

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação
em um município do Estado
do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada tendo em vista a obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Autora: Valéria Cristina Gomes de Castro

Orientador: Sergio Tavares de Almeida Rego

Co-Orientador: Maria Helena Machado

Rio de Janeiro
Julho de 2002

Agradecimentos

Aos amigos do mestrado, que contribuíram para que eu pudesse reviver a alegria de ser novamente estudante, compartilhando as angústias das obrigações do curso e o prazer da aprendizagem e da convivência em grupo.

Ao Professor Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego, que com sabedoria soube me conduzir no processo de elaboração da dissertação, contribuindo para a superação dos momentos mais difíceis com carinho e dedicação.

A Professora Dra. Maria Helena Machado, pela importante contribuição na organização da dissertação e na firmeza de opiniões quanto aos caminhos a seguir.

Aos componentes da banca avaliadora, que gentilmente aceitaram participar da defesa da dissertação.

A meus filhos, Gabriel e Thaís, que tiveram que “suportar” muitos limites em nossa convivência, no difícil tempo do final do curso.

A Renato, amor e companheiro de todas as horas, sempre presente nas diversas etapas desse desafio.

A minha família, em especial a minha mãe, que acima de tudo sempre acreditou em minhas possibilidades.

E, por fim, a todos os amigos e companheiros (que são muitos para enumerar) que ainda sonham juntos, apesar de separados pelos caminhos da vida, a ousadia de querer um mundo melhor, fazendo brotar a semente que um dia foi plantada em nossos corações, seja no passado de rebeldia estudantil, na militância de um sindicato, de um partido político ou nos caminhos desse Brasil, transformando pensamentos e ações.

RESUMO

O presente trabalho analisa algumas questões relativas aos procedimentos a que estão submetidos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para acessar os serviços de internação. Para realizarmos esta pesquisa, partimos da experiência de um município do Estado do Rio de Janeiro, utilizando como instrumento metodológico entrevistas com profissionais de saúde e observação de campo.

Objetivamos compreender os mecanismos formais e informais de acesso a esses serviços, bem como o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam diretamente em um serviço de emergência e em outro, de controle de vagas para as unidades hospitalares. Buscamos dessa forma, conhecer os limites impostos à autonomia profissional e o cotidiano dos serviços de saúde com relação ao encaminhamento de usuários às vagas disponíveis para internação, além dos fatores organizacionais que contribuem ou dificultam a distribuição equânime dos recursos.

Concluimos que no cotidiano dos serviços desenvolvem-se diferentes estratégias diante dos problemas decorrentes da escassez de recursos, contribuindo para o crescente distanciamento entre os princípios previstos pelo SUS, de universalização e equidade, e a realidade concreta.

Palavras-chave: SUS/ Acesso aos Serviços de Saúde/ Recursos Humanos em Saúde

Abstract

This thesis analyzes the process of access to hospitalization in the Single Health System (SUS) in a city of the metropolitan area of the State of Rio de Janeiro. The methodology of the research was the field observation in a health unit which is strategic to the process of hospitalization in that city, interviewing health personal who works in the hospitalization process.

It concluded that, in the daily routine of the services, different strategies are developed by the health personal to face the problems caused by the lack of resources, contributing to a growing distance between the principles, determined by the SUS, of universalization and equanimity, and the concrete reality.

SUS / Health Services Accessibility / Health Manpower

Sumário

Introdução.....	1
Capítulo I – Assistência à Saúde no Brasil.....	4
I.1 – Histórico.....	4
I.2 – Alguns aspectos da legislação do SUS.....	13
I.3 – Acesso aos serviços de saúde no Brasil: equidade e justiça social.....	19
I.3.1 – Equidade em saúde.....	22
Capítulo II – Perfil da Rede de Assistência à Saúde no Brasil.....	26
II.1 – Rede de assistência no SUS – Brasil e grandes regiões.....	26
II. 1.1 – Rede ambulatorial.....	26
II.1. 2 – Rede hospitalar.....	29
II.2 – Perfil da rede de assistência no Rio de Janeiro.....	33
II.2.1 – Rede ambulatorial.....	34
II. 2.2 – Rede hospitalar.....	35
II.3 – Perfil do município pesquisado	37
II.3.1 – Assistência ambulatorial.....	38
II.3.2 – Rede hospitalar do SUS no município analisado.....	40
Capítulo III – Integralidade das ações e as emergências como “Porta de Entrada do Sistema.....	43
III.1 – Integralidade das ações e a reorganização do modelo assistencial	44
III.1.1 – O processo de descentralização administrativa e a assistência hospitalar.....	46
III.1.2 – Serviços de emergência: “porta de entrada” para o sistema.....	51
III.1.3 – Relações cotidianas nos serviços.....	53

Capítulo IV – O Cotidiano da Assistência: Dificuldades e estratégias no acesso à Internação.....	59
IV. 1 – Unidade de saúde – Caracterização do campo de estudo.....	59
IV.1.1 – Serviço de emergência.....	60
IV.1.2 – Divisão de controle e autorização de internações.....	63
IV.2 – Resultado da pesquisa	66
IV.2. 1 – Perfil dos entrevistados	66
IV.2.2 – Trabalho na unidade	69
IV.3 – Integração entre os serviços da rede municipal.....	73
IV.3.1 – As clínicas contratadas pelo SUS.....	76
IV.3.2 – Encaminhamento e transferência para outros serviços.....	80
IV. 4 – Prática profissional	84
IV. 4.1 – Desafios e estratégias no cotidiano da assistência	84
IV.4. 2 – Condições de trabalho	87
IV.4.3 – Relação dos profissionais de saúde com os setores administrativos	90
IV.5 – Relação como usuário	95
IV.5. 1 – Demanda e critérios de prioridade no atendimento	95
IV.5. 2 – Participação das famílias no processo de internação e clientelismo político na distribuição de recursos.....	100
IV. 5. 3 – Medidas facilitadoras de acesso á internação no município	104
IV. 6 – Algumas considerações	107
 Capítulo V – Considerações Finais.....	 112

Referências Bibliográficas

Anexos

Lista de Gráficos e Tabelas

Capítulo II

Gráficos

Gráfico 1 – Brasil – Distribuição das unidades ambulatoriais do SUS, por Região	27
Gráfico 2 – Brasil – Internações por regime.....	32
Gráfico 3 – Rio de Janeiro – Distribuição da rede ambulatorial	35
Gráfico 4 – Rio de Janeiro – Distribuição das unidades hospitalares por natureza do prestador.....	36
Gráfico 5 – Rio de Janeiro – Distribuição das unidades hospitalares por forma de gestão.....	37
Gráfico 6 – Município – Internações por regime segundo especialidade.....	42

Tabelas

Tabela 1 – Brasil – Rede hospitalar do SUS por região, segundo regime.....	30
Tabela 2 – Brasil – Total de leitos por região, segundo regime	31
Tabela 3 – Rio de Janeiro – Total de leitos por regime segundo regional de saúde	37
Tabela 4 – Município – Rede ambulatorial do SUS	38
Tabela 5 – Município – Produção ambulatorial por tipo de prestador	39
Tabela 6 – Município – Rede hospitalar do SUS por regime	41
Tabela 7 – Município – Número de leitos por especialidade	41

Capítulo IV

Figura

Figura 1 – Fluxo de atendimento na emergência.....	62
---	----

Gráficos

Gráfico 1 – Faixa etária por categoria profissional.....	67
Gráfico 2 – Tempo de formado por categoria profissional.....	68
Gráfico 3 – Tempo de trabalho na unidade.....	69
Gráfico 4 – Vínculo com o serviço.....	70
Gráfico 5 – Forma de vínculo com o serviço.....	71
Gráfico 6 – Dificuldade de acesso a outros serviços da rede.....	74
Gráfico 7 – Opinião sobre o atendimento nas clínicas contratadas	76
Gráfico 8 – Autonomia profissional.....	93
Gráfico 9 – Dificuldades no acesso a internação.....	99
Gráfico 10 – Clientelismo político no acesso a internação.....	103

Lista de Anexos

Anexo 1 – Métodos e Técnicas de Pesquisa

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Questionário

Anexo 4 – Fluxo de Emissão de AIH/ norma do Ministério da Saúde

Anexo 5 – Manual de Preenchimento do SIA – Tabela de tipo de unidade

Lista de Abreviaturas

AIS -Ações Integradas de Saúde
AIH-Autorização de Internação Hospitalar
BAM - Boletim de Atendimento Médico
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CIB - Comissões Intergestoras Bipartites
CIT-Comissões Intergestoras Tripartites
CONASP-Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS-Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS-Conselho Estadual de Secretários de Saúde
FAS-Fundo de Apoio Ao Desenvolvimento Social
GIH-Guia de Internação Hospitalar
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAPB-Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IPASE-Instituto de Aposentadorias e Pensões dos servidores do Estado
IAPI-Instituto de Aposentadorias e Pensões dos trabalhadores da Indústria
IAPETEC-Instituto de Aposentadorias e Pensões dos trabalhadores do Comércio
INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IAP-Institutos de Aposentadorias e Pensões
LOPS-Lei Orgânica da Previdência Social
NOAS-2001-Norma Operacional da Assistência
NOB-91- Norma Operacional Básica 1991
NOB-93- Norma Operacional Básica 1993
NOB-96- Norma Operacional Básica 1996
PAB-Piso Assistencial Básico
PPA-Plano de Pronta Ação
PNS-Plano Nacional de Saúde

PAM-Posto de Atendimento Médico
PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPI-Programação Pactuada Integrada
PSF-Programas de Saúde da Família
SAMDU-Serviço de Assistência Médica de Urgência
SAMPHS-Sistema de Atenção Médico Hospitalar
SIA-SUS-Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH-SUS-Sistema de Informação Hospitalar do SUS
DATASUS-Sistema de Informações do SUS
SUS-Sistema Único de Saúde
SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Introdução

O tema desta dissertação é a questão do acesso dos usuários aos serviços de internação no SUS, analisada a partir do cotidiano da assistência à saúde em um serviço que pode ser considerado “porta de entrada” do sistema. Optamos por analisar um serviço de emergência e um de controle e autorização de internações em um município do Rio de Janeiro. Partimos da perspectiva dos profissionais de saúde que ali trabalham, procurando compreender seu cotidiano no que se refere ao encaminhamento para internação.

Nossa preocupação com esse tema surgiu na longa experiência de trabalho na área de saúde pública, vivenciando diferentes fases na organização do sistema no decorrer dos últimos anos. Nessa trajetória – que inclui a experiência como estagiária em unidades básicas de saúde (ainda no período das Ações Integradas de Saúde – AIS); a luta pela democratização do país e a Reforma Sanitária; a municipalização; a reorganização do sistema e, em especial, um longo período de mudanças na assistência psiquiátrica (na qual trabalhei durante muitos anos) – sempre procuramos contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para o direito de cidadania, ou seja, capaz de diminuir as desigualdades sociais existentes em nosso país.

Dessa forma, a opção pela linha de investigação proposta nesta dissertação baseou-se no interesse em conhecer um pouco mais o cotidiano do SUS e constituir argumentos mais realistas, que contribuam para a construção de uma sociedade com desigualdades menos agudas.

Iniciamos nossa dissertação resgatando, no Capítulo I, a história da construção da previdência social no Brasil, destacando a evolução da assistência à saúde no último século. Assim, perpassamos os períodos referentes às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, à unificação da previdência, aos programas de incentivo à iniciativa privada no período ditatorial e ao processo de universalização da assistência ocorrido com o Suds e, posteriormente, com o SUS.

Em relação ao período de implantação do SUS, analisamos as principais leis que nortearam a estruturação do novo sistema, destacando as Normas Operacionais e outras leis importantes desse período e buscando compreender os principais embates e desafios para a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime no Brasil. Após buscarmos compreender a história e a legislação do SUS, consideramos os princípios norteadores que constituíram as idéias principais do projeto de reformulação do sistema de saúde brasileiro. Com base na história procuramos demonstrar a evolução da universalização na assistência à saúde no Brasil e discutir de forma mais abrangente a questão da equidade, buscando inspiração em alguns conteúdos filosóficos que orientam tal conceito.

No Capítulo II, traçamos um perfil da rede assistencial do SUS, possibilitando ao leitor conhecer a oferta de saúde pública no Brasil, com enfoque especial no Rio de Janeiro e no município em que desenvolvemos a pesquisa, demonstrando as características da rede ambulatorial e, principalmente, da assistência hospitalar.

No terceiro capítulo, discutimos a integralidade das ações de saúde, examinando algumas questões relativas à “porta de entrada” para o sistema. Optamos por focar o

atendimento de emergência e as questões relacionadas ao controle de internações, analisando a estrutura organizacional de serviços pertinentes e a dinâmica dos principais atores sociais envolvidos nesse processo.

No Capítulo IV, apresentamos os resultados da pesquisa, caracterizando os serviços estudados e as questões observadas a partir da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, procurando relacionar as questões cotidianas com os aspectos teóricos desenvolvidos na primeira parte do trabalho. Assim, são abordadas nesse capítulo questões como o perfil dos entrevistados, a integração entre os serviços, o processo de trabalho e a relação dos profissionais de saúde com o usuário.

Em anexo, estão descritos o método de investigação desenvolvido na pesquisa e os instrumentos utilizados para coleta de dados. Apresentamos também cópia do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido que foram empregados na pesquisa de campo.

Esperamos, assim, contribuir para a compreensão do complexo sistema de saúde público brasileiro, principalmente no que se refere ao encaminhamento de usuários para internação.

Capítulo I – Assistência à Saúde no Brasil

I.1-Histórico

A história dos últimos 100 anos do sistema de saúde no Brasil tem sido marcada por um permanente embate entre os que defendem um modelo de assistência público – baseado em uma perspectiva de direitos sociais – e os que advogam um sistema baseado na iniciativa privada, voltado prioritariamente para os interesses da acumulação de capital. Para oferecer ao leitor o entendimento desse embate político, apresentaremos um resumo dessa história. O Rio de Janeiro, por ter sido a capital do país mais de um século, assim com por abrigar a maior rede pública hospitalar – resultado direto de sua antiga condição, foi palco de muitas das mudanças efetuadas na assistência à saúde ao longo de todo esse período.

Até que o sistema previdenciário brasileiro começasse a ser constituído, no início do século 20, a atenção à saúde em nosso país era organizada pela ação filantrópica – em geral vinculada a ordens religiosas – e casas de saúde, em geral funcionando na própria residência dos médicos, adaptadas para hospedagem de seus pacientes. Por outro lado, havia um precário sistema público, voltado principalmente para a quarentena de portadores de moléstias infecciosas, com especial destinação à garantia de um certo nível sanitário nas regiões portuárias. O Rio de Janeiro, como não poderia deixar de ser, abrigava uma série de lazaretos e outras unidades de propósito semelhante. No início do século 20 surgem na cidade as primeiras unidades hospitalares públicas, destinadas sobretudo ao atendimento de emergências, de responsabilidade da administração municipal, no caso, o Distrito Federal.

Vale ressaltar que o início do século 20 foi marcado por ações enérgicas do governo, no sentido de sanear mais efetivamente os portos, e pelo avanço do movimento sindical, fortemente influenciado pelos imigrantes anarquistas e socialistas¹. É nesse contexto que surge o primeiro esboço de um modelo de seguridade social em nosso país – as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, regulamentadas pela promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923. Criadas por empresas (não por acaso em empresas economicamente importantes

e cujos trabalhadores estavam organizados em sindicatos), ofereciam benefícios diversos, como auxílio funeral, auxílio maternidade e assistência médica.

As primeiras empresas a tomar essa iniciativa foram as de transporte ferroviário e, posteriormente, marítimo, e as relacionadas com a estiva. A administração dessas organizações era realizada por uma diretoria constituída de forma paritária por patrões e empregados. A assistência médica oferecida aos segurados era extensiva aos familiares com ele residentes.

“Ao que parece boa parte da assistência médica aos segurados era prestada, no período, por terceiros. As CAPs em geral, adotavam a prática de arrendar períodos de trabalho de médicos privados em seu consultório, durante os quais eram feitos, então, atendimentos aos segurados” (Oliveira, 1986:27).

Na década de 1930, durante o governo Vargas, esse modelo foi substituído por outro, que ampliava as possibilidades de o trabalhador ser beneficiado pela seguridade social. Nesse momento político, como se sabe, foi criada uma série de leis para regulamentar as relações entre capital e trabalho, ao mesmo tempo em que eram fortemente limitadas as ações do movimento sindical independente (por exemplo, com a proibição da sindicalização de imigrantes).

Criaram-se, assim, os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, organizados por categoria funcional e não mais por empresas, e os benefícios oferecidos ainda não eram iguais para todas as categorias profissionais. Aquelas mais organizadas e mais poderosas (do ponto de vista político e econômico) obtinham mais e melhores benefícios.

Os institutos mais importantes eram os dos bancários – Iapb, dos trabalhadores do comércio – Iapetec, dos trabalhadores da indústria – Iapi e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado – Ipase. Com a criação dos IAPs, o governo federal estabeleceu uma nova composição nas representações políticas que administrariam os institutos, passando a ter a direção geral, mas mantendo, todavia, a representação de empregadores e empregados.²

Nesse período também foi instituída a carteira de trabalho, que passou a representar o documento comprobatório de que seu portador estava inserido no mercado de trabalho regulamentado, sendo, portanto, merecedor dos benefícios assegurados pelo Estado. A forte intervenção do Estado nesse período nas relações entre capital e trabalho e na seguridade social, entre outros aspectos, foi um determinante para que se elaborasse o conceito de “cidadania regulada” (*apud* Santos, 1979).

“É o conceito de cidadania, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei” (Santos, 1979:69).

Os trabalhadores que não dispunham de carteira de trabalho assinada eram considerados "à margem do sistema" portanto, à margem da lei, podendo ser até presos por vadiagem.

Em relação aos seguros sociais, observa-se nesse período o início da demarcação entre o que seria benefício (auxílios e pensões) e serviço (assistência médica e farmacêutica), com delimitação de recursos orçamentários para as despesas médico-hospitalares e farmacêuticas. Ainda na década de 1930, por medidas restritivas de gastos, definiu-se que apenas as aposentadorias e pensões eram obrigações da previdência social. A prestação de serviços médicos passa a ser variável, dependendo da disponibilidade orçamentária de cada instituto. As internações limitavam-se a 30 dias, com extensão desse período até no máximo três meses.

A partir de 1945, com o processo de industrialização crescente, ocorre um aumento progressivo da demanda por serviços de saúde. A luta sindical pela unificação dos benefícios da previdência social inicia-se com o fim do Estado Novo, nesse mesmo ano. A

unificação desses benefícios só foi obtida em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social – Lops.

O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – Iapi não oferecia a assistência médica como um de seus benefícios, fato que provocou uma grande resistência a essas mudanças. O Iapi patrocinou, mais tarde, o primeiro acordo para a contratação de uma empresa privada que fizesse a prestação de serviços, sendo uma das experiências pioneiras na determinação do modelo que seria adotado durante o regime militar.

Aqueles que não contribuíam diretamente para a previdência social permaneciam excluídos do sistema, sendo atendidos pelos hospitais beneficentes, como a Santa Casa de Misericórdia e, em casos de emergência, pelos hospitais municipais ou estaduais. Em 1949 foi assinado o decreto que criou o Serviço de Assistência Médica de Urgência – Samdu, para atendimento domiciliar e de urgência, que também contribuiu para o desenvolvimento do hábito de procurar serviços de emergência ao se necessitar de assistência médica.

Com o estabelecimento do regime militar, em 1964, inicia-se um longo período de violação da ordem democrática no Brasil, com cassação de mandatos e de direitos políticos, afetando profundamente o exercício da cidadania no país. Em julho de 1964 foi instaurada a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) pelo Decreto nº 54.067. Em 20 de agosto de 1964, pelo Decreto nº 54.210, criou-se uma comissão para estudar a unificação da previdência e formas de incentivar a iniciativa privada na área de assistência médica, iniciando-se assim, a construção da hegemonia do modelo defendido pelo Iapi.

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – Inps, completa-se o processo desencadeado pela promulgação da Lops. Consolidam-se também o modelo de contratação dos serviços privados e o desenvolvimento do que se denominou mais tarde “complexo médico industrial”. Conforme citado por Rego e Palácios,

“O Estado passa a então a estimular e patrocinar o mercado de serviços e equipamentos médicos através da Previdência Social seja para o atendimento das necessidades diretas da Previdência Social,

seja para o da rede privada, através de mecanismos bastante benéficos para esta. A própria criação da CEME, na década de setenta, representou um elemento dinamizador significativo para a indústria farmacêutica, com a política de medicamentos do governo federal” (Rego e Palácios, 1992).

Em relação à prestação de serviços, inicia-se um processo lento e gradual de sucateamento dos serviços da rede pública, viabilizado pelo Plano Nacional de Saúde (PNS), de 1968. Esse plano determinava que a assistência médica seria prioritariamente de natureza privada, cabendo ao poder público o incentivo, a coordenação e o custeio parcial das ações. O PNS incentivou também o regime de livre-escolha do médico pelo cliente, ou seja, o segurado podia escolher o médico particular de sua preferência, arcando com parte das despesas. Esse período caracterizou-se pelo aumento do uso de serviços de saúde por parte da população com maior poder aquisitivo.³ Segundo Gentile de Mello havia nítida atitude privatizante por parte do governo federal, transferindo, aliás, para a iniciativa particular os serviços públicos de saúde por arrendamento, disponibilizando até o pessoal neles lotado.

Segundo esse autor, na época questionava-se a eficiência dos serviços públicos. O Ministério do Planejamento criou então, a reforma administrativa como instrumento para promover a desburocratização e a dinamização dos serviços. No entanto, o Ministério da Saúde “preferiu adotar o critério de arrendar os hospitais públicos – federais, estaduais e municipais, autárquicos, de empresas públicas e sociedades de economia mista – a pessoas de direito privado, por quantia mensal fixada pela administração pública em função do valor histórico da aquisição” (Mello, 1977:67).

Essa política gerou, no sistema de saúde, graves problemas em relação à capacidade gestora e utilização dos recursos financeiros da previdência, decorrentes tanto em razão do privilegiamento da medicina curativa e hospitalar privada como pelo crescente aumento do uso da tecnologia nos serviços de saúde, emergindo no final do “milagre” grande insatisfação popular em relação à política de saúde.

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, ocorreu um grande investimento de recursos públicos na construção de hospitais e compra

de serviços privados, o que gerou a ampliação da rede de hospitais contratados, principalmente nas regiões Sul e Sudeste.

Esse plano foi criado para viabilizar a expansão da cobertura, buscando a desburocratização do atendimento nos casos de emergências. Se, por um lado, essas medidas vieram atender a demanda por esses serviços, impossibilitou, porém, o controle desse atendimento por parte do INPS. Além disso, facultava ao segurado o direito de instalações especiais nos hospitais contratados, arcando o usuário com parte dessas despesas.

Com a implantação do Plano de Pronta Ação – PPA, também em 1974, estabeleceram-se normas para os convênios com empresas para prestação de assistência médica. Foi essa a base para o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgiu no final dessa década – a medicina de grupo.

No primeiro convênio com empresas, realizado entre o INPS e a Volkswagen, ficava definido que a empresa arcaria com a assistência médica de seus empregados e, em troca, o INPS lhe repassaria 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto. Esse tipo de convênio foi amplamente utilizado nesse período, abrangendo sobretudo as grandes empresas.

Segundo Oliveira (1986), a porcentagem de serviços de saúde comprados ao setor privado representava em torno de 90% das despesas do INPS. Assim, esse período caracterizou-se pela ampliação dos benefícios previdenciários aliados ao privilegiamento do setor privado. O controle das contas dos prestadores também era bastante precário nesse período, favorecendo a corrupção e as fraudes no sistema, ameaçando mesmo seu equilíbrio financeiro. Assim, pode-se considerar que esse período da história da assistência à saúde no Brasil, viabilizado pelo Plano de Pronta Ação e pelo Fundo de Apoio Social, significou ampla expansão do mercado privado da assistência à saúde no país, subsidiado pelo Estado.

Em 1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável à época pelas ações médicas assistenciais individualizadas, enquanto o Ministério da Saúde permanecia restrito à formulação de políticas de saúde, bem como à implementação de ações voltadas para a saúde coletiva. Nesse período começa a se articular no interior do Ministério da Saúde e do Inamps um processo de crítica e reestruturação do setor saúde no Brasil, com a participação de técnicos progressistas que instituíram as bases para o início do que se denominou Reforma Sanitária.

A história da Previdência Social no Brasil é também uma história de sucessivas crises de financiamento. Essas crises, cuja natureza não interessa diretamente a nossa abordagem, quase sempre foram respondidas, durante o regime militar, com a ampliação da base de contribuição. Ora ocorriam aumentos nos percentuais de contribuição, ora inseriam-se novos grupos de trabalhadores nos que tinham direito a contribuir para a Previdência Social. Assim foram sendo incluídos os trabalhadores rurais e os empregados domésticos, por exemplo.

A década de 1980 foi marcada pela agudização dos problemas apontados anteriormente e pela mobilização política em torno da necessidade de reformas no setor buscando reverter o privilegiamento do setor privado na assistência à saúde, predominante no período anterior. As condições de vida da população tornavam-se cada vez mais críticas, emergiu a necessidade de políticas sociais que viessem amenizar essa situação:

“Os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada como a crise do regime (Luz, 1991:205).

Em 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, visando reorganizar o sistema e controlar os gastos. Seus dois mais importantes programas foram o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar – Samphs e as Ações Integradas

de Saúde – AIS. Este último se constitui na principal estratégia de reordenação da assistência por meio de mecanismos de regionalização e hierarquização dos serviços nas três esferas de governo, enquanto o primeiro buscava o controle dos gastos hospitalares.

Em 1982, a oposição ao regime militar obteve mais uma vitória política significativa após a anistia e a autorização para o pluripartidarismo, conquistado no final da década anterior, com a eleição de diversos governadores em estados politicamente importantes. No curso da redemocratização, em 1986, havia condições políticas para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com ampla participação de profissionais da área e representantes da comunidade de usuários.

A VIII Conferência, um marco na reorganização do sistema, foi a oportunidade em que diversos atores políticos puderam apresentar suas reflexões sobre a mudança que se fazia necessária. Estava, assim, tomando forma e obtendo apoio político, mesmo fora das oposições e do setor saúde, a proposta do que viria a se tornar o Sistema Único de Saúde.

Em julho de 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – Suds, objetivando contribuir para a consolidação e solidificação das Ações Integradas de Saúde. O Suds significou uma estratégia de fortalecimento dos estados na administração dos serviços de saúde, visando iniciar um processo de descentralização administrativa do nível federal e criando as bases para o futuro SUS.

“As diretrizes do SUDS assumiam: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de Recursos Humanos” (Noronha, 1994:88).

O Suds manteve-se principalmente pela ação política dos órgãos representativos dos secretários estaduais e municipais de saúde – Conass e Conasems – até a efetiva implantação do SUS, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8080, de 1990, assegurando a atenção à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Resultado do longo processo de mudanças desenvolvido sobretudo nas três últimas décadas, o SUS rompeu definitivamente com a lógica remanescente desde a década de 1930 de seletividade para assistência à saúde.

Nesse mesmo período o problema do financiamento da assistência volta a ser questionado, uma vez que a assistência médica deixava de ser considerada mais um benefício da Previdência Social, organizada e controlada pelo Ministério da Previdência Social, passando para a esfera política e administrativa do Ministério da Saúde.

Embora tenha havido, por parte dos formuladores de políticas de saúde, a preocupação de criar novas fontes de financiamento para a assistência à saúde (mediante contribuições como o Cofins), não se esperava, ao menos em curto prazo, a retirada total dos recursos originários da Previdência Social. Essa nova crise de financiamento da assistência à saúde assumiu um caráter ainda mais grave do que o das antecedentes, tendo os mecanismos alternativos criados contribuído apenas para minimizá-la, incluindo-se a CPMF, que não foi utilizada para o fim previsto.

Os serviços de saúde deveriam, então, ser custeados pelas três esferas de governo, o que a prática demonstra não estar acontecendo da maneira esperada, uma vez que não foi significativo o aumento do volume de recursos provenientes dos governos estaduais e municipais, que mantiveram a mesma contribuição, originária primariamente da arrecadação de seus impostos destinados à rubrica “saúde”.

O serviço privado dito complementar, com fiscalização e definição de prioridades contando com a participação da comunidade por intermédio dos conselhos de saúde, é ainda financiado por recursos públicos, mediante, por exemplo, mecanismos de renúncia fiscal.

Assim, o SUS – que deveria representar um novo pacto social, um novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial, tendo como princípios fundamentais a universalização, a equidade e a integralidade das ações – vem enfrentando toda sorte de resistências de um setor que cresceu e se dinamizou à custa de subsídios

estatais e fraude. Uma nova cultura se impõe, mas os obstáculos a seu desenvolvimento não são poucos, como veremos a seguir.

I.2 – Alguns aspectos da legislação do SUS

Apesar de todas as mudanças formalizadas na Constituição de 1988, observamos que, diferente dos objetivos propostos na agenda reformista dos anos 80, o setor saúde no Brasil vem constituindo-se, em um sistema marcado pelo fortalecimento e autonomia da assistência privada de saúde, com poucas medidas regulatórias por parte do setor público. Só com a Lei nº 9.656, de setembro de 1998 (Brasil, 1998), criam-se normas para regulamentação dos planos de saúde.

Com a promulgação da carta constitucional de 1988 ficaram definidas as diretrizes para implantação do sistema. No entanto, muitos dos objetivos previstos ficaram dependendo de mudanças e estratégias políticas e institucionais que só poderiam ocorrer em longo prazo. Além disso, havia também a necessidade de maiores volumes de recursos financeiros para efetivação das mudanças previstas. Foram promulgadas algumas leis complementares para esse fim.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), regulamenta o sistema em todos níveis e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Reafirma o direito à saúde como um bem público, considerando os fatores sociais condicionantes e determinantes das condições de saúde; segundo suas disposições, cabe ao Estado o dever de garantir esse direito.

Estabelece também critérios para o repasse de recursos aos estados e municípios com base, entre outros fatores, no perfil demográfico e epidemiológico da população e nas características qualitativas e quantitativas da rede de saúde. Em relação à iniciativa privada, afirma ser livre a prestação de serviços privados de saúde no Brasil. No entanto, a participação da iniciativa privada no SUS só poderá ocorrer em caráter complementar.

Essa lei refere-se igualmente aos princípios e diretrizes do SUS, definindo como tais a universalização do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a promoção de assistência integral nos serviços de saúde.

Conforme descrito, na Constituição Federal Brasileira de 1988, a integralidade das ações de saúde constitui um dos princípios fundamentais de organização do sistema, significando o direito da assistência à saúde em todos os níveis. A assistência integral pode ser 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”. (Brasil, 1988).

A Lei n ° 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde, criando, assim, as instâncias colegiadas do SUS: os conselhos e as conferências de saúde, conferindo *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (Brasil, 1990).

A Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, as leis complementares significaram importante avanço político, no sentido de ampliação de direitos sociais a toda a população brasileira. No entanto, a reação de diversos setores da sociedade interessados na manutenção de direitos particulares ligados à assistência à saúde promoveu vetos significativos, que afetaram a viabilidade dessa proposta – sobretudo em relação ao financiamento das ações. Algumas medidas posteriores, como as normas operacionais, representaram estratégias para adequação à realidade do SUS.

No decorrer da última década essas leis foram operacionalizadas por diversas portarias do Ministério da Saúde, principalmente as Normas Operacionais Básicas – NOBs (Brasil, 1991, 1993, 1996) e a Norma Operacional da Assistência – Noas/ 2001 (Brasil, 2001). Essas medidas possibilitaram avanços na descentralização das ações do nível federal aos municípios e na organização do sistema. As Normas Operacionais são um conjunto de

medidas que visam à operacionalização do SUS. Entre as principais medidas implementadas estão:

– Na NOB/91, a operacionalização das leis nº 8.080/90 e 8.074/90 e a instituição do convênio entre União, estados e municípios, instaurando um mecanismo de repasses de recursos financeiros aos municípios habilitados. Essa NOB ainda contou com baixa adesão por parte dos municípios e promoveu poucas mudanças efetivas no funcionamento dos serviços.(Brasil, 1991).

– Na NOB SUS/93 – instituída com base no documento elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde intitulado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” –, mecanismo para o repasse aos municípios dos recursos financeiros a serem investidos na assistência e na promoção da saúde. Esse mecanismo estaria determinado pela forma de gestão à qual o município estivesse habilitado: incipiente, parcial ou semiplena, tal como então definido.

Essa NOB institucionaliza também as Comissões Intergestoras Tripartites – CIT, com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems, bem como as Comissões Intergestoras Bipartites – CIB, compostas por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conasems. Essas comissões são paritárias e têm por objetivo funcionar como instância privilegiada de decisões e negociação no nível federal e nos estados.

Tais medidas ampliaram a participação de diferentes níveis do sistema na tomada de decisões, permitindo que por intermédio das CIBs, os municípios compartilhassem de decisões relativas à alocação de recursos financeiros e de controle e avaliação do SUS, além de terem possibilitado o enquadramento dos municípios em diferentes formas de gestão, contando também com o papel deliberador e fiscalizador dos conselhos de saúde.

No entanto, alguns conflitos de competência são observados entre as comissões e os conselhos de saúde. Segundo o Conasems, as comissões intergestoras dão mais agilidade ao sistema no que se refere às decisões técnicas do SUS. Devido ao caráter intergovernamental, seu e do suporte técnico especializado, proporcionam dinâmica mais ágil do que a dos conselhos de saúde, atuando mais em função das questões técnicas e dos conflitos políticos entre as diferentes instâncias de poder do que da relação direta com órgãos representativos, como sindicatos e associações de moradores.

Em relação às transferências governamentais de recursos, no período em que esteve em funcionamento o Suds, a lógica de transferência para os governos estaduais e municipais era realizado por convênios de acordos de investimentos. A rede de hemocentros no Rio de Janeiro, por exemplo, foi instalada por esse mecanismo na década de 1980.

Com a NOB-91 e a NOB-93 (Brasil, 1991, 1993) foi criado o mecanismo, que persiste até hoje, de pagamento por serviço prestado na assistência hospitalar, tanto na rede privada quanto em alguns hospitais públicos, como também na rede básica e ambulatorial, todos considerados prestadores de serviço de saúde. Essa forma de remuneração perpetuava o repasse de recursos financeiro aos municípios que já possuíam ampla rede de serviços instalada, perpetuando a prestação de serviços naqueles lugares em que historicamente já ocorria algum nível de assistência e dificultando a ampliação da rede em outras regiões com menor cobertura.

A NOB/ 96 (Brasil, 1996) estabeleceu algumas mudanças na forma de repasse entre os governos, tendo como objetivo principal promover e consolidar o papel do município na gestão do sistema de saúde, redefinindo as responsabilidades de estados e União. Essa norma reduziu os níveis de habilitação para dois, tanto nos estados como nos municípios, instituindo também a Programação Pactuada Integrada – PPI, visando favorecer a integração entre os três níveis de governo nas decisões relativas a pisos, tetos, frações e índices. A programação é elaborada e submetida aos respectivos conselhos de saúde, sendo negociada nas comissões intergestoras.

De acordo com o item 11.1.1 da NOB-96 (Brasil, 1996), a PPI envolve atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiologia, e controle de doenças, constituindo instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

“Essa programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais mediadas pelo gestor estadual” (Brasil, 1996).

Instituiu-se também o piso assistencial básico, remuneração baseada na relação *per capita* para cada município, rompendo com a lógica de remuneração por serviços prestados na atenção básica. Também foram implementados outros incentivos financeiros nessas áreas, como o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs. Na atenção hospitalar, porém, o pagamento dos procedimentos permanece por serviços prestados.

Em janeiro de 2001 instituiu-se uma nova portaria, a Norma Operacional da Assistência – Noas (Brasil, 2001), cujo objetivo é promover maior equidade na distribuição dos recursos e acesso a todos os níveis de assistência. É resultado de negociações e discussões nas diferentes instâncias de poder do SUS a respeito do acesso equânime aos diferentes níveis de assistência, em especial aos de maior complexidade. A estratégia prevista consiste na regionalização, como a estratégia fundamental para aprimoramento do sistema.

“A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicações e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e

serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (Brasil, 2001:15).

Assim, podemos observar que as normas operacionais ampliaram a responsabilidade dos municípios na gestão dos recursos da saúde, priorizando a atenção básica na assistência e possibilitando, no aspecto decisório, a democratização na participação das diferentes instâncias de poder do SUS.

Apesar de seus aspectos positivos, as NOBs têm perpetuado a lógica de indução de políticas por meio dos incentivos financeiros, como, por exemplo, o PSF na NOB-96. Quanto à assistência hospitalar, todavia, houve poucas modificações relativas à forma de pagamento dos prestadores, bem como na organização dos serviços prestados. Só mais recentemente, com a Noas/2001 (Brasil, 2001), ressurgiu a discussão do acesso aos níveis de maior complexidade do sistema, passando a ser esse um importante objeto de discussão para mudança do sistema. Outra questão fundamental que só nessa norma passa a ser priorizada é a importância da instância estadual na articulação de estratégias de planejamento e ações regionalizadas.

A universalização do acesso aos serviços de saúde implementada pela Constituição de 1988 significou uma ampliação da cobertura, possibilitando a redistribuição da oferta de serviços de saúde a todos os membros da sociedade. No entanto, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados no sentido de possibilitar melhor distribuição dos recursos a todos os brasileiros, em contexto de poucos investimentos públicos na área social e valorização dos serviços privados enquanto prestadores de serviços de saúde.

Dessa forma, o princípio do SUS de equidade, previsto no texto constitucional, adquire grande importância em diversos estudos, até em documentos de organismos internacionais que propõem medidas de reorganização da assistência pública em países como o Brasil. A discussão sobre o significado desse conceito na distribuição e no uso de cuidados de saúde é, assim, fortalecida. Se a universalização é a supressão de barreiras de

acesso ao sistema de saúde por garantias legais, para Levcovitz, a equidade pode ser assim entendida:

“O princípio de equidade qualifica o direito – ausência de barreiras de acesso – no sentido de discriminação positiva: a cada um de acordo com suas necessidades. A equidade se traduz numa tendência, primeiro à redução das desigualdades na distribuição dos recursos e, segundo, a uma priorização de sua distribuição com base nos diferenciais de necessidade. Assim com os mesmos direitos, mais recursos para os que têm maiores necessidades” (Levcovitz, 1997:132-133).

I.3 – Acesso aos serviços de saúde no Brasil: equidade e justiça social

O conceito de equidade comporta diferentes concepções, podendo seu significado estar associado tanto ao sentido de condições iguais (inerente a todos os indivíduos) como ao sentido de justiça social (que implica valores relativos a uma melhor distribuição dos recursos disponíveis na sociedade).

A maneira como o homem convive em sociedade e compartilha suas riquezas tem sido preocupação filosófica da humanidade há muitos séculos. Para alguns autores a espécie humana é naturalmente destruidora e competitiva em relação aos demais membros de sua espécie. Já outros enfatizam as relações do homem em sociedade e as formas como eles se organizam e convivem.

Para Thomas Hobbes (autor clássico do século XVII), o “homem é o lobo do próprio homem”, sendo necessário o estabelecimento de acordo, por meio de um contrato para frear os lobos, o egoísmo e a destruição. Para Hobbes, como para a maior parte dos autores de antes do século XVIII, os homens possuem uma natureza imutável – natural.

“Pois a natureza dos homens é tal que embora sejam capazes de reconhecer em muitos outros maior inteligência, maior eloquência ou maior saber, dificilmente acreditam que haja muitos tão sábios como eles próprios; porque vêem sua própria sabedoria bem de perto, e a dos outros homens a distância. Mas isto prova que os homens são iguais quanto a esse ponto, e não que sejam desiguais, pois geralmente não há

sinal mais claro de uma distribuição eqüitativa de alguma coisa do que o fato de todos estarem contentes com a parte que lhes coube”. (Hobbes, *apud* Weffort, 1995:55)

Ao discutir a concepção de diferentes autores sobre o Estado moderno, Gruppi (1985) refere-se à concepção liberal do estado de direito, em que os direitos seriam garantidos por lei.

“A soberania do povo deve ser delimitada por algumas leis que estão acima dela e são invioláveis, indiscutíveis: o direito de propriedade, a liberdades de palavras, de expressão, de reunião, de associação. Liberdade que na prática, são gozadas apenas por quem tiver recursos suficientes para usufruir delas” (Gruppi, 1985:17).

Após a experiência da Revolução Francesa, o liberalismo começa a ser o ideal em que toda a Europa se inspira. Destacam-se nesse período duas concepções: a liberal, que defende a correlação entre propriedade e liberdade, ressaltando a liberdade como decorrência das diferenças, e a democrática, segundo a qual a liberdade se baseia na igualdade, essencialmente a igualdade jurídica.

Com Karl Marx, no século XIX, surge uma análise da sociedade sob outra perspectiva. Segundo Fromm (1979), aquele autor afirma que o homem possui uma essência que o relaciona a sua própria existência, sendo o trabalho a atividade produtiva capaz de alterar a realidade. O trabalhador, no entanto, encontra-se alienado desse processo, estando submetido a uma relação de dominação de classe pelos proprietários dos meios de produção.

“O potencial do homem, para Marx, é um potencial dado; o homem é, por assim dizer, a matéria-prima humana que, como tal, não pode ser modificada, tal como a estrutura do cérebro tem permanecido a mesma desde a aurora da história. Contudo, o homem de fato muda no decurso da história: ele se desenvolve, se transforma, é o produto da história, assim como ele faz a história, ele é seu próprio produto” (Fromm, 1979:35).

Por outro lado, na democracia burguesa todos seriam declarados iguais diante da lei, pois, em termos jurídicos, os direitos de cada cidadão são iguais aos de todos os demais. No entanto, essa igualdade, segundo Marx, é, na verdade, uma abstração. O cidadão é uma

hipótese jurídica, uma forma jurídica. O poder público, no verdadeiro sentido da expressão, é o poder organizado de uma classe para oprimir outra.

De acordo com a concepção liberal, os homens seriam considerados livres, sendo a condição de igualdade essencial para o bom funcionamento do mercado. Sob esse ponto de vista, todos teriam as mesmas condições de alcançar a satisfação de suas necessidades, sendo a igualdade uma garantia instituída por meio de leis. Dessa forma surge o conceito de cidadania que, no entanto, contém uma contradição: o direito instituído legalmente não garante a possibilidade real de que essas necessidades sejam satisfeitas. Segundo Marshall,

“A cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de uma cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual a aspiração pode ser dirigida” (Marshall, 1967:76).

Dessa forma, haveria uma concepção ideal de cidadania e uma realidade na qual convivem grandes desigualdades na satisfação de necessidades. A cidadania serviria, assim, para minimizar as desigualdades decorrentes do sistema capitalista. Segundo Gerschman, a equidade estaria embutida na idéia de cidadania; no entanto, sob outra perspectiva.

“A equidade pode ser compreendida embutida na idéia de cidadania, não como princípio, mas como o resultado das lutas sociais que transformaram a idéia de cidadania na obtenção de direitos concretos da população” Gerschman (1995:32).

Para a autora equidade seria a maneira pela qual as sociedades democráticas capitalistas traduziram politicamente as desigualdades sociais, distribuindo suas riquezas e promovendo o bem-estar social. A equidade e a justiça social seriam, portanto, as duas faces da mesma moeda. A equidade é uma condição de cidadania, enquanto a justiça social diz respeito à incorporação da equidade em um novo código moral e ético nas democracias modernas.

Como podemos ver, no decorrer dos tempos a questão da igualdade e da justiça social tem sido objeto de diferentes concepções que envolvem o significado da existência humana e da organização da sociedade, no que concerne à distribuição de bens e a sua estrutura política e social. A partir de uma discussão filosófica mais atual, Rawls constrói um conceito de justiça como equidade, enfocando as diferenças de valores entre os indivíduos, e afirma que ela é uma teoria dos sentimentos morais.

“Pois, se os homens avaliam os princípios finais de maneira diferente, como se presume que façam com frequência, as suas concepções de justiça são diferentes” Rawls (1992:45).

I.3.1 – Equidade em saúde

A questão da equidade passou a ser um princípio norteador do sistema de saúde brasileiro após a carta constitucional de 1988. Seu conceito, porém, é objeto de discussão há muitos anos e a define, geralmente, a partir de seu oposto, as iniquidades, que se referem às diferenças desnecessárias e evitáveis a que estariam expostos os indivíduos, conforme a análise que se segue.

“A maior parte das diferenças em saúde são socialmente determinadas. Pobreza, desemprego, habitação inadequada, condições de trabalho estressantes e perigosas, suprimento alimentar escasso, suporte social e educativo deficiente, poluição do ar e da água, determinam diferenças de saúde entre grupos sociais” (Dahlgren et Whitehead, 1992, *apud* Giovanella, 1996:16).

Dessa forma, a justificativa ética para uma melhor distribuição dos recursos em saúde estaria na superação das iniquidades. O acesso aos cuidados de saúde também seria um fator determinante dessas diferenças. Segundo pesquisa realizada sobre a equidade dos serviços de saúde no SUS, as probabilidades de adoecer diminuem com o aumento da renda, enquanto o acesso aos serviços é mais difícil para a população mais pobre.

“A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde e dos indivíduos. Por outro lado, as escolhas individuais

também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas inversamente por indução da oferta; existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades (...), os diversos mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem com que os recursos sejam distribuídos inversamente às necessidades" (Travassos, 1999:134).

A discussão sobre o acesso é fundamental para a compreensão da organização dos serviços de saúde e uma possível diminuição das iniquidades. Para Giovanella e Fleury, esse conceito seria uma categoria central de análise da inter-relação entre os usuários e os serviços, contribuindo para a compreensão de como o direito à saúde se expressa no cotidiano das pessoas.

“Em resumo ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (Giovanella e Fleury, 1995: 196).

No Brasil, o acesso universal ao sistema foi instituído na última década por mecanismos legais que garantiram o acesso de toda a população à assistência à saúde, independente de contribuição para a previdência. No entanto, o que caracteriza o momento atual do sistema de saúde brasileiro é o dilema em torno dos escassos recursos públicos aliados ao aumento dos custos dos equipamentos médicos e dos medicamentos. Assim, em uma conjuntura extremamente desfavorável, resta definir de que maneira distribuir esses recursos.

A partir de uma análise feita no início da implantação do SUS, Faveret (1990) discute o fato de que o sistema de saúde público brasileiro vir-se organizando de maneira excludente, alijando a classe média do sistema, processo que denominou "universalização excludente", ou seja, por mecanismos de racionamento, a camada média da população

estaria sendo "expulsa" do serviço público, promovendo uma acomodação do sistema, e assim, evitando sua explosão devido a excesso de demanda.

"Se o desenvolvimento dos esquemas privados tem sido de certa maneira funcional ao processo de universalização, ao mesmo tempo ele o fragiliza por retirar da esfera do setor público, justamente os segmentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas (...) cresce o risco de uma perpetuação do circuito má qualidade – expulsão de setores organizados – baixa atividade reivindicatória – má qualidade" (Faveret, 1990:140).

Ainda segundo esse autor, embora a reforma sanitária brasileira tenha sido baseada no modelo inglês de universalização com predomínio do setor público, o sistema de saúde no Brasil estaria caminhando para um modelo semelhante ao americano, com predominância da assistência privada e políticas compensatórias para a população mais carente. Para Viana (1998) há uma certa americanização (perversa) do sistema de saúde brasileiro, com total desregulação das relações público/privado, tanto nos mecanismos de regulação para a rede conveniada ao SUS – pelo controle efetivo da qualidade dos serviços e dos mecanismos de pagamento – como do chamado setor suplementar.

O setor suplementar, no entanto, não funciona de maneira tão independente dos recursos públicos, pois os custos com a assistência suplementar são repassados pelas empresas aos produtos, além de os contribuintes individuais deduzirem as despesas com saúde na declaração do imposto de renda, configurando, assim, um subsídio mediante a renúncia fiscal. Além disso, grande parte da população que utiliza plano de saúde precisa recorrer aos serviços do SUS para atendimentos de alta complexidade e de emergência, devido à baixa cobertura de muitos planos de saúde e às restrições ao consumo, além do reconhecimento da condição de excelência de algumas unidades de saúde pública.

Sabemos que o país comporta imensas desigualdades sociais, que se refletem também na distribuição dos recursos de saúde; nos riscos de adoecer e morrer que corre a população, além de diferenças no consumo desses serviços. Essas desigualdades se expressam tanto entre as diversas regiões do país como nas condições sociais existentes

entre os diferentes segmentos populacionais, afetando a distribuição e o consumo dos serviços de uma maneira discriminatória e seletiva.

Assim, ao analisarmos a distribuição dos serviços de saúde no Brasil, podemos observar grandes diferenças regionais, com concentração de oferta em algumas regiões. Essas diferenças estão presentes nos vários tipos de serviços prestados, com maiores desigualdades nos serviços mais especializados. A desigualdade na oferta de serviços afeta de forma contundente a integralidade das ações previstas no SUS.

¹ Nesse período começa a haver maior participação de trabalhadores organizados, reivindicando melhores condições de trabalho. Essa participação ocorre em um contexto em que as condições de trabalho ainda eram muito precárias em todos os setores da produção, „nele incluindo o incipiente setor industrial. Os direitos trabalhistas inexistiam, e questões como acidentes de trabalho eram considerados riscos inerentes ao próprio trabalho. Só em 1919, em resposta à reivindicação dos trabalhadores, é promulgada uma lei criando algum nível – embora modesto – de responsabilização do empregador sobre os acidentes. “Daí que os processos sobre acidentes de trabalho permanecem, até 1924, na esfera dos conflitos privados, a rigor policiais, devendo o acidentado solicitar abertura de inquérito policial, dando início ao processo judicial que terminaria por definir a procedência da demanda e a compulsoriedade ou não da indenização” (Santos, 1979:23).

² Nessa conjuntura agrava-se a crise capitalista internacional e pioram as condições de vida para os trabalhadores. No Brasil, no contexto de ruptura de hegemonia da elite oligárquica e fortalecimento da burguesia industrial, crescem as exigências do processo de industrialização – até mesmo para sua própria manutenção–, sendo adotados mecanismos para garantia da manutenção da mão-de-obra. São efetivadas, assim, algumas medidas sociais destinadas aos trabalhadores urbanos, com intenso atrelamento dos sindicatos ao governo federal.

³ No período de 1968 a 1974 ocorre o que se costuma denominar “milagre brasileiro”, caracterizado pelo rápido crescimento econômico com elevada taxa de produtividade, favorecendo os trabalhadores especializados e alguns setores privilegiados da economia, em detrimento dos baixos salários da maior parte da população.

Capítulo II – Perfil da Rede de Assistência à Saúde no Brasil

Com o objetivo de demonstrar o perfil da rede de assistência à saúde no Brasil e as mudanças ocorridas nos últimos anos, apresentaremos neste capítulo alguns dados que possibilitem visualizar a atual oferta de serviços relativos à atenção ambulatorial e hospitalar no SUS, especificando os diferentes prestadores de serviço nessas áreas e os diferentes níveis de complexidade do sistema na atualidade.

Assim, faremos a descrição da oferta de serviços nas diferentes regiões, a fim de esboçar panorama mais abrangente da situação do país. A seguir, faremos uma breve apresentação dos dados relativos ao Rio de Janeiro – estado em que se localiza o município no qual desenvolvemos o estudo – para posteriormente traçar o perfil do município em questão, cujo nome não divulgaremos, a fim de não comprometer o anonimato dos entrevistados.

II. 1 – Rede de assistência no SUS – Brasil e grandes regiões

II. 1.1 – Rede ambulatorial

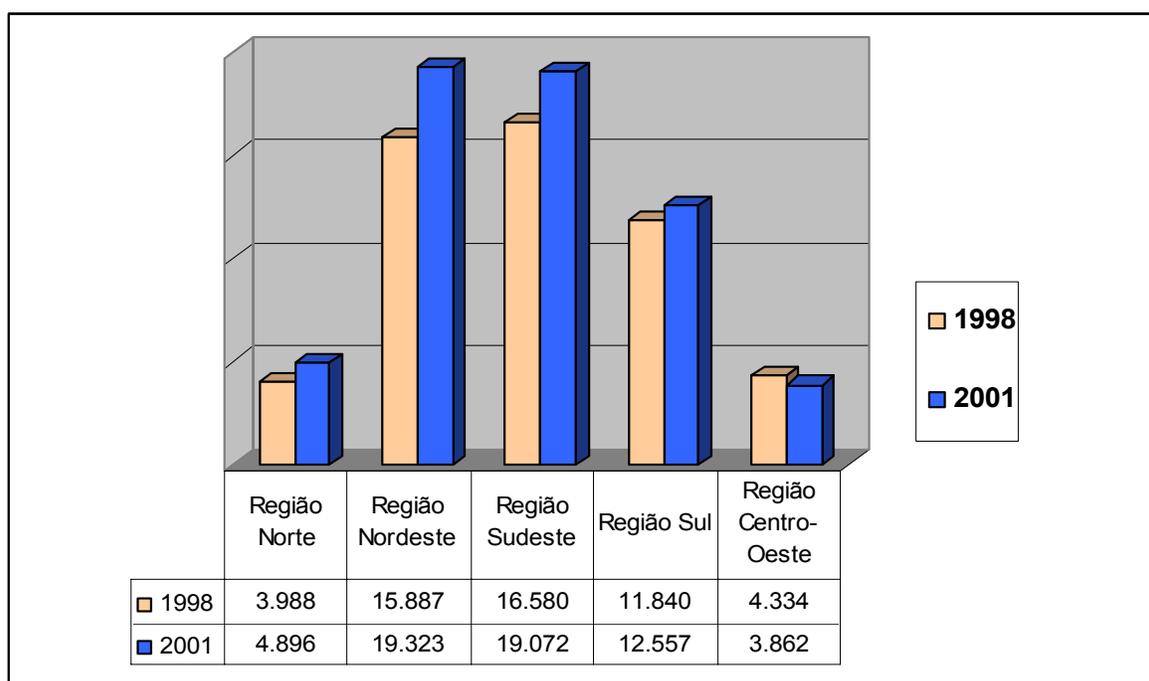
A assistência pública ambulatorial tem crescido significativamente nos últimos anos no Brasil, em especial a atenção básica, que tem sido considerada relevante estratégia para a reordenação do sistema, desde a época das Ações Integradas de Saúde – ainda na década de 1980 – até os dias de hoje, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Criado em 1991, o Pacs foi incorporado ao PSF a partir de 1994. Com a formulação da NOB-96, o Ministério da Saúde passa a fornecer incentivo financeiro a esses programas. No entanto, é a partir de 1998, com a efetiva habilitação dos municípios nas formas de gestão definidas nessa NOB, que se verifica um aumento mais significativo na implantação desses programas em diferentes regiões do país. O PSF teve sua capacidade ampliada de 1.664 unidades, em dezembro de 1998, para 10.910, em dezembro de 2001. Além das Unidades de Saúde da Família, outros tipos de unidades também compõem a rede

ambulatorial do SUS,¹ sendo incluída nessa modalidade uma diversidade de serviços, que envolve unidades básicas de saúde, serviços especializados e serviços de alta complexidade.

Conforme podemos observar no Gráfico 1, no período entre 1998 e 2001 houve aumento do número de unidades ambulatoriais em quase todo o país. Na Região Nordeste verifica-se significativo crescimento de unidades ambulatoriais, passando a região a ocupar, em 2001, o primeiro lugar em número de unidades (32,4%), superando até a Região Sudeste (a mais populosa do país). Nesta última ainda se concentra boa parte da oferta (31,9%), assim como na Região Sul (21%). Na Região Centro-Oeste observa-se uma pequena redução do número de unidades ambulatoriais no período analisado, com um percentual relativo a apenas 6,5% do total. Na Região Norte esse número corresponde a 8,2%.

Gráfico 1 – Distribuição das unidades ambulatoriais do SUS, por região, em agosto de 1998 e Agosto de 2001



Fonte: SIA/SUS – Datasus

O atendimento de urgência/emergência também é computado no sistema de informações do Datasus como produção ambulatorial, mesmo que esses procedimentos

sejam realizado em serviços gerais ou especializados, de pronto atendimento, em unidades hospitalares ou unidades mistas.

A maior parte dos serviços ambulatoriais – principalmente os da atenção básica – concentra-se na esfera pública municipal. Os postos e centros de saúde representavam, em agosto de 2001, uma grande parcela da rede (42,3%), enquanto as Unidades de Saúde da Família somavam, nesse mesmo período, 9.355 estabelecimentos, correspondendo a aproximadamente 16 % do total de unidades ambulatoriais no país.

Por outro lado, o setor privado, incluindo os prestadores filantrópicos, sindicais e universitários privados, possuía, em agosto de 2001, o total de 22,6% das unidades ambulatoriais, concentradas principalmente na oferta de serviços especializados e de alta complexidade. A rede pública própria compreende 77,4% do total de unidades, configurando-se, dessa forma, na maior parte dos serviços ambulatoriais do SUS, principalmente na atenção básica.

Uma parcela significativa das unidades do SUS que prestam serviços especializados e de alta complexidade é composta por prestadores privados contratados, concentrada em sua maioria nos grandes centros urbanos. Essa distribuição de serviços resulta da expansão da rede ocorrida em décadas passadas, quando a contratação de serviços pelo setor público esteve fortemente associada aos interesses desses prestadores, conforme observa Levcovitz:

“A organização da rede regionalizada e hierarquizada de unidades requer a superação da prática do “credenciamento” de serviços privados e da construção de unidades públicas sem análise do perfil da oferta preexistente cotejado com a demanda de ações estimadas. Os momentos de grande expansão da oferta de serviços produziram um conjunto de unidades assistenciais cuja oferta é desordenada e superposta e as relações entre os serviços são frágeis e eventuais, distanciando-o completamente da noção de rede articulada e integrada” (Levcovitz, 1997: 260).

Conforme veremos a seguir, a rede de atenção hospitalar expressa de maneira mais evidente essa tendência.

II. 1.2 – Rede hospitalar

A assistência hospitalar no SUS em 2001 é constituída por unidades públicas (próprias, federais, federais com verba própria, estaduais e municipais); privadas (contratadas, filantrópicas e de sindicatos) e universitárias (de ensino e de pesquisa). Em todo o território nacional a internação nessas unidades pode ser: eletiva; por urgência emergência ou causas externas, mas sempre mediante instrumento de autorização e controle, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH. No período de 1981 a 1984, o sistema utilizado era a Guia de Internação Hospitalar – GIH, com exceção do Estado do Paraná, onde a AIH vigora desde 1981.

Os recursos correspondentes a AIHs são repassados pelo governo federal, podendo ser complementados pelos outros níveis de poder. "O pagamento dessa rede de serviços é efetuado pelos gestores estaduais e/ou municipais, utilizando-se dos recursos a eles alocados pelo gestor federal, no teto financeiro. Esses recursos podem ser complementados por outros de seu próprio orçamento, oriundos da arrecadação de impostos em seu nível de governo" (MS, 2000). Os dados relativos à distribuição de estabelecimentos, leitos e internações nos possibilitam conhecer as características da oferta de serviços no país e as mudanças ocorridas na última década no setor.

Estabelecimentos de saúde

A rede hospitalar do SUS é em sua maioria pertencente a prestadores privados, divididos entre hospitais filantrópicos, contratados e conveniados. A segunda maior oferta de serviços é de hospitais da rede pública, seguidos dos universitários, que apresentaram um aumento significativo na última década.

A proporção de leitos privados no sistema de saúde brasileiro é consequência de políticas anteriores, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, quando houve uma expansão desse tipo de serviço com subsídio do poder público. Assim, muitos estabelecimentos foram criados obedecendo a interesses de empresários do setor, sem que

houvesse um planejamento levando em conta as necessidades epidemiológicas e de demanda da população a ser atendida. Conforme analisa Castelar:

“A evolução da rede hospitalar brasileira foi muito mais influenciada por necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou por interesses de grupo, do que em função de uma política de saúde de caráter nacional. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços” (Castelar, 1995:42).

A Tabela 1, a seguir, demonstra a distribuição dos estabelecimentos de saúde nas diferentes regiões do país e a natureza desses serviços. No Brasil, existiam em agosto de 2001, 6.517 hospitais vinculados ao SUS, a maioria situada nas regiões Nordeste (34,2%), Sudeste (29,2%) e Sul (17,4%), e uma pequena quantidade nas regiões Norte e Centro-Oeste. Esses números, no entanto, não significam que a distribuição do número de leitos seja proporcional, conforme veremos posteriormente.

Em relação à natureza dos serviços, os hospitais privados correspondem a 62,1% das unidades hospitalares do SUS, os públicos, a 35,6%, e os universitários, a apenas 2,3% do total.

Tabela 1 – Rede hospitalar do SUS por região, segundo o regime – agosto de 2001

Regiões	Público	Privado	Universitário	Total
Região Nordeste	1.107	1.080	41	2.228
Região Sudeste	473	1.369	58	1.900
Região Sul	176	920	37	1.133
Região C. Oeste	244	491	10	745
Região Norte	320	187	4	511
TOTAL	2.320	4.047	150	6.517

Fonte: SIH/SUS – Datasus

Leitos hospitalares

A observação do número de leitos contribui para compreendermos melhor o perfil da rede, possibilitando visualizar o nível de ocupação dos estabelecimentos públicos e

privados em todo o país. Segundo dados do Cosems, “a oferta de leitos para internação é maior em estabelecimentos do setor privado, que oferecem 2,8 leitos por mil habitantes, o que significa oferta três vezes maior que a do setor público, esta de apenas 0,9 leito para mil habitantes, sendo que as regiões Norte (com 2,3 leitos por mil habitantes) e Nordeste (com 3,1) oferecem menos leitos a sua população que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, cuja oferta excede 4 leitos por mil habitantes” (Cosems, 1997).

Tabela 2 – Brasil – Total de leitos por região segundo o regime – agosto de 2001

Regiões	Público	Privado	Universitário	Total
Região Sudeste	59.073	136.681	17.878	213.632
Região Nordeste	42.179	79.756	9.793	131.728
Região Sul	7.842	58.279	10.297	76.418
Região C. Oeste.	9.300	26.833	3.600	39.733
Região Norte	12.857	11.641	894	25.392
Total	131.251	313.190	42.462	486.903

Fonte: Datasus

Esses dados evidenciam as características citadas referentes à predominância da oferta de leitos privados na assistência hospitalar no Brasil. No Nordeste os leitos privados somam 60,5% do total, enquanto os estabelecimentos públicos oferecem apenas 32%. No Sudeste o setor privado detém 64% dos leitos, o setor público, 27,7%, e o setor universitário, 8,4%.

Nas outras regiões essa proporção, de modo geral, também se reproduz. Na Região Sul, os leitos privados correspondem a 76,3% da oferta, os universitários a 13,5%, o setor público oferece apenas 10,3% dos leitos. Na Região Centro-Oeste, o setor privado detém 67,5% dos leitos, o setor público, 23,4%, e os estabelecimentos universitários, 9,1%. Apenas na Região Norte essa situação se inverte, o setor público predominando (50,6%), seguido do setor privado (45,8%) e do universitário, com apenas 3,5% dos leitos.

Segundo o Ministério da Saúde a redução do número de leitos verificadas em algumas regiões se justifica pelo fato de a relação leito/habitante estar condizente com a tendência mundial de incentivo às práticas ambulatoriais de assistência. “A relação leito/hab. caiu de 3,24 em 1995, para 2,99 em 1999. Essa variação é verificada na maioria dos

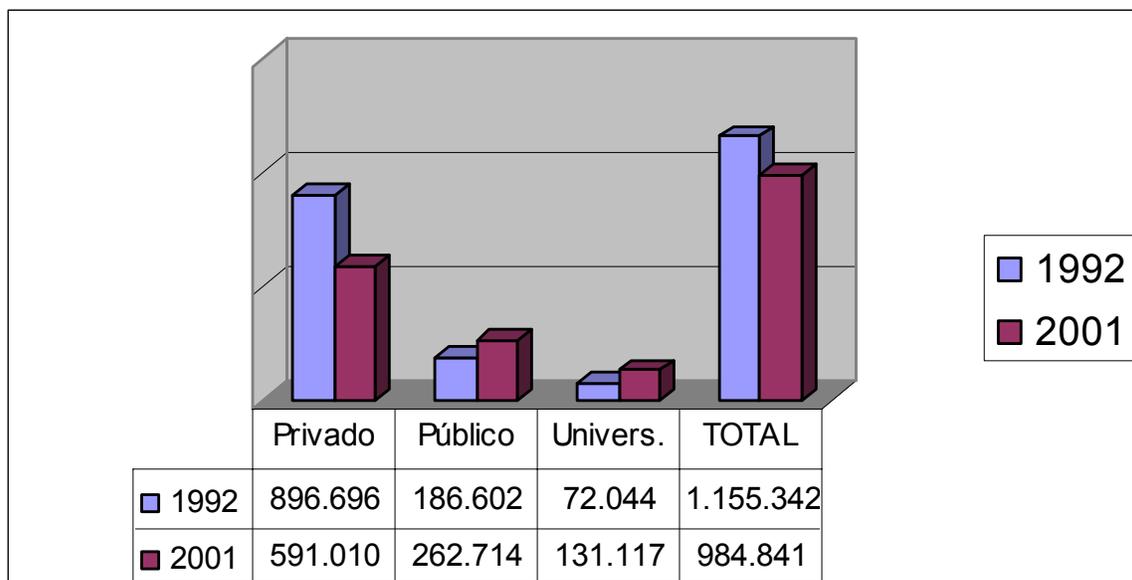
estados, sendo exceção algumas regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, onde houve expansão da cobertura” (MS, 2000:20). No entanto, se comparamos o número de leitos *per capita* de diversos países, verificamos que os índices brasileiros são menores do que os de muitos deles, o que pode significar déficit na oferta desse serviço.

Internações hospitalares

O número de internações é outro dado relevante na análise do perfil do sistema de atenção hospitalar. Os dados do início da década de 1990 com a implantação do SUS, comparados aos de 2001 demonstram algumas mudanças significativas.

Conforme os dados do Gráfico 3, houve redução do número de internações no setor privado, com aumento significativo de internações tanto no regime públicos quanto no universitário, que quase dobrou sua participação no total de internações. Dessa forma, podemos observar presença mais intensa do setor público em relação ao número de internações na última década, embora o setor privado contratado tenha mantido sua condição de prestador majoritário na assistência hospitalar do SUS.

Gráfico 2 – Brasil – Internações por regime – janeiro de 1992 e janeiro de 2001



Fonte: Datasus

Fato importante a se destacar nesse período foi o maior controle ocorrido em relação às internações fraudulentas e desnecessárias, principalmente na área da psiquiatria, resultado da mobilização de diferentes segmentos da sociedade civil na construção de alternativas assistenciais, conseguindo reverter em várias partes do país a característica predominantemente hospitalar existente até então.

A redução de internações deve estar acompanhada de estratégias eficientes para responder aos problemas de saúde apresentados pelo usuário. Em relação aos serviços psiquiátricos, as internações hospitalares têm sido progressivamente substituídas por medidas alternativas, como os Centros de Atenção Psicossocial – Caps, determinando mudanças baseadas em estudos que constataam o efeito iatrogênico das internações nessa área. Alguns municípios vêm desenvolvendo estratégias alternativas à internação hospitalar, relacionadas sobretudo ao PSF, como a internação domiciliar, por exemplo. No entanto, consideramos que a internação hospitalar seja necessária em alguns casos, não podendo sua importância ser menosprezada na oferta de serviços de saúde.

II. 2 – Perfil da rede de assistência no Rio de Janeiro

Conforme vimos no Capítulo I, o Estado do Rio de Janeiro, por ter sido a antiga capital do país, possui algumas especificidades em relação à organização da rede de assistência à saúde pública, com ampla oferta de serviços. Não nos restringiremos, no entanto, ao perfil de sua capital, mas estenderemos nossa discussão a outras regiões do estado, a fim de oferecer subsídios para o entendimento da oferta de serviços no município analisado e da integração da rede no estado.

O Estado do Rio de Janeiro contava em 2000 com população de 14. 391.282 habitantes, segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística – IBGE. O estado apresenta distribuição desigual em relação à ocupação territorial, com grande concentração na Região Metropolitana. Ainda de acordo com o IBGE, a distribuição populacional é estimada pelas regionais de saúde em 10.608.603 residentes na Região Metropolitana, organizados em 19 municípios, correspondendo a 75%

da população total do estado. Assim, como em todo o país, há no Rio de Janeiro grandes desigualdades sociais, que afetam a obtenção de renda e o consumo de bens e serviços por parte da população.

Em relação à oferta de serviços de saúde, o perfil da rede na capital perpetua até hoje influências do período em que era Distrito Federal, quando houve grande movimentação de recursos públicos que possibilitaram a construção de vários estabelecimentos de saúde, principalmente hospitais. Alguns municípios vizinhos também sofreram essa influência. No entanto, a maior parte das cidades que formam hoje a região metropolitana do Rio de Janeiro pertencia não ao Estado da Guanabara, mas ao Estado do Rio de Janeiro, cuja capital era Niterói.

Assim, algumas cidades herdaram ampla capacidade instalada na área de saúde, incluindo unidades remanescentes dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, posteriormente administrados pelo governo federal, e dos Postos de Assistência Médica – PAMs do período do Inamps, além de hospitais das antigas campanhas custeadas pelo Ministério da Saúde: saúde mental, hanseníase, tuberculose.

Com o advento do Suds, algumas das unidades dos antigos IAPs passaram, em caráter provisório, para a administração estadual, retornando depois à administração federal; com a criação do SUS – sobretudo após a implementação da NOB-96 – é que a maioria dessas unidades passou efetivamente à gestão municipal. Por questões políticas, na cidade do Rio de Janeiro o processo de habilitação do município em gestão plena do sistema demorou a ocorrer, só tendo sido consolidado em 1999, embora, em algumas cidades do estado ainda existam unidades hospitalares estaduais, mesmo em municípios em situação de gestão plena do sistema.

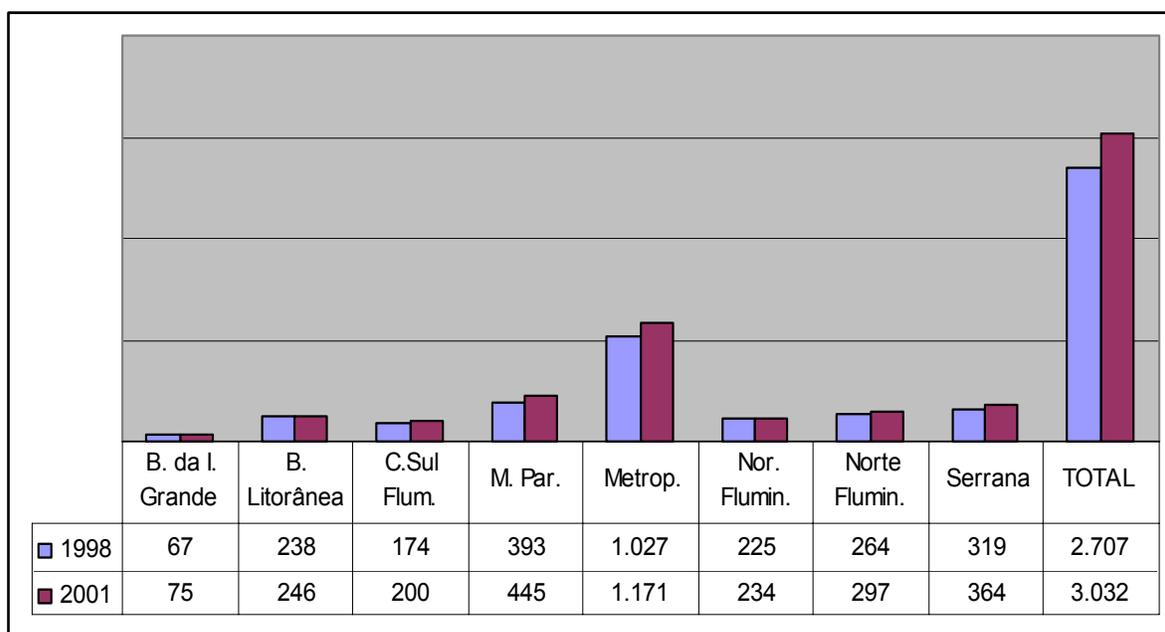
II. 2.1 – Rede ambulatorial do SUS – Rio de Janeiro

Em relação à rede ambulatorial, conforme podemos ver na tabela a seguir, há oferta de serviços em toda a região do estado. Os dados comparativos de 1998 a 2001 demonstram sensível aumento do número de unidades ambulatoriais entre esses dois anos

(12%). Observa-se uma expansão da rede em todas as regiões do estado, especialmente na Região Metropolitana, Região Serrana e Região do Médio Paraíba.

Os números atuais relativos à distribuição dos serviços nas diferentes regiões demonstram que 38,6% das unidades ambulatoriais estão na Região Metropolitana, 14,7% na Região do Médio Paraíba e 12% na Região Serrana. Esses dados apresentam correlação com a distribuição populacional nas diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro, não sendo, no entanto, suficientes para demonstrar possíveis desigualdades na oferta de serviços em cada região e a distribuição nos diferentes níveis de complexidade da rede ambulatorial.

Gráfico 3 – Distribuição da rede ambulatorial – agosto de 1998 e agosto de 2001



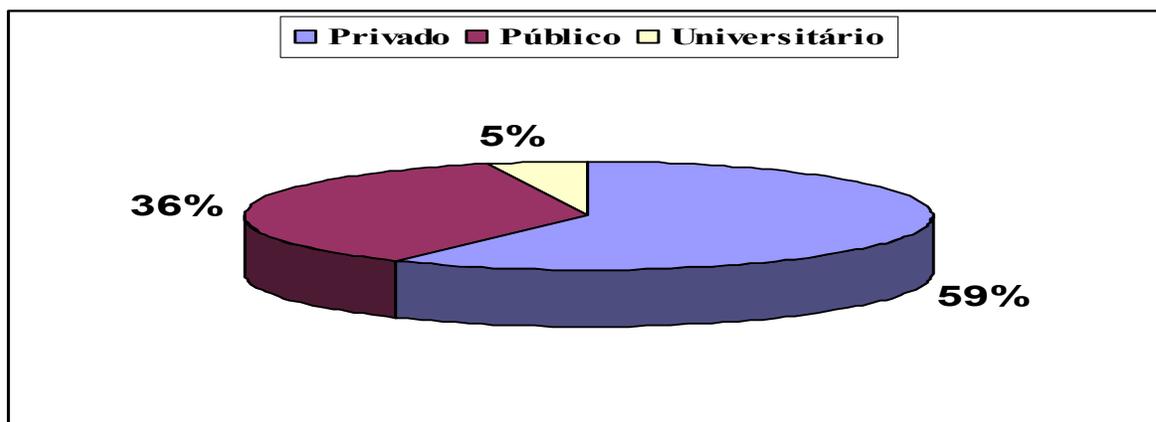
Fonte: Datasus

II. 2.2 – Rede hospitalar do SUS – Rio de Janeiro

Em relação à rede hospitalar, com exceção de alguns municípios, a oferta de serviços no estado segue a mesma lógica de distribuição de outras regiões do país, com a oferta de serviços hospitalares baseada predominantemente na contratação de serviços. A rede privada contratada pelo SUS compreende no Estado do Rio de Janeiro 59% da oferta de serviços hospitalares, sendo o setor público responsável por 36%, e o setor universitário

por apenas 5% do total. Conforme já mencionado, observa-se que, em relação às unidades hospitalares, há grande concentração de oferta na Região Metropolitana, em especial na capital do estado, atingindo, de acordo com os dados do Datasus de dezembro de 2001, 61,4% dos hospitais de todo o estado, seguida da Região Serrana, com 8,2%.

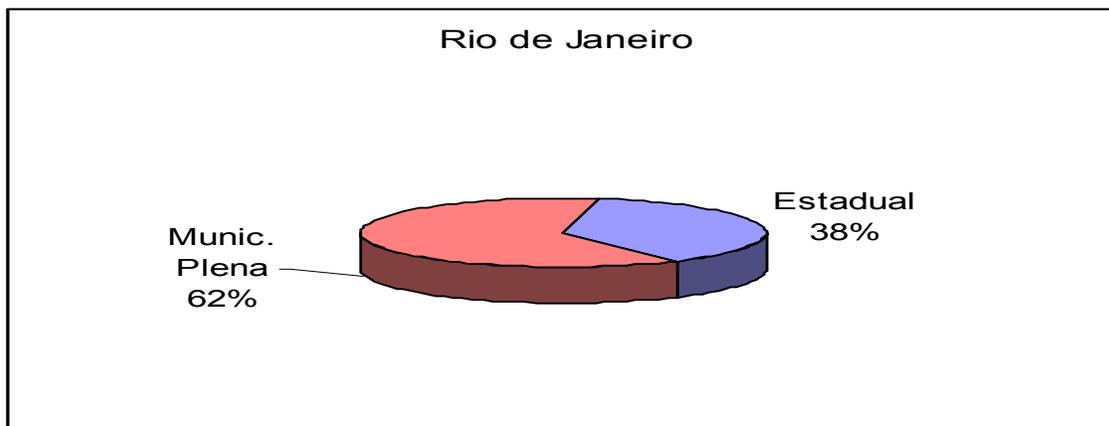
Gráfico 4 – Distribuição das Unidades Hospitalares por natureza do prestador – RJ / agosto de 2001



Fonte: Datasus

Em relação à forma de gestão, muitas unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro ainda estão sob gestão estadual; segundo dados do Datasus, dos 375 hospitais existentes até janeiro de 2002, encontram-se sob gestão estadual em torno de 142 (38%). No entanto, apesar de cidades importantes, como a própria capital – Rio de Janeiro – só recentemente terem sido habilitadas na modalidade de gestão plena do sistema, o processo de municipalização das unidades hospitalares encontra-se avançado, abrangendo 233 unidades (62%).

Gráfico 5 – Distribuição das unidades hospitalares por forma de gestão – RJ, agosto de 2001



Fonte: Datasus

Os números relativos aos leitos demonstram que a distribuição no estado apresenta uma grande concentração da oferta na Região Metropolitana: 69,7% do total estadual.

Observa-se também a supremacia da rede contratada em todas as regionais de saúde. Os leitos privados no SUS - RJ correspondem a 57,4% do total do número de leitos; os do setor público, a 35,1%, e os do setor universitário, a 7,4%.

Tabela 3 – Total de leitos por regime segundo regional de saúde – agosto de 2001

Regional de Saúde	Público	Privado	Universitário	Total
Metropolitana	14.310	17.760	2.816	34.886
Serrana	1.300	2.865	174	4.339
Médio Paraíba	788	1.834	200	2.822
Noroeste Fluminense	107	2.358	0	2.465
Norte Fluminense	364	1.696	352	2.412
Baixada Litorânea	566	1.120	0	1.686
Centro-Sul Fluminense	51	942	182	1.175
Baía da Ilha Grande	104	177	0	281
Total	17.590	28.752	3.724	50.066

Fonte: Datasus

II. 3 – Perfil do município pesquisado

Apresentaremos a seguir alguns dados relativos ao município analisado, que permitem observar algumas questões compatíveis com as análises anteriores, referentes ao perfil da rede de serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil como um todo.

O predomínio da rede contratada em alguns serviços especializados e principalmente na rede hospitalar também se faz presente nesse município. Outro fator característico é a considerável oferta de serviços, que faz com que o mesmo funcione como um pólo de atração para usuários residentes nas cidades vizinhas.

II. 3.1 - Assistência ambulatorial

Tabela 4 – Rede ambulatorial do SUS no município analisado – agosto de 2001

Tipo de Unidade	Privados	Estad.	Municipais	Filantrop.	Universit. Púb.	Sindic.	Total
Posto de Saúde	0	0	3	0	0	0	3
Centro de Saúde	0	1	35	0	0	1	37
Policlínica	0	0	2	0	0	0	2
Amb.Hospitalar. Geral	1	2	0	0	1	0	4
Amb.Hospitalar Especializado	0	3	3	0	0	0	6
Unidade Mista	0	0	1	0	0	0	1
Pronto-Socorro Especializado	0	0	1	0	0	0	1
Consultório	0	0	0	0	0	1	1
Clínica Especializada	11	0	0	0	0	0	11
Centro/Núcleo de A. Psicos.	0	0	1	1	0	0	2
Centro/Núcleo de Reabilitação	0	0	0	4	0	0	4
O. Ser. Aux. de diag. e Terapia	10	0	1	0	0	0	11
Unidade de S da Família	0	0	1	0	0	0	1
Unidade de Vig. Sanitária	0	0	1	0	0	0	1
Unidade não especificada	0	0	0	0	0	3	3
Total	22	6	49	5	1	5	88

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Segundo o cadastro do Datasus, a rede de serviço ambulatorial do município é constituída em sua maior parte por centros de saúde (37), clínicas especializadas (11) e serviços de apoio, diagnose e terapia (11). Além desses serviços há ambulatórios hospitalares no total de 10 unidades.

Os serviços de urgência e emergência são realizados em um pronto-socorro especializado, uma unidade mista e três serviços de pronto atendimento. O município assume a maior parte dos serviços ambulatoriais, tendência que poderá ser comparada no quadro a seguir, em que especificamos os principais procedimentos da atenção ambulatorial por prestadores.

De modo geral, ao compararmos os dados regionais e estaduais, constatamos na atenção ambulatorial o predomínio da rede pública própria, principalmente em relação aos serviços de atenção básica. Por outro lado, a contratação de serviços aos prestadores privados ocorre sobretudo em relação aos serviços de maior complexidade e custo.

Nos procedimentos de atenção básica, o município assume 83,8 % do total, seguido pelo setor universitário público, que responde por 7,5%. Nos procedimentos especializados o município responde por 47,7%, a rede estadual por 17,9% e o setor privado por apenas 4,8% do total. Cabe destacar a ação do setor filantrópico nos serviços de fisioterapia (por sessão), com 83,79% da produção ambulatorial do SUS no município.

Nos procedimentos de alta complexidade, como é o caso da terapia renal substitutiva (hemodiálise), os prestadores privados detiveram 97,3% do total da produção. Em relação à tomografia computadorizada a produção privada foi de 73,1%, enquanto no serviço universitário público foi de 15,3%, e no serviço público estadual, de 11,5%. Quanto à radioterapia, os serviços privados realizaram 100% dos procedimentos do SUS, assim como na medicina nuclear (ver Tabela 4).

Tabela 5 – Produção ambulatorial por tipo de prestador – ano 2001

	Privados	Estad.	Munic.	Filantr.	Univers.	Sindic.	Total
Procedimentos Atenção Básica	19.440	123.914	2.291.749	79.971	206.427	11.330	2.732.831
Ações médicas básicas	19.440	33.033	633.152	420	30.340	7.316	723.701
Proc. b. em vig. sanitária	0	0	370.103	0	0	0	370.103
Ações executadas p/outros prof.nível sup.	0	8.833	77.283	63.847	86.724	0	236.687
Ações b. em odontologia	0	24.260	166.407	12.080	7.458	4.014	214.219
Ações enfermagem/outros de saúde nível médio	0	57.788	1.044.804	3.624	81.905	0	1.188.121

	Priv.	Estad.	Municip.	Filantr.	Univers	Sind.	Total
Procedimentos Especializados	189.333	698.620	1.862.962	548.167	600.982	99	3.900.163
Patologia clínica	71.915	399.641	1.067.448	22.500	299.949	0	1.861.453
Proced.espec.de.médicos e out.nível sup. e médio	20.877	207.921	558.379	106.621	212.467	99	1.106.364
Fisioterapia (por sessão)	57.962	0	9.827	375.755	4.890	0	448.434
Radiodiagnóstico	12.294	45.875	89.527	0	20.983	0	168.679
Diagnose	18.636	7.392	33.349	9.085	33.497	0	101.959
Terapias especializadas (por terapia)	4.441	1.170	25.683	30.831	2.560	0	64.685
Exames ultra-sonográficos	1.390	10.750	14.496	0	11.885	0	38.521
Cirurgias amb. especializadas	1.724	17.562	5.106	72	4.656	0	29.120
Anatomop. E citopatologia	94	0	21.663	0	5.401	0	27.158
Próteses e orteses	0	0	16.845	49	0	0	16.894
Proc. traumato-ortopédicos	0	2.947	10.000	0	594	0	13.541
Alta Complexidade	107.991	528	18.665	0	22.044	0	149.228
Terapia renal substitutiva	64.384	0	0	0	1.782	0	66.166
Hemoterapia	6.978	0	18.665	0	18.967	0	44.610
Radioterapia (Por especificação)	31.077	0	0	0	0	0	31.077
Tomografia computadorizada	3.345	528	0	0	700	0	4.573
Medicina nuclear – <i>in vivo</i>	2.207	0	0	0	0	0	2.207
Quimioterapia – custo mensal	0	0	0	0	595	0	595
Total	316.764	823.062	4.173.376	628.138	829.453	11.429	6.782.222

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

II. 3.2 – Rede hospitalar do SUS no município analisado

Conforme podemos observar na Tabela 6, no período compreendido entre 1995 e 2001, não houve alterações no número de estabelecimentos hospitalares ligados ao SUS, à exceção do acréscimo de um hospital particular em 1997. Assim, como na maior parte das regiões do país, o número de estabelecimentos privados é superior ao de estabelecimentos públicos, embora o de hospitais públicos localizados no município também seja significativo.

Tabela 6 – Município analisado – Rede hospitalar do SUS por regime – agosto de 1995 a agosto de 2001

Regime	1995	1997	1999	2001
Privado	16	16	17	17
Público	9	9	9	9
Universitário	1	1	1	1
Total	26	26	27	27

Fonte: Datasus

Em relação à forma de gestão, existem 23 unidades gerenciadas pelo município, conforme a forma de habilitação de gestão municipal plena da assistência (NOB-96) e quatro unidades de gestão estadual. Antes da implantação do SUS, também havia na cidade unidades federais, que, no entanto, foram submetidas ao processo de municipalização.

Em relação à distribuição de leitos, segundo dados do Datasus, cerca de 58% dos leitos do município pertencem à rede privada contratada, ficando a rede pública com 28%, e o setor universitário com 14% da rede. De acordo com a Tabela 6, podemos observar que, com relação aos leitos das especialidades UTI, cirurgia, obstetrícia e clínica médica, a oferta do setor contratado é muito superior à da rede própria.

Tabela 7 – Município – Número de leitos por especialidade – agosto de 2001

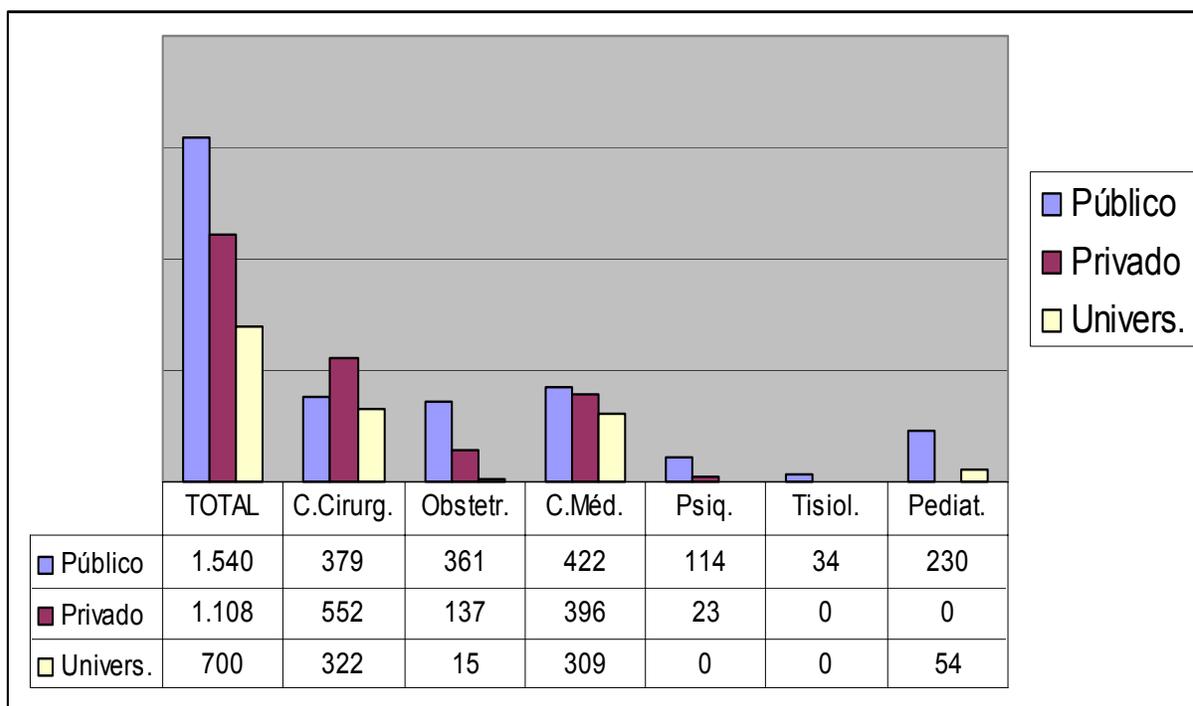
Regime	UTI	Cirúrgica	Obstétrico	Clín.Méd.	Cuid.Prol.	Psiquiat.	Tisiolog.	Total de Leitos
Público	28	214	41	180	25	301	114	957
Privado	51	646	165	680	17	247	0	1.939
Universit.	12	173	58	215	0	0	0	471
Total	91	1.033	264	1.075	42	548	114	3.367

Fonte: Datasus

Dos leitos cirúrgicos, 62,5% são contratados, 20,7%, públicos, e 16,7%, universitários. Na clínica médica essa proporção é de 63,2% para a rede contratada, 16,7% para a rede pública, e 20% para o setor universitário. Em relação aos leitos obstétricos mantém-se esse padrão, com 62,5% da rede contratada, 15,5% da rede pública e 21,9% da rede universitária. O setor público só supera o número de leitos contratados nas especialidades de psiquiatria (54,9% dos leitos públicos) e de tisiologia, na qual 100% dos leitos disponíveis pertencem à esfera pública.

No entanto, observando o Gráfico 6 e comparando o número de internações realizadas no município com o número de leitos disponíveis, percebemos que o número de internações no setor público supera significativamente seu correspondente no setor privado.

Gráfico 6 – Internações por regime segundo especialidade – município analisado, agosto de 2001



Fonte: Datasus

¹ Em anexo a caracterização do MS relativo aos tipos de unidades ambulatoriais existentes no SUS.

Capítulo III – Integralidade das Ações e as Emergências como “Porta de Entrada” do Sistema

Neste capítulo discutiremos a integralidade das ações de saúde, na perspectiva de reorganização do modelo assistencial previsto pelo SUS, buscando compreender a viabilidade do conceito de integralidade e a oferta de serviços, com enfoque especial na assistência hospitalar.

O sistema de saúde brasileiro preconiza, entre outros princípios, a integralidade das ações, ou seja, o atendimento em todos os níveis, abrangendo desde ações de promoção à saúde até os cuidados especializados. No entanto, o dia-a-dia da assistência demonstra as dificuldades em distribuir de maneira equânime os serviços a todas as regiões do país, garantindo assistência integral e a universalização do acesso.

Com o SUS, e conseqüentemente com a municipalização dos serviços, ocorreram algumas mudanças no modelo assistencial, sobretudo na ampliação da rede básica, oferecendo alternativas ao atendimento emergencial. No entanto, a característica hospitalocêntrica¹ do sistema de saúde brasileiro ainda se mantém. Conforme vimos no perfil da rede de assistência, a distribuição dos serviços é desigual entre as regiões brasileiras e mesmo entre as cidades. Os recursos de maior complexidade/custo na maioria das vezes estão limitados ao setor contratado, o que nem sempre garante condições de acessibilidade compatível com as necessidades da demanda.

Sendo assim, reestruturar uma rede de assistência, com todas as implicações políticas e históricas, significa enfrentar relevantes desafios e desenhar estratégias que permitam reformular o modelo de assistência existente no país, envolvendo modificações em seu aspecto organizacional. O cotidiano da assistência impõe uma série de questões relativas à gerência dos serviços e do processo de trabalho daqueles que atuam em relação direta com o usuário. Assim, neste capítulo discutiremos a questão da integralidade das

ações e o processo de trabalho das emergências, entendendo-as como uma importante porta de entrada para o sistema de saúde, principalmente para internação.

III. 1 – Integralidade das ações e a reorganização do modelo assistencial

Estabelecer mudanças efetivas na estrutura de um sistema de saúde envolve diferentes aspectos, abrangendo dimensões relativas à gestão do sistema, à organização da rede e ao cotidiano da assistência. Na concepção de Teixeira, poder-se-iam definir três dimensões relativas ao modelo de atenção: a gerencial, a organizativa e a técnico-assistencial.

“Pode-se até conceber a existência de uma concepção “ampliada” sistêmica, sobre “modelo de atenção”, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção dos cuidados, e a dimensão propriamente técnico assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (Teixeira, 2001: 5).

Com a descentralização, os municípios passam a gerenciar serviços de saúde antes administrados por outras instâncias de poder, que se tornam, assim, espaços privilegiados de decisões relativas ao setor, seja na estruturação da rede ou na contratação de serviços, configurando-se como uma estratégia de reordenação do modelo assistencial predominante até então.

Nessa perspectiva, as ações voltadas para a atenção básica têm recebido grande incentivo do Ministério da Saúde para funcionar como um eixo estruturante do sistema. As unidades para atendimento básico, em especial as de saúde da família, funcionariam como porta de entrada do sistema, atuando em locais destinados exclusivamente aos cuidados primários de saúde, com ampla distribuição de serviços, oferecendo ao usuário atendimento

próximo a sua residência, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. Os serviços de emergência ficariam, assim, destinados apenas aos casos agudos e emergenciais.

No entanto, embora seja bastante lógica essa organização ideal do sistema, a realidade impõe outro funcionamento, mesmo que programas como o Saúde da Família possam contribuir para consolidar uma reordenação do sistema nessa perspectiva. As unidades básicas de modo geral funcionam apenas em horários diurnos; no sistema de consultas agendadas e com base em programas prioritários, como hipertensão, diabetes, saúde da mulher, etc. Caso o usuário sintá-se mal subitamente, a solução mais eficiente continua sendo a procura dos serviços de pronto atendimento ou de emergência.

As Ações Integradas de Saúde, ainda na década de 1980, e, mais recentemente, o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde propagam o objetivo de reverter a porta de entrada do sistema. Embora seja muito difícil mudar uma cultura instituída há décadas, como a de incentivo ao cuidado hospitalar, algumas experiências brasileiras têm demonstrado a viabilidade da reorganização do modelo assistencial, promovendo a qualidade da assistência e a integração dos serviços, de saúde. Uma delas referente ao fortalecimento da atenção básica e da integração dos serviços foi a que se denominou Ações Integradas de Saúde, no início da década de 1980, significativa principalmente em alguns municípios, como Londrina – PR, Niterói – RJ, e Montes Claros – MG, tendo servido como referência para a reforma sanitária no país.

Em relação à assistência hospitalar, podemos considerar, embora ela se constitua em elemento fundamental na perspectiva de atenção integral à saúde, que se concentram nesse setor as maiores dificuldades de adequação dos serviços prestados aos objetivos de melhorar o atendimento à população. As grandes filas em muitos hospitais públicos para atendimento de emergência, a longa espera para cirurgias eletivas, assim como a dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade na quase-totalidade do país, evidenciam os problemas existentes.

Aspectos relativos à oferta de serviços em todo o território nacional, o custo da assistência, a relação com os prestadores de serviços (majoritariamente privados) e questões relacionadas ao aspecto técnico assistencial no cotidiano do funcionamento dos serviços geram relevantes empecilhos para adequação dessa realidade aos objetivos previstos pelo SUS. Redefinir a organização da rede de assistência, promovendo a integralidade das ações, passa necessariamente pela discussão do papel do hospital no sistema de saúde como um todo. Para Castelar,

“A redefinição do papel da rede básica traz dialeticamente, como decorrência, uma modificação do papel do hospital. Hoje o hospital é na maior parte das situações, a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde. A realização de um exame, a consulta a um especialista, a atenção a pequenas e médias urgências significa para a maior parte das pessoas procurar um hospital” (Castelar, 1995:73).

III. 1.1 – O processo de descentralização administrativa e a assistência hospitalar.

Durante muitos anos no Brasil a rede de assistência baseou-se principalmente na oferta de serviços hospitalares. Interesses de ordem econômica e política configuraram grande parte do perfil da rede assistencial hoje existente. Algumas estratégias instituídas nos últimos anos buscaram promover modificações no modelo assistencial de saúde do país, com mudanças na oferta da atenção básica e algumas alterações relativas à oferta de serviços hospitalares. Destacaremos, então, algumas questões, consideradas modificações significativas ocorridas no sistema em relação à atenção hospitalar.

Os recursos financeiros destinados à atenção hospitalar significam ainda hoje mais da metade do orçamento do SUS, havendo duas modalidades no pagamento realizado pelo Ministério da Saúde: a forma de repasse direto aos prestadores de serviço das quantias relativas a internações hospitalares e a transferência direta ao Fundo Municipal de Saúde para Alta e Média Complexidade, com teto financeiro instituído. Na atenção básica, conforme vimos no Capítulo 1, há o repasse relativo ao Piso de Assistência Básica – PAB-fixo e PAB-variável.

A AIH é um formulário que contém as informações referentes a cada internação, especificando os procedimentos utilizados. Os municípios habilitados em gestão plena do sistema (NOB-96) são gestores de toda a rede de assistência, incluídos a rede hospitalar e os serviços contratados.

A Autorização para Internação Hospitalar foi utilizada inicialmente, na década de 1980, para controle das internações nas clínicas conveniadas, o que provocou a diminuição das fraudes relativas as internações ocorridas naquele período; posteriormente foi também utilizada nos hospitais públicos, com exceção de alguns, que eram de origem estadual ou federal e permaneceram com orçamento próprio. Ao longo desse tempo demonstrou sua relevância enquanto instrumento de controle, tendo possibilitado a criação do primeiro sistema de informação em saúde (SIH-SUS). Apesar disso, há vários questionamentos quanto à forma de pagamento dos procedimentos hospitalares, no que diz respeito à remuneração por produção, que iguala prestadores públicos e privados.

Essa forma de pagamento institui o estímulo à produtividade, o que porém, pode contribuir para a diminuição da qualidade em função do aumento do número de atendimentos. Além disso, apesar de os estabelecimentos públicos e privados receberem a mesma forma de pagamento, o tipo de atendimento realizado é diferenciado. Se compararmos os dois setores, quanto a esse aspecto, podemos observar que a rede pública absorve a maior parte dos serviços de maior custo, enquanto que os serviços contratados restringem-se a atender os casos que lhes conferem maior lucratividade, ou seja, os problemas de menor complexidade e custo. Segundo Duarte,

“Algumas das conseqüências observadas em sistemas similares de pagamento estão relacionadas com a diminuição da média de permanência por internação, o que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados. Tende também a ocorrer uma diferenciação no perfil epidemiológico da demanda atendida pelos setores públicos e privados, incentivando o não-atendimento pelo privado ou derivação, para outras instituições de pacientes que demandem procedimentos nos quais a relação entre o valor pago pelo SUS e o custo seja pouco vantajosa ou deficitária” (Duarte, 2000: 449).

Os municípios possuem diferentes recursos quanto a sua capacidade instalada, além de diferentes estruturas administrativas e organizacionais para atender à demanda em todos os níveis de assistência. Assim, em algumas localidades é possível acessar desde serviços de atenção básica até os de alta complexidade. Em outros municípios o atendimento especializado é quase inexistente.

Dessa forma, não é possível organizar os serviços hierarquicamente em apenas um município, sendo comum a procura de serviços em municípios vizinhos que ofereçam melhor infra-estrutura. No cotidiano da assistência essa questão tem sido um obstáculo para a universalização, pois em muitos lugares são criadas barreiras de acesso a esses usuários, encaminhando-os de volta ao local de origem. Essa medida é motivada pela contenção de gastos relativos à parte da contribuição financeira que cabe ao município.

Muitas administrações locais passam a estabelecer tais mecanismos como forma de reduzir os custos, gerando uma certa competitividade entre os municípios. Com a NOB-96, essa situação passa a ser intermediada pelo estado, por intermédio da CIB, e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. Em alguns locais permaneceram sob gestão estadual alguns hospitais de médio e grande porte, facilitando, assim, o acesso aos moradores de diferentes municípios.

Com a Noas-2001 estabelece-se uma relação mais cooperativa e integrada entre as diferentes localidades. Essa norma operacional surge como resultado de um longo processo de discussão em diferentes instâncias do SUS, a fim de se instituir uma nova regulamentação para organização do sistema, que possibilitasse resolver a questão da dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. Dessa forma, adota-se a regionalização dos serviços de média e alta complexidade por medidas contratuais entre os municípios, a fim de garantir o atendimento nesses níveis e o repasse dos recursos ao município sede de uma determinada região adstrita, revalorizando o papel articulador da instância estadual na organização do sistema.

Especificamente na atenção hospitalar, com a descentralização administrativa ocorrida a partir do SUS, sobretudo a partir da NOB-93, os gestores municipais passaram a ter maior responsabilidade nas negociações relativas à contratação de leitos hospitalares, exames, compra de alguns medicamentos, entre outros, acarretando o remanejamento dessa articulação de interesses da esfera federal para o nível municipal.

No início da descentralização administrativa, na década de 80, ainda na vigência do Suds, houve, aliás, muitas resistências quanto a esse processo, devido ao dismantelamento da articulação existente dentro do Inamps, com vistas à garantia de favorecimentos de alguns prestadores de serviços.

“O INAMPS era o local de excelência desse tipo de inserção e a municipalização fragmentava o processo decisório de compras de serviços da rede contratada. Prova disto é a busca de articulação destes e de outros atores nos níveis locais no momento em que a arena decisória é deslocada para os municípios. Registra-se também que nesta arena de conflitos faz-se presente a forte oposição de parlamentares de alguns partidos políticos, também em função da desarticulação dos arranjos clientelistas consolidados na estrutura da máquina federal de saúde” (Monnerat, 1996:16).

Os municípios passaram na última década a representar um espaço privilegiado para movimentação de recursos financeiros da saúde, principalmente na assistência hospitalar, que tem nos serviços contratados o maior número de estabelecimentos e de leitos disponíveis em todo o país. A maior parte dos municípios possuía até o início da década de 1990 uma estrutura administrativa incipiente, com muitas secretarias desorganizadas ou até mesmo inexistentes, poucos recursos financeiros e de pessoal, e forte influência clientelistas na posse de gerentes e na alocação de recursos.

Em relação ao clientelismo, podemos observar que essa prática política não é característica exclusiva da administração municipal, perpassando de uma certa forma toda a história política do país, nos diferentes níveis de poder. Por clientelismo entendemos “um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na

forma de voto” (Carvalho, 1997:233). É possível que, na administração municipal, se visualize de forma mais nítida essa relação, dadas a proximidade entre os atores e a abrangência menor da área de atuação dessa prática.

Por outro lado, o aumento do volume de recursos para os municípios, viabilizados pelo SUS, trouxe para a instância municipal uma complexidade administrativa que exige mais competência na gestão dos serviços. Além disso, a normatização relativa ao funcionamento dos conselhos municipais de saúde gerou a expectativa de maior exercício da cidadania no nível local. No entanto, a maneira como se compreende e se exerce a cidadania no Brasil encontra-se envolta nos valores relativos à cultura cívica predominante em nossa sociedade, na qual a troca de favores clientelistas e o “atrelamento” político de setores organizados, as instâncias de poder, buscam neutralizar os grupos da sociedade capazes de articular quaisquer oposições ao poder hegemônico. Conforme Vaistman (2000), essa questão pode ser compreendida a partir do aspecto cultural de nossa sociedade.

“Se cultura política refere-se ao conjunto de códigos, valores, regras não escritas que orientam as práticas políticas de determinado grupo ou sociedade, por cultura cívica podemos entender os valores, crenças e atitudes em relação aos direitos e deveres de cidadania nessa sociedade. Cultura cívica diz respeito, por conseguinte, à confiança das pessoas em relação às intenções e ações de governantes e dirigentes, bem como representações a respeito de como funcionam as relações entre coisa pública e sociedade. Desse modo, constitui uma dimensão que se produz a partir da própria experiência e da percepção de como operam as práticas políticas na sociedade” (Vaistman, 2000: 848).

A municipalização por si não garante que a política de saúde funcione voltada para o objetivo de melhorar o atendimento à população. Outros fatores interferem na organização do sistema no nível local, entre eles, o retorno e o objetivo político que cada governo recebe ao implementar determinados programas, a capacidade participativa de grupos organizados e os recursos financeiros de que cada município dispõe para investir no setor. Para Arretche (1999), em um país como o Brasil, com as imensas desigualdades estruturais, a capacidade fiscal, cívica e administrativa dos governos locais tem um peso determinante para a descentralização, variando de acordo com requisitos institucionais e da própria política em questão.

“Atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local, têm um peso determinante para a descentralização. Mas tais fatores não são determinantes em si. Seu peso e importância variam de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos governos locais, tais como o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional de cada política social” (Arretche, 1999: 112).

III. .1.2 – Serviços de Emergência – “porta de entrada” para o sistema

Os serviços que funcionam como “porta de entrada” para o sistema de saúde são habitualmente assim denominados por servir como referência no direcionamento da demanda para continuidade do tratamento. As unidades de atenção básica e os módulos de médico de família podem funcionar nessa perspectiva, além dos prontos-socorros, serviços de emergências hospitalares e unidades de pronto atendimento.

Optamos neste trabalho por analisar um serviço de emergência e sua função de “porta de entrada” para o sistema de saúde, especialmente no acesso à internação hospitalar. Os prontos-socorros e emergências hospitalares são locais de primeiro atendimento para muitos usuários quando necessitam de cuidados médicos, sendo preferencialmente destinados a tratamentos de “urgência” e/ou “emergência”.

Segundo Lopez (1982), o atendimento médico é caracterizado como urgência quando o tratamento precisa ser iniciado em poucas horas, em função de existir risco de evolução para complicações mais graves e mesmo fatais. As emergências, por sua vez, são aquelas situações em que a necessidade de serem mantidas as funções vitais ou evitadas incapacidade e complicações graves exige que o início do tratamento seja imediato. No entanto, os serviços de emergência são usualmente utilizados para situações em que não esteja caracterizada essa necessidade.

Embora se preconize a assistência básica e a atenção integral à saúde como forma de prevenir doenças, na prática observa-se certa dicotomia entre o tratamento de doenças e

a prevenção da saúde, não se conseguindo evitar que os indivíduos procurem os serviços de emergências em situações que poderiam ser atendidas em outros níveis de assistência.

A criação do Programa de Saúde da Família é uma proposta do Ministério da Saúde para transformar esse perfil assistencial, com a adoção de um novo modelo de atenção, pautado na responsabilização sanitária dos módulos assistenciais de uma determinada região adstrita, envolvendo uma assistência integral, que comporte ações preventivas e curativas. No entanto, diferente do previsto, o modelo do PSF – apesar de seus aspectos positivos – pode estar contribuindo para a ampliação de um modelo de atenção baseado nos pressupostos de equidade horizontal, destinado à população de baixa renda, com redução de despesas e acesso restrito à assistência primária, conforme analisam Marques e Mendes, referindo-se à implantação desse modelo no atual contexto internacional.

“Tendo em vista a escassez de recursos, e um ambiente de superávits primários crescente exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, não é descabida a leitura de que a ênfase na Atenção básica acabe por descuidar dos níveis de atenção a saúde. O “desfinanciamento” da alta e da média complexidade – sucateando a rede existente e /ou impedindo sua ampliação - não só impedirá que a população anteriormente não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais, como obrigará aquela – que atualmente tem acesso aos serviços e ações de Média e Alta Complexidade fornecidos pelo estado – a buscar o setor privado de saúde. Isso na hipótese dessa população ter renda para assim fazer e de esses serviços terem qualidade adequada” (Marques e Mendes, 2001:15).

Sendo assim, podemos considerar que a rede básica não é capaz de, sozinha, transformar o perfil do modelo assistencial brasileiro. Além disso, é óbvio que o atendimento em outros níveis de assistência é essencial para se conseguir prestar um atendimento integral e de qualidade nos serviços de saúde pública.

Na prática, os atendimentos sistemáticos de urgência e/ou emergência permanecem sendo realizados em prontos-socorros ou vinculados a hospitais de grande e médio porte, sendo que em alguns lugares do Brasil emergências e prontos-socorros representam o único recurso disponível com possibilidade de atendimento imediato.

Outra questão importante a ser considerada ao analisarmos a demanda das emergências refere-se à adequação de seu funcionamento às necessidades do usuário, devido ao funcionamento em horário integral, facilitando o acesso em horário de trabalho. Além disso, em muitas situações os postos de atenção básica funcionam com consulta previamente agendada, fazendo com que às vezes seja bastante demorado conseguir atendimento.

Em um estudo sobre os usuários dos serviços de emergência, Aquino (1987) conclui que a procura prioritária, desses serviços por parte do usuário não pode ser considerada inadequada, pois nem sempre as concepções técnicas dos profissionais, que entendem ser lógico o fato de o usuário procurar outros tipos de atendimento que não a emergência, são compatíveis com a concepção do usuário, que vê nesse tipo de serviço uma resposta adequada as suas necessidades. Assim, seja pela dificuldade de conseguir atendimento nas unidades básicas e ambulatoriais, seja como resultado de uma cultura induzida pela oferta de serviços de saúde (que no Brasil, durante muitos anos, estimulou amplamente a procura de atendimento hospitalar), muitos usuários ainda possuem nas emergências e prontos-socorros a única forma de acessar o sistema de saúde pública.

III. 1.3 – As relações cotidianas nos serviços

Embora as mudanças macropolíticas sejam essenciais para reestruturação do modelo assistencial, procuramos neste trabalho considerar também o espaço das relações cotidianas dos serviços enquanto elemento fundamental na organização do sistema. É nesse espaço que se desenvolve a relação direta com o usuário, todas as mudanças propostas e as possibilidades futuras de mudança são constantemente alimentadas ou sofrem alterações pela ação dos principais atores sociais que compõem o sistema de saúde, em uma relação que compreende constantes negociações e estratégias cotidianas.

No aspecto relativo aos procedimentos e encaminhamento a diferentes níveis de assistência, a atuação dos profissionais constitui fator essencial no direcionamento da demanda. As emergências se caracterizam enquanto espaços de trabalho de grande movimentação, onde os profissionais de saúde atendem pessoas com problemas de saúde

dos mais diversos e em que, muitas vezes, os recursos são escassos. “Na verdade a emergência é a grande “porta de entrada” do sistema de saúde, atende toda e qualquer queixa grave, leve ou moderada, urgente ou não. A consequência mais imediata é um aumento muito grande de volume de trabalho, particularmente para os médicos” (Rego e Palácios, 1995:97).

Além dos médicos, outros profissionais compõem a equipe de trabalho das emergências – enfermeiros, assistente sociais, nutricionistas, por exemplo –, compartilham a rotina de cuidados e atendimento aos pacientes. No entanto, ao problematizarmos o conceito de equipe, podemos considerá-la em certos casos uma idealização, pois é necessário reconhecer a distinção entre os diferentes atores sociais, com inserção e recursos de poder diferenciados.

Nogueira (1997), na citação a seguir, estimula a polêmica em torno da prática em saúde, em que a centralidade do ato médico adquire constantemente o tom de debate quando confrontada com a prática de outras profissões. Referindo-nos especificamente ao processo de trabalho no setor público de saúde, reafirmamos, no entanto, que o cotidiano tem demonstrado ser esse um espaço que comporta diferentes variações quanto a seu processo de trabalho, não podendo ser visto como um bloco monolítico. Embora a centralidade do médico seja indiscutível na maior parte dos locais, em especial nos serviços de emergência, muitas outras profissões têm, com sua especificidade técnica, interferência decisiva na condução do tratamento do paciente, redirecionando a supremacia do aspecto decisório do trabalho em saúde.

“A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procura agir coerentemente, compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabe-se que apenas determinada categoria controla o processo de trabalho em saúde a partir de sua autoridade técnica e social, a dos médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção – donos de clínicas ou hospitais – os médicos têm a faculdade de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais trabalhadores” (Nogueira, 1997: 73).

No entanto, ao analisarmos a autoridade do médico na condução do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário compreendê-la em relação ao conceito de poder, a sua inserção na sociedade e no cotidiano das organizações, que é onde se revela um padrão de interação entre seus membros e se constitui parte da hegemonia da cultura médica em nossa sociedade. Vaistman (2000), ao conceituar a cultura das organizações de saúde nos dá a seguinte contribuição:

“Produto de uma história social, política e cívica, a configuração de qualquer organização pública também revela determinado padrão de interações entre seus membros. Se, por cultura organizacional, entendemos o sistema de significados compartilhados pelos membros de uma organização, que lhes dá algum tipo de identidade coletiva, a cultura das organizações públicas é marcada pelo modo como se instituíram as relações entre estado e sociedade, bem como as relações do sujeito com a coisa pública”(Vaistman, 2000:).

Dessa forma, em especial ao nos referirmos à prática médica, faz-se necessário compreender sua inserção social. A medicina detém hoje na sociedade um amplo poder, marcado pelo conhecimento especializado; além disso, em toda a sua história tem conseguido junto à sociedade e ao poder público garantir prerrogativas legais, como poucas profissões o fizeram. A experiência do Plano Nacional de Saúde – PNS em 1968, que garantia a compra de serviços a médicos particulares por parte do setor público, é exemplo histórico desse tipo de inserção. Conforme Machado (1997),

“A medicina possui um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia do *expert tornou-se* caso da medicina, uma realidade incontestável” (Machado, 1997:22).

Nas organizações de saúde, a questão do poder médico é um tema central. Embora não seja o objetivo principal deste trabalho aprofundar a análise teórica sobre as organizações de saúde, faremos uma breve referência a essa discussão, enfocando a opinião

de alguns autores sobre o tema, destacando em especial, a forma como a questão do poder perpassa esses estudos.

Na clássica visão de Max Weber (1966), o autor projeta a base para a discussão a partir de sua teoria a respeito da organização burocrática, apoiado na concepção do “tipo ideal” para aproximar-se da realidade das organizações, enfocando a legitimidade da autoridade legal. O poder seria a base para a administração burocrática.

Mais recentemente, Mintzberg (1995), com enfoque sobre as organizações de saúde, analisa essas organizações como “burocracias profissionais”, nas quais o poder dos profissionais estaria na complexidade de seu trabalho e nas dificuldades em que profissionais de outras áreas teriam para supervisionar ou padronizar o que estaria sendo por ele realizado. Outro aspecto refere-se à importância que alguns profissionais assumem, como é o caso do médico, devido à intensa demanda de seus serviços, o que lhes confere grande poder e autonomia em seu trabalho.

Na verdade a autonomia é uma questão central para se compreender o trabalho do médico, cuja capacidade de decidir por conta própria a conduta técnica que melhor se adapte à necessidade do cliente é essencial e se caracteriza como a essência da profissão.

Machado ressalta que o conhecimento é na verdade o instrumento de trabalho do médico, que seria, assim, possuidor de um saber-poder: “Que o faz um profissional diferenciado, uma vez que este instrumento é auto-controlado, ou seja, não há na realidade, mecanismos burocráticos gerenciais que dão conta de controlar eficaz e efetivamente as atividades profissionais dos médicos oriundas desta aplicação do conhecimento à realidade imediata” (Machado, 2000:70).

Carapinheiro (1977), em estudo sociológico sobre os hospitais, fundamenta-se em Crozier e Friedberg para desenvolver sua análise dos serviços de saúde. Para ela o estudo das organizações pode ser considerado a partir de uma perspectiva passiva, como contexto organizacional, ou em uma perspectiva ativa de “construídos organizacionais”. Assim, a partir de uma nova abordagem, passa a considerar as relações e estratégias desenvolvidas pelos principais atores sociais no cotidiano das organizações. Nessa perspectiva,

“o contexto organizacional dos serviços não se resume apenas a um conjunto de disposições ou de dados estruturais e técnicos. A reflexão em termos de estratégias concebe o contexto, organizacional dos serviços como um conjunto de relações que constituem o “vivido” dos atores e que testemunham as suas estratégias recíprocas, reenviando-nos às relações de poder sobre as quais se funda o “construído organizacional” dos atores sociais do serviço” (Crozier *apud*: Carapinheiro, 82).

É nessa perspectiva que projetamos a realidade construída diariamente nas emergências públicas no Brasil, em que se convive também diariamente com os poucos recursos disponíveis e a necessidade de atendimento a uma demanda diversificada e extensa, e, de um modo geral, é estabelecida uma série de regras para seu funcionamento, nem sempre explícitas ou limitadas pela ordem formal.

“É sempre problemático perceber quais as regras que existem, a quem se aplicam e a que sanções dão lugar se não forem cumpridas. Criam-se constantemente regras informais para regular ações e situações no preenchimento dos hiatos deixados pela regulação formal, cruzando-se constantemente no quotidiano do hospital as regras formais e informais, sendo umas e outras susceptíveis de cair em desuso, de serem reiteradas ou serem substituídas, em sintonia com as exigências que em cada momento, decorrem das interações e negociações que se estabelecem entre os diferentes participantes na divisão do trabalho” (Carapinheiro, 1998: 63).

Especificamente em relação aos serviços especializados do SUS, é a partir das “portas de entrada” do sistema que, em caráter oficial, o usuário procura esses serviços. No entanto, é no cotidiano que convivem as regras formais e informais para se conseguir de fato acessar esse tipo de recurso. Mecanismos formais para controle e autorização de internações, como centrais de internações, de marcação de consultas e etc., são criados para esse fim, convivendo no dia-a-dia com os mecanismos informais de acesso ao sistema.

Embora diante da lei o direito à saúde pública seja universal e equânime, como já discutimos em outro capítulo, a igualdade ditada pela lei não garante na prática o acesso igualitário, e nem mesmo a concepção do que seja ou não justo constitui-se em unanimidade. Muitas das vezes esse acesso é facilitado pelas relações clientelistas e pessoais

estabelecidas em nossa sociedade. Da Matta, 1991, a partir de uma abordagem antropológica, afirma que vivemos em uma sociedade relacional.

"Todas as instituições sociais brasileiras estão sempre sujeitas a dois tipos de pressão. Uma delas é a pressão universalista, que vem das normas burocráticas e legais que definem a própria existência da agência como um serviço público. A outra é determinada pelas redes de relações pessoais a que todos estão submetidos e aos recursos que essas redes mobilizam e distribuem" Da Matta (1991:90)

¹ Esse termo é habitualmente utilizado para demonstrar a priorização do atendimento hospitalar em detrimento de outras formas de assistência, como em unidades básicas ou ambulatoriais, prática muito comum no Brasil devido à longa história de privilegiamento desse setor na política pública brasileira.

Capítulo IV – O Cotidiano da Assistência: Dificuldades e Estratégias no Acesso à Internação

IV.1 – Unidade de saúde – caracterização do campo de estudo

Discutiremos neste capítulo os resultados obtidos com a aplicação do questionário e as questões observadas durante o período em que permanecemos em campo, buscando aproximar os problemas levantados no cotidiano do serviço com as questões discutidas nos capítulos anteriores. Em anexo, ao final deste trabalho, encontram-se informações mais detalhadas a respeito da metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa e os instrumentos que foram usados para coleta dos dados.

A unidade de saúde estudada oferece leitos para internação além de atendimento ambulatorial, sendo considerada unidade mista,¹ embora haja por parte da administração municipal interesse em transformá-la em um hospital.

Até o início da municipalização essa unidade de saúde era um Posto de Atendimento Médico – PAM, vinculado ao antigo Inamps; com a municipalização, em 1992, a unidade passou a ser administrada pelo município, o que acarretou modificações na composição do quadro de funcionários – que passou a incluir também funcionários municipais – e alterou o perfil de sua clientela, ampliando a estrutura do serviço, até mesmo com a criação de enfermarias especializadas.

Ainda no período do Inamps, a unidade concentrava em seu setor de emergência a principal “porta de entrada” para as clínicas conveniadas/contratadas, sendo referência para atendimento de clínica médica, ortopedia e psiquiatria. Na última década, após algumas mudanças implementadas na rede, a Emergência Psiquiátrica passou a funcionar em local específico para esse tipo de atendimento, permanecendo na unidade apenas serviços de emergência para clínica médica e ortopedia.

Com a implementação do SUS, e também devido à degradação de um hospital universitário público importante na região, passa a haver um aumento da demanda para esse serviço de pacientes em estado de grave de saúde, exigindo que houvesse uma readaptação a essa realidade, principalmente por parte de alguns setores como a emergência.

Nesse local funciona também o serviço de controle e autorização de internações para as clínicas contratadas, embora, se constitua de maneira autônoma da unidade, estando subordinada diretamente à administração geral do sistema hospitalar municipal.

Em relação à unidade de saúde, a organização gerencial obedece a critérios hierárquicos tradicionais, com direção e vice-direção geral, a que se subordinam as chefias por categoria profissional e as chefias dos setores administrativos, como arquivo médico, faturamento, administração de pessoal, controle de internações, entre outros.

A seguir faremos uma descrição mais detalhada dos locais pesquisados, permitindo ao leitor a compreensão de sua dinâmica e dos diferentes aspectos relativos a seu cotidiano com posterior apresentação do resultado dos questionários e a análise dos dados obtidos.

IV.1.1 – Serviço de emergência

O serviço de emergência dessa unidade localiza-se no primeiro andar do prédio, em espaço adaptado de um antigo ambulatório. Um longo corredor dá acesso a salas estreitas, com pouca luminosidade e ventilação, divididas em salas para atendimento, boxes para observação de pacientes e enfermarias, além de espaços destinados a outros procedimentos e salas para os profissionais que ali trabalham.

Nesse local são atendidos portadores de problemas de saúde os mais diversos, como doenças infecto-contagiosas, doenças coronarianas, neoplasias, entre outras. Esses pacientes tanto podem permanecer internados na Emergência como receber alta após o primeiro atendimento. Observa-se grande movimentação de usuários, familiares e profissionais de

saúde nesse espaço, onde a necessidade de atendimento rápido gera um ambiente de muita agitação.

O setor possui 34 leitos, que, caso haja necessidade, podem ser ampliados para até 58, mediante a distribuição de macas e cadeiras ao longo do corredor, situação freqüente durante o período da observação de campo. Há também uma enfermaria especial com quatro leitos, que funciona como espaço alternativo para pacientes em estado grave e risco de vida, ainda que sem os recursos característicos de uma UTI.

A estrutura do serviço dificulta a realização de um bom atendimento aos pacientes e chega mesmo a acarretar problemas no trânsito dos profissionais. Por outro lado, gera também um desgaste político na administração local, dado que se torna por vezes objeto de discussão na mídia, que aponta a qualidade dos serviços prestados pela prefeitura.

A rotina interna do serviço estabelece a divisão de tarefas, e, nesse sentido, o primeiro atendimento na Emergência deverá ser realizado pelo médico socorrista, que examina o paciente, levanta uma hipótese diagnóstica, medica ou solicita exames complementares. A partir desse procedimento viabiliza alta ou institui o estado de observação.

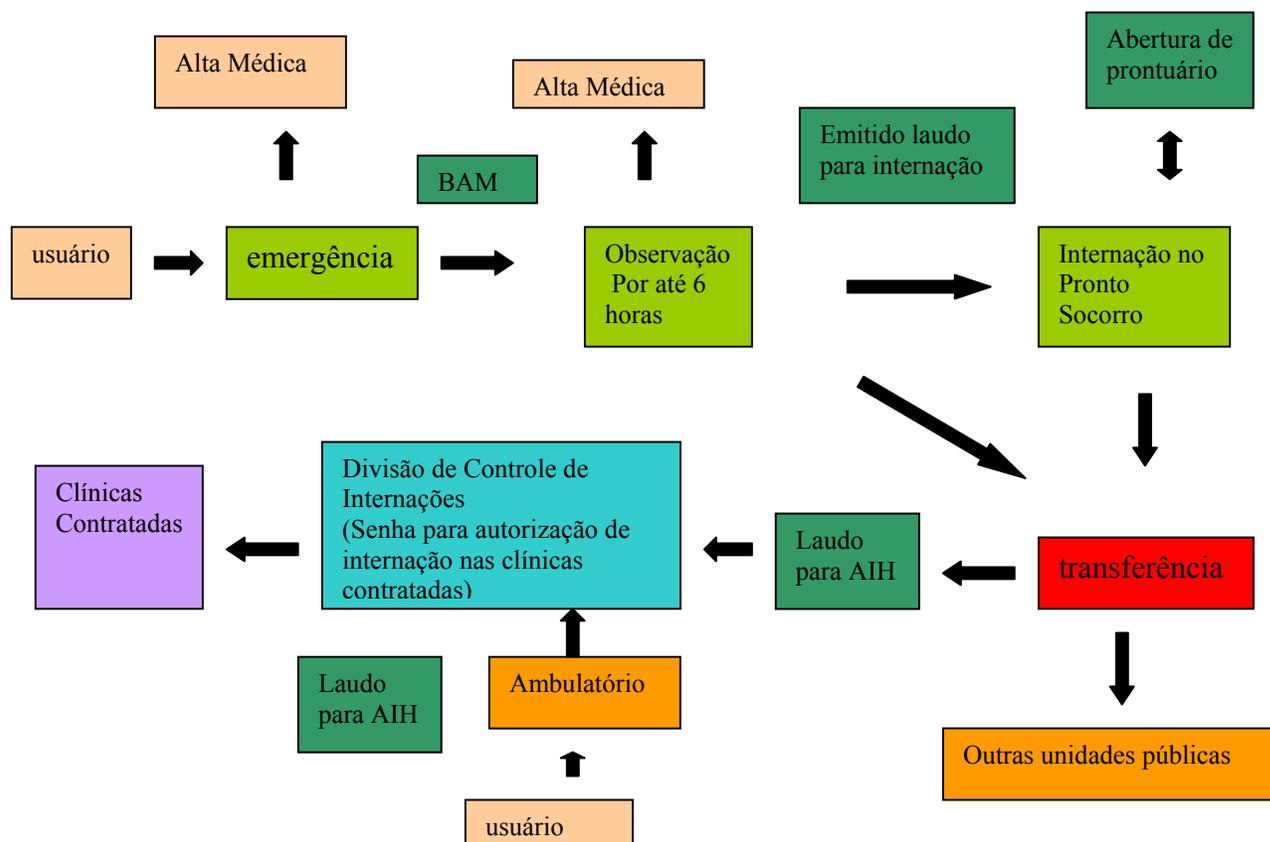
O paciente pode ficar em observação durante período que pode variar até seis horas; após esse tempo poderá ter sua internação efetivada em outros serviços da rede ou no próprio pronto-socorro. O médico “internista” então será acionado para acompanhar o paciente internado e agilizar os procedimentos pertinentes, seja viabilizar transferências, exames ou outros procedimentos que se façam necessários.

Assim, o paciente que necessite de cuidados prolongados permanece na Emergência até que se consiga vaga em outro local; alguns são cadastrados na Divisão de Controle de Internação e ficam aguardando, às vezes durante um longo período – até mesmo um ano (*sic*) – o aparecimento de vagas na cirurgia ou outros setores para os quais tenham sido recomendados. Nesse caso os médicos da rotina são os responsáveis pelo acompanhamento diário dos pacientes, que permanecem internados nos boxes ou enfermarias.

Na emergência ortopédica o paciente é atendido diretamente pelo ortopedista, que, caso seja necessário, solicitará radiografia, realizada no próprio local. Em caso de internação será encaminhado (na maioria das vezes) para as clínicas contratadas que atendem a essa especialidade, visto que não há leitos públicos disponíveis em ortopedia no município estudado.

Em relação à organização interna do serviço há um fluxo de atendimento que orienta o procedimento burocrático a ser adotado. O quadro a seguir nos permite visualizar o fluxo de admissão dos pacientes no setor de emergência e o caminho percorrido por eles ao necessitar de internação.

Figura 1 – Fluxo de atendimento na Emergência



Fonte: Dados da Unidade (quadro elaborado pela autora)

Ao ser atendido na recepção do posto de emergência o usuário recebe um Boletim de Atendimento Médico – BAM e é encaminhado para o médico socorrista. Após ser examinado, poderá receber alta ou permanecer por até seis horas em observação, período em que será medicado, submetido a exames ou outros procedimentos.

Caso seja necessário o paciente ficar internado após esse período, permanecerá na própria Emergência aguardando disponibilidade de vaga em outros hospitais. Será então aberto um prontuário médico, ao qual serão anexados todos os documentos anteriores, bem como fornecido laudo para emissão de AIH.

Possibilidade alternativa é o paciente, após o período de observação, ser encaminhado para alguma clínica contratada do SUS,² e, nesse caso, o médico emitirá um laudo, encaminhando o paciente para internação encaminhando o paciente para a Divisão de Controle de Internações, onde será fornecida uma senha autorizando o procedimento. Caso haja disponibilidade de vagas, ele poderá ainda ser encaminhado para outras unidades públicas.

usuário

Em relação à documentação médica, ao ser dada uma alta e, se houver prontuário, esse será dirigido ao arquivo, para conferência, levado posteriormente para o faturamento e permanecerá depois guardado no arquivo médico. Caso o paciente tenha passado pela Divisão de Controle de Internações, receberá um carimbo específico. Em alguns casos ocorre o encaminhamento direto, do ambulatório à Divisão de Controle de Internação, para internação nas clínicas contratadas do SUS.

IV.1.2 – Divisão de controle e autorização de internações

No município estudado, o setor para emissão de AIH funciona próximo ao serviço de emergência, agilizando de certa forma o processo de transferência de usuários para as clínicas contratadas. O fluxo de encaminhamento para essas clínicas é estabelecido pelo Ministério da Saúde, por meio de normas técnicas. De acordo com essa orientação, o paciente recebe do médico um laudo com a indicação para internação e comparece ao

serviço responsável pela autorização do procedimento que o encaminha para a clínica. Com a AIH emitida, o usuário poderá escolher o hospital de sua preferência, de acordo com a disponibilidade de vaga.

A divisão possui atualmente estrutura burocrática autônoma, formada por três funcionários administrativos, dois médicos, um enfermeiro e um chefe de serviço de transportes. Além deles, trabalham nesse local em torno de 36 funcionários (todos plantonistas) entre maqueiros, motoristas e operadores do sistema (que distribuem os pacientes pelas vagas das clínicas contratadas).

Segundo nos foi relatado por um entrevistado que acompanhou o processo de criação da divisão, ela começou a funcionar a partir das exigências instituídas pela NOB-93 e posteriormente pela NOB-96, de maior controle e regulação do poder público municipal sobre os serviços contratados. A idéia inicial era a de que ali funcionasse uma central que possibilitasse ao município gerenciar plenamente os recursos do SUS.

O funcionamento da central naquela unidade baseava-se na necessidade de diminuir a superlotação da Emergência mediante a agilização do fluxo de pacientes para os hospitais e controle efetivo das internações em clínicas contratadas. Nessa época também trabalhavam no local os supervisores técnicos (responsáveis pela fiscalização das clínicas). De acordo com a idéia original, esperava-se, que as vagas do setor público fossem disponibilizadas nessa central, possibilitando melhor integração entre os diferentes serviços.

Com o decorrer do tempo, houve desarticulação da idéia inicial. A própria composição do quadro de funcionários operacionais (maqueiros, motoristas e administrativos), que vieram compor o setor, incluía pessoas sem experiência de trabalho na área, muitas oriundas de outros setores da administração municipal, como serviço funerário e serviços de limpeza urbana, por exemplo. Assim, foram muitas as dificuldades para que no dia-a-dia pudesse estruturar-se, conforme previsto inicialmente, um serviço voltado para orientação ao usuário sobre seus direitos, com melhorias no acesso aos recursos, sobretudo em relação aos hospitais da rede própria, além de efetivo controle da rede contratada.

Outras mudanças ocorreram desde a implantação da central, sendo transferidos para outro local os supervisores técnicos (responsáveis pela fiscalização das internações nas clínicas contratadas) bem como o serviço de controle e avaliação, que passou a ser feito no nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, a negociação sobre o número de leitos contratados para cada especialidade e outras questões que envolvem diretamente a relação com o prestador de serviço passaram a ser prioritariamente discutidas em outras instâncias. Em relação à distribuição de leitos públicos, também não se consolidou a idéia inicial de que ali pudesse funcionar uma central congregante de total de vagas disponíveis na rede.

O que se observa, portanto, é o esvaziamento desse espaço, enquanto poder de decisão política. Atualmente, a atividade principal ali desenvolvida refere-se às decisões de ordem técnica quanto à autorização e distribuição das vagas para internação, exames de alto custo e controle do uso de ambulâncias além do encaminhamento de usuários para as clínicas.

O espaço físico desse serviço constitui-se de dois ambientes distintos, porém vinculados entre si quanto a sua função essencial:

1) no andar térreo funciona o setor operacional, que distribui senha para internação nas clínicas contratadas – de acordo com as vagas disponíveis – e o serviço de transporte por ambulância de pacientes para esses hospitais ou, quando solicitado para remoções na rede ou para outros municípios.

2) localizadas em outro andar da unidade de saúde, ficam a chefia e a parte administrativa da Divisão de Autorização de Internação.

O setor operacional funciona em regime permanente, em sala próxima à Emergência. Pacientes com laudo de internação de diferentes unidades da rede municipal, assim como oriundos de outros municípios, e que estejam necessitando de internação em alguma unidade contratada localizada nesse município, são ali recebidos e encaminhados para o serviço em que houver disponibilidade de vaga.

São encaminhados também pacientes da própria unidade de saúde, ou seja, da Emergência, e, com frequência, pacientes oriundos daquele ambulatório ou de algum outro serviço ambulatorial especializado da rede, como de cirurgia vascular, oftalmologia e ortopedia.

A seguir faremos a discussão dos dados obtidos com a aplicação dos questionários e das questões observadas em nossa permanência em campo.

IV.2 – Resultado da pesquisa

IV.2.1 – Perfil dos entrevistados

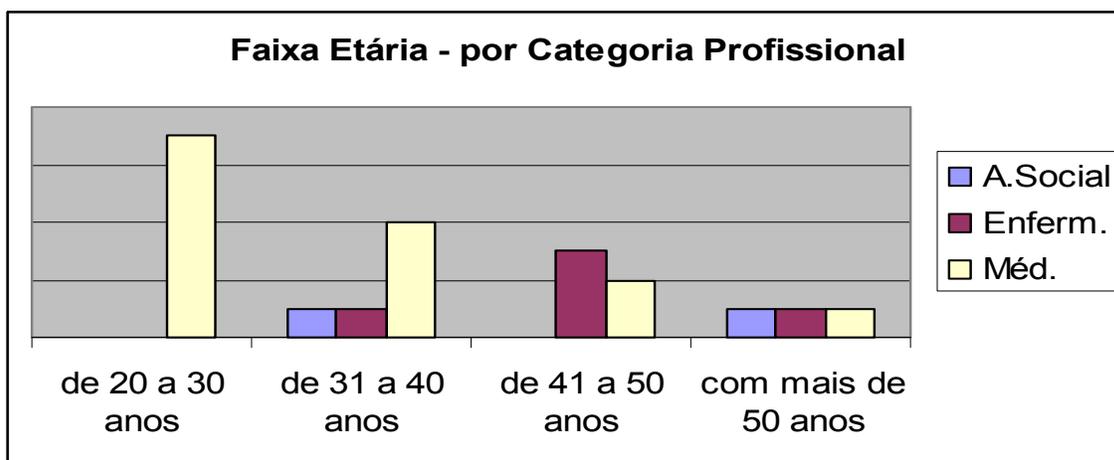
Na apresentação dos dados relativos ao perfil do entrevistado, estaremos abordando os aspectos relativos a sexo, idade, formação profissional e vínculo de trabalho, fazendo uma análise baseada no número total de entrevistados especificando, quando necessário, as diferenças relativas ao setor de atuação e a categoria profissional.

Do total de entrevistados, 54% são do sexo feminino, e 46% do sexo masculino. Entre os enfermeiros e assistentes sociais, em torno de 86% dos entrevistados são do sexo feminino; entre os médicos, 62,5 % são do sexo masculino e 37,5% do sexo feminino.

Esses dados enfatizam a tendência tradicionalmente observada na enfermagem e no Serviço Social, profissões em que a presença feminina é bastante acentuada, embora já se observe mudança nessas características que não chegam, no entanto, a alterar essa predominância. Em relação à medicina, segundo pesquisa do perfil dos médicos no Brasil (Machado *et alli*, 1997), dos 200 mil médicos existentes no Brasil, no período em que foi realizada a pesquisa, 30% eram mulheres, verificando-se uma tendência a feminilização da força de trabalho médica, que já apontava as mulheres como maioria na profissão em muitos estados brasileiros.

Esses dados reforçam a tendência atual de crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, principalmente no setor de prestação de serviços, em especial quanto à área social (saúde, educação, etc.).

Gráfico – 1

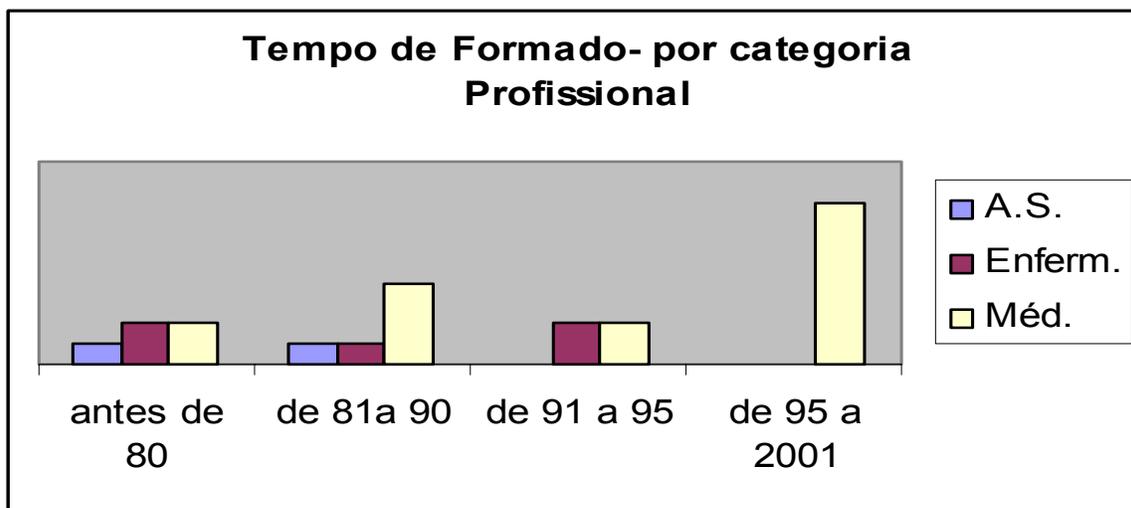


Em relação à idade, 80,25% dos entrevistados têm até 40 anos, estando aproximadamente, 44% desse percentual na faixa de 20 a 30 anos, a mesma e que se encontram todos os médicos da Emergência. Entre os de mais idade (acima de 50 anos) encontram-se dois enfermeiros e um médico; dois entrevistados não quiseram responder à pergunta.

Destaca-se, nesses dados, a faixa etária da maioria dos médicos, sendo essa uma característica relativa ao setor de trabalho em que ocupa a maior parte dos entrevistados, ou seja, o setor de emergência. A presença intensa dos mais jovens decorre da necessidade desse profissional em começar a se inserir no mercado de trabalho. Os médicos do setor de divisão de Internação e ambulatório ocupam a faixa etária acima dos 40 anos.

Os demais profissionais (enfermeiros e assistentes sociais) inscrevem-se em faixa etária mais avançada.

Gráfico – 2



Entre os enfermeiros e assistentes sociais 100% possuem mais de seis anos de formados (sendo que um não respondeu), 75% têm pós-graduação, realizada em áreas diversas, como educação em saúde (serviço social); administração hospitalar; *home care*; obstetria; médico-cirúrgico; CTI.

Em relação aos médicos observa-se tendência inversa quanto ao tempo de graduação: 50% possuem no máximo seis anos de formados. Entre os demais outros 50% a distribuição é mais ou menos homogênea e apenas dois entrevistados possuem mais de 20 anos de formados. Os que têm pós-graduação (69%) citaram as seguintes áreas de formação: pediatria (1),* cirurgia vascular (1), urologia (3), clínica geral (2), otorrinolaringologia (2), endocrinologia (1), neurologia (1), medicina do trabalho (1), geriatria (1), gastroenterologia (1).

* Os números referem-se à quantidade de respostas na mesma especialidade.

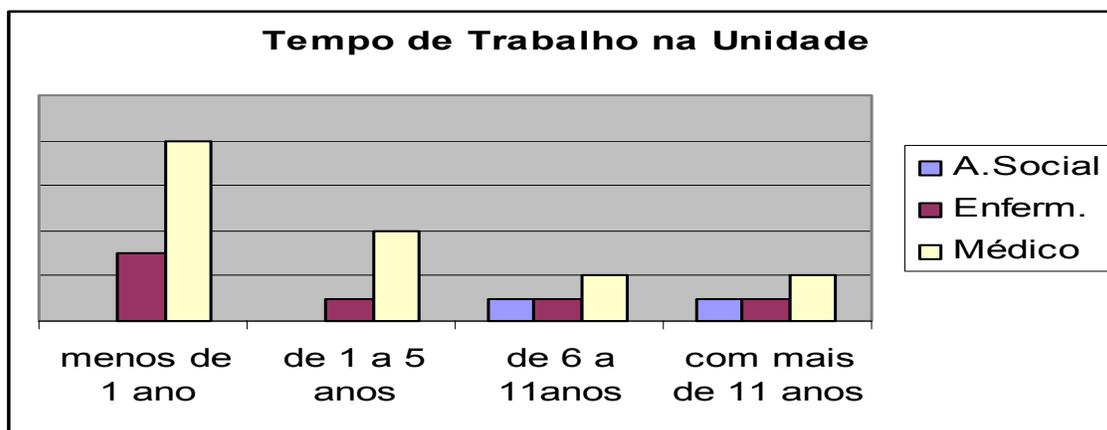
De modo geral, a procura de especialização é cada vez mais exigida em um mercado de trabalho competitivo, embora no serviço público haja pouco estímulo e valorização quanto à procura de melhor formação ou ascensão relativa ao grau de especialização de cada profissional. Na medicina, a procura por especialização, principalmente entre os mais jovens, está associada ao objetivo de atender às exigências do mercado de trabalho, seja em relação ao trabalho autônomo ou em serviços privados, no qual a formação especializada se encontra vinculada diretamente às oportunidades de montar consultório ou de ser contratado por clínicas especializadas.

Além disso, conforme analisa Machado (1997), a crescente exigência de “especialismo” baseia-se em um mito de eficácia, característico da sociedade moderna, que busca atender aos interesses do mercado (de equipamentos médicos, farmacêuticos, etc.), fortalecendo a necessidade primordial de conhecimentos específicos em detrimento de uma visão mais ampla da formação profissional.

“Se, por um lado, esse crescente “especialismo” sustentado pelo mito da eficácia e da racionalidade técnica encontra amplo apoio na sociedade moderna e no complexo médico industrial, por outro, acaba favorecendo a especialização precoce do estudante” (Machado *et alli*, 1997: 59).

IV.2.2 – Trabalho na unidade

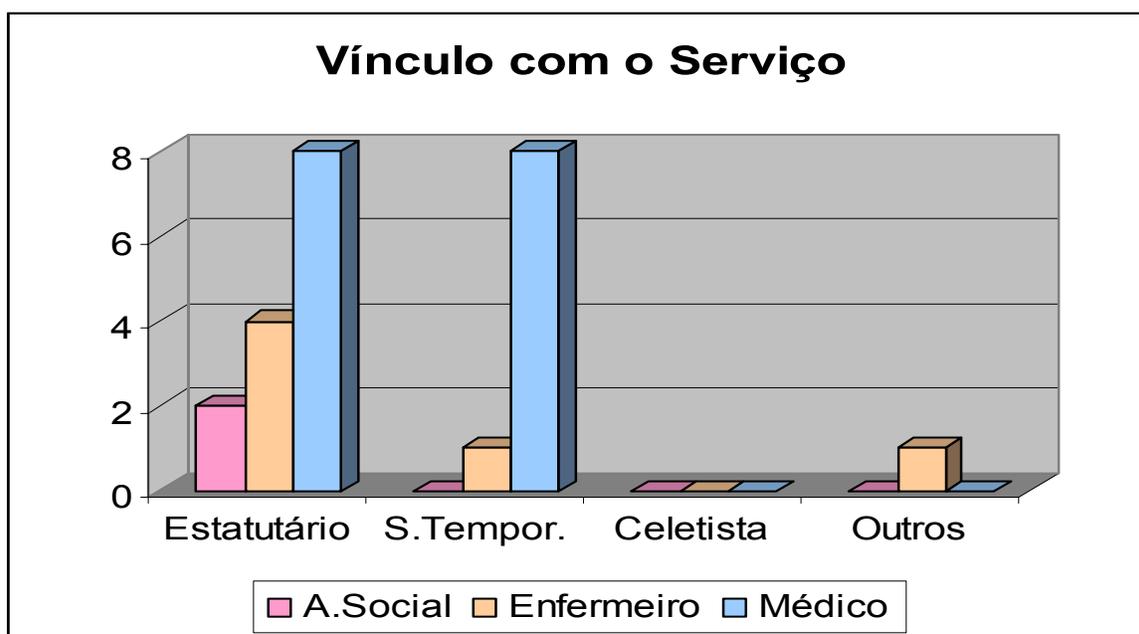
Gráfico 3



Em relação ao tempo de trabalho na unidade, 50% dos enfermeiros trabalham há menos de um ano, todos os assistentes sociais há mais de seis anos; 50% dos médicos há menos de um ano, 25%, de um a cinco anos, e 12,5%, de seis a 11 anos. Apenas um assistente social, um enfermeiro e dois médicos trabalham há mais de 11 anos nesse mesmo local.

Ao compararmos os dados relativos à forma de vinculação ao serviço, podemos considerar que os enfermeiros e assistentes sociais tendem a permanecer mais tempo na unidade devido a seu vínculo de trabalho. Desses profissionais, 100% dos assistentes sociais e 65% dos enfermeiros são estatutários, o que em princípio favorece maior tempo de permanência no mesmo emprego. Os dados a seguir demonstram as diferenças entre as categorias profissionais quanto à forma de vinculação contratual.

Gráfico 4



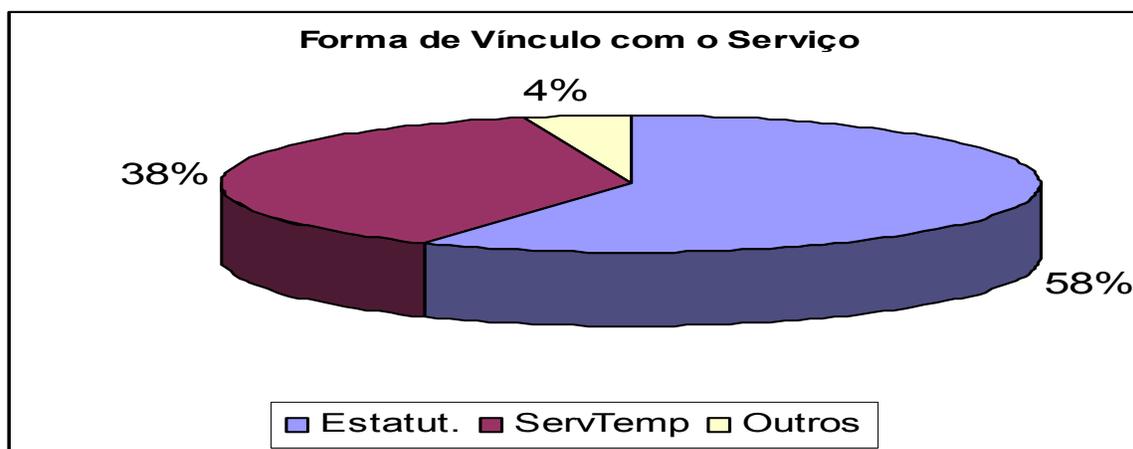
Em relação aos médicos a forma de serviço temporário (por prestação de serviço) é bastante freqüente, havendo compatibilidade nos dados relativos aos profissionais mais jovens e com menor tempo de formação. Esse fator interfere diretamente na organização do

serviço, acarretando uma grande rotatividade de profissionais. Segundo dados da chefia médica, há de fato grande troca desses profissionais (em torno de 10% ao mês).

No entanto, o vínculo de estatutário ainda é predominante. Não foi identificado nenhum vínculo de celetista (CLT). A outra forma de contratação citada, é a vinculação por meio de cargos de chefia, que muitas das vezes é usada como alternativa de contratação de recursos humanos para atuar na assistência direta ao paciente.

O gráfico a seguir demonstra a proporção do número de funcionários estatutários e as outras formas de vinculação entre os profissionais entrevistados.

Gráfico 5



Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham em regime de plantão, têm na dupla ou tripla jornada de trabalho uma prática constante. As dificuldades salariais impostas à maior parte dos funcionários públicos nos últimos anos agravam ainda mais essa situação. Assim, observa-se que muitos profissionais atuam em diferentes serviços, localizados ou não no mesmo município, restritos ao setor público ou no setor privado.

Constatamos que metade dos enfermeiros já trabalhou em outros serviços da rede municipal e que dois trabalham em clínicas particulares, conveniadas ou não ao SUS. Em

relação aos médicos, 56% relatam atuação em algum outro serviço público ou privado nesse município ou em outro. Cinco entrevistados (31,2%) trabalham em hospitais conveniados com o SUS, seja nesse município ou em outro próximo. No entanto, 44 % dizem não trabalhar em nenhum outro serviço dos acima relacionados.

De acordo com os dados apresentados, podemos considerar que o perfil do entrevistado aponta para diferenças desses profissionais quanto a idade, tempo de serviço e de graduação, local de trabalho e formação profissional. Em relação à Emergência, observamos ser esse o setor em que há maior concentração de médicos mais jovens, com pouco tempo de formação e vinculação empregatícia provisória. Entre os demais profissionais essa tendência não se caracteriza.

No entanto, consideramos importante analisar essas características no que afeta o funcionamento dos serviços e, conseqüentemente, a assistência ao usuário. Ao refletirmos sobre a composição do quadro de funcionários da Emergência, no que se refere a seu perfil, vemos que, principalmente em relação aos médicos, a pouca experiência profissional e a rotatividade constante dos profissionais favorecem certo desligamento dos problemas ali encontrados, contribuindo de alguma forma para sua não resolução.

A presença significativa de profissionais com vínculo temporário demonstra que o trabalho na Emergência não costuma ser assumido pelos profissionais mais antigos, provavelmente devido ao desgaste que esse tipo de prática acarreta, sobretudo aos médicos, e às condições de trabalho ali existentes. Essas condições não parecem afetar de maneira tão direta os demais profissionais, que encontram Emergência a vantagem do trabalho em regime de plantão, que não é o usual em muitos setores da unidade de saúde.

Por outro lado, um aspecto positivo da alta rotatividade de profissionais e da utilização da força de trabalho mais jovem é a pouca utilização por parte deles de esquemas de favorecimento a alguns prestadores de serviços contratados pelo SUS, seja para exame ou internação. Este fato era bastante comum há alguns anos, sobretudo no período de

funcionamento do extinto Inamps quando essa prática – conforme mencionado no primeiro capítulo desta dissertação – era bastante usual.

A seguir, descreveremos outros dados relativos à prática profissional e à organização do serviço, o que nos ajudará a compreender melhor o cotidiano da assistência nos serviços estudados.

IV.3 – Integração entre os serviços da rede municipal

Todos os profissionais de saúde entrevistados (100%) responderam ter encontrado dificuldades para conseguir internação de pacientes em outros serviços da rede municipal.

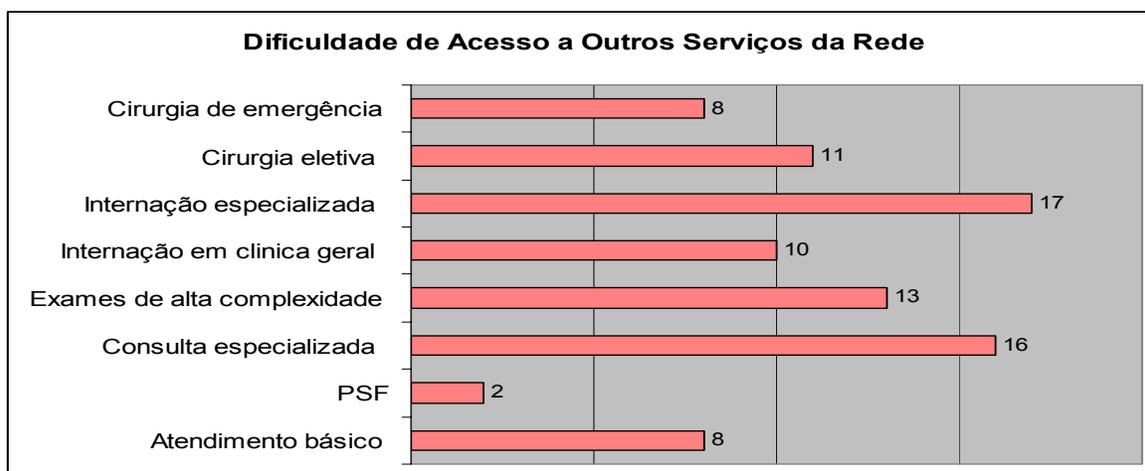
As internações e consultas especializadas representam 70% e 66% respectivamente do total de respostas relativas às dificuldades encontradas para se conseguir vaga, seja no próprio município ou em municípios vizinhos; seguem-se os exames de alta complexidade (54%) e as cirurgias eletivas (45%); internação em clínica geral aparece em torno de 41% das respostas. A pergunta que gerou esses dados permitia mais de uma resposta de cada entrevistado.

As cirurgias de emergência e os serviços de atendimento básico foram citados, cada um, por aproximadamente 33% dos entrevistados. É interessante destacar que, desse total, os médicos foram os que mais relataram dificuldade para conseguir vaga na rede básica; apenas um enfermeiro referiu-se a essa dificuldade. Destaca-se também o fato de o Programa de Saúde da Família ter sido o menos citado, integrando apenas 8% das respostas.

Esses dados demonstram que as maiores dificuldades concentram-se nos serviços especializados. No entanto, o encaminhamento à rede básica pode ter sido pouco considerado por não ser prática rotineira dos profissionais da Emergência orientar os usuários à procura desses serviços ou, tampouco, encaminhá-los por mecanismos formais (referência).

Como explicação para as dificuldades apontadas foram citadas como origem do problema a falta de vagas nos demais serviços e a falta de estrutura político - administrativa do poder público. Em relação às especialidades médicas, as maiores dificuldades de vagas, encontram-se, nas seguintes áreas: urologia, UTI, neurologia, ortopedia, c.geral, Aids e casos clínicos graves, que necessitem investigação diagnóstica.

Gráfico 6



Podemos observar que, de acordo com os dados acima, os serviços especializados constituem o maior problema para se acessar vaga na rede de assistência, principalmente a municipal; algumas especialidades, como a urologia, citada mais de uma vez, expressam a situação da rede municipal, que não oferece até o momento leitos suficientes nessas áreas (embora, com relação ao exemplo, tenhamos sido informados a respeito da previsão de se criar uma enfermaria para esse fim).

“Os únicos leitos disponíveis em urologia, são alguns poucos no Hospital Universitário; o difícil é você conseguir internar alguma paciente lá; é muito triste a situação dos pacientes com sonda, eles são atendidos em diversos serviços de emergência, sem conseguir resolver de fato o problema” (médico, na faixa de 10 a 20 anos de trabalho na unidade).

Os custos do tratamento e os equipamentos necessários para esse tipo de atendimento, além da mão-de-obra especializada, podem ser considerados fatores limitadores de maior oferta desses serviços. No entanto, além do sofrimento que a falta de

leitos especializados (urologia, cardiologia, etc.) acarreta aos pacientes, o custo para o sistema, relativo ao ônus sobre o não investimento em algumas áreas, talvez seja muito maior, visto que muitos pacientes teriam seus problemas tratados de maneira mais eficiente ou mesmo resolvidos, diminuindo o tempo de permanência nas internações e as constantes reincidências em serviços emergenciais e de clínica geral.

Em outra especialidade (clínica cirúrgica), também foram citados problemas relativos à pouca oferta de leitos. No caso específico do município estudado (conforme demonstrado no Capítulo 2), a proporção de leitos cirúrgicos corresponde a 31% do total, sendo que 62% dos leitos de cirurgia no município pertencem ao setor privado. Em relação à clínica médica, o número de leitos existentes corresponde a 32% do total, estando 63% deles no setor privado.

Segundo relato de um médico especialista em cirurgia vascular, as dificuldades nessa área estariam gerando problemas sérios em relação aos pacientes, muitas vezes irreversíveis.

“Às vezes os pacientes voltam para perder a perna, quando não conseguem atendimento a tempo; estamos criando uma legião de amputados” (médico, com 10 a 20 anos de trabalho na unidade).

Por outro lado, a justificativa da gerência é de que há vagas suficiente para essa especialidade, cujo número supera, aliás, os existentes em outras especialidades com maior demanda. Nessa especialidade, há um limite estabelecido pelo município para o número de vagas de alguns procedimentos: apenas 10% das vagas mensais são destinadas aos mais simples, ficando o restante reservado a outros de maior complexidade.

Outra questão observada (na mesma especialidade) é a vinculação dos leitos de cada hospital contratado a cada médico especialista, sendo limitado a esse profissional o número de vagas existentes. As vagas de cada clínica pertencem, então, a um determinado médico, que segundo informações, opera no referido estabelecimento. Para alguns pacientes esse

fato é concebido como um “privilégio”, na medida em que poderá ser operado pelo mesmo médico que o atende no ambulatório, ainda que isso signifique uma longa espera.

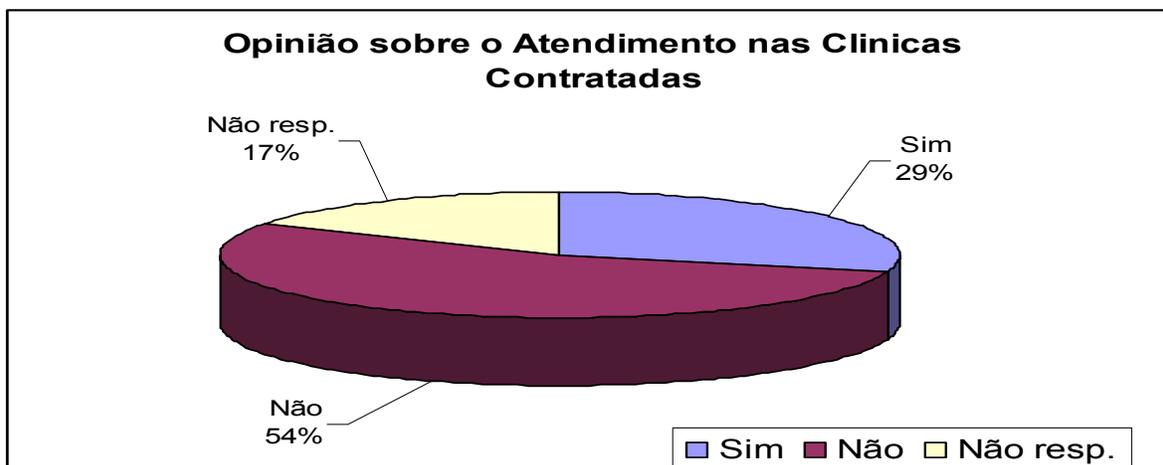
A questão da autonomia profissional, que no caso do médico assume grande proporção, é uma questão importante a ser discutida. A medicina, sobretudo algumas especialidades, construiu historicamente fortes pressupostos liberais, segundo os quais a liberdade do médico é uma questão indiscutível, estando introjetada no arquétipo da profissão. Assim, algumas atitudes da gerência que limitam a prática profissional são, de modo geral, percebidas como interferentes na autonomia médica. Retornaremos a essa discussão adiante.

IV.3.1 – As clínicas contratadas pelo SUS

Perguntar aos entrevistados se o encaminhamento para as clínicas particulares conveniadas com o SUS, respondiam adequadamente à demanda dos usuários. Essa pergunta teve como objetivo saber dos profissionais de saúde, se as instituições contratadas atendiam às necessidades relativas ao encaminhamento de usuários, seja em relação à quantidade de vaga ou à qualidade dos serviços prestados. Consideramos essa questão de suma importância, na medida em que essas clínicas correspondem a 58% dos leitos disponíveis no município, principalmente em áreas essenciais, como cirurgia e clínica médica.

Obtivemos as seguintes respostas: 54% disseram que as clínicas não respondem adequadamente à demanda do usuário, 29% disseram que sim, e 17% não responderam. Entre os médicos essa opinião foi quase equiparada, com apenas um entrevistado respondendo a mais sobre a não adequação das clínicas. Já entre os assistentes sociais e enfermeiros o índice é de 90 % para a resposta negativa.

Gráfico 7



Observa-se que as justificativas da não adequação das clínicas à demanda do usuário se referem principalmente à qualidade do serviço prestado e à seletividade de pacientes a serem atendidos, envolvendo desde aspectos relativos à patologia clínica até problemas sociais.

O paciente com problema de saúde mais grave, que demande maior dispêndio de recursos por parte da clínica, não costuma ser aceito, visto que muitas delas não possuem sequer recursos hospitalares capazes de atender a questões mais complexas. Além disso, em alguns casos, o valor pago pelo procedimento não compensa financeiramente ao estabelecimento privado / contratado.

No município em estudo, segundo dados do Datasus, a especialidade em que mais foram pagas AIHs em 2001, foi a clínica cirúrgica (5.965), tendo o setor privado absorvido 44,3% desses valores, o setor público correspondido a 33,0%, e o setor universitário, a 22,7% do total. A especialidade em que menos foram pagas AIHs foi a fisiologia (325), em que a oferta é 100% pública.

Em relação ao valor médio da AIH, observa-se que fisiologia e psiquiatria são as especialidades em que foram pagos os valores mais elevados no ano de 2001, seguidas da clínica cirúrgica. Nesse município o valor médio de internação em psiquiatria para o setor privado foi de 718,89 reais e, para o setor público, foi de 559,12 reais; na clínica cirúrgica

também os valores relativos ao pagamento do setor privado foram superiores, correspondendo a 394,77 reais para o setor público e 419,60 reais para o setor privado. Em obstetria essa tendência se manteve, sendo os valores pagos aos setores público e privado, 196,06 e 265,73 reais, respectivamente.

O tempo médio de permanência também difere entre as clínicas contratadas e o setor público. Na clínica cirúrgica a média de permanência do usuário na internação foi no ano de 2001, de cinco dias para o setor público e de 2,6 para o setor privado. Na clínica médica também se observa essa variação, sendo no setor público, a média de permanência de 11,2 e, no setor privado, de quatro dias.

No entanto, apesar de o setor privado receber valores maiores de AIH pagas e possuir a maior parte dos leitos nas duas especialidades citadas (c.cirúrgica e c. médica), o que se observa no dia-a-dia da assistência é que os procedimentos mais simples são realizados na rede contratada, ficando para o setor público os problemas de maior complexidade. Além disso, em muitos casos a complementação do atendimento, seja no pré ou no pós-operatório, acaba ocorrendo no setor público, principalmente na própria Emergência. A média de permanência nas clínicas contratadas apontam para esses fatos, e alguns relatos dos profissionais também confirmam essa tendência.

“Os pacientes sempre retornam ao hospital” (enfermeiro, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“As clínicas particulares só aceitam casos de baixa complexidade e pouco onerosos. Não atendem urologia por ser um procedimento caro, que não compensa pela remuneração paga pelo SUS”.(médico, de 10 a 15 anos de trabalho na unidade).

“Essas clínicas conveniadas, só aceitam os casos mais simples e de fácil resolução, não aceitando os pacientes que possam acarretar alto custo de atendimento ou que necessitem de CTI” (médico, de um a cinco anos na unidade).

Assim, o serviço público acaba absorvendo a demanda de maior custo para o sistema, embora em alguns casos, nem a rede própria municipal consiga absorver a demanda. Em ortopedia, por exemplo, segundo relatos de alguns médicos, os casos mais

graves, como osteomielite, dificilmente conseguirão ser resolvidos em algum hospital da rede contratada ou mesmo da rede própria do município. Nesses casos, geralmente procuram-se recursos na capital, onde a espera por uma vaga pode ser muito demorada.

Desta forma, o serviço de emergência permanece com esses pacientes ali internados. Em alguns casos as clínicas contratadas só aceitam a transferência do paciente após terem sido realizados todos os exames pré-operatórios no serviço público, e, segundo relatos dos profissionais, não é raro, após a cirurgia na clínica contratada, os pacientes retornarem para à Emergência para o pós-operatório. Esses fatos fazem com que a Emergência permaneça superlotada, absorvendo a demanda específica a ela destinada, além de funcionar como suporte das clínicas contratadas.

“Existe superlotação na unidade, e as clínicas conveniadas só aceitam paciente com estabilidade clínica” (enfermeiro, menos de um ano na unidade).

“As clínicas não estão aparelhadas para casos de maior complexidade” (assistente social, na faixa de 10 a 15 anos na unidade).

“Alegam faltas de vagas e a maioria das conveniadas particulares não tem muito recurso para receber pacientes mais complicados”.(médico, menos de um ano na unidade).

Outra questão é a seletividade dessas clínicas em relação a alguns pacientes. Além do aspecto relativo às complicações da patologia apresentada, algumas condições sociais, como estar sem acompanhamento de familiar ou de amigos, ou ser morador de rua, interferem na ocupação da vaga, já que, ao receber alta esse paciente poderá ter dificuldade de sair da clínica, por problemas de moradia, e essa permanência não é remunerada pelo SUS. Nesses casos o paciente costuma permanecer no serviço de emergência. Alguns relatos dos profissionais de saúde expressam essa realidade.

“Má qualidade das clínicas contratadas” (enfermeiro, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Nem todos aceitam paciente do SUS” (médico, menos de um ano na unidade).

“Não sei responder, porém escuto falarem que as clínicas são ruins, alguns pacientes se queixam de algumas clínicas” (médico, menos de um ano na unidade).

“Há poucas clínicas conveniadas e são de baixa qualidade” (médico, de 10 a 20 anos de trabalho na unidade).

Por outro lado, para alguns profissionais, as clínicas contratadas funcionam como a alternativa mais eficaz para esvaziamento das emergências; e, para alguns, atendem com qualidade aos usuários. Algumas respostas demonstram essa opinião

“Regular depende das possibilidades, depende da clínica” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Em geral fica internado na clínica particular” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Na medida do possível, as clínicas atendem bem; para elas é muito mais difícil” (médico, menos de um ano de trabalho na unidade).

“As clínicas particulares sempre têm vaga” (médico, menos de um ano de trabalho na unidade).

“As clínicas particulares atendem bem ao usuário, com qualidade” (médico, de 10 a 20 anos de trabalho na unidade).

“Quando há vaga, é fácil a transferência” (médico, menos de um ano de trabalho na unidade).

Na opinião de uma parcela significativa dos profissionais entrevistados, as clínicas contratadas não atendem adequadamente à demanda dos usuários; o tempo de serviço na unidade e a perspectiva de que elas funcionem como uma saída para a superlotação da emergência, podem contribuir para a opinião expressada por alguns profissionais. No entanto, sobretudo os que já trabalham há mais tempo na unidade percebem que são as limitações impostas pelas clínicas contratadas o que dificulta um melhor funcionamento da Emergência, embora haja a facilitação no serviço para que o fluxo de encaminhamento para as clínicas funcione eficazmente, até mesmo com o funcionamento do setor operacional da divisão de autorização de internação dentro da Emergência.

“Embora haja um sistema de facilitação no fluxo, algumas vezes (25 a 30%) o usuário é recusado nessas clínicas, por motivos vários” (médico, de cinco a 10 anos de trabalho na unidade).

IV.3.2 – Encaminhamento e transferência para outros serviços

Em relação ao encaminhamento para internação na Emergência ou à transferência a para outros serviços, são os médicos os profissionais que normalmente possuem, na divisão do trabalho, o poder decisório a respeito dos procedimentos e condutas a adotar.

São eles os profissionais que lidam constantemente com a transferência de pacientes para outros serviços. Dos médicos entrevistados, 63% dizem que fazem algum tipo de contato pessoal com profissionais de outros serviços a fim de conseguir vaga para internação de algum paciente, sendo essa uma prática constante. Os enfermeiros e assistentes sociais em geral não estabelecem em seu processo de trabalho essa rotina, e apenas dois entrevistados relataram algum tipo de procedimento nesse sentido.

No cotidiano do serviço de emergência estudado o mecanismo implantado na unidade a fim de facilitar a transferência dos pacientes foi a inclusão da função de médico internista, que, junto com a Divisão de Autorização de Internações, é o responsável por esse procedimento. A utilização de médicos na função de contatar outros serviços para agilizar a transferência em parte pode ser vista como dispêndio desnecessário de profissionais capacitados para atuar nessa função. No entanto, cabe destacar que esse profissional não se restringe a um mero burocrata, tendo suas atribuições no acompanhamento clínico do paciente.

Até mesmo entre os profissionais de saúde, parece haver certa rejeição em assumir como atribuição sua a tarefa de recorrer a outras instituições à procura de vaga. Durante algum tempo, questionava-se a quem caberia essa ação, se ao assistente social; ao enfermeiro, ou até aos setores administrativos, o que demonstra a dificuldade inerente a função. Esse fato chega a gerar reações e normatizações técnicas das corporações envolvidas.

No serviço estudado a solução encontrada até junho de 2001, período em que foi realizada a pesquisa – embora haja o projeto do governo do Estado da criação de uma Central de Regulação³ para a região – foi à criação da função do médico internista, que é o profissional responsável por agilizar as transferências, contatando os demais serviços a fim de conseguir vaga ou agilizar a realização de exames. A chefia do serviço justifica esse procedimento pelo saber técnico desse profissional quanto à situação clínica do paciente, o que pode vir a facilitar seu encaminhamento.

Outro fator facilitador é a rede de conhecimentos pessoais entre os médicos nos diferentes hospitais e serviços de saúde que costumam ser utilizado a fim de conseguir os recursos necessários. Em muitas situações essa ação é realizada também pela Divisão de Internação. Cabe destacar que, em relação às clínicas contratadas, essa interferência do médico internista não se faz necessária, havendo todo um fluxo de funcionamento que facilita a transferência.

A intervenção do médico costuma ocorrer com mais frequência em relação aos casos que permanecem na Emergência, sem os recursos necessários, demandando a procura de serviços especializados na rede pública, eventualmente até em outros municípios. Embora essa questão gere polêmica quanto à função exercida pelo profissional, segundo relatos no dia-a-dia da assistência, tem sido uma estratégia para agilização de alguns encaminhamentos.

Em relação à utilização de outros recursos para encaminhamentos e transferências de pacientes, como procedimento habitual de obtenção de vaga para internação no município, obtivemos as seguintes respostas: os recursos de informática e a marcação por telefone foram considerados inexistentes – apenas um entrevistado se referiu à utilização da informática, e nenhum a marcação por telefone.

A procura direta, feita por familiares ou pelo próprio paciente, é apontada como a conduta mais comum (62,5%), seguida da atuação dos profissionais de saúde, seja por contato telefônico (21%) ou acompanhando o paciente a outros serviços (33%).

O sistema de referência e contra-referência é citado por grande parte (60%) dos profissionais entrevistados como sendo utilizado com frequência para encaminharem pacientes a outros serviços da rede; 21% disseram utilizar às vezes, e 17% utilizam raramente; um entrevistado não quis responder, e nenhum disse desconhecer esse sistema. Esses dados apontam para a utilização dos formulários na rotina do serviço por parte dos profissionais de saúde, embora alguns deles reclamem do excesso de burocracia no serviço, informando que constantemente são acrescentados formulários, pela administração, ou pelas chefias, o que vem atrapalhar ainda mais a rotina de trabalho.

Assim, podemos constatar que a limitação de vagas na rede pública e os problemas enfrentados no controle efetivo dos serviços prestados ao SUS parecem gerar uma “distorção” no funcionamento do serviço de emergência quanto a seu papel na rede de assistência, sobrecarregando o serviço e dificultando uma assistência de melhor qualidade.

A relação com o setor privado parece perpetuar antigas práticas, pelas quais o prestador de serviços estabelece as regras, determinando vantagens e definindo para si apenas os serviços e procedimentos que lhe convêm. Por outro lado, o setor público não tem sido capaz de substituir essa oferta de maneira satisfatória.

A integração dos hospitais públicos com demais serviços ocorre de maneira complexa, sendo os contatos pessoais a forma mais utilizada como mecanismo facilitador na busca de uma vaga. As dificuldades se concentram no controle que cada unidade faz de seu próprio número de leitos, não havendo reserva de vagas para pacientes advindos do serviço de emergência ou da divisão de internação (que teria abrangência municipal), ou seja, a disponibilidade de vagas não funciona a partir de um mecanismo centralizado ou organizado em forma de um sistema de internação. As vagas são negociadas de acordo com cada situação específica, o que dificulta o acesso equânime aos serviços.

Outra questão importante a ser considerada é a atuação dos profissionais que lidam diretamente com o encaminhamento de pacientes para internação. Sobretudo entre os médicos especialista o controle do processo de trabalho é pleno, com grande autonomia na relação com o paciente e em relação aos encaminhamentos decorrentes de sua intervenção. No entanto, os preceitos éticos que o acompanham devem estar condizentes com uma visão que considere o trabalho no setor público detentor de atributos diferenciados daqueles de sua prática particular, estando suas decisões e atitudes articuladas a um conjunto de fatores que, em última instância, se refere a uma coletividade e não apenas a um indivíduo.

IV.4 – Prática profissional

IV.4.1 – Desafios e estratégias no cotidiano da assistência

Diante das questões aqui apresentadas, podemos considerar que trabalhar em um serviço que funcione como de “porta de entrada” para o sistema de atenção hospitalar constitui-se em um desafio constante para possibilitar o acesso dos pacientes aos recursos disponíveis na rede. Assim, procuramos nesta parte da dissertação, compreender as dificuldades vividas pelos profissionais e as principais estratégias para lidar cotidianamente com os problemas do serviço.

Solicitamos aos entrevistados que definissem com apenas uma palavra seu trabalho no serviço público de saúde. Dividimos as respostas apresentadas em duas categorias, nas quais consideramos o aspecto otimista ou não da resposta. Dos profissionais entrevistados 62,5% possuem visão não otimista em relação a seu trabalho, usando expressões como desânimo, sacrifício, dificuldade, frustração, deficiência, penoso, sem perspectiva, uma luta constante, sou tapa-buraco, entre outras, para expressar o cotidiano do serviço. Os 35% que respondem de maneira otimista mencionam as palavras bom, satisfatório, resistente, possível e ótimo.

A maioria dos médicos (69%) apresentou uma visão menos otimista em relação a seu trabalho na saúde pública. Podemos considerar que, embora para as demais categorias profissionais também haja um desgaste no trabalho em saúde, em especial nos serviços de emergência, é aos médicos que essa situação parece causar maior desconforto. O fato de lidarem de maneira mais direta com os problemas decorrentes da falta de recursos para internação e a responsabilização por parte de usuários e familiares para que esses solucionem os problemas geram situações de muito estresse.

Em relação à disponibilidade de vagas, é quase unânime (92%) a opinião quanto à insuficiência de vagas para internação seja na própria Emergência como nos outros serviços da rede. Apenas um entrevistado respondeu que as vagas eram suficientes, e um disse não saber (ambos da Emergência).

Dessa forma, no cotidiano desses serviços desenvolvem-se estratégias para contornar as dificuldades inerentes à carência de recursos e à demanda constante. Na Emergência, a utilização de macas e cadeiras no corredor passa a ser a rotina do trabalho, já sendo vista como uma situação habitual (leito extra), embora se constituindo em um recurso totalmente inapropriado para o fim a que se destina.

“Coloco os pacientes no corredor, transformando o local totalmente inadequado em enfermaria para internação” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Removendo para as clínicas particulares ou nos corredores” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Deixa-se o paciente na emergência, até se conseguir vaga” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Sobrecarregando a Emergência com macas extras” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

“Há muita dificuldade e até má vontade de profissionais de outros serviços; quando se pede vaga, perguntam se quero fazer “empurroterapia” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade)”.

Outra solução é a tentativa de transferência quando o número de pacientes é muito grande; agiliza-se assim mais rapidamente a transferência para as clínicas conveniadas ou tentam-se recursos na própria rede pública. A divisão de internação também recorre a outros municípios na tentativa de resolver o problema.

“A central de internação apela a outros municípios para conseguir vaga” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

Dessa forma, o contato constante com profissionais de outros serviços é considerado uma possibilidade de resolução do problema. Em torno de 80% dos entrevistados disseram já ter tomado conhecimento de algum caso em que tivesse sido necessária a interferência dos profissionais para conseguir vagas em algum serviço da rede municipal, sendo a troca de conhecimentos um fator facilitador.

As relações pessoais nos municípios costumam interferir diretamente nas relações institucionais, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte, onde como se costuma dizer popularmente, “todos se conhecem”, bem como entre profissionais de uma mesma profissão ou especialidade.

“Os profissionais que trabalham em um serviço público, geralmente trabalham em outro” (médico, de 10 a 15 anos trabalhando na unidade).

“Às vezes é necessária interferência do médico, explicando história clínica do paciente” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Freqüentemente faço contato com outros hospitais solicitando vaga e recebendo doentes referenciados, com necessidade ou não de introdução formal” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Em muitas ocasiões o médico tem que manter contato com as outras unidades, a fim de conseguir vagas, porém somente quando esgotadas todas as possibilidades por parte da enfermagem” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

Assim, convivem no cotidiano dos serviços as regras formais e não formais, principalmente quando as regras e ordens estabelecidas não conseguem dar conta dos problemas a serem enfrentados. Conforme analisa Carapinheiro (1998), as regras informais preenchem um espaço significativo no cotidiano dos serviços.

“É sempre problemático perceber quais as regras que existem, a quem se aplicam e a que sanções dão lugar se não forem cumpridas. Criam-se constantemente regras informais para regular ações e situações no preenchimento dos hiatos deixados pela regulação formal, cruzando-se constantemente no cotidiano do hospital as regras formais e informais, sendo umas e outras susceptíveis de cair em desuso, de serem reiteradas ou serem substituídas, em sintonia com as exigências que em cada momento, decorrem das interações e negociações que se estabelecem entre os diferentes participantes na divisão do trabalho” (Carapinheiros, 1998: 63).

Para a enfermagem, a rotina do serviço encontra-se vinculada diretamente aos cuidados diários com o paciente; a superlotação da Emergência e as dificuldades de recursos são enfrentadas cotidianamente por esses profissionais, que desenvolvem estratégias de enfrentamento dos problemas, com improvisação de leitos, recursos materiais e priorização das vagas das enfermarias, retirando do corredor os mais idosos ou em piores condições de saúde.

Não pretendemos aqui aprofundar a discussão sobre as questões inerentes a essa profissão, visto que o objetivo deste trabalho é analisar o acesso de pacientes aos serviços de internação, e, nesse aspecto, os médicos são os profissionais mais que diretamente envolvidos. No entanto, ao analisarmos as questões cotidianas da Emergência e, conseqüentemente, o encaminhamento de pacientes a outros serviços, temos de considerar que os profissionais de enfermagem – assim como os assistentes sociais vivenciam de maneira diferente toda a problemática da falta de recursos na rede de assistência, atuando diretamente na relação com pacientes e familiares.

IV.4.2 – Condições de trabalho

De modo geral, as condições de trabalho dos profissionais que atuam no serviço público têm sido afetadas pelos poucos investimentos nessa área, com degradação da estrutura física e material, acarretando a inadequação de muitos locais e dificultando uma boa assistência à saúde.

Em nossa pesquisa perguntamos sobre as condições de trabalho dos profissionais e se elas possibilitavam um bom exercício profissional. Obtivemos as seguintes respostas: 71% responderam que as condições de trabalho não possibilitam um bom exercício profissional. Os que responderam sim somaram 21%, e 8% não responderam. Dentre as principais dificuldades destacam-se:

“Superlotação do serviço, excesso de trabalho e diversidade de problemas clínicos internados juntos” (enfermeiro, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Faltam equipamentos” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“O trabalho é desumano, existe uma quantidade enorme de pacientes para poucos médicos, além de falta de espaço físico e material” (médico, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“O ambiente (espaço físico do trabalho) é impróprio e insalubre, além do excesso de pacientes e macas extras” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Grande demanda de pacientes e pouco espaço”. (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Falta de recursos humanos e competência dos profissionais que auxiliam os médicos” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Existem diversos entraves burocráticos que impedem a boa prática” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Há hipersolicitação em relação ao profissional, causada pela demanda excessiva de serviço, o que dificulta o melhor desempenho profissional” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

Além de todas as dificuldades inerentes aos problemas expostos, os profissionais que atuam em serviços de saúde sofrem também desgastes físicos e emocionais em sua relação cotidiana de trabalho, que os afetam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no processo de trabalho, gerando diferentes fontes de tensão.

Em setores como a Emergência hospitalar a imprevisibilidade dos acontecimentos faz parte da característica do serviço, aliada às condições ambientais, aos recursos disponíveis, aos problemas clínicos do paciente e à busca de soluções. Conforme registram Rego e Palácios sobre as características do processo de trabalho na Emergência, chegam a esse serviço “pessoas gravemente doentes que precisam de cuidados imediatos, que correm risco de vida. A finalidade do processo é salvar a vida do paciente, aliviar seu sofrimento intenso, oferecendo os primeiros cuidados” (Rego e Palácios, 1996:97).

A morte ou o sofrimento do paciente não são os únicos fatores de angústia para o profissional; a impossibilidade de fazer algo positivo que pudesse vir a resolver o problema ou até mesmo salvar a vida do paciente é o que acarreta o sofrimento psíquico; trata-se da impotência diante de situações que, às vezes, poderiam ser resolvidas com recursos adequados. O relato de um médico demonstra esse sentimento com muita clareza.

“Muitos casos graves chegam a esta Emergência, inclusive tumores, e ali permanecem sem ter para onde encaminhar; o paciente então fica ali, sem recursos, até morrer. Isso é de uma frustração absoluta” (médico, de 10 a 15 anos de trabalho na unidade).

No estudo sobre os médicos no Brasil, Machado *et alli* (1997) indicam que a função ocupada pelo médico na estrutura organizacional altera a forma, a percepção e a intensidade do desgaste de seu trabalho. O plantão, por exemplo, é apontado por 90,5% dos médicos que atuam nesse regime como causadores de estresse e desgaste.

Principalmente entre os profissionais da Emergência, problemas como a superlotação do serviço, a pequena dimensão do quadro de recursos humanos, gerando

sobrecarga para os que ali trabalham, a quantidade de pacientes com problemas clínicos muito diversificados, internados em um mesmo local dificultam, segundo os entrevistados, o bom desempenho profissional. A utilização de macas no corredor, as condições inadequadas e insalubres da Emergência e a falta de equipamentos também são fatores citados como impróprios ao trabalho.

“As instalações são precárias, nosso quarto, por exemplo, é bem insalubre: camas, geladeira e banheiro ficam muito próximos, quase no mesmo ambiente. Há excesso de pacientes com muitas macas extras” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

Outra questão que afeta os profissionais da Emergência, bem como, aliás, os do Ambulatório e da Divisão de Internação, refere-se às dificuldades relativas à carência de vagas, sendo apontada como fator que interfere na prática profissional. No entanto, segundo alguns entrevistados, essas dificuldades podem ser contornadas, pela possibilidade de se prestar pelo menos o atendimento básico, apenas com os recursos existentes.

“Apesar de não haver vaga para internações especializadas há como fazer diagnóstico e tratamento básico” (médico, menos de um ano de trabalho na unidade).

“As condições de trabalho melhoram com o aumento de vagas” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

IV.4.3 – Relação dos profissionais de saúde com os setores administrativos

A escassez de recursos e as orientações administrativas quanto às regras, normas e burocracia institucional podem ocasionar às vezes conflitos entre os profissionais que atuam diretamente na assistência e os setores administrativos da unidade, cujos objetivos e perspectivas em relação ao trabalho nem sempre coincidem.

Perguntados, a respeito das ordens recebidas por parte da administração da unidade, se havia alguma orientação em relação à contenção de gastos financeiros no serviço, 29% responderam que já haviam recebido alguma orientação administrativa nesse sentido, mas 71% disseram que não. Entre os profissionais de enfermagem a resposta positiva é mais

freqüente, condizente com a prática profissional mais voltada para o aspecto gerencial do setor. No caso específico da enfermagem há também referência à redução de recursos para contratação de pessoal.

Os profissionais da Divisão de Autorização para Internação também relatam que recebem com freqüência orientação no sentido de reduzir gastos. Essas medidas são relativas ao encaminhamento para internação em UTI, cirurgias eletivas, exames de alto custo, gastos com equipamentos médicos, medicamentos e outros materiais, além do uso de ambulância e até mesmo equipamentos de informática.

Apenas 19% dos médicos citaram já haver recebido alguma orientação quanto à contenção de gastos, sendo que apenas dois entrevistados relacionaram a que estavam se referindo. No caso do Ambulatório conforme já discutido, foi citada a contenção do número de cirurgias eletivas. No caso específico da especialidade de cirurgia vascular, há um limite mensal de vagas estabelecido pela administração, fato que o médico considera uma medida de contenção de gastos por parte da administração municipal.

Alguns profissionais relatam que o mais comum é essa redução ocorrer de maneira silenciosa e informal, apenas com o “desaparecimento” ou a escassez dos recursos antes disponíveis. Os setores administrativo da média hierarquia recebem com clareza as orientações, enquanto aos profissionais envolvidos diretamente na assistência (com exceção de alguns da enfermagem), como no caso dos médicos da Emergência e assistentes sociais, essa orientação não é repassada formalmente, mas apenas sentida pela ausência de determinados recursos.

Perguntamos como os profissionais de saúde avaliam a participação dos setores administrativos no encaminhamento de paciente para internação, item que permitia mais de uma resposta a cada entrevistados. Quarenta e dois por cento das respostas indicam que os setores administrativos facilitam o funcionamento do serviço no que consiste ao encaminhamento de pacientes para internação. No entanto, de acordo com aproximadamente 34% das respostas, sobretudo de médicos, os setores administrativos

criam uma burocracia desnecessária. Para alguns entrevistados (17%) a administração interfere até na autonomia profissional; 8% consideram que os setores administrativos organizam os serviços e 4%, que possibilitam o controle de recursos financeiros e humanos; 8% dos entrevistados não responderam à pergunta.

O aumento do custo da atenção médica especializada e a redução de recursos públicos na área social têm motivado na última década medidas limitadoras de gastos e de maior controle de acesso de usuários aos níveis de maior complexidade do sistema. Dessa forma, são criadas medidas administrativas de controle do acesso a esse nível de atenção.

No entanto, relacionar mecanismos de controle com a autonomia profissional característica da atuação na área de saúde – mais especificamente do médico – gera às vezes situações conflituosas relativas à tomada de decisões.

IV.4.4 – Autonomia profissional

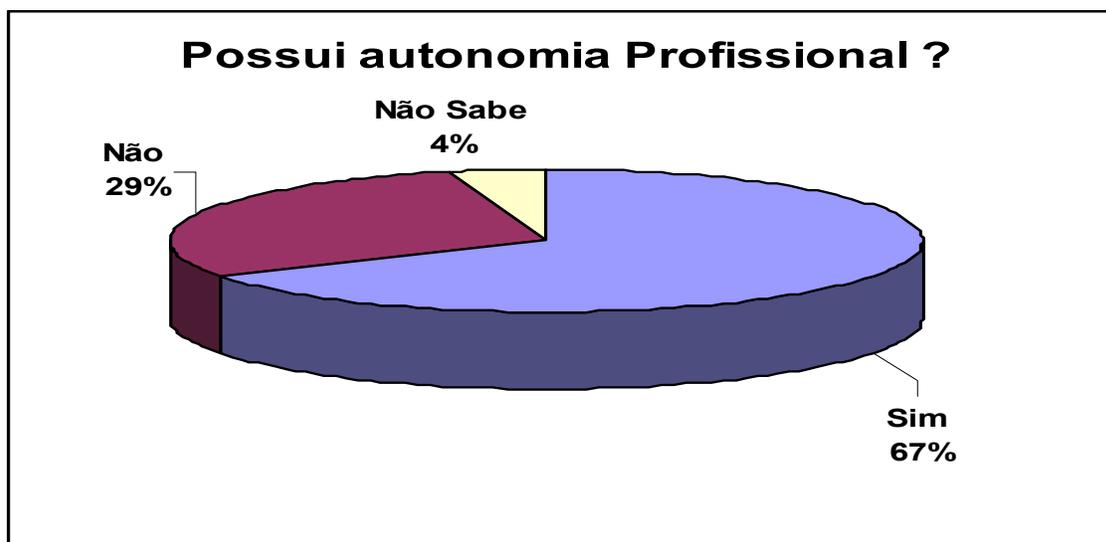
A questão da autonomia, diversas vezes citada no decorrer deste trabalho, é aqui entendida como a capacidade adquirida pelo profissional de controlar e avaliar por si mesmo o aspecto técnico de seu próprio trabalho. Em estudo sobre as profissões de saúde, organizado por Machado (1995), a autonomia profissional é analisada a partir de uma visão sociológica em diferentes perspectivas.

A autora discute a concepção de alguns autores sobre o tema, em especial sobre a autonomia médica. Em Freidson (1978) há uma distinção entre autonomia técnica e autonomia socioeconômica. Nessa concepção, a autonomia profissional (técnica) não sofreria interferências de fatores ambientais, como o Estado, a sociedade ou a própria clientela. Contraopondo-se a essa idéia, outros autores, como Larson (1977), analisam a base cognitiva da intervenção médica enfatizando as relações estabelecidas entre profissões, mercado de trabalho e Estado, e acrescentando a essa discussão as dimensões estruturais.

Compreendemos, então, que o conceito de autonomia se reverte de considerações polêmicas e que, na relação com o mercado de trabalho, o saber técnico está diretamente relacionado à realidade em que o profissional atua, interferindo e alterando em certas circunstâncias a autonomia profissional.

Perguntamos de forma direta aos entrevistados se eles tinham autonomia em seu trabalho, e aproximadamente 67% deles responderam que possuem autonomia em seu trabalho, 29% responderam que não, e um entrevistado não quis responder. Entre os enfermeiros e assistentes sociais, 62,5% responderam que possuem autonomia, 25% responderam que não, e um não quis responder. Na categoria dos médicos, 69% responderam que sim, e 31% que não possuem autonomia em seu trabalho.

Gráfico 8



As respostas negativas foram tanto de alguns profissionais da Emergência como da Divisão de Internação e do Ambulatório, variando entre profissionais com mais tempo de serviço na unidade e os mais jovens.

Em relação à justificativa por eles apresentada, as respostas dizem respeito à liberdade nas condutas realizadas com o paciente (solicitação de exames, transferências, levantamento diagnóstico, etc.), sendo que nesse campo, principalmente entre os médicos, não há nenhum tipo de interferência nesse sentido.

“Médico internista tem maior autonomia para prescrição, solicitação de exames, etc” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Posso receber e transferir qualquer doente, desde que haja vaga” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Tenho autonomia para solicitar exames” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Tomo qualquer conduta em relação ao paciente” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Geralmente não há impedimentos das minhas ações médicas” (médico, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“Tenho autonomia no serviço, pois tenho muito tempo na função e conhecimento no hospital” (enfermeiro, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“A conquista de autonomia é construída pelo profissional” (assistente social, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

Em relação à falta de autonomia, são considerados os aspectos limitadores da instituição em termos de recursos materiais e político-administrativos, que impõem limites à prática profissional.

“Tenho autonomia relativa, depende das circunstâncias” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Não tenho autonomia por limitações financeiras, burocráticas e políticas” (médico, de 10 a 15 anos trabalhando na unidade).

“Devido à estrutura do sistema de saúde, que cria barreiras à autonomia do profissional” (médico, de 10 a 15 anos trabalhando na unidade).

“Em muitas situações independe de sua capacidade resolver o problema do paciente; sendo assim, não tenho autonomia” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Nem sempre tenho autonomia, pois por vezes somos orientados a seguir orientações e normas da administração médica” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

Assim, embora a questão da autonomia profissional, como uma característica marcante entre os médicos, permaneça preservada para a maioria dos profissionais, as questões de ordem administrativa que se colocam necessárias no cotidiano da assistência geram às vezes conflitos entre a autonomia profissional dos médicos principalmente, e o controle e regulação por parte da administração. Segundo alguns profissionais, pode-se até considerar uma perda relativa de autonomia, desde que dentro dos parâmetros técnicos da especialidade exercida.

“É uma atividade especializada, sem rotina definida, cada um age com autonomia. A autonomia não é de todo benéfica, precisaria de controle técnico (especializado), dentro da especialidade médica” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

Poder-se-ia considerar a convivência entre dois princípios de autoridade, um baseado em regras de natureza burocrática e outro de natureza profissional. No entanto essa questão não deve servir para considerar as regras burocráticas essencialmente arbitrárias e as regras profissionais neutras. Segundo Cecílio (1999), poderíamos dizer que há uma certa colonização entre esses poderes.

“São frequentes os casos de poder administrativo se encontrar estruturalmente dominado pela racionalidade médica. Basta lembrar o poder dos médicos funcionarem como *gatekeepers* dos hospitais e determinarem, a partir desse ponto, toda a lógica da administração do hospital” (Cecílio, 1999:322).

Podemos considerar que de fato há uma certa tensão entre os pólos da gerência e dos profissionais, sobretudo os médicos, porém esses poderes não estão totalmente separados; na verdade, há uma certa absorção pelos setores administrativos da cultura médica, até porque uma grande parcela dos profissionais que atuam na gerência dos serviços tem sua formação original na área médica, embora, ao contrariar os interesses corporativos, esses profissionais passem a ser considerados de forma diferente.

“Em relação aos médicos quando tento interferir, sou acusado de falta de ética” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

IV.5 – Relação com o usuário

IV.5.1 – Demanda e critérios de prioridade no atendimento

Nessa parte da pesquisa procuramos saber a opinião dos entrevistados em relação aos indivíduos que procuram atendimento naquele serviço, enfocando a procura segundo o tipo de atendimento, os critérios utilizados pelos profissionais para priorização na ocupação de vagas, a relação com os familiares e a existência ou não de mecanismo de clientelismo político interferindo na utilização dos recursos existentes.

De acordo com as respostas obtidas, 75% dos entrevistados acham que os problemas de saúde atendidos na Emergência poderiam ser tratados em outros serviços da rede, como atendimento básico ou ambulatorial, não se caracterizando de imediato como de urgência ou emergência. Essa opinião é compartilhada pela maioria dos médicos, bem como por assistentes sociais e enfermeiros; 12,5% disseram que não, que a demanda da Emergência não poderia ser atendida em outros locais da rede, e 8,5% não souberam opinar.

Essa questão nos remete à discussão que fizemos no Capítulo 3, sobre a adequação da demanda ao procurar serviços de emergência e as dificuldades encontradas pelos usuários em conseguir atendimento em muitos serviços da rede. Segundo os dados da pesquisa, os profissionais de saúde são da opinião de que os problemas poderiam ser resolvidos em outros locais mais adequados. Não foi especificado, entretanto, o motivo que os levava a estabelecer essa opinião.

Em relação à orientação institucional, segundo 60% dos entrevistados não há nenhuma orientação institucional no sentido de priorizar pacientes com algum problema de saúde específico. No entanto, aproximadamente 25 % relatam que há orientação quanto à priorização de pacientes, ainda que apenas três entrevistados especificam que essa

priorização se refere aos pacientes que apresentem maior gravidade clínica ou a situações específicas, como a epidemia de dengue, por exemplo.

Perguntados sobre os critérios utilizados pelo próprio profissional na priorização da ocupação dos leitos para internação, 62,5% disseram que utilizam algum critério pessoal; 17% responderam que não utilizam, e cerca de 21% dos entrevistados não responderam à pergunta. Cabe destacar que entre os assistentes sociais e enfermeiros o número de não respostas foi o mais significativo (50% do total desses profissionais) e que 75% dos médicos responderam que utilizam critérios pessoais. Isso pode ser compreendido pela especificidade da atuação desse profissional no processo de internação, envolvendo de maneira central seu aspecto decisório.

Os profissionais de enfermagem e também os assistentes sociais fizeram uma relação mais direta quanto à utilização de critérios para os pacientes que permanecem internados em maca ou cadeiras no corredor. As seguintes medidas foram referidas:

“Casos mais urgentes, graves, complicados e também idosos acamados de longa data, com escara, por exemplo” (assistente social, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

“Internação é de competência médica” (assistente social, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“A ocupação das vagas da enfermagem, para retirada do paciente do corredor, ocorre pela gravidade do caso, idade, tempo de internação” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Os pacientes são colocados no corredor quando não há vaga; não tem critérios de prioridade” (enfermagem, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

Os médicos, por outro lado, referem-se aos critérios gerais para ocupação dos leitos, combinando a gravidade do caso, a idade do paciente e o melhor prognóstico.

“Gravidade e idade” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Arranjo uma vaga a mais para o paciente mesmo que seja no corredor” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Os pacientes mais graves ficam nos lugares com mais recursos, e os menos graves são encaminhados para as instituições menos especializadas. Na realidade, esse critério não é pessoal, apenas é feito pela maioria dos médicos daqui” (médico, de 5 a 10 anos trabalhando na unidade).

“O paciente mais grave e o melhor prognóstico; dependendo do caso, o mais jovem é priorizado. Se houver um idoso com pneumonia e um jovem acidentado, darei preferência ao jovem” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Aquele que tem maior chance de sobrevivência” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

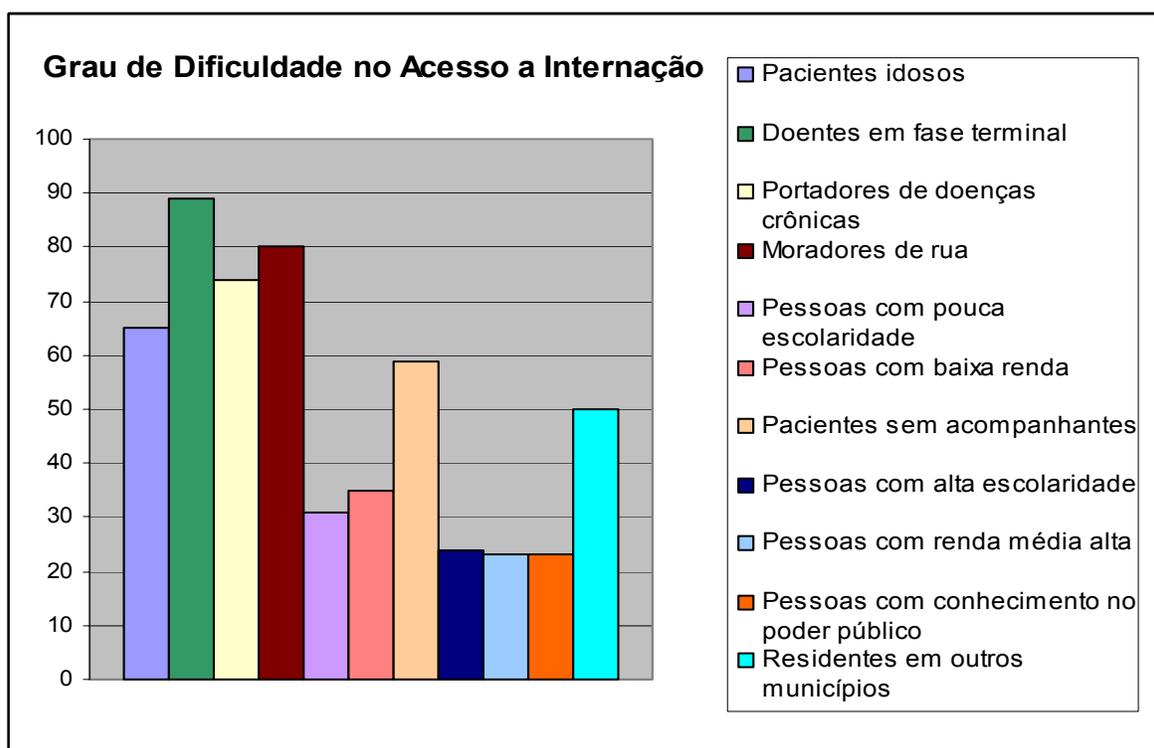
Podemos perceber que no critério geral de prioridade de vagas os pacientes mais graves, jovens e com melhor prognóstico são os mais citados. No entanto, na distribuição dos leitos que ocupam o corredor os mais idosos são citados com alguma prioridade, no sentido de talvez possibilitar um pouco mais de conforto a esses pacientes para quem muitas vezes restam poucos recursos a serem utilizados.

Ao perguntarmos sobre o tipo de paciente que implicava mais dificuldade na tentativa de conseguir vaga para internação na rede, optamos por elaborar uma pergunta em forma de escala (de menor a maior dificuldade), em que aspectos sociais e patológicos pudessem ser considerados, a fim de perceber as implicações.

As respostas a essa pergunta indicam que os pacientes graves (em fase terminal) são os mais difíceis de se conseguir vaga, seguidos quase na mesma proporção pelos moradores de rua, e, depois pelos portadores de doenças crônicas (Aids, câncer, etc.). Ainda bastante difíceis, menos do que os até aqui citados, aparecem os desacompanhados (sem amigos ou familiares), os idosos e os moradores em outros municípios.

Diferenças como grau de escolaridade e renda, segundo os entrevistados, não interferem de forma significativa na hora de se conseguir vaga, fazendo realmente diferença o fato de o paciente ou familiar possuir conhecimento no poder público. Segundo todos os entrevistados, esse fator é o que interfere mais decisivamente para que o paciente consiga a vaga. Houve em média duas a três não respostas, para cada item dessa pergunta, o que indica que em torno de 85% das perguntas obtiveram resposta.

Gráfico 9



Apenas alguns entrevistados quiseram tecer mais algum comentário a respeito do assunto. De alguma forma, parece que considerar que existem diferenças no acesso aos serviços, dependendo do tipo de usuário, causa um certo desconforto em quem responde. Alguns entrevistados relatam que o grau de escolaridade e a renda da família possibilitam

maior interferência na hora de internar, favorecendo sua mobilização e obtenção de maiores recursos.

“Um fator que dificulta é a baixa renda, associada à baixa escolaridade” (médico, de 10 a 15 anos trabalhando na unidade).

Em relação à gravidade do problema de saúde do paciente, o que se observa é que quanto mais grave o caso maior é a dificuldade para se conseguir internar, pois os custos do procedimento tendem a aumentar. Quanto às dificuldades relativas aos moradores de rua e pacientes sem acompanhantes, esse fato encontra-se diretamente relacionado às limitações impostas pelas clínicas contratadas quanto a esse tipo de paciente.

“Pacientes de fora do município têm maior dificuldade” (enfermeiro, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Pacientes idosos com Aids, neoplasias e moradores de rua sempre são difíceis de serem aceitos; essa dificuldade já virou rotina” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Os pacientes mais difíceis de internar são os que têm doenças infecto-contagiosas, principalmente Aids, e os doentes com problemas coronarianos” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

“É observada maior dificuldade de internar em outros hospitais pacientes idosos e em fase terminal. Não sei o motivo” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

IV.5.2 – Participação da família no processo de internação e clientelismo político na distribuição de recursos

Segundo a pesquisa, para 54% dos profissionais de saúde, os familiares dos pacientes costumam interferir na internação; para 29%, não há interferência por parte da família; 12,5% dos entrevistados disseram não saber, e 4% não responderam.

A interferência dos familiares é considerada em geral produtiva. Alguns profissionais relatam que muitos familiares já chegam ao serviço desgastados, por estarem

recorrendo sem sucesso a outros locais da rede à procura de internação e, dessa forma, absorvem as decisões sem grandes questionamentos.

“A família é totalmente passiva, aceita habitualmente a internação” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“As pessoas já chegam a esse serviço desmotivadas de tanto procurar atendimento” (médico, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“Aceita a orientação do médico, sentindo-se aliviada por conseguir internar” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

“Os familiares às vezes interferem de forma construtiva, às vezes a forma de comunicação é agressiva, mas o conteúdo é lógico” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Os familiares costumam interferir quando o paciente fica no corredor” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Há interferência de familiares junto a central para realização de procedimentos, transferências e pagamentos de procedimentos e uma grande angústia dos familiares para resolver esses problemas” (médico, de 10 a 15 anos trabalhando na unidade).

Alguns profissionais destacam as reclamações feitas pelo usuário referentes à má qualidade das clínicas contratadas, bem como o fato de às vezes ele recusar a transferência, o que, para alguns, é uma questão de direito do usuário, para outros é visto como uma interferência à atuação do médico.

Os assistentes sociais são em geral os profissionais que lidam diariamente com os familiares e costumam atuar esclarecendo o usuário sobre seus direitos. Os problemas decorrentes dos chamados “casos sociais”, ou seja, pacientes que enfrentam dificuldades sociais para viabilização de alta ou continuidade do tratamento, constituem a maior

demanda atendida por esses profissionais, assim como a estruturação de recursos sociais para alguma situação de dificuldade em que se encontra o paciente.

O setor operacional da Divisão de Internação também tem contato com o paciente ou familiar ao recebê-los com o laudo de internação já preenchido pelo médico, autorizando a internação nas clínicas conveniadas. O funcionário administrativo encaminha o paciente, com a senha de autorização, para a clínica em que haja vaga. Às vezes observamos reclamações, em relação à qualidade das clínicas, por parte do paciente, mas, de modo geral, ele recebe a orientação sem reclamar.

Caso haja recusa por parte da clínica, sob a alegação de que, por exemplo, não realiza o procedimento para o qual foi feito o encaminhamento, o paciente retorna à Emergência. Em situação presenciada, o funcionário possuía poucas informações disponíveis sobre os recursos existentes, ficando à mercê do próprio paciente ou familiar, a procura por hospitais que atendessem aquela especialidade, no caso, ortopedia.

“Famíliares recusam transferência ou escolhem as clínicas particulares” (assistente social, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“Os familiares dos pacientes opinam sobre as clínicas que querem internar, essa interferência atrapalha um pouco” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“A família interfere às vezes em relação à alta e outros procedimentos, mais quem decide é o médico. Acho essa interferência normal” (médico, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

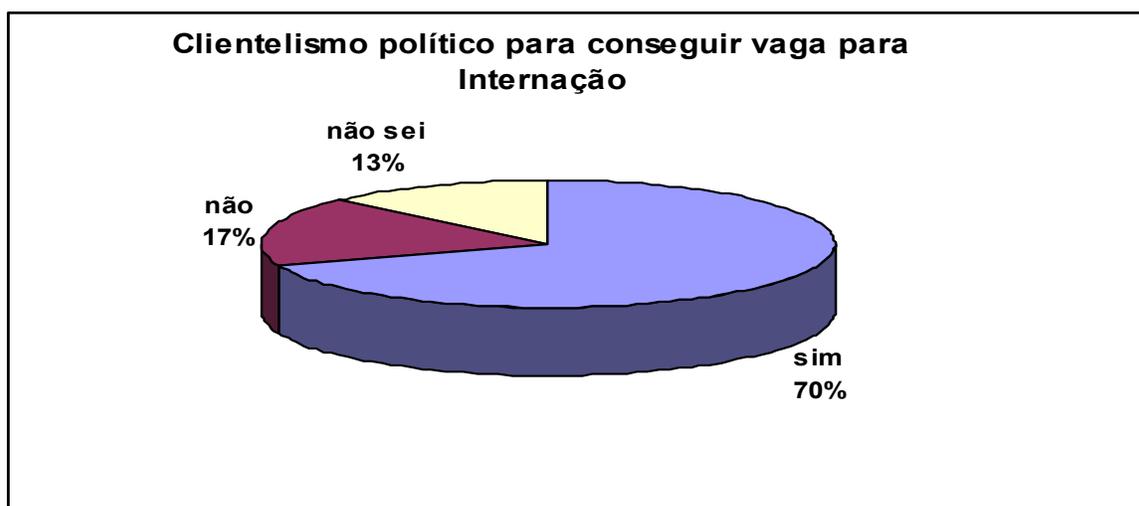
“Os familiares às vezes pressionam o médico para internar casos sociais, por exemplo, idosos, isso às vezes atrapalha, tumultua o atendimento” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

Outra questão é a atuação de algumas famílias que possuem contatos pessoais no poder político local, a fim de facilitar a internação. O clientelismo é prática antiga em nossa

sociedade, sendo a utilização de recursos públicos, em troca de votos, uma das características marcante de nossa cultura política.

Perguntamos, então, aos entrevistados sobre a interferência por parte da administração pública municipal na agilização de vaga para internação para algum paciente ou viabilização de algum encaminhamento. Em torno de 70% dos entrevistado disseram já ter tomado conhecimento de tal ocorrência, 17 % afirmaram que não, e 13% informaram desconhecer.

Gráfico 10



Assim, confirma-se que, diante da escassez de recursos, o uso do conhecimento pessoal e de favores políticos ainda é bastante utilizado como mecanismo de acesso aos serviços cujas vagas são de mais difícil obtenção. O que, aliás, já se tornou fato cotidiano, absorvido por todos os envolvidos no processo como uma questão habitual.

Nesse tipo de ação que mobiliza membros do poder político, profissionais de saúde e familiares está em jogo um universo relacional em que a troca de favores não se limita a votos em período eleitoral, mas envolve uma série de favorecimentos das mais diferentes

ordens. No entanto, em alguns casos, o conhecimento pessoal pode constituir para um determinado paciente a única possibilidade de acesso a determinado recurso em tempo hábil.

“A interferência de pessoas ligadas ao poder público agiliza o atendimento na unidade solicitada” (enfermeiro, de cinco a 10 anos trabalhando na unidade).

“Pacientes vêm ao serviço recomendado por pessoas ou médicos que trabalham no poder público” (enfermeiro, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Quem tem maior recurso e influência tem maior facilidade para conseguir vaga” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Nas transferências para unidades fechadas, é comum se ouvir “conheço alguém” ou “tenho carta de um deputado” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

Essas interferências também se fazem presentes no serviço pesquisado, no qual as ordens de “superiores” influenciam e determinam em alguns casos a ocupação de leitos, principalmente por pacientes idosos ou cuja família não tenha condições de cuidar; são em geral solicitações da direção da unidade no sentido de que permaneçam na Emergência.

“São recebidos pedidos de políticos, deputados e prefeitos de outros municípios para conseguir internação” (médico, de 15 a 20 anos trabalhando na unidade).

“Às vezes vem comunicação por parte da direção determinando internar o paciente” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Pedido de chefia ou da direção para internar às vezes acontece” (médico, de um a cinco anos trabalhando na unidade).

“Há internações que vêm referidas por médicos que realizam favores a alguém do poder público” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“É comum recebermos pacientes encaminhados por superiores” (médico, menos de um ano trabalhando na unidade).

“Nos casos que soube, os pacientes tinham indicação de internação e foram recebidos pelos médicos como qualquer outro paciente, porém a internação e a transferência foi mais rápida” (médico, menos de 1 ano trabalhando na unidade).

IV.5. 3 – Medidas facilitadoras de acesso à internação no município

Os indiscutíveis avanços da informática trazem para a área da saúde a expectativa de maior transparência na gestão pública, além de mecanismos, como as centrais de regulação, que podem vir a facilitar o acesso do usuário aos recursos disponíveis, além do controle dos recursos utilizados.

Perguntamos, então, se, na opinião dos entrevistados, a utilização de recursos de informática na distribuição e controle de vagas poderá possibilitar melhor acesso aos serviços de internação; 79% deles consideram que sim, 8,5% que não, e aproximadamente 12,5% disseram não saber.

Ao serem solicitados a justificar as respostas, alguns entrevistados demonstraram expectativa em relação à informatização, no sentido de que seria esse o caminho para solucionar o problema da distribuição de vagas no município; possibilitando o acesso, melhorando o fluxo de internações, agilizando e integrando os serviços, e dando maior visibilidade ao número de internações disponíveis.

“A sistematização do fluxo e o agendamento poderá melhorar com a informática.”

“Atualmente não se sabe ao certo o número de vagas no sistema, a informatização poderia ajudar.”

“Os recursos de informática poderá possibilitar um melhor controle de vagas disponíveis.”

“A informática tem poder de agilizar tudo.”

“Uma central informatizada poderia ajudar na distribuição de vagas.”

“Se o programa de informatização for bem feito, poderá ajudar.”

Para outros entrevistados, no entanto, a informática não resolve os problemas apresentados, no sentido de que a carência de vagas e os problemas no atendimento ultrapassam as questões que poderão ser resolvidas apenas com a informatização.

“A informática não melhora em nada o serviço, pois a burocracia é uma, e o atendimento ao paciente é outro.”

“Não sei se a informatização melhora, o que é necessário é aumentar as vagas.”

“A informática é um passo muito grande; podia-se iniciar por contatos telefônicos.”

“A informática não resolve; faltam leitos.”

Por fim, consideramos importante perguntar aos entrevistados que medidas eles teriam a sugerir, no sentido de melhorar a distribuição dos serviços de internação no município. Dividimos em três categorias as respostas obtidas, de acordo com a abrangência das medidas sugeridas.

Medidas administrativas no próprio serviço

- Informatização de todos os setores, incluindo enfermarias
- Triagem
- Distribuição dos pacientes por clínica (patologia)
- Matricular as pessoas no serviço com número fixo, sem papelada
- Aumento de contingentes de profissionais
- Profissionais qualificados para exercer a distribuição de pacientes para outras instituições
- Atendimento prioritário a pacientes de emergência no serviço de emergência, evitando sobrecarga
- Aumentar o número de médicos / aumentar recursos humanos
- Maior número de leitos
- Melhorar o nível de escolaridade dos operadores da divisão de internação

Medidas administrativas em outros serviços e na rede municipal

- Sistema de comunicação mais dinâmico
- Melhor comunicação entre as unidades
- Criar centros de referência
- Controle de vagas nas unidades próprias
- Melhorar atendimento a moradores de rua e imigrantes e mais vaga de CTI e para pacientes idosos e pacientes com câncer
- Aumentar o número de leitos
- Colocar o Hospital Universitário para funcionar
- Priorizar os moradores do município
- Programa de Saúde da Família eficaz
- Integração entre instituições públicas e privadas (PM; Bombeiros, etc.)
- Informatização do sistema
- Melhorar a atenção à saúde primária
- Fazer uma central de internação
- Rapidez nas informações (central de informações)
- Distribuição *on-line*
- Maior controle de atendimento no próprio município
- Controle de vagas no serviço público
- Criar postos de emergências regionais e deixar este serviço como referência
- Integrar os hospitais em consórcios, com cada um prestando serviço e utilizando o sistema de referência
- Aumentar o número de vagas nos hospitais
- Construção de um hospital (apenas para o município) para investigação de patologias complexas e doenças graves
- Aumentar as vagas ou reativar as ociosas no serviço público
- Melhorar a qualidade dos serviços próprios
- Mais vagas para internação
- Equipar os hospitais com mais recursos
- Melhorar atendimento básico nos PAMs
- Atender à população de outros municípios em seus próprios locais de moradia
- Melhorar o atendimento nos postos de saúde: mais profissionais. Cada posto deve ter um pronto-atendimento

Mudanças políticas no município

- Trocar os mandatários, colocar pessoas que não sejam apenas comprometidas com a política
- Divulgação dos recursos e meios existentes
- Encaminhar mais recursos para a saúde
- Aumento salarial
- Democratização dos serviços (melhorar o acesso)
- Educação em saúde

IV.6 – Algumas considerações

Ao analisarmos os dados da pesquisa observamos que o cotidiano da assistência apresenta uma realidade muito distante dos princípios e diretrizes previsto pelo SUS. A

implementação dessa política diante da estrutura do sistema e da ação dos atores sociais de maior relevância assume outras características que reorientam os objetivos previstos na carta constitucional.

Acreditamos, no entanto, que de fato o único caminho possível para se alcançar um sistema de saúde que promova alguma justiça social no Brasil advirá do enfrentamento de conflitos e dificuldades cotidianas. Estudos como este podem contribuir para ampliar o conhecimento das dificuldades de implementação de um sistema universal em nosso país, cujas imensas desigualdades regionais e sociais adquirem proporções tais, que afetam o acesso e a distribuição de recursos públicos.

Os avanços tecnológicos e de medicamentos da atualidade vêm possibilitando o aumento das chances de sobrevivência e de melhoria da qualidade de vida para muitas pessoas que sofrem de doenças graves, até mesmo incuráveis. Por outro lado, em países como o Brasil e em outras partes do mundo, as desigualdades sociais produzem efeitos dramáticos para milhares de pessoas que necessitam muito comumente apenas de cuidados básico de saúde.

Em relação à atenção especializada, essa situação torna-se ainda mais grave: conseguir uma cirurgia ou uma internação especializada muitas vezes caracteriza-se por martírio de longa duração. Diferente do que se possa pensar, esta realidade encontra-se bem próxima daquela de grandes centros urbanos, não sendo característica apenas dos lugares mais remotos do país.

A pesquisa que ora realizamos analisa a realidade de uma cidade da região metropolitana, com nível de arrecadação financeira considerado bom, localizada em estado de uma das regiões brasileiras com mais recursos de saúde. No entanto, ainda nos deparamos com uma realidade em que pessoas precisam ocupar macas e cadeiras no corredor de uma Emergência, aguardando a obtenção de algum recurso mais adequado.

Embora o SUS tenha significado avanços importantes e de fato tenha havido alguma melhora em relação ao acesso a serviços de maior complexidade, consideramos que muito

ainda precisa ser feito, pois o sistema tem-se afunilado no nível da assistência de média complexidade, em que o acesso às internações e consultas especializadas já estabelece limites muitas vezes intransponíveis ao usuário.

Além disso, na maior parte das situações, os limites impostos para se conseguir transferência – muitas vezes por exigência dos próprios prestadores de serviço – afetam principalmente os pacientes em piores condições clínicas; idosos ou indivíduos em situação social de abandono ou de carência total de recursos, dificultando o estabelecimento de qualquer critério de equidade.

O paciente, de modo geral, permanece internado na própria Emergência, aguardando uma solução, que pode ser tentada por parte dos médicos, de profissionais de saúde da Divisão de Internação ou por interferência de familiares. Esses, por sua vez, mobilizam recursos políticos e de conhecimentos pessoais a fim de resolver o problema. Diante dessa questão, o que se observa é que, para quem dispõe desse recurso, esse ainda é o meio mais eficaz para se determinar a maior ou menor probabilidade de se ver viver ou morrer alguém próximo.

É no cotidiano dos serviços que essas influências são mais evidentes. Situações como a que presenciamos em um setor da unidade ilustra bem essa questão. A médica tentava conseguir transferência para um paciente, utilizando o telefone (o único disponível), e foi interrompida por um homem que se dizia irmão de um parlamentar, que precisava usar o telefone com urgência para resolver o problema de um paciente e que teve prioridade, fazendo com que a médica ficasse aguardando, bastante irritada, que essa pessoa resolvesse seu assunto para retomar a tentativa de obtenção de vaga.

Se esse homem era realmente quem se dizia ser, talvez seja o que menos importa; o que nos interessa é perceber o quanto é absorvido em nosso cotidiano e em nossa cultura cívica a influência das relações pessoais e do patrimonialismo político, em geral tão impregnados em nossas instituições públicas.

Por outro lado, o controle efetivo das ações e serviços prestados é essencial, e passa necessariamente por eficácia e eficiência dos serviços prestados à população, bem como por efetiva fiscalização dos serviços contratados. Este parece ter sido o ponto nevrálgico na evolução do SUS: como garantir efetivamente esse controle? No período anterior ao SUS, ainda na vigência do Inamps, muitas fraudes e corrupções foram combatidas.

O sistema se modificou, porém, conforme vimos no desenvolvimento do trabalho, a questão essencial que permeia a prestação de serviços privados de saúde, em especial aqueles vinculados ao setor público, permanece – e não haveria razões para deixar de ser: o interesse de maior lucratividade. Dessa forma, surgem novas estratégias e adequações à dinâmica do jogo político no cenário da prestação de serviços públicos de saúde.

Conforme analisa Giovanella e Fleury, persiste a predominância dos interesses privados sobre o público na prestação de saúde no Brasil, rearticulados na nova organização política de fortalecimento das instâncias locais.

“A segmentação da sociedade brasileira marcada por profundas desigualdades de acesso aos recursos de toda ordem – econômicos, sociais e políticos – propiciou, em nível setorial, a predominância dos interesses privados sobre o público, possibilitando aos vários grupos com interesses setoriais (trabalhadores, classe média, empresários nacionais prestadores de serviços, empresários, multinacionais produtores de equipamentos e medicamentos, seguros privados) organizar seus interesses corporativos de tal forma a retraduzir a formulação igualitária do Sistema Único de Saúde, reproduzindo na sua implementação aquelas desigualdades, resegmentando clientelas e criando novos *mix* público/ privado” (Giovanella e Fleury, 1995: 197).

Por outro lado, situações como a precariedade das condições da Emergência que estudamos afetam a própria administração pública, que as vezes se torna vulnerável às pressões de ordem política e de sua exposição à opinião pública. Durante o período em que realizamos o trabalho de campo, nos deparamos com a visita de membros da Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores local e de representantes de órgãos corporativos regionais: percorreram toda a Emergência, tiraram fotos, conversaram com os pacientes do corredor,

etc. Após essa visita saíram algumas notícias em jornais denunciando a situação daquela Emergência e as condições de trabalho dos médicos.

De forma surpreendente, ao chegarmos no dia seguinte à publicação das reportagens, não havia mais nenhuma maca no corredor, todos os pacientes estavam dentro dos boxes e enfermarias ou, segundo relatos, haviam sido transferidos para as clínicas conveniadas. Alguns dias depois, o movimento do corredor voltou a reaparecer, porém iniciou-se uma obra de pintura e readequação dos espaços físico, incluindo novas salas para os médicos. Não conseguimos saber exatamente o verdadeiro motivo de todas aquelas mudanças: ao indagarmos sobre o que estava acontecendo, alguns profissionais nos disseram que haveria uma auditoria do Ministério da Saúde, justificando todas aquelas mudanças.

Em relação à regulação, ao controle e à fiscalização dos serviços prestados, compreendemos que, com os recursos da informática, se tornou muito mais fácil constituir um aparato tecnológico capaz de promover essas ações com mais eficiência. No entanto, modificar de fato o atual quadro da prestação de assistência à saúde, sobretudo na assistência hospitalar, passa necessariamente por interferências de ordem política, técnica e ética.

Conforme discutimos no Capítulo 2 desta dissertação, são os médicos que detêm essencialmente o poder relativo ao encaminhamento e transferência de pacientes para outros níveis de assistência, baseados no “poder-saber” e na relação direta com o usuário. Dessa forma, embora os mecanismos mais modernos de controle e regulação permitam, mediante recursos informatizados, prestação de contas mais eficaz na gestão pública, é na negociação diária e na observação cotidiana da assistência que poderão vir à tona as verdadeiras questões que dificultam distribuição mais equânime dos recursos referentes à internação; como conclui um médico entrevistado, podemos dizer que “afinal, regulação é isso”.

¹ Segundo descrição do Ministério da Saúde, unidade mista “é uma unidade de saúde básica destinada a prestar atenção básica e integral à saúde de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob

administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médicos generalista ou especialista” (Brasil, 2001).

² Em anexo seguem o fluxo de emissão de autorização para internação e a cópia de um documento de AIH.

³ É uma central com recursos de informática para controle de internações e exames de alta complexidade. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do RJ – SES, trata-se de “uma experiência pioneira no país, constitui-se em poderoso instrumento de intervenção à disposição dos gestores de saúde. Propicia maior agilidade no atendimento (o que diminui o risco de agravamento) aos pacientes do SUS, regulando as internações e possibilitando efetivo controle da Programação Pactuada Integrada (PPI) entre os municípios” (www.sauderj.gov.br).

Capítulo V – Considerações Finais

Como forma de considerarmos algumas conclusões ao término deste trabalho, enfocaremos os aspectos gerais que nortearam a configuração do sistema de saúde no Brasil, correlacionando-o com o cotidiano da assistência.

A maneira como a sociedade entende que deva ser a relação do Estado com seus cidadãos e a distribuição desses recursos sofre modificações ao longo do tempo em diferentes conjunturas políticas e econômicas. Para Santos (1994), a articulação dos programas sociais ocorre de duas formas, a partir da esfera da acumulação e da equidade. Por um lado, os direitos sociais ocorreriam pela necessidade de manutenção da mão-de-obra e de acumulação de capital; por outro, a equidade estaria imbuída da idéia de diminuir as desigualdades sociais. Para o autor, “entende-se por equidade o ideal de reduzir ou extinguir desequilíbrios sociais e por acumulação as ações destinadas a aumentar a oferta de bens e serviços disponíveis” (Santos, 1994: 13).

Dessa forma, durante muitos anos estiveram em jogo no cenário político brasileiro, em especial no aspecto relativo à assistência à saúde, esse dois pólos não excludentes em luta constante pela hegemonia de diferentes projetos.

Nos últimos 30 ou 40 anos, com a ampliação do mercado internacional de medicamentos e equipamentos médicos, houve grande fortalecimento da acumulação de capital em função da assistência à saúde no Brasil. Além disso, a influência do capital estrangeiro nas políticas sociais dos países considerados do Terceiro Mundo vem contribuindo de maneira significativa na reformulação do perfil da assistência à saúde no Brasil, com incentivos financeiros a projetos de focalização na atenção básica.

O SUS foi criado em conjuntura política de amplas mobilizações sociais, propícias à conquista de direitos sociais. Dessa forma, apesar de limitações importantes, principalmente no aspecto do financiamento do sistema e da gestão de recursos humanos, o SUS representou o resultado de um longo processo que já vinha se constituindo no Brasil, de

fortalecimento da assistência à saúde como política redistributiva, ou seja, que visa diminuir as desigualdades sociais existentes, sobretudo quanto à universalização do acesso.

No entanto, em um país como o nosso, cujas desigualdades sociais são de enorme proporção, não é a promulgação de leis que torna efetiva uma política de saúde que tenha em seus princípios básicos a equidade, a integralidade das ações e o acesso universal. Ao contrário, há muito tempo se percebe no Brasil que muitas leis não são de fato absorvidas no cotidiano da maneira como são prescritas. Os pressupostos que envolvem a elaboração e implementação de uma lei implicam necessariamente princípios morais, que, de antemão, se constituem em diferenças essenciais entre os indivíduos. É na relação dos usuários e profissionais de saúde no serviço que se reescreve o significado dos conceitos de equidade, universalidade e integralidade previstos na legislação do SUS.

Ao pesquisarmos esse cotidiano é que percebemos as estratégias que usuários e profissionais desenvolvem para enfrentamento dos problemas do dia-a-dia. A garantia legal de direito universal confronta-se com a limitação de recursos e com os mecanismos informais para acessar os serviços de maior custo e complexidade do sistema.

Neste trabalho, a partir do enfoque dos profissionais de saúde, foi possível conhecermos uma situação específica do serviço estudado, como também inferir sobre outras realidades que ocorrem no sistema de saúde no Brasil. Observamos, por exemplo, que o atendimento no setor de emergência caracteriza-se por uma realidade diferente dos objetivos originais atribuídos a esse tipo de serviço, ou seja, atender a urgências e emergências. Muitos usuários permanecem naquele local, quando deveriam ser referenciados a outras unidades de saúde de maior complexidade. No entanto, há um estrangulamento nesse nível de assistência que impossibilita, em muitas situações, a adoção desse procedimento.

As unidades da rede própria municipal não possuem oferta de serviços capaz de absorver toda a demanda. Por outro lado, a rede contratada, que de acordo com a legislação do SUS deveria ser apenas complementar à rede pública, na verdade passa a ser a única

alternativa, principalmente em algumas especialidades, como, por exemplo, a clínica cirúrgica e a ortopedia.

A qualidade do atendimento nas clínicas contratadas pelo SUS é outro fator a ser considerado. No decorrer da pesquisa ouvimos muitos relatos em relação a esse assunto, que questionavam não só o serviço prestado, mas também a seletividade para atendimento dos pacientes. Pessoas com problemas referentes à moradia (moradores de rua ou não) ou com problemas graves de saúde não são muitas vezes absorvidos por esse tipo de serviço por representar custo elevado associado a baixa lucratividade. Institui-se, assim, uma relação perversa, em que, quanto maior a necessidade, mais difícil o acesso aos serviços de saúde.

Segundo muitos profissionais de saúde, as clínicas contratadas não oferecem serviço que atenda satisfatoriamente à demanda do usuário. No entanto, a rede ainda se organiza em grande parte com a participação dessas clínicas. A administração pública seja ela municipal ou de outras instâncias de poder, não desenvolve políticas que venham a substituir prestadores de má qualidade; ao contrário, o setor público passa a suprir as deficiências desses prestadores, absorvendo na rede pública os pacientes que as clínicas contratadas “rejeitam”, realizando na rede própria procedimentos que venham a facilitar o trabalho das conveniadas, como é o caso do pré-operatório para clínica cirúrgica.

O mercado de serviços de saúde tem apresentado mudanças devido ao crescimento dos planos de saúde privados, o chamado sistema de saúde suplementar, e muitos hospitais deixaram de atender a pacientes do SUS, priorizando esse tipo de prestação de serviço, por considerá-lo mais lucrativo do que a venda de serviços ao setor público. Assim, em muitos locais, restaram ao SUS os prestadores de qualidade discutível. Segundo Levcovitz, muitas clínicas que apenas se beneficiavam do sistema público permaneceram aceitando a remuneração paga pelo SUS.

“Durante três décadas o sistema aceitou a entrada de qualquer entidade mantenedora de unidades de saúde que quisesse aderir e se dispusesse a aceitar os valores de remuneração oferecidos pelo gestor público, da mesma forma que se resignou à deserção dos serviços de melhor qualidade ou maior complexidade,

determinada pela exclusiva decisão privada dos proprietários destes serviços” (Levcovitz, 1997: 260).

Disso decorre a superlotação do serviço de emergência com ampliação do número de leitos, mediante improvisação de extras para poder atender à demanda universalizada, acarretando a diminuição da qualidade dos serviços prestados e a sobrecarga de trabalho aos profissionais. A falta de estrutura do serviço e as dificuldades de acesso aos demais níveis do sistema municipal são apontadas como fatores que impedem melhor prestação de serviço, contribuindo para a alta rotatividade dos profissionais na Emergência, principalmente dos médicos, e para o aumento do estresse relativo a esse tipo de ocupação.

Outra questão importante a ser considerada é a inserção dos profissionais no serviço e suas diferenças em relação aos recursos individuais de poder. Em algumas clínicas, como a de cirurgia vascular, por exemplo, os médicos mais antigos na unidade conseguem estabelecer regras para definição do fluxo de encaminhamento para internação – no caso para as clínicas contratadas; nesse caso específico, as vagas das clínicas são destinadas a cada médico e não abertas aos usuários que necessitam do serviço. Para alguns pacientes esse fator pode ser benéfico, dado o vínculo já estabelecido com o profissional que, dessa forma, o atenderá no ambulatório e possivelmente também na internação. No entanto, essa conduta limita o acesso de acordo com a determinação desse profissional.

Em nossa opinião essa questão encontra fundamento na cultura cívica brasileira, que influencia os valores e os comportamentos dos cidadãos, até mesmo em meio aos profissionais de saúde, que pelo menos alguns, consideram o serviço público uma possibilidade de viabilizar interesses pessoais. Esse tem sido um traço característico da política de saúde no Brasil, principalmente em alguns períodos históricos, embora já se observem nos últimos anos mudanças nesse perfil.

Há no quadro funcional da unidade de saúde que estudamos muitos funcionários do antigo Inamps, caracterizando-se a própria unidade de saúde historicamente como uma importante “porta de entrada” para o sistema hospitalar, que, no período anterior ao SUS,

ainda mais do que hoje, era fortemente marcado pela supremacia dos interesses privados na assistência à saúde.

A autonomia profissional quando contextualizada diante dos interesses que circundam a assistência assume um aspecto relativo, com atores sociais detendo recursos diferenciados de poder. Assim, mesmo que a gerência opte por algum tipo de mudança, ela precisa ser negociada com os profissionais – principalmente com o médico – para que não seja inviabilizada, em sua execução. De modo geral, os setores administrativos, possuem relação de grande afinidade com a cultura médica, havendo em alguns momentos confronto de poder, sobretudo quando se trata de algum tipo de interferência na prática profissional, mesmo que vise a melhor organização do serviço.

O setor de autorização de internações detém pouco poder de interferir nas questões cruciais relativas ao sistema de internações no município. As decisões mais importantes acabam sendo negociadas no nível hierárquico superior da instância municipal ou, negociada de forma implícita, na ação dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o encaminhamento de pacientes aos demais níveis do sistema, em especial o dos médicos.

Na opinião dos profissionais de saúde, o controle do acesso à internação utilizando recursos de informática pode ajudar a organizar a rede de serviços. No entanto, para muitos a informatização é apenas um meio, que não resolve os problemas relativos ao acesso aos diferentes níveis de assistência.

Consideramos que a informatização é um recurso importante para integração dos serviços, agilidade no encaminhamento de usuários aos recursos disponíveis no sistema e controle dos gastos. No entanto, a tecnologia da informação não garante por si transparência na distribuição desses recursos, sendo necessária uma política de informação voltada para esse fim que possibilite aos profissionais de saúde e usuários acesso às informações.

Além disso, o trabalho em saúde caracteriza-se essencialmente pela relação direta do profissional com o usuário, em que são decididos os encaminhamentos sobre os procedimentos a serem adotados e a transferência para outros serviços. Assim, se, por exemplo, um médico solicita que o paciente realize um procedimento de alto custo, e o setor de controle não autoriza esse procedimento, recomendando a realização de exames preliminares de menor custo, é provável que esse paciente não aceite, mesmo que a conduta do setor de controle esteja correta.

Ao analisarmos as questões relativas à composição do sistema em seu aspecto histórico, organizacional e assistencial, concluímos que, apesar de todas as mudanças promovidas com o SUS, os interesses setoriais e corporativos afetam de forma decisiva a implementação desse projeto.

Podemos considerar, então, que mudanças significativas na prestação pública de serviços de saúde – e em especial na atenção hospitalar – pautadas na qualidade e no objetivo de atender à demanda da população de maneira equânime envolvem rearticulação de interesses e maior participação política da sociedade, na perspectiva de fortalecimento da esfera pública.

“Em um continuum que estabeleça os interesses essencialmente privados (particulares) em oposição aos exclusivamente públicos (coletivos), a possibilidade que se estabeleça uma política social plena (que garanta bens sociais como direitos de cidadania) será dada pela proximidade com o pólo público, como resultado da correlação de forças estabelecida pelos diferentes atores no processo político” (Lobato, 1997: 47).

Consideramos, então, que os aspectos históricos que influenciaram a formação da cultura brasileira em relação à prestação de serviços públicos no Brasil e os interesses que ainda hoje permeiam a assistência à saúde tornam muito difícil garantir a qualidade dos serviços prestados. No entanto, a dificuldade de controlar efetivamente os serviços contratados é ainda maior. O prestador privado contratado, de modo geral, encontra-se distante dos objetivos constitucionais de equidade e integralidade que constituem o SUS.

O setor público, por outro lado, no caso da impossibilidade de suprir o atendimento à demanda pela rede própria, tem o dever de efetivamente garantir o controle e a fiscalização dos serviços contratados. No local em que desenvolvemos a pesquisa, algumas mudanças já ocorreram, visando à reorganização dos mecanismos de referência a outros serviços, entre eles a informatização e a renovação do quadro de pessoal. Esperamos que novas mudanças possam vir modificar a situação tão grave do acesso dos usuários aos níveis de maior complexidade do sistema, garantindo um atendimento de qualidade em todos os níveis da assistência.

Referência Bibliográfica

AQUINO, E. M. L.,1987. Socorro quem Precisa Disso? Tese de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

ARRETCHE, M. S., 1999. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, 14 (40): 111-138.

BRASIL, 1990. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. Brasília, DF.

BRASIL, 1990. 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 intergovernamentais e recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL, MS, 1993. Norma Operacional Básica – SUS 01/ 93, Portaria do Ministério da Saúde 545 de 20 de maio de 1993, Brasília, DF.

BRASIL, 1996. Norma Operacional Básica – SUS 01/96 Portaria do Ministério da Saúde 2.203 de 5 de Novembro de 1996, Brasília, DF.

BRASIL, 1998. Constituição (1998). Constituição [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, MS, 2000. Assistência Hospitalar no SUS – 1995/1999. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF.

BRASIL, Instituto Brasileira de Geografia e Estatística, 2000. Censo Demográfico, Rio de Janeiro.

BRASIL, MS, 2001 Norma Operacional da Assistência-NOAS/ 2001. Portaria do Ministério da Saúde, janeiro de 2001. Brasília, DF.

BRASIL, MS, 2002. consulta on-line do manual do SIH- 2001/ fluxo de internação. Disponível na Internet no endereço eletrônico: saude.gov.br/sas/decas/fluxo.manshi.htm consultado em 30/ 04/02.

BRASIL, MS, 2002 – Datasus – Sistema de Informação_do SUS. Disponível na Internet no endereço eletrônico: datasus.gov.br, consultado em 30/04/02.

CARAPINHEIRO, G.,1977. Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Portugal: Edições Afrontamento Ltda.

CARVALHO, J.M., 1997. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma discussão conceitual. In Revista de Ciências. Sociais, 40 (2): 229- 250

CASTELAR, R. M., 1995. Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro.Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

CECÍLIO, L. C. O., 1999. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. in Ciência e Saúde Coletiva, 4 (2): 315 – 328.

COSEMS, 1997. Manual do Gestor do SUS.Rio de Janeiro: Ed. Lidador.

DA MATTA, R., 1991. Cidadania - A Questão da Cidadania num Universo Relacional. in A Casa e a Rua . Ri o de Janeiro: ed. Guanabara Koogan

DUARTE, M.R., 2000. Equidade na Legislação: Um Princípio do Sistema de Saúde Brasileiro? In *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2): 443-462.

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P.J, 1990. A Universalização Excludente: Reflexões Sobre as Tendências do Sistema de Saúde in *Revista Brasileira de Planejamento e Políticas Públicas*, 3: 139-162. UFRJ/IEI.

FROMM, E., 1979. *Conceito Marxista do Homem*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

GERSCHMAN, S., 1995. *A democracia Inconclusa – Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz

GIOVANELLA, L. & FLEURY, S. 1995. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In *Política de saúde: O Público e o Privado* (Catalina Eibenschutz, org.) pp 177- 198, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

GRUPPI, L., 1980. *Tudo Começou com Maquiavel : As concepções do Estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci*. Porto Alegre: L & Pm: 7-46.

HOBBS, T., *O Leviatã*. in *Os Clássicos da política* (Weffort, F., org.) pp. 51-77, São Paulo: Ed. Ática.

LEVCOVITZ, E., 1997. *Transição x Consolidação : O dilema estratégico da construção do SUS*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro : Instituto de Medicina Social . Universidade Estadual do Rio de Janeiro

LOBATO, L., 1997. Algumas Considerações sobre a Representação de Interesses no Processo de formulação de Políticas Públicas in *Revista de Administração Pública* 31(1): 30-48.

LOPEZ, M., 1982. *Emergências Médicas*. Guanabara: Koogan

LUZ, M.T, 1991. Notas sobre as Políticas de saúde no Brasil de Transição Democrática – Ano 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 1: 201- 217.

MACHADO, M.H.(coord.),1997. Os Médicos no Brasil: Um retrato de uma realidade. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ.

MACHADO, M.H., 2000. Médicos, Organizações de Saúde e Ética. In *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.24 (1): 68-71.

MARQUES, RM & E MENDES, A, 2001. O SUS e a Atenção Básica: A Busca de um novo Desenho? In: *Seminário Saúde e Desigualdade: Instituições e Políticas Públicas no século XXI* (mimeo). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. .

MASRHALL, T.H.,1967. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores

MELLO, C. G.,1977. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBES - HUCITEC

MINTZBERG,H.,1995. *Criando Organizações Eficazes – Estrutura em Cinco Configurações*. SP: Ed. Atlas.

MONNERAT, G.L.,1996. *Médicos: Atores Sociais e as Mudanças Atuais no setor Saúde – A Experiência no Município de Niterói*. Tese de Mestrado , Rio de Janeiro : Ensp/Fiocruz

NOGUEIRA, R.P., 1997. As Dimensões do Trabalho em Saúde in *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (A.A.Filho & M.C..Moreira, org.), pp. 71-79, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

NORONHA ,J.C. & LEVCOVITZ,E., 1994. AIS- SUDS-SUS – Os Caminhos dos Direitos a Saúde . in *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80* (.GUIMARÃES & TAVARES ,R. org.) , pp. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Instituto Brasileiro de Medicina Social

OLIVEIRA, J. e TEIXEIRA, S.F,1986. A (IM) Previdência Social Brasileira. .Rio de Janeiro: Ed. Vozes

RAWLS,J.,1998 . Uma Teoria da Justiça. São Paulo: ed. Martins Fontes.

REGO, S. & PALÁCIOS, M.,1992. História da Previdência Social. Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro:. Ensp/Fiocruz.(Mimeo).

REGO S. & PALÁCIOS M., 1995. A Organização do Trabalho Hospitalar e a Formação dos Estudantes de Medicina nas Emergências. in Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde,49/50: 95-

SANTOS, W. G.,1979. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus.

SANTOS, W. G.,1994. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus.

TEIXEIRA, C. F., 2001.Promoção e Vigilância da Saúde no Contexto de Regionalização da assistência à Saúde no SUS. Seminário Saúde e Desigualdades: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI. (mimeo) Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ.

TRAVASSOS, C. et all, 2000. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil in Revista Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1):

VAISTMAN, J., 2000. Cultura de Organizações Públicas de Saúde – notas sobre a construção de um objeto. in

WEBER, M.,1966. Os Fundamentos da Organização Burocrática: uma Construção do Tipo Ideal. In Sociologia da Burocracia (Campos, E. org.). Rio de Janeiro: Zahar ed.

VIANA, M.L.W.,1998. O processo de Americanização da Proteção Social para os Brasileiros in A Americanização Perversa da Seguridade Social no Brasil, pp. 130-166, Rio de Janeiro: ed. Revan/Iuperj/Ucam

ANEXOS

Anexo 1 – Métodos e Técnicas de Pesquisa

Esta parte do trabalho visa apresentar os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa e os aspectos metodológicos que nortearam nossa investigação, um estudo qualitativo de cunho exploratório.

Partimos da hipótese de que a ação cotidiana dos principais atores sociais e o limite de recursos na oferta de serviços de saúde são aspectos limitadores para maior conjunção entre os princípios teóricos do SUS e a realidade concreta. E lembramos que os procedimentos administrativos que padronizam e regulam o acesso ao sistema tanto podem ter o papel de assegurar a equidade como criar obstáculos que não só dificultam como geram respostas opostas aos princípios propostos.

A pesquisa desenvolveu-se em um município do Estado do Rio de Janeiro, o trabalho de campo tendo sido realizado durante os meses de junho e julho de 2001. O objetivo desse estudo foi o de conhecer o cotidiano da assistência em relação ao encaminhamento de usuários aos serviços de internação a partir da experiência de descentralização administrativa empreendida com o SUS, buscando conhecer a ação dos profissionais de saúde no direcionamento da demanda para internação em outros serviços da rede.

A escolha do município foi motivada pelo fato de ele possuir uma localização geográfica que nos facilitava o desenvolvimento da pesquisa, além de possuir ampla oferta de serviços de saúde. Optamos, então, por estudar uma unidade pública relevante para o sistema de saúde local e que, principalmente, servisse como referência para internações. Optamos por não identificar o município nem o local do serviço a fim de melhor resguardar a identidade dos informantes.

Historicamente essa unidade de saúde sempre funcionou (mesmo em períodos anteriores ao SUS) como um local de referência para acesso à rede de assistência hospitalar, sobretudo contratada. Posteriormente passou a funcionar nessa unidade também a divisão de controle de internações do município.

Quanto à escolha do tema, consideramos ser esse de fundamental importância, por compreender que o setor hospitalar constitui-se em elemento fundamental na perspectiva de uma assistência integral e equânime a ser oferecida à população. Assim, procuramos conhecer as limitações eventualmente existentes para se acessar esses serviços, buscando compreender os mecanismos administrativos de padronização de procedimentos relacionados aos processos de internação, analisando os limites impostos à autonomia dos profissionais envolvidos e os fatores do ambiente organizacional que interferem no encaminhamento de usuários para internação.

Realizamos a pesquisa em dois serviços localizados nessa unidade – um setor de emergência e um setor de controle e autorização para internação nas clínicas contratadas –, devido ao fato de serem esses os locais para onde é direcionada boa parte da demanda de internação na rede municipal, em especial aquelas destinadas às clínicas contratadas pelo SUS.

A fim de obtermos autorização para realização da pesquisa percorremos todos os setores da hierarquia institucional, munidos de documento de apresentação da Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/Fiocruz, explicando os objetivos do estudo. Assim, nos apresentamos à direção e vice-direção geral da unidade, à chefia médica geral (que na época coincidia com a chefia do serviço de emergência), à chefia de enfermagem; e à de serviço social, bem como, à chefia de documentação médica e arquivo, que referendaram a autorização.

Os profissionais lotados em cada setor da unidade estão subordinados a essas chefias, de acordo com sua categoria profissional. No caso da enfermagem, além da chefia geral, há na Emergência também uma chefia local, o que não ocorre com o serviço social.

Há ainda um Centro de Estudo, responsável pela parte de cursos destinados aos funcionários e pela autorização de estudos e pesquisas realizados na unidade. Nos apresentamos também ao chefe da divisão que autoriza internações.

Nossa primeira dificuldade, ao iniciarmos o trabalho de campo, foi a necessidade de compreender a organização desses serviços e obter a autorização para realização da pesquisa. Assim, durante vários dias, percorremos todos os níveis hierárquicos mencionados até obter sua resposta final. Aproveitamos esse percurso para realizar entrevistas abertas com os chefes e alguns gerentes locais, que por fim autorizaram e apoiaram gentilmente a realização do estudo.

Utilizamos como instrumentos metodológicos a observação de campo e um questionário (com perguntas abertas e fechadas), que foi aplicado aos profissionais de saúde, além de entrevistas abertas com alguns gerentes locais.

A observação de campo foi desenvolvida durante três semanas, nas quais permanecemos diariamente nos locais escolhidos, destinando algumas horas à observação do funcionamento do serviço; além disso, participamos também de um plantão noturno. Durante esse período acompanhamos o fluxo de internação, selecionamos alguns casos que chegavam à Emergência, a partir dos quais estabelecemos o critério de escolha dos profissionais a serem entrevistados. Dessa forma, objetivamos entrevistar profissionais que estivessem diretamente inseridos no processo de internação daquela unidade de saúde.

Durante o trabalho de campo observamos as queixas dos usuários à organização do serviço, às relações estabelecidas entre os diferentes atores sociais e aos procedimentos burocráticos requeridos para o encaminhamento das internações. Essa observação foi precedida pelo esclarecimento aos profissionais sobre nossa presença, e seus resultados foram anotados no diário de campo.

A fim de recolher dados sobre a percepção dos profissionais de saúde, utilizamos também um questionário acompanhado do devido Termo de Livre Consentimento Esclarecido, a fim de garantir a participação espontânea e consciente na pesquisa.

Coleta de dados

Foram realizadas 24 entrevistas com profissionais de saúde da unidade, abrangendo a Emergência, a Divisão de Controle de Internações e uma pequena parte do Ambulatório. A decisão de inclusão do Ambulatório decorreu da constatação, durante a observação de campo, de que, em algumas especialidades médicas, o Ambulatório constitui-se na principal referência para internação. Resolvemos, portanto, realizar algumas entrevistas com profissionais de uma dessas especialidades. No entanto, devido a uma greve prolongada de funcionários públicos – que paralisou esse serviço em boa parte do período pesquisado – não foi possível completar a totalidade das entrevistas previstas para o setor.

Dados do setor de emergência

Assistentes sociais

Número de entrevistados: 02

- Total de profissionais no setor: 04
- 01 de licença
- 01 de férias

Enfermeiros (subdivididos em diaristas e plantonistas, sendo que alguns permanecem apenas em plantões noturnos.)

- Número de entrevistados: 06
- Total de profissionais: 14
- Solicitados para entrevista: 08
- Não teve disponibilidade de tempo: 01
- Recusou - se: 01

* Os enfermeiros que não foram entrevistados trabalham em plantões noturnos e de finais de semana, não nos tendo sido possível visitá-los.

Médicos

São 47 médicos lotados no setor de emergência, sendo 10 ortopedistas e quatro médicos da unidade de pacientes graves. Além desses, uma divisão interna do serviço estabelece outros tipos de atuação para o restante dos profissionais; há os que atuam como “socorristas”, ou seja, são os que realizam o primeiro atendimento ao paciente quando esse chega à Emergência; alguns trabalham como “internistas”, que são acionados caso seja necessário o paciente permanecer internado; e outros são médicos da rotina, para atendimento aos pacientes das enfermarias. Os ortopedistas trabalham em esquema de plantão no serviço de emergência ortopédica

Sendo assim, do número total de médicos, optamos por entrevistar apenas os socorristas, internistas e os médicos da emergência ortopédica, considerando que esses profissionais, dada a especificidade de seu trabalho, atuam mais diretamente com a questão do encaminhamento de usuários para internação.

Fomos informadas pela chefia da Divisão Médica de que diariamente estão lotados nos plantões, três ou quatro médicos atuando como socorristas e internistas, com algumas variações devidas à alta rotatividade de profissionais nessas funções. Observamos também a repetição de alguns plantonistas em diferentes dias da semana – provavelmente devido a trocas de plantões. Procuramos na medida do possível entrevistar o número máximo de socorristas e internistas que estavam trabalhando no período estudado, priorizando os profissionais dos plantões diurnos.

Na emergência ortopédica observamos apenas um médico por dia, sendo que em um dia da semana a sala de atendimento permanece fechada, não havendo plantonista. Em relação à emergência ortopédica foram encontrados cinco plantonistas durante os plantões diários e um noturno; no entanto, nenhum desses profissionais se dispôs a responder ao questionário alegando falta de tempo, e mesmo em períodos em que o movimento do

serviço era menor, como no plantão noturno, houve recusa por parte do profissional em responder à pesquisa.

Médicos da Emergência

- Socorristas e internistas: (em média): 28
- Número de entrevistados: 12
- Solicitados para entrevista: 16
- Recusaram a responder: 02
- Não devolveu o questionário: 01

Médicos da emergência ortopédica: 10 plantonista (em alguns dias não havia plantonista)

- Solicitados para entrevista: 05
- Recusou-se a responder: 05

Dados do setor de Ambulatório

- Responderam: 02
- Foram procurados para entrevista: 03
- Não foi possível localizar (não foi encontrado nos horários em que estaria trabalhando na unidade): 1

Dados da divisão que autoriza internações

- Profissionais de saúde: 03
- Responderam: 02
- Não respondeu: (chefe)

Anexo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionado para ser entrevistado para obtenção de dados para pesquisa “A porta de Entrada do SUS: um estudo sobre o processo de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro”, que busca identificar os procedimentos a que estão submetidos os usuários do sistema de saúde para acessar os serviços de internação, a partir da experiência municipal. Tendo ocorrido a seleção devido a sua participação no processo de internação de um paciente ocorrida no período em que estou observando o funcionamento dos serviços.

Esclareço que sua participação é voluntária, podendo haver de sua parte recusa em participar da pesquisa, sem que isso represente qualquer constrangimento. A pesquisa destina-se a elaboração da dissertação final do curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP / FIOCRUZ, sendo que os dados nela obtidos, só serão divulgados mantendo o anonimato do informante.

O banco de dados da pesquisa será guardado na Escola Nacional de Saúde Pública, no Núcleo de Estudos e pesquisa em Recursos Humanos em Saúde(NERHUS), em meio magnético não ligado a rede ENSP

Sendo assim, encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimento adicional no Núcleo de Estudos e pesquisa em Recursos Humanos em Saúde da ENSP tel.:2598-2525 ou caso deseje informações adicionais entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP pelo tel.:

Estando suficientemente esclarecido sobre a pesquisa e concordando em participar, peço-lhe que assine abaixo.
(uma via permanecerá com o(a) Senhor(a).)

Obrigado

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2001

Valéria Cristina Gomes de Castro
Mestranda em Saúde Pública

ENSP/FIOCRUZ

De acordo _____

Anexo 3 –

QUESTIONÁRIO - Profissionais de Saúde

Bloco I - Identificação:

1- Sexo: Feminino Masculino

2- Ano de nascimento _____

2- Graduação em que área:

3- Em que ano se formou?: _____

4- Tem Pós-graduação? _____

1. sim 2. não

5- Em que área?

5- Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde?

6- Já trabalhou ou trabalha em outras unidades da Fundação Municipal de Saúde de Niterói?

1. sim 2 não

7- Trabalha em algum dos serviço relacionados a seguir?

1. Serviços públicos de saúde em outros municípios

2. Hospitais privados em Niterói (sem convênio com o SUS)

3. Hospitais privados em Niterói (conveniados ao SUS)

4. Hospitais privados localizados em outros municípios (conveniados ao SUS)

5. Hospitais privados localizados em outros municípios(sem convênio com o SUS)

6. Outros serviços de saúde privado

8- Forma de vinculo com o serviço público

1. estatutário 3. serviço temporário

2. celetista 4. outros _____

8- Ocupa cargo de chefia?

1. sim 2. não

Bloco III – Prática Profissional

1- Defina com uma palavra como você avalia o seu trabalho no serviço público de saúde?.

2- As vagas disponíveis para internação são suficientes para atender toda demanda ?

1. sim 2. não 3. não sei

3- Em caso negativo que critérios são utilizados para definição de ocupação dos leitos?

4-Você já tomou conhecimento de algum caso em que fosse necessária a interferência dos profissionais para conseguir vagas para os pacientes em algum serviço da rede municipal?

sim 2. não 3. não sei

4- Justifique a sua resposta

5- Você já recebeu alguma orientação administrativa em relação à contenção de gastos financeiros no serviço?

1. sim 2. não

10-E em relação as condições de trabalho, você considera que possibilitam um bom exercício profissional?

1. sim

2. não

Justifique sua resposta

Bloco IV – Relação com o usuário

1- Na sua opinião os problemas de saúde que os usuários do serviço de emergência apresentam poderiam ser resolvidos em outros serviços da rede?

1. sim

2. não

2- Por que?

3- Há alguma orientação institucional sobre que pacientes devem ser priorizados para internação?

1. sim

2. não

3. não sei

4- Em caso afirmativo, explique as mais importantes.

5- Você utiliza algum critério pessoal para priorizar a ocupação de vagas?

1. sim

2. não

3. não sei

6- Justifique sua resposta

7- Na sua experiência que tipo de pacientes costumam ser mais problemático para se conseguir vagas para internação. Coloque em uma escala de 1(menor dificuldade) a 5 (maior dificuldade).

	1	2	3	4	5
. Pacientes idosos					
Doentes em fase terminal					
Portadores de doenças crônicas (Câncer, AIDS, Diabetes, etc.)					
Moradores de Rua					
Pessoas com pouca escolaridade					
Pessoas de baixa renda					
Pacientes sem acompanhantes					
Pessoas com alta escolaridade					
Pessoas de classe média					
Pessoas com conhecimentos no poder público municipal ou em outras instâncias de poder					
Residentes em outros municípios					

8- Em relação a questão anterior fale um pouco sobre o assunto.

7 Os familiares dos pacientes internados costumam interferir no processo de internação?

1. sim

2. não

3. não sei

9- Em caso afirmativo, como?

9-Como você avalia a participação da família do paciente no processo de internação?

10-Já houve interferência por parte da administração pública municipal para se conseguir vaga para algum paciente, ou para agilizar algum tipo de encaminhamento?

1. sim 2. não . 3. não sei

11-Em caso afirmativo, explique melhor a sua resposta.

12-Para você a utilização de recursos de informática na distribuição e controle de vagas poderá possibilitar um melhor acesso do usuário aos serviços de internação?

1. sim 2. não . 3. não sei

Por que?

13-Sugira algumas medidas que poderiam ser feitas para melhorar a distribuição dos serviços de internação no município?

1) _____

2) _____

Anexo 4

FLUXO DA INTERNAÇÃO - CONSULTA

A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em:

- A) - Consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS;
- B) - Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.
- C) - Em ambos os casos o médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico.

A consulta realizada por enfermeiro obstetra somente poderá ocorrer em Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.

LAUDO MÉDICO

O Laudo Médico será preenchido de forma legível, em 2 vias, conterà além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

O médico solicitante registrará ainda, em campo próprio, o seu CRM e CPF, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo Médico, de acordo com a Tabela do SIH-SUS.

O SIH-SUS utiliza modelo padronizado de Laudo Médico. Caso o Hospital disponha de outro impresso com as mesmas características e a mesma finalidade poderá continuar a utilizá-lo.

O Laudo Médico deverá ser preenchido no ato da internação, podendo ser apresentado para emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência até 48 (quarenta e oito) horas úteis, após o internamento, em 2 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente.

LAUDO DO ENFERMEIRO OBSTETRA

O Laudo do Enfermeiro Obstetra conterà, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

FLUXO DA INTERNAÇÃO - CONSULTA

A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em:

A) - Consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS;

B) - Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.

C) - Em ambos os casos o médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico.

A consulta realizada por enfermeiro obstetra somente poderá ocorrer em Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.

LAUDO MÉDICO

O Laudo Médico será preenchido de forma legível, em 2 vias, conterà além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

O médico solicitante registrará ainda, em campo próprio, o seu CRM e CPF, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo Médico, de acordo com a Tabela do SIH-SUS.

O SIH-SUS utiliza modelo padronizado de Laudo Médico. Caso o Hospital disponha de outro impresso com as mesmas características e a mesma finalidade poderá continuar a utilizá-lo.

O Laudo Médico deverá ser preenchido no ato da internação, podendo ser apresentado para emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência até 48 (quarenta e oito) horas úteis, após o internamento, em 2 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente.

LAUDO DO ENFERMEIRO OBSTETRA

O Laudo do Enfermeiro Obstetra conterà, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

EMISSÃO DA AIH

O paciente ou responsável, munido do Laudo, dirige-se à Unidade Gestora local, onde o médico responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento e:

A) - Considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais;

B) - Considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH.

Autorizada a internação, o Órgão Emissor preenche o campo "Órgão Emissor" da AIH com a identificação do paciente, a partir dos dados constantes do Laudo Médico.

CONTROLE DE INTERNAÇÃO

O Sistema de Controle de Internação disponível no MS, SGAIH (Sistema de Gestão de AIH) foi desenvolvido pela DATASUS com o objetivo de atender a demanda dos gestores no processo de descentralização.

INTERNAÇÃO

A ESCOLHA:

De posse da AIH o paciente terá direito à escolha do Hospital de sua preferência, dentre os cadastrados pelo SUS e a internação se dará de acordo com a disponibilidade de vaga.

Na escolha do Hospital, o paciente ou responsável poderá servir-se de informações do Gestor Local.

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

O caráter da internação poderá ser: Eletivo ou Urgência/Emergência e Causas Externa.

Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão.

Urgência/Emergência em Hospital de Referência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 (quarenta e oito) horas úteis após a internação

Hospital

No Hospital, o paciente recebe os cuidados médico hospitalares e, após o tratamento, alta ou permanência, os dados e atos são registrados na AIH, assim como os CPF e CGC dos profissionais que executaram os atendimentos, devendo ser aposta a assinatura do Diretor Geral ou Diretor Clínico na simulação da AIH(cópia da AIH emitida em disquete).

PREENCHIMENTO DA AIH

Os meios magnéticos são instrumentos de preenchimento e apresentação das AIH para efeito de cobrança e pagamento, e serão avaliados pelos Órgãos Receptores definidos

pelo SUS, em cada Unidade da Federação, e encaminhados ao DATASUS para processamento.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	POSTO DE SAÚDE
02	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
04	POLICLÍNICA
05	AMBULATÓRIO DE HOSPITAL GERAL
07	AMBULATÓRIO DE HOSPITAL ESPECIALIZADO
15	UNIDADE MISTA
20	UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GERAL
21	UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ESPECIALIZADA
22	CONSULTÓRIO
32	UNIDADE MÓVEL FLUVIAL
34	UNIDADE MÓVEL AÉREA
36	UNIDADE AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADE (S)
37	CENTRO/NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
38	CENTRO/NÚCLEO DE REABILITAÇÃO
39	UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA
40	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE
42	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE DO PROGRAMA DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS
43	FARMÁCIA
45	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
46	AMBULATÓRIO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA III
47	AMBULATÓRIO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA II
50	SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
99	UNIDADE NÃO ESPECIFICADA

NOTA: Os Ambulatórios de Centro de Alta Complexidade em Oncologia I - CACON I serão identificados no Sistema como Ambulatório de Hospital Geral, código 05, com Serviço de Quimioterapia.