4	3	3	14	2	5	7	0	14	4	6	2	2	14
	M	0	3	5	3	11	0	5	2	2	9	0	2	5	3	10	0	1	6	2	9	0	3	3	3	9
Total		22	38	24	14	98	20	40	22	16	98	14	28	37	19	98	9	28	49	12	98	14	31	31	20	98

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. * S.M. – salário mínimo, *O – ótimo, *B – bom, *R – regular e *P- péssimo. **Sexo: F – feminino e M – masculino.

O usuário de primeira consulta é o que faz uma apreciação crítica mais aprofundada ao processo de atendimento. Assim, se ele é mal atendido na primeira vez, dificilmente voltará uma segunda, fato que faz com que tanto recepcionistas quanto médicos dispensam uma atenção maior para este usuário. Algumas recepcionistas relataram que são orientadas pelos próprios médicos a passarem, discretamente, o usuário de primeira consulta na frente dos demais quando há atraso nos atendimentos.

Em se tratando da visão que os profissionais da saúde possuem sobre a qualidade do atendimento prestado, tanto pela rede de saúde pública quanto da privada, percebe-se uma influência direta do ambiente e do número de instituições em que trabalham (Tabela 15).

Se o profissional se sente realizado, sua visão dos problemas será amenizada. Sendo que 67,60% dos funcionários da rede pública de saúde e 54,80% dos funcionários da rede privada de saúde (Tabela 16, Tabela 17, Tabela 20 e Tabela 21), terão uma visão mais amena dos problemas existentes.

Tabela 13: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede pública segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo**	Qualidade do atendimento profissional (%)																								
		Enfermeiros					Médicos					Recepcionistas					Seguranças					Atendimento Geral				
		O*	B*	R*	P*	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total
Até 1	F	1,00	2,00	1,00	1,00	5,00	1,03	2,06	1,03	1,03	5,15	1,00	2,00	1,00	0,00	4,00	0,00	3,13	2,08	0,00	5,21	1,04	2,08	0,00	2,08	5,21
	M	1,00	2,00	0,00	0,00	3,00	0,00	3,09	0,00	0,00	3,09	0,00	1,00	2,00	0,00	3,00	0,00	2,08	1,04	0,00	3,12	0,00	2,08	1,04	0,00	3,12
1 a 3	F	3,00	4,00	6,00	1,00	14,00	4,12	3,09	5,15	2,06	14,43	1,00	4,00	7,00	2,00	14,00	1,04	4,17	8,33	1,04	14,58	2,08	3,13	7,29	2,08	14,58
	M	2,00	2,00	1,00	1,00	6,00	2,06	0,00	3,09	2,06	7,22	1,00	1,00	3,00	1,00	6,00	0,00	1,04	4,17	1,04	6,25	0,00	1,04	4,17	1,04	6,25
3 a 5	F	7,00	15,00	7,00	7,00	36,00	5,15	16,50	7,22	8,25	37,11	5,00	8,00	15,00	10,00	38,00	3,13	9,38	15,60	8,33	36,46	5,21	9,38	10,40	10,40	35,42
	M	4,00	6,00	1,00	0,00	11,00	3,09	6,19	1,03	0,00	10,31	2,00	6,00	3,00	0,00	11,00	3,13	3,13	4,17	0,00	10,42	2,08	5,21	4,17	0,00	11,46
Mais de 5	F	4,00	6,00	3,00	1,00	14,00	5,15	4,12	3,09	1,03	13,40	4,00	4,00	3,00	3,00	14,00	2,08	5,21	7,29	0,00	14,58	4,17	6,25	2,08	2,08	14,58
	M	0,00	3,00	5,00	3,00	11,00	0,00	5,15	2,06	2,06	9,28	0,00	2,00	5,00	3,00	10,00	0,00	1,04	6,25	2,08	9,37	0,00	3,13	3,13	3,13	9,37
Total		22,00	40,00	24,00	14,00	100	20,60	41,20	22,7	16,50	100	14,00	28,00	39,00	19,00	100	9,38	29,2	51,00	12,50	100	14,60	32,3	33,3	21,90	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo, *O – ótimo, *B – bom, *R – regular e *P- péssimo. **Sexo: F – feminino e M – masculino.

Quadro 06: Distribuição absoluta dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo**	Qualidade do atendimento profissional																								
		Enfermeiros					Médicos					Recepcionistas					Seguranças					Atendimento Geral				
		O*	B*	R*	P*	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total
Até 1	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
1 a 3	F	0	2	1	0	3	0	3	0	0	3	0	1	2	0	3	0	2	1	0	3	0	0	3	0	3
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 a 5	F	3	4	3	0	10	6	4	1	0	11	3	3	5	0	11	1	6	3	1	11	1	5	5	0	11
	M	2	4	2	0	8	10	5	1	0	16	1	5	2	0	8	1	4	2	0	7	1	4	2	0	7
Mais de 5	F	8	17	6	3	34	19	10	1	0	30	12	14	4	2	32	9	18	6	0	33	6	21	5	0	32
	M	2	18	3	1	24	1	14	4	0	19	4	16	5	0	25	3	14	7	1	25	2	18	5	1	26
Total		15	46	15	4	80	36	37	7	0	80	20	40	18	2	80	14	44	20	2	80	10	49	20	1	80

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. * S.M. – salário mínimo, *O – ótimo, *B – bom, *R – regular e *P- péssimo. **Sexo: F – feminino e M – masculino.

Tabela 14: Distribuição percentual dos usuários dos serviços de saúde da rede privada segundo renda domiciliar, sexo e opinião sobre a qualidade do atendimento – Goiânia, 2004.

Renda Domiciliar (S.M.)*	Sexo**	Qualidade do atendimento profissional (%)																								
		Enfermeiros					Médicos					Recepcionistas					Seguranças					Atendimento Geral				
		O*	B*	R*	P*	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total	O	B	R	P	Total
Até 1	F	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	M	0,00	1,28	0,00	0,00	1,28	0,00	1,30	0,00	0,00	1,29	0,00	1,27	0,00	0,00	1,26	0,00	0,00	1,35	0,00	1,35	0,00	1,32	0,00	0,00	1,31
1 a 3	F	0,00	2,56	1,28	0,00	3,85	0,00	3,90	0,00	0,00	3,89	0,00	1,27	2,53	0,00	3,79	0,00	2,70	1,35	0,00	4,05	0,00	0,00	3,95	0,00	3,94
	M	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3 a 5	F	3,85	5,13	3,85	0,00	12,82	7,79	5,19	1,30	0,00	14,29	3,80	3,80	6,33	0,00	13,92	1,35	8,11	4,05	1,35	14,86	1,32	6,58	6,58	0,00	14,47
	M	2,56	5,13	2,56	0,00	10,26	13,00	6,49	1,30	0,00	20,78	1,27	6,33	2,53	0,00	10,13	1,35	5,41	2,70	0,00	9,459	1,32	5,26	2,63	0,00	9,211
Mais de 5	F	10,26	21,79	7,69	3,85	43,59	24,70	13,00	1,30	0,00	38,96	15,2	17,70	5,06	2,53	40,51	12,20	24,32	8,11	0,00	44,59	7,89	27,63	6,58	0,00	42,05
	M	2,56	23,08	3,85	1,28	30,77	1,30	18,18	5,19	0,00	24,67	5,06	20,25	6,33	0,00	31,65	4,05	18,92	9,46	1,35	33,78	2,63	23,68	6,58	1,32	34,21
Total		19,23	58,97	19,23	5,13	100	46,75	48,05	9,09	0,00	100	25,30	49,40	22,80	2,53	100	18,92	59,46	27,03	2,70	100	13,20	64,47	26,32	1,32	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. *S.M. – salário mínimo, *O – ótimo, *B – bom, *R – regular e *P- péssimo; **Sexo: F- feminino e M-masculino.

Tabela 15: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública e privada segundo número de unidades de saúde em que trabalham – Goiânia, 2004.

Profissão	Quantidade de Empregos																	
	Público								Privado								Público/ Privado	%
	1	%	2	%	3	%	Total	%	1	%	2	%	3	%	Total	%		
Enfermeiro	34	43,00	0	0,00	0	0,00	34	43,00	20	27,00	1	1,40	0	0,00	21	28,80	8	25,00
Médico	24	29,00	0	0,00	0	0,00	23	30,40	13	18,00	15	21,00	0	0,00	28	38,40	21	65,60
Recepcionista	20	25,00	0	0,00	0	0,00	20	25,32	18	25,00	0	0,00	0	0,00	18	24,40	1	3,10
Guarda	10	13,00	0	0,00	0	0,00	10	12,70	4	5,50	1	1,40	0	0,00	5	6,85	1	3,10
Serviços Gerais	10	13,00	0	0,00	0	0,00	10	12,70	6	8,20	2	2,70	0	0,00	8	11,00	1	3,10
Total	98	100	0	2,50	0	0,00	98	100	61	84,00	19	26,00	0	0,00	80	100	32	100

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.*O número dos profissionais não coincide com o total da amostra porque alguns deles trabalham na rede pública e privada respectivamente.

Tabela 16: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião dos profissionais sobre os pontos de estrangulamento no trabalho – Goiânia, 2004.

Profissão/ Ocupação	Pontos de estrangulamento nas relações de trabalho							
	Relações Pessoais		Relações Profissionais		Relações Hierárquicas		Nenhum	
		%		%		%		%
Enfermeiro	1	0,90	2	1,90	1	0,90	25	23,10
Médico	3	2,80	3	2,80	4	3,70	20	18,50
Recepcionista	2	1,90	3	2,80	3	2,80	11	10,20
Guarda	1	0,90	1	0,90	1	0,90	10	9,26
Serviços Gerais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	6,48
Total	7	6,50	9	8,30	9	8,30	83	67,60

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. * O número de respostas dos profissionais em saúde não coincide com o número total de entrevistados porque alguns responderam mais de uma alternativa proposta.

Porém, se o ambiente de trabalho não possibilita ao profissional um bom desempenho, o mesmo apresentará uma desmotivação crescente e uma visão até mesmo distorcida da realidade. Observou-se que o profissional da rede privada é muito mais exigente do que o da rede pública, uma vez que considera, em sua maioria, regular o atendimento prestado pela rede privada.

Tabela 17: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião dos profissionais sobre os pontos de estrangulamento no trabalho – Goiânia, 2004.

Profissão/ Ocupação	Pontos de estrangulamento nas relações de trabalho							
	Relações Pessoais	%	Relações Profissionais	%	Relações Hierárquicas	%	Nenhum	%
Enfermeiro	3	3,20	3	3,20	3	3,20	18	19,40
Médico	3	3,20	3	3,20	4	4,30	14	15,10
Recepcionista	4	4,30	6	6,50	6	6,50	10	10,80
Guarda	1	1,10	1	1,10	1	1,10	5	5,40
Serviços Gerais	3	3,20	3	3,20	3	3,20	4	4,30
Total	14	15,00	16	17,00	17	18,30	51	54,80

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004.* O número de respostas dos profissionais em saúde não coincide com o número total de entrevistados porque alguns responderam mais de uma alternativa proposta.

Deste modo, se o profissional não se envolve psicologicamente no processo administrativo hospitalar e nem possui condições de trabalho favoráveis ao desenvolvimento das suas atividades, seu trabalho será prestado de forma irregular, sem a qualidade desejada pelos usuários. Assim, a qualidade dos serviços de saúde (Tabela 18 e Tabela 19) depende da capacitação e desenvolvimento de todas as pessoas envolvidas na arte de administrar. Nota-se, que o profissional da rede pública considera os serviços prestados pela rede pública como sendo bom (Tabela 18), assim como os serviços da rede privada. Porém, os profissionais da rede privada (Tabela 19) consideram os serviços prestados pela rede privada regulares e o da pública bons. Os enfermeiros, médicos, recepcionistas, guardas e serviços gerais são vistos de forma diferenciada, sendo que os profissionais da rede pública os consideram bons na razão de 20%, 15%, 8,8%, 8,8% e 3,8% respectivamente (Tabela 19) quando analisado os serviços prestados pela rede pública.

Já os profissionais da rede privada de saúde avaliam os serviços prestados pela rede privada como regulares, 17%, 17%, 8,7%, 0% e 4,3% respectivamente. Nota-se que quando visualizam o público, existe uma tendência a avaliar a qualidade do atendimento como bom: 16%, 24%, 4,5%, 3%, e 3%, totalizando 51% (Tabela 19).

Tabela 18: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião dos profissionais sobre a qualidade no atendimento – Goiânia, 2004.

Profissão	Qualidade no Atendimento*															
	Público								Privado							
	O	%	B	%	R	%	P	%	O	%	B	%	R	%	P	%
Enfermeiro	4	5,00	16	20,00	7	8,80	4	5,00	9	11,00	15	18,00	5	5,90	4	4,70
Médico	8	10,00	12	15,00	7	8,80	1	1,30	9	11,00	12	14,00	6	7,10	0	0,00
Recepcionista	4	5,00	7	8,80	4	5,00	2	2,50	5	5,90	9	11,00	2	2,40	0	0,00
Guarda	0	0,00	7	8,80	4	5,00	3	3,80	3	2,40	5	5,90	4	4,70	1	1,20
Serviços Gerais	1	1,30	3	3,80	4	5,00	1	1,30	4	3,50	3	3,50	2	2,40	0	0,00
Total Geral	16	20,00	45	56,00	26	33,00	11	14,00	28	30,00	44	52,00	19	22,00	5	5,90

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. * O – ótimo, B – bom, R – regular e P- péssimo.

Tabela 19: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião dos profissionais sobre a qualidade no atendimento – Goiânia, 2004.

Profissão	Qualidade no Atendimento*															
	Público								Privado							
	O	%	B	%	R	%	P	%	O	%	B	%	R	%	P	%
Enfermeiro	2	3,00	11	16,00	5	7,50	1	1,50	3	4,30	7	10,00	12	17,00	0	0,00
Médico	8	12,00	16	24,00	9	13,00	0	0,00	8	12,00	8	12,00	12	17,00	0	0,00
Recepcionista	2	3,00	3	4,50	10	15,00	1	1,50	4	5,80	7	10,00	6	8,70	0	0,00
Guarda	0	0,00	2	3,00	0	0,00	2	3,00	3	4,30	2	2,90	0	0,00	0	0,00
Serviços Gerais	0	0,00	2	3,00	6	9,00	1	1,50	0	0,00	4	5,80	3	4,30	0	0,00
Total Geral	12	18,00	34	51,00	29	43,00	5	7,50	18	26,00	29	42,00	33	48,00	0	0,00

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.-2004. * O – ótimo, B – bom, R – regular e P- péssimo.

Segundo observações feitas e comprovadas pelos dados da pesquisa, os profissionais da rede privada de saúde consideram o processo administrativo hospitalar privado ineficiente e ineficaz, assim como seus usuários que considerarem o ambiente de trabalho privado regular e incerto, 59% (Tabela 21). Já os profissionais da rede pública consideram seu ambiente de trabalho bom (56%), porém percebem o atendimento privado como sendo melhor que o público, 30% (Tabela 18).

Os profissionais, tanto da rede privada quanto da pública, consideram o seu ambiente de trabalho de bom a regular. Porém as reclamações são diferenciadas, pois

o profissional da rede pública acredita que a demanda latente atrapalha o relacionamento interpessoal entre os membros da organização, além de causar stress. Já os profissionais da rede privada reclamam do atendimento impessoal dos médicos e da administração e dos superiores hierárquicos.

Tabela 20: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede pública segundo opinião dos usuários sobre o ambiente de atendimento– Goiânia, 2004.

Profissão	Ambiente de Atendimento*															
	Público								Privado							
	O	%	B	%	R	%	P	%	O	%	B	%	R	%	P	%
Enfermeiro	2	2,40	18	22,00	14	17,00	2	2,40	9	9,70	13	14,00	4	4,30	2	2,20
Médico	4	4,80	13	16,00	8	9,60	3	3,60	7	7,50	12	13,00	5	5,40	0	0,00
Recepcionista	3	3,60	6	7,20	4	4,80	0	0,00	16	17,00	7	7,50	0	0,00	0	0,00
Guarda	3	3,60	7	8,40	2	2,40	0	0,00	4	4,30	3	3,20	2	2,20	0	0,00
Serviços Gerais	1	1,20	4	4,80	2	2,40	2	2,40	4	4,30	4	4,30	1	1,10	0	0,00
Total Geral	13	16,00	48	58,00	30	36,00	7	8,40	40	43,00	39	42,00	12	13,00	2	2,2

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004. * O – ótimo, B – bom, R – regular e P- péssimo.

Tabela 21: Distribuição absoluta e percentual das categorias profissionais dos serviços de saúde da rede privada segundo opinião dos usuários sobre o ambiente de atendimento – Goiânia, 2004.

Profissão	Ambiente de Atendimento*															
	Privado								Público							
	O	%	B	%	R	%	P	%	O	%	B	%	R	%	P	%
Enfermeiro	1	1,40	4	5,80	10	14,00	1	1,40	3	4,40	8	12,00	6	8,80	0	0,00
Médico	3	4,30	10	14,00	10	14,00	1	1,40	6	8,80	13	19,00	4	5,90	0	0,00
Recepcionista	2	2,90	6	8,70	18	26,00	1	1,40	4	5,90	7	10,00	6	8,80	0	0,00
Guarda	0	0,00	2	2,90	0	0,00	2	2,90	2	2,90	2	2,90	0	0,00	0	0,00
Serv. Gerais	0	0,00	4	5,80	3	4,30	2	2,90	0	0,00	3	4,40	4	5,90	0	0,00
Total Geral	6	8,70	26	38,00	41	59,00	7	10,00	15	22,00	33	49,00	20	29,00	0	0,00

Fonte: Dados obtidos através do levantamento de campo realizado para o presente trabalho - set./out.- 2004.* O – ótimo, B – bom, R – regular e P- péssimo.

Quanto ao grau de satisfação por categoria profissional das redes de saúde pública ficou evidenciado, na análise, para os usuários, uma maior satisfação com o ambiente de atendimento por parte dos médicos. Sendo que 4,80% o consideram ótimo e 16% (Tabela 20) como sendo bom, ao contrário dos 17% de enfermeiros que demonstram o ambiente de trabalho como sendo regular. Assim como na rede pública de saúde, o grau de satisfação por categoria profissional da rede de saúde privada demonstra, uma maior satisfação por parte dos médicos em que 4,30% consideram o ambiente de trabalho ótimo e 14% como sendo bom (Tabela 19). Nota-

se que os usuários dos serviços de saúde da rede privada consideram o ambiente de atendimento dos enfermeiros da rede pública como sendo ótimo, 4,40% e 12% (Tabela 21) como sendo bom. No geral, os usuários dos serviços de saúde da rede pública consideram as condições em que são atendidos pelos profissionais no ambiente de trabalho da rede privada como sendo ótimo (43%) e os da rede de saúde pública consideram boas (58%) as condições do ambiente de trabalho (Tabela 20). Observa-se que a maioria dos usuários da rede de saúde pública consideram o ambiente de trabalho em que são atendidos nos hospitalais públicos como sendo ótimo ou bom, 74% enquanto que atribuem 46,70% à rede de saúde privada.

Assim, pode-se inferir que é maior o grau de satisfação com o ambiente de trabalho quanto maior for à posição ocupada pelo profissional da área de saúde e sua remuneração salarial.

Na análise da percepção da qualidade do atendimento nas unidades hospitalares tanto públicas como privadas, percebe-se inúmeras semelhanças entre elas no tocante à desmotivação dos profissionais, à falta de humanização hospitalar e aos programas de treinamento.

Em linhas gerais, portanto, apesar de uma avaliação boa feita pelos profissionais, destaca-se a existência nos hospitais públicos de uma demanda latente e imprevista onde os profissionais não recebem salários que os valorizem, o despreparo profissional da equipe, a ausência de programas de treinamento, impessoalidade e ineficiência no atendimento, boa higiene, estrutura física precária (falta de leitos), falta de equipamentos médico-hospitalares adequados; falta de medicamentos, filas para o atendimento, ausência de médicos e de enfermeira, impontualidade nas consultas, atendimento simples, impontualidade nos exames, diagnósticos imprecisos, sem custo direto para o paciente, tratamentos demorados, superlotação e do ponto de vista profissional uma maior estabilidade para o corpo funcional, que em geral, é concursado.

Já nos hospitais privados observa-se: uma demanda prevista, os profissionais são desmotivados por baixos salários, um moderado preparo profissional da equipe, poucos programas de treinamento, impessoalidade moderada no atendimento, moderada higiene, estrutura física moderadamente apropriada, abundantes equipamentos médico-hospitalares adequados, abundância de medicamentos, ausência de filas para o atendimento, abundância de médicos e enfermeiras, impontualidade nas consultas,

atendimento personalizado, pontualidade moderada nos exames, diagnósticos menos imprecisos, custos elevados/caráter mercantilista da medicina, tratamentos demorados, lotação apropriada e instabilidade para o corpo funcional.

Quanto ao atendimento hospitalar público, constata-se que o maior problema enfrentado, sem dúvida nenhuma, é a demanda latente e a humanização hospitalar. As unidades atendem não somente o público goiano, mas também as regiões vizinhas. Esforços para uma melhor qualificação, um melhor atendimento, são passados despercebidos, pois, quanto mais estas unidades de saúde melhoram o atendimento, maior é o volume de pessoas que as procuram. Já nas unidades privadas, o maior problema enfrentado é o atendimento do corpo clínico, principalmente dos médicos. A maioria dos entrevistados reclamou do atendimento “frio” e distante, com atitudes de superioridade, ao tratar pacientes e profissionais de maneira inferior. As enfermeiras também foram alvo de reclamações no tocante à humanização hospitalar.

CONCLUSÕES

A partir da pesquisa realizada, foi possível identificar o tipo de atendimento dos serviços de saúde nas unidades hospitalares mistas públicas e privadas de Goiânia, assim como a estrutura física das unidades e a organização administrativa do trabalho permitindo avaliar as condições de trabalho que interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados à população.

O processo histórico de institucionalização dos serviços de saúde no Brasil está vinculado ao desenvolvimento do processo produtivo, com a modernização da economia e a criação do Estado de Bem Estar Social paralelamente ao crescimento de um importante setor social que trabalha e produz a riqueza. Por outro lado, no contexto atual de globalização neoliberal, predomina a privatização dos setores públicos e a desregulamentação do trabalho, acarretando de um lado a concentração da renda e de outro, o desemprego/subemprego afetando, principalmente a população de menor poder aquisitivo, em geral usuária dos serviços de saúde pública.

Este aspecto ficou evidenciado quando foram identificadas as dificuldades enfrentadas nas unidades hospitalares segundo o ponto de vista de França (1998), para quem a experiência histórica do Brasil, no campo da saúde, é de um Estado provedor fraco, voltado quase que exclusivamente para o financiamento da assistência médica prestada por terceiros e com baixo grau de regulação do setor público e privado.

Neste mesmo contexto, é crescente o desenvolvimento tecnológico que tem exigido a adequação da gestão pública de saúde, e ocorre mais lentamente do que no setor privado de saúde, principalmente no que se refere ao campo da valorização dos quadros funcionais (CAMPOS; TINÔCO, 1986). Na gestão privada, evidencia-se uma significativa valorização dos profissionais da saúde através da motivação no trabalho, porém a insatisfação continua latente devido às mudanças contínuas das necessidades humanas e das maneiras de administrar. Hoje, segundo os relatos dos profissionais, as instituições de saúde investem mais expressivamente nos programas de treinamento justamente por perceber a importância de uma nova administração, baseada no relacionamento interpessoal. Trata-se da importância de gerir pessoas, ao fazer com que

suas necessidades sejam satisfeitas e, ao mesmo tempo, as necessidades da organização. Isto, do ponto de vista da administração, ocorre em função da preocupação constante de satisfazer as necessidades tanto dos usuários como dos profissionais da saúde.

Neste sentido, considerando as dificuldades, as principais técnicas utilizadas para a melhora no atendimento hospitalar ainda são baseadas em palestras, mini-cursos e incentivos salariais, embora, na prática, estes últimos continuem sendo os maiores motivadores de comportamento.

Para um atendimento hospitalar eficiente e eficaz, devem ser adotadas estratégias administrativas em saúde mais elaboradas e que contribuam para elevar o nível do atendimento eliminando problemas básicos, além de fornecer informações através dos diagnósticos organizacionais, para conduzir reflexões para mudanças de eixo na orientação administrativa e operacional.

Outro aspecto observado na pesquisa foram às falhas administrativas, tanto nas unidades hospitalares públicas quanto nas privadas, rompendo o paradigma predominante de precariedade do sistema de saúde público e a superioridade dos serviços privados. Ficou evidenciado que existe uma visão diferenciada entre os usuários e profissionais da rede de saúde pública e privada.

Os profissionais e usuários das redes privadas são mais exigentes ao contrário, dos da rede pública que reclamam, em sua maioria, da demanda do atendimento. Neste sentido, cabe ressaltar que o atendimento hospitalar, tanto da rede pública quanto da privada, passou por inúmeras modificações históricas. Hoje, com o serviço médico neoliberal, porém, comprova-se na realidade Goiana a visão de França (1998), segundo a qual a maioria dos recursos de saúde continuam comprometidos com ações curativas, em detrimento de atividades preventivas e de alcance coletivo, uma marca indeletável de toda história do sistema de saúde no Brasil.

Neste modelo, a rede privada de saúde permanece hegemônica, mantendo-se hoje como principal esteio do sistema de saúde neste nível de atendimento, reforçada pelo projeto político do Estado através das políticas de saúde adotadas nos anos 1.980/90. Na prática, apesar das mudanças e inovações ocorridas, as condições dos serviços de saúde, segundo declararam os usuários e os profissionais, ainda não são satisfatórias. O que se observa é à procura por um maior controle dos hospitais privados, por estímulo à produção do setor público e ênfase no atendimento ambulatorial, sem alterar, na sua essência, o modelo assistencial historicamente prevalente (FRANÇA, 1998).

Para um atendimento de qualidade, a organização hospitalar deve distinguir o atendimento e as necessidades complexas e variáveis em relação aos usuários e ao tipo de patologia que, segundo Dussault (1992), comporta uma dimensão ética importante, tanto ligada aos direitos do usuário, quanto uma ética administrativa ligada à escolha das prioridades. Assim, o usuário principalmente, o das unidades hospitalares públicas, desconhece o nível e tipo de atendimento das diferentes unidades de saúde. Cabe reafirmar, que o usuário que demanda os serviços públicos de saúde tem um baixo poder aquisitivo e, portanto, espera deste serviço eficiência e resposta rápida à sua situação de saúde, pois ele é o financiador do sistema.

É importante ressaltar, segundo França (1998), que se os hospitais são organizações complexas e singulares, o setor saúde diferencia-se de outras áreas econômicas por produzir bens e serviços que se configuram como espaço de interesse, tanto público quanto privado. Mas estes mesmos bens e serviços têm também uma dimensão pública, quando se conformam em direito de cidadania.

Nota-se que os serviços de saúde têm características específicas que o singularizam, e tornam imprescindível a intervenção estatal na sua regulação. No Brasil, a partir da Constituição de 1988, aos poucos, os serviços de saúde ganharam uma feição definitiva com a implantação do SUS. Trata-se de uma realidade que é melhor entendida e vivenciada pela clientela, profissionais e administradores, a exemplo disto, encontramos nas declarações dos usuários a repercussão negativa do atendimento classificado por eles como precário apesar de existirem excelentes profissionais. Entretanto se configurou que isto ocorre devido à alta demanda imprevista ao serviço público de saúde, de caráter curativo, que não consegue ser respondida pelo órgão estatal de saúde, fato justificado em função da escassez dos recursos para subsidiar o sistema.

Fazendo uma analogia com a administração de empresas, quando se trata de administração em saúde, para um mercado ser considerado competitivo faz-se necessário, tanto compradores quanto vendedores onde a natureza da saúde e da doença limitam muito a soberania do consumidor desses serviços. Como a doença é involuntária e imprevisível, a capacidade do consumidor para decidir que serviços obter é seriamente limitada (ARELLANO, 1990). Assim, o médico é quem decide, controla e determina todo o processo de cura, como também as atividades dos demais envolvidos, como enfermeiras e outros profissionais de saúde, que seguem suas instruções. Desta forma, o usuário, longe e incapaz de ser soberano e de prever o momento em que vai

consumir cuidados, por desconhecer a incidência da doença e a eficácia do tratamento, revela uma enorme dependência face ao prestador (CAMPOS, 1987).

Neste aspecto, a pesquisa demonstrou que a maioria da população que demanda aos serviços de saúde pública não consegue ter um atendimento de qualidade devido aos altos custos, número reduzido de profissionais em relação à procura dos serviços e à demanda latente. Já a população usuária dos serviços privados de saúde reclama do atendimento impessoal dos médicos e das enfermeiras.

Ilustrar a necessidade de melhorar os serviços de saúde no novo contexto de administração dos recursos humanos da administração pública, em nível mundial, tem-se consagrado o conceito de “devolução” das prerrogativas de gestão que destaca Barros (1996), o que, do ponto de vista do que nos interessa aqui, significa basicamente permitir maior autonomia aos órgãos finalísticos, inclusive no tocante à gestão do pessoal. Pois, somente assim, seriam geradas alternativas para introduzir no funcionamento do aparelho de Estado os elementos que alavancassem maior eficiência no andamento de suas operações.

Assim, seria adotada uma administração pública gerencial que se caracterizasse por endossar a administração por resultados, controle a *posteriori*, além de inovações operacionais e organizacionais (provenientes da iniciativa privada), ao invés, da administração burocrática que tem como característica a rigidez. Sobre as inovações operacionais e organizacionais, segundo Barros (1996), ainda que bem-vindas pelo seu potencial de erradicar ou ao menos diminuir o grau de desperdício vigente na administração pública, não poderiam vir sem um custo, que é o do impacto, muitas vezes desorganizador, exercido sobre o tecido existente da burocracia pública.

Na atualidade, a administração de recursos humanos, na administração pública continua sendo desenvolvida de maneira artesanal por isso, é impossível um eficiente atendimento em saúde, nosso objeto de análise. Faz-se necessário então, a eliminação das tensões existentes entre a tradição do direito administrativo e a administração gerencial em saúde, entre o agir técnico e o político além de informações que sirvam de elementos para a elaboração de políticas de pessoal para esta área. Ressalta-se que as tensões estão nas unidades hospitalares privadas e públicas e estão presentes nas relações existentes entre usuários e profissionais (médicos, enfermeiras, administradores, faxineiras, manobristas, seguranças e outros).

Constatou-se também, semelhanças entre as instituições de saúde pública e privadas, desmistificando a idéia de que o privado é mais eficiente que o público. Na

prática, o que difere é a maneira pela qual os serviços são percebidos pelos usuários, uma vez que o usuário dos serviços de saúde privada é mais exigente do que o usuário do serviço de saúde pública. Para ele, ou o serviço é ótimo ou é péssimo, não existe meio termo.

Já na rede pública o usuário consegue ter uma visão melhor do que considera estar errado e pondera sobre, todos os elementos que envolvem o atendimento de uma maneira mais clara. A maioria da amostra dos usuários da rede pública de saúde salientou sobre a existência de uma demanda latente responsável pela demora no atendimento e pela degradação dos serviços de saúde.

Numa perspectiva de política de saúde moderna, a preocupação deve ser com a qualidade dos serviços prestados, avaliada através dos seus profissionais que devem ser vistos como colaboradores do processo administrativo (CHIAVENATO, 2004). Logo, o desenvolvimento hospitalar só será alcançado quando ocorrer o desenvolvimento dos recursos humanos e uma conseqüente melhora no atendimento.

Para responder as necessidades tanto dos usuários de saúde como dos profissionais manifestadas neste estudo, são necessárias instituições fortemente centralizadas para apoiar funções novas de gerenciamento de pessoal do serviço de saúde pública em Goiânia. Quanto a isso, para Maximiano (2000), o controle necessário, é assegurado através da divisão do poder e uma boa coordenação entre um limitado número de órgãos nas atividades-meio. E, à medida que essa capacidade possa ser desenvolvida nas entidades operacionais, torna-se desejável alguma descentralização para que haja um gerenciamento de pessoal flexível e responsivo.

É preciso, ainda, investir na área de planejamento, não só estratégico, como dos setores que compõem a área de atuação do serviço de saúde. Conseqüentemente, segundo Maximiano (2000), deve-se desenvolver a organização, a direção e o controle organizacional para o desenvolvimento de qualquer instituição de saúde.

Em linhas gerais, constatou-se que, além de se garantir os recursos necessários para equipar as estruturas de saúde existentes, torna-se imprescindível, por parte de todos os gestores, a adoção de uma nova maneira de administrar e atender o usuário dos com uma abordagem pessoal e, em outro nível, que sejam mantidas as condições e um ambiente de trabalho que proporcione aos profissionais estarem sempre motivados e, por conseguinte, garantir um padrão de qualidade para o atendimento ao usuário.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARELLANO, A.B.R. *El mercado de los servicios médicos: análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud: uma antologia selecionada*. Opas/Oms, 1990.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Texto para discussão n. 401. Brasília: IPEA, 1996.

BERNARDES, Cyro, MARCONDES, Reynaldo C. *Teoria Geral da Administração*. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góis de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Instrução normativa n. 01/97, de 15 de maio de 1997. *Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96*. Brasília: Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL. Leis, etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

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

BRASIL. Leis, etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Municipalização é o Caminho*. In: IX Conferência Nacional da Saúde. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica*. INAMPS nº. 1/91. Resolução nº. 273/91. Brasília: Diário Oficial da União, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica - SUS* nº. 2/92, Portaria nº. 234/92. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica - SUS* nº. 1/93. Brasília: Diário Oficial da União, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica - SUS* nº. 1/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS* 01/2001. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional da Saúde, 1986. Brasília.
CAMPOS GWS. *Um balanço do processo de municipalização dos serviços de Saúde no Brasil*. Saúde em Debate 1990; (28): 24-7.

CAMPOS, Juarez de Queiroz, TINÔCO, Aldo da Fonseca. *Política e Planejamento de Saúde*. São Paulo: Campos, 1986.

CAMPOS, A.C. *A combinação público-privada em saúde: privilégios, estigmas e ineficiências*. Lisboa: Escola nacional de Saúde Pública, 1987.

CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lídia M. *Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. 102 p. (Cadernos de saúde, v. 2).

CARVALHO, Antônio Vieira de, NASCIMENTO, Luiz Paulo do. *Administração de Recursos Humanos*, 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1998. 1v.

CHEIN, ISIDOR in SELTIZ, JAHODA, DEUTSCH, COOK. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais*. 4.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1974.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 7. ed. São Paulo: Makrom Books, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração: Teoria, processo e prática*. 3. ed. São Paulo: Makrom Books, 2000.

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1999.

COIMBRA, C. M. B. *Gerentes da ordem: algumas práticas psi nos anos 70 no Brasil*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 1992.

COSTA, Nilson do Rosário, MINAYO, Cecília de Souza. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989a. 1v.

COSTA, Nilson do Rosário, MINAYO, Cecília de Souza. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989b. 2v.

DUSSAULT, G. *A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências*. Revista da Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2., p. 8-19, abril/jun., 1992.

FOUCAULT, M.. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FRANÇA, S. B. *A presença do Estado no setor saúde no Brasil*. Revista do Serviço Público. Brasília, 1937, n. 3, 85-100, jul./set. 1998.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAPTON, David R. *Administração Contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1992.

JONAS, Eline. *Mujeres que viven Del trabarro a domicilio: El tiempo próprio di la trabajadoras de la confección de roupa de vestir*. UCM – Univerdidad Concludence de Madrid, 2001.

KOTLER, Philip. *Marketing*. Tradução de H. de Barros. ed.compacta. São Paulo: Atlas, 2000.

LAURELL, Asa Cristina, NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LUZ, Madel. *As instituições médicas no Brasil: e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAXIMINIANO, Antônio César Amaru. *Introdução à Administração*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MAXIMINIANO, Antônio César Amaru. *Teoria Geral da Administração*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce, Lampel, Joseph. *Safári de estratégia: Um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Tradução de Nivaldo Montingelli Jr. Porto Alegre: Bookman, 1994.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. (In) *previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

PEREIRA, Anna Maris. *Introdução à administração*. 3. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

POSSAS, Cristina A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

SANDRONI, Paulo. *Dicionário de administração e finanças*. São Paulo: Best Seller, 2000.

SILVA, Reinaldo O. *Teoria da Administração*. São Paulo: Pioneira, 2001.

SILVA, Marcos Antônio da. *Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos na UCG: modalidades, formatação e referências*. Goiânia: UCG, 2004.

SNELL, Bateman. *Administração: Construindo Vantagem Competitiva*. Tradução de Celso A. Rimoli. São Paulo: Atlas, 1998.

STONER, James A.F., FREEMAN, R. Edward. *Administração*. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1999.

TAMAYO, Álvaro, ANDRADE, Jairo Eduardo Borges, CODO, Wanderley. *Trabalho, Organizações e Cultura*. Ed. Cooperativa de autores associados. Coletânea da ANPEPP, 1998.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.