EMILY A. C. RUIZ

**CULTURA INSTITUCIONAL
E A VIABILIZAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) -
PAPEL DOS GERENTES DE HOSPITAL**

Tese apresentada à Faculdade
de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de doutor.

São Paulo - 1992

EMILY A. C. RUIZ

**CULTURA INSTITUCIONAL
E A VIABILIZAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) -
PAPEL DOS GERENTES DE HOSPITAL**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos de Azevedo

São Paulo - 1992

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela iniciação na área da Saúde Pública

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos de Azevedo da Faculdade de Saúde Pública da USP pela orientação e apoio durante todas as fases da realização desta tese.

Ao Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por ter propiciado as condições objetivas para a realização deste trabalho.

À Prof. Dra. Marcia Westphal da Faculdade de Saúde Pública da USP e à Prof. Regina Marsiglia do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela atenção dispensada durante as fases iniciais de discussão da tese.

Ao Sr. André de Oliveira da Faculdade de Saúde Pública da USP pela assistência no uso do microcomputador para a análise dos dados.

Ao Sr. Marcelo Coelho do Instituto de Saúde da SESSP pela editoração final do texto.

Aos Gerentes entrevistados pela colaboração demonstrada durante a realização das entrevistas.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO.....	01
	1.1 O Início da Assistência Médica Previdenciária.....	01
	1.2 O INPS.....	06
	1.3 Propostas Unificadoras.....	11
	1.4 Antecedentes do SUDS/SUS.....	18
	1.5 A Consolidação Constitucional do SUDS/SUS.....	24
	1.6 O SUDS/SUS no Estado de São Paulo.....	29
	1.7 Modalidades de Pagamento e Relacionamento do Sistema com os Hospitais.....	33
	1.8 Cultura Institucional do ponto de vista da Ciência da Administração.....	38
CAPÍTULO 2	OBJETIVOS	46
CAPÍTULO 3	MATERIAL E MÉTODOS.....	47
	3.1 Referencial Metodológico.....	47
	3.2 Amostra/Escolha da População Alvo.....	49
	3.3 Instrumento de Coleta.....	52
	3.4 Operacionalização da Pesquisa.....	57
CAPÍTULO 4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
	4.1 Características Gerais da Pesquisa.....	63
	4.2 Caracterização dos Gerentes.....	69
	4.3 Caracterização dos Hospitais Segundo os Gerentes.....	84
	4.4 Avaliação do Sistema.....	100
	4.5 Avaliação da Secretaria e as Relações dentro do Sistema.....	123

	4.6 Visão do SUDS/SUS.....	132
	4.7 Concepção de modelo de organização de saúde.....	147
CAPÍTULO 5	CONCLUSÕES.....	150
CAPÍTULO 6	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	154

RESUMO

SUMMARY

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

ANEXOS:	ANEXO I. Questionário	
	ANEXO II. Carta de Apresentação	
	ANEXO III. Proposta de Trabalho	
	ANEXO IV. Manual de Codificação	

1. INTRODUÇÃO

Para melhor entendimento do objeto deste trabalho considerou-se importante delinear a organização e evolução da assistência médica na Previdência Social, ressaltando os aspectos referentes a relação desta com os hospitais. Também foram delineadas as políticas de saúde no período que antecedeu a criação do SUS até a constituição do modelo atual e seus princípios.

1.1 O Início da Assistência Médica Previdenciária

A década de 20 marcou o início da transformação do setor saúde no Brasil que cresceu e ganhou abrangência nacional a partir dos anos 30. Caracteriza-se por um reduzido assalariamento, escassa tecnificação, e número pequeno de empresas médicas, hospitais, e clínicas, numa natureza ainda não "especificamente capitalista". A prática médica era predominantemente autônoma, sendo o setor institucional representado por hospitais filantrópicos e, em menor proporção, por hospitais estatais. (07,19)

As transformações ocorridas nas décadas de 20-30 que resultaram na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões(IAPs) na década de 30 marcam o início de uma

definição de política de Estado com relação aos serviços de assistência médica curativa no Brasil(53). Até meados da década de 50, foi pouco expressiva a participação da assistência médica nos programas das instituições previdenciárias, representando pouco no orçamento destas instituições.(36) Nesse período o segmento privado lucrativo da assistência médica ainda não havia se organizado em empreendimentos médico-hospitalares de forma importante.(19)

Nas décadas de 50 e 60 os institutos foram pressionados de forma crescente pelos trabalhadores, a aumentar a oferta de assistência médica. Cada Instituto cedia às reivindicações, conforme sua situação financeira. Era dada preferência a convênios com clínicas particulares principalmente para a assistência hospitalar mais onerosa. O predomínio da prestação de serviços médicos previdenciários, através do setor privado, nos anos seguintes, foi se viabilizando, à medida em que a estrutura de atendimento hospitalar privado também foi sendo privilegiada no País. O aumento nos gastos das instituições previdenciárias com a assistência médica se fez principalmente às custas da expansão dos gastos hospitalares que foram maiores do que o crescimento dos gastos com assistência ambulatorial. Para melhor compreender a evolução do sistema previdenciário brasileiro e da assistência médica de sua responsabilidade, deve se considerar que o progresso tecnológico na área de assistência médica após a guerra, que

elevou sua efetividade terapêutica e seus custos, transformou o hospital no centro do sistema. Isto foi tornando a medicina previdenciária em essencialmente hospitalar e curativa. (7, 36, 55)

No período entre 1945 e 1960 houve certa ampliação dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais dos IAPS. Entre 1948 e 1949, ampliou-se a rede hospitalar e ambulatorial do IAPM e IAPB, IAPTC, IPASE, e IAPC, e em 1950, o IAPI iniciava a construção de seus ambulatórios. Esta expansão não ocorria à margem ou contrariando os interesses da assistência médico-hospitalar privada, pois há muito a rede particular superava a rede estatal de hospitais a nível nacional, principalmente o componente vinculado ao setor filantrópico. Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares do País eram particulares e em 1960, 62,1%, dos quais 14,4% de entidades com fins lucrativos. Além do número superior de leitos da rede privada em relação à rede oficial, também houve aumento dos leitos com finalidade lucrativa entre os privados: 14,4% em 1960; 44,0% em 1971 e 45,2% em 1975. Entre 1960 e 1967 os gastos dos institutos com assistência médica hospitalar aumentaram de 22,0% para 58,2% do total dos gastos médicos. Depois da criação do INPS o volume de atos médicos, principalmente internações foi dominado pela rede privada em detrimento da rede oficial previdenciária. Houve também uma certa divisão de trabalho entre hospitais oficiais e privados. Os primeiros ficavam

com os casos mais graves, de tratamento mais prolongado e difícil e portanto mais oneroso, enquanto os casos mais simples, rápidos, baratos, e mais lucrativos eram atendidos pelos hospitais privados. (7, 19, 55)

A partir da década de 1960 iniciam-se as tentativas para articular e organizar as práticas de assistência à saúde com o objetivo de ressaltar a importância do Ministério da Saúde e torná-lo órgão de decisão de uma "política explícita", de âmbito nacional e voltada para os cuidados de saúde, inclusive a assistência médico-hospitalar. O ponto inicial destas articulações provavelmente se encontra no projeto de lei apresentado à Câmara dos Deputados que estabelecia as bases para a "organização da assistência médico-hospitalar preventiva e curativa no território nacional". Este projeto, que reproduzia a proposta da Comissão Especial para Assistência Hospitalar, determinava a constituição do Serviço Nacional, do Conselho Nacional e do Fundo Nacional de Assistência Hospitalar organizados e administrados pelo Ministério da Saúde. Em 1962 as comissões criadas no Conselho Médico da Previdência Social (CMPS) e no Ministério da Saúde apresentaram proposta de constituição do Fundo Nacional de Assistência Médico-Hospitalar a ser administrado pelo Ministério da Saúde através de uma comissão, onde haveria um representante do CMPS. Se esta medida tivesse sido concretizada teria sido a primeira oportunidade para que se

desenvolvessem mecanismos mais centralizados, que provavelmente viriam a imprimir outra dinâmica à organização da assistência médica. Ficavam mais claros também os interesses do setor empresarial que emergia, representado pela associações de hospitais, e das organizações médicas ligadas à medicina liberal, lideradas pela AMB. Na reestruturação do aparelho previdenciário entre 1964-67 consolidou-se um setor da "tecnoburocracia previdenciária" vindo do IAPI e que participava de praticamente todas as comissões e grupos de trabalho que examinaram as reestruturações da Previdência Social. Esta conjuntura propiciaria também o entrelaçamento, às vezes de forma contraditória, de "entidades civis" como a Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo com setores do aparelho "burocrático previdenciário"(19)

Ainda que houvesse o incremento dos custos com assistência ambulatorial no período, a participação do dispêndio em Assistência Ambulatorial em relação ao total da Assistência Médica declina de 36,2% em 1960 para 23,0% em 1967. A participação da Assistência Hospitalar eleva-se de 22,0% para 58,2% no mesmo período. Este incremento é ainda mais digno de nota quando se sabe tratar-se de período onde se observou acentuado incremento nos custos reais de hospitalização. Portanto estes dados, já referentes ao INPS, refletem a solidificação do padrão que se iniciava no

fim dos anos 50 e que se consolidou nos anos 60. Entre 1960 e 1967 os gastos reais com Assistência Médica se elevaram 3,3 vezes. Neste período, o componente hospitalar do gasto sobe 9 vezes, enquanto o ambulatorial apenas 2,1 vezes. Estes movimentos resultaram na maior integração entre Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e empresas industriais (farmacêutica, de equipamentos e material médico). Em 1950, 53,9% dos leitos do país eram privados. Esse percentual foi de 62,1% em 1960 e para 68,9% em 1975. (65)

Ao mesmo tempo que se desenvolvia um novo padrão de assistência à saúde, começaram a surgir problemas econômicos e o agravamento da situação financeira dos institutos, criando necessidade interna de racionalização que resultou na unificação dos institutos previdenciários em 1966 e 67. (7)

1.2. O INPS

Entre as condições sob as quais se desenvolveu o INPS que resultou da unificação dos IAPs em 1966, estava a maior participação das empresas privadas na prestação de serviços aos previdenciários. Isto se deu pelo repasse dos recursos provenientes principalmente do setor de assistência médica. Foi criada também uma nova modalidade de convênio a de pré-

pagamento. Após 1967 houve uma aceleração do processo de participação de entidades com fins lucrativos na assistência médica naqueles segmentos do setor médico-empresarial vinculados à Previdência Social: hospitais privados e grupos médicos, posteriormente as cooperativas médicas e firmas de seguro saúde. Assim através da transferência de recursos para remuneração dos serviços médicos prestados à população previdenciária, a Previdência Social articulava-se com segmentos que naquele momento estavam organizados principalmente através da prática autônoma da medicina desenvolvida em hospitais privados filantrópicos e mais tarde nos lucrativos, e consultórios particulares. (19, 53, 65)

Entre 1968 e 1970, vários atos normativos dirigidos a remover dificuldades à expansão dos convênios incorporavam esta política à Previdência. Assim, uma portaria de abril de 1969 (referente aos Decretos nº 60 501 e 61 784 de 14/03/67 e 11/67, respectivamente) afirmava ser "permitido ao INPS firmar convênios com empresas para prestação de serviços a seus empregados e respectivos dependentes". (19)

Ainda assim em 1970 continuava a elevação sistemática da parcela gasta pelo sistema previdenciário com atendimento à saúde. Neste ano o gasto real do INPS com assistência médica era superior ao de 1967 em 95,3%; em 1967 a relação

entre as despesas com saúde e o total das despesas do INPS era 22,4% e em 1970 cresceu para 26,7%. (7)

Segundo Cordeiro (19) os estudos sobre a política médico-assistencial do INPS mostram uma retração na política de privatização entre 1970 e 1974. Talvez a retração dos convênios e contratos com o setor privado e desenvolvimento dos serviços próprios representassem na época uma oposição à orientação dominante dentro do Aparelho Previdenciário. O mesmo autor destaca uma resolução de 1971 que determinava que nas entidades com as quais o Instituto viesse a celebrar convênio deveria haver recursos médico-hospitalares suficientes para propiciar assistência clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, em ambulatórios e hospitais. Também era exigida comprovação da capacidade técnica e de localização dos serviços. A tentativa de redefinição da política de convênios que priorizava os serviços estatais e sindicatos data de julho de 1972 com a Portaria nº 48: "a assistência médica aos beneficiários da Previdência Social" deveria "ser prestada prioritariamente nos órgãos próprios das instituições previdenciárias". Uma nova reformulação da Lei Orgânica da Previdência Social de 1972 interrompe este pequeno período de suspensão da política de privatização, estabelecendo que a assistência médica seria prestada nos "serviços próprios ou de terceiros, estes, mediante convênios".

A partir de 1974, com a implantação do Plano de Pronta Ação(PPA), a Previdência passou a incentivar não só o atendimento hospitalar de previdenciários no setor privado como o atendimento ambulatorial de urgência. Com o PPA a prestação de serviços de assistência hospitalar mais especializada, a pesquisa, e aperfeiçoamento passaram para a competência dos serviços próprios da Previdência Social. Apesar do aumento na rede hospitalar própria, houve diminuição na participação deste setor no atendimento hospitalar do previdenciário. Nesse período a Previdência contratou mais 160 hospitais privados para atender a seus beneficiários, passando de 2 970 para 3 130 hospitais contratados no País.(65)

Nesta conjuntura é criado em dezembro de 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social(FAS), vinculado à Caixa Econômica Federal, com a finalidade de subsidiar investimentos de capital no setor social. Eram beneficiários a União, Estados, Municípios, Entidades Privadas e Pessoas Físicas através de aplicação de recursos a fundo perdido e financiamento com grandes prazos de carência e juros subsidiados. Desde sua criação até outubro de 1977 o FAS aprovou financiamento para a construção de aproximadamente 26 mil leitos novos no Brasil.(36, 56)

Após o PPA, houve expansão dos convênios-empresa e dos grupos médicos em todo o país, principalmente em São Paulo.

Para os assalariados, a assistência médica prestada pelos convênios compensaria de certa forma as dificuldades enfrentadas com os serviços próprios do INPS e também representaria maior facilidade para hospitalização. Esta modalidade de prestação de serviços, provocaria entretanto desequilíbrio no orçamento do INPS, levando ao aumento das despesas com assistência médica. A solução adotada foi tentar conciliar os interesses dos diferentes setores do "complexo médico-empresarial", representados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais embora o então presidente do INPS reconhecesse "exageros" e preferisse propor maior rigor no controle das contas hospitalares através da DATAPREV, órgão responsável pela informatização dos dados da Previdência.(19)

Após 1974 os dados mostram que, a assistência ambulatorial e outros serviços modificaram parcialmente o quadro de atendimento médico, que a partir de 60, dependia fundamentalmente da assistência hospitalar. Isto não significa que houve diminuição nas internações hospitalares. Elas cresceram a taxa menores do que as consultas e serviços ambulatoriais: 31,9% em 1975 e 25,2% em 1976, enquanto a assistência ambulatorial cresceu 59,8% em 75 e 28,9% em 76. Em 1976, 31,3% das despesas globais da Previdência Social destinavam-se à assistência médica. Este crescimento resultava basicamente da grande expansão nos anos de 1975 e 1976 propiciada pela implantação do Plano de Pronta Ação.

Crescem também nesta época, embora em escala menor, os convênios com a rede oficial não-previdenciária, principalmente Hospitais Universitários e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além do credenciamento de médicos. (7)

1.3. Propostas Unificadoras

No período 1974-1978 uma série de medidas foram tomadas para completar o processo de unificação e centralização da Previdência. Ao mesmo tempo havia uma pretensão de descentralizar as ações médicas. A mesma série de medidas que proporcionava transferência crescente de recursos financeiros às empresas médicas, criava uma crise fiscal localizada no setor, que teve seu ápice em 1978. Estima-se que as despesas da Previdência com o convênio-empresa, representavam um terço das despesas para o atendimento dos segurados cobertos por essa modalidade. Por outro lado cerca de 30 a 50% dos convênios não foram homologados. A partir de 1979 a Associação Médica Brasileira e a Federação Brasileira de Hospitais aumentam sua participação na discussão de decisões da política médico-assistencial da Previdência Social. Se, por um lado, os setores representados por estas entidades podiam ter um novo alento com relação a sua articulação com a Previdência, por outro, começou a ocorrer o aparecimento de empresas multinacionais

na área de assistência médica, apesar das denúncias de Sindicatos Médicos, da Federação Nacional de Médicos, da AMB e da ABRAMGE.(19)

A Lei 6 229 de 1975 referente à organização do Sistema Nacional de Saúde procurava estabelecer a função de cada Ministério, e propunha a integração da Medicina Previdenciária e de Saúde Pública através de articulação entre as diferentes esferas do governo: os diversos Ministérios, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, e entre os órgãos governamentais e o setor privado. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social cabiam as medidas mais diretamente ligadas à assistência curativa como prestar serviços diretamente, ou contratar e fiscalizar aqueles contratados com entidades de fins lucrativos ou não; credenciar instituições de fim não lucrativo para prestação de serviços de saúde; fixar em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços a serem observadas pelas entidades ligadas ao Sistema. Ao Ministério da Educação cabia orientar a formação e habilitação dos profissionais de saúde; orientar as universidades responsáveis pela formação de pessoal de saúde; e promover a integração dos hospitais e institutos de treinamento no Sistema Nacional de Saúde.

Embora criticada por não se contrapor claramente ao setor privado e por propor a integração dos Ministérios e

ao mesmo tempo separar como competência do Ministério da Saúde as medidas de interesse coletivo, e do Ministério da Previdência as de assistência médica individualizada, a lei já abordava algumas questões que seriam retomadas em políticas posteriores, e na discussão da Reforma Sanitária. A Lei encarava a saúde de modo mais amplo como dependente das condições de trabalho e habitação, além das medidas de saúde pública e padrão de assistência médica. Propunha a regionalização da assistência médico-sanitária em função do perfil epidemiológico de cada área. A Lei estabelecia ainda que as Secretarias de Saúde teriam as incumbências do Ministério da Saúde a nível do Estado, inclusive assistindo técnica e financeiramente aos municípios. Falava ainda da contratação de serviços do setor privado após esgotada a capacidade do setor público, embora recomendasse que este não se expandisse enquanto houvesse capacidade ociosa no setor privado. (77, 79)

A aceleração dos gastos, a demanda crescente, e as relações bastante onerosas com o setor privado criaram várias crises financeiras para a Previdência Social. A resposta a essas crises foi a reorganização do sistema, com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977. Este era constituído pelo IAPAS, INPS e o INAMPS, este último criado provavelmente pela importância que a assistência médica passou a assumir. Esta alteração representava uma tentativa de modernização

administrativa e concentração de poder econômico e político na Instituição. (20)

Outra proposta pré Reforma Sanitária que merece destaque é o PREV-SAÚDE em 1980. Esta proposta tinha como objetivo principal expandir a cobertura de serviços através da racionalização na utilização e distribuição dos recursos existentes e ampliação da rede. Tinha como diretrizes principais a participação comunitária no planejamento e fiscalização do sistema, máxima extensão da cobertura; integração, hierarquização e regionalização associados à descentralização de decisões. A Estratégia era privilegiar o crescimento das instituições oficiais dos estados e municípios, principalmente no referente à atenção primária; retrainir as unidades federais de prestação direta; e retrainir incentivo à iniciativa privada, principalmente a de caráter lucrativa.

Pode-se dizer que na elaboração do PREV-SAÚDE houve importante influência de profissionais de saúde ligados à área de saúde coletiva, dentro e fora do aparelho do Estado com uma proposta alternativa para a saúde. As principais críticas feitas ao Plano foram a não explicitação da porta de entrada única na rede de serviços básicos, nem a responsabilidade exclusivamente pública da prestação desses serviços; esvaziamento do poder de decisão dos níveis estaduais e municipais por existir um órgão a nível federal

para implementar, acompanhar e avaliar o programa, além do fato dos recursos não serem gerenciados a nível local mas fazendo parte do mesmo fundo proveniente do MS, MPAS e Estado através de mecanismo de repasse verticalizado. Um outro ponto era considerar que a racionalização não implicaria em maiores recursos para o setor saúde. Além disso, a proposta de participação do orçamento do INAMPS no programa era a metade do que o órgão teria para custear seus serviços e os contratados. Esta proposta racionalizadora foi abortada, aparentemente, por contrariar interesses do setor privado com finalidade lucrativa. (59, 79)

Ainda que houvesse argumentos de que a crise era em parte devida à falta de controle nos gastos com assistência médico-hospitalar, as despesas do INAMPS que correspondiam a 30% do orçamento em 1976 passavam para 20% do total em 1982. Por outro lado, a análise da distribuição das despesas de assistência médica do INAMPS de 1981-87 por tipo de prestador, mostra que os financiamentos destinados ao setor privado contratado representavam mais de 60% do total de gastos do INAMPS com assistência médica até 1984. (20, 56)

Principalmente em função da necessidade de racionalizar recursos aparece em 1982 a proposta de reformulação da política de saúde no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, do Conselho

Consultivo de Administração e Saúde Previdenciária (CONASP). Esse plano coloca como princípios fundamentais a melhora da qualidade da assistência direta e indireta do INAMPS, através de uma racionalização do atendimento; a cobertura igualitária em termos de assistência; e o aumento da produtividade usando os serviços públicos e privados de forma regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade; a participação das Secretarias de Saúde Estaduais no planejamento e coordenação do sistema. Tem entre suas proposições o estabelecimento de critérios de repasse financeiro do INAMPS às instituições públicas beneficentes e de ensino; estudo de política de valorização de recursos humanos; aperfeiçoamento do Sistema de Informações; aperfeiçoamento do Sistema de Auditoria Médico Assistencial. A nível hospitalar apresenta como proposição específica usar os hospitais próprios como centros de referência, pagar os Hospitais Universitários por saída, e suprimir o pagamento por Unidade de Serviço (US) nos ambulatorios, transformar os convênios globais e contratos por produção de serviços mantidos com hospitais governamentais e beneficentes em convênio tipo MEC(para hospital universitário). Com relação aos serviços contratados, a estratégia era substituir as US por pagamento por procedimento e criar novos mecanismos de auditoria.

(12,79)

O Plano do CONASP representou o reconhecimento oficial da inviabilidade do modelo vigente com gastos crescentes com assistência médica. Como uma política basicamente racionalizadora, constituiu-se em proposta apreciada pelos críticos do setor, no entanto sua limitação estaria em acreditar no aumento efetivo de cobertura sem investir significativamente na área, e na análise de que as distorções pudessem ser resolvidas com alterações nas formas de pagamento e não como consequência de uma política de saúde, que proporcionasse alterações mais profundas no Sistema. O Plano também foi criticado por não definir questões tais como qual seria o papel do setor privado no sistema de saúde e sua relação com a Previdência; quais os mecanismos em que se dariam a participação comunitária, regionalização e hierarquização, e a inserção das Secretarias de Estado; por fim suscitou dúvidas quanto a sua própria viabilidade econômica e política.(02)

Ao plano CONASP seguem-se as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas propunham a reorganização do Sistema de Saúde reorientando a competência das instituições públicas e privadas. Obedeciam aos princípios da regionalização e hierarquização na reorganização do Sistema. Propunham o desenvolvimento de ações integradas dos serviços a nível federal, estadual e municipal. As AIS tinham como objetivos o acesso aos serviços de diferentes níveis de complexidade, e a otimização e diminuição da capacidade ociosa dos

serviços públicos. Previam comissões de gestão e coordenação do nível federal até o municipal. Além disso, almejavam minimizar a dicotomia entre as ações de prevenção e cura. (63, 97)

Embora representassem um avanço, as AIS não podiam ser consideradas uma política assumida pelo governo. Seu espaço político institucional se limitava à posse de instrumentos para alterar a crise financeira. Eram consideradas limitadas como meio de corrigir os privilégios do setor privado, e eram acusadas de reproduzir o mesmo tipo de relação com o setor público na medida em que propunham pagar seus serviços por produção. (20,91) De qualquer forma entre 1985 e 1986 não faltaram recursos, pela recuperação da economia e pelo crescimento das receitas da Previdência. Isto facilitou bastante a deflagração do processo de mudança na estrutura de funcionamento da Política de Saúde. (37)

1.4 Antecedentes do SUS

As bases conceituais do que seria o SUS encontram-se consolidadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de março de 1986. O documento aprovado pela plenária final afirma, que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que representasse a construção do novo

arcabouço institucional, delimitando claramente o âmbito entre as atividades de saúde e aquelas de previdência propriamente dita, através de ampla Reforma Sanitária.

Entre os princípios citados para reger o novo sistema de saúde destacamos a descentralização na gestão dos serviços; a integralização das ações, para superar a dicotomia preventivo-curativa; a regionalização e hierarquização dos serviços; o fortalecimento do papel do município; a universalização da cobertura populacional; o atendimento de acordo com as necessidades; a qualidade do atendimento compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com os recursos disponíveis; e a formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema.

O Sistema Único de Saúde deveria ser acompanhado da expansão e fortalecimento do setor estatal em todos os níveis tendo como meta, ainda que nem sempre explícita, a progressiva estatização do setor. As ações no campo da saúde dos prestadores de serviços privados seriam direcionadas, seus procedimentos operacionais controlados, e os lucros abusivos coibidos.

Com relação às atribuições dos órgãos governamentais, a nível Estadual caberia entre outros: "gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação" da política nacional de saúde nos estados; elaboração do plano diretor de saúde

orientando a integração das atividades de saúde incluindo as do setor privado a nível estadual; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, principalmente os de caráter secundário e terciário, e os programas, projetos ou atividades que não pudessem ser executados pelos municípios em função de seu custo, especialização ou grau de complexidade.

Ainda dentro da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o documento recomenda a reformulação das Ações Integradas de Saúde possibilitando à sociedade controle eficaz e abrangente através de suas comissões interinstitucionais de coordenação CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS. Deveriam ser organizados Conselhos de Saúde formados por representantes eleitos pela comunidade de usuários e prestadores de serviços nos níveis local, municipal, regional e estadual. (75)

Enquanto se organizavam as propostas de Reforma Sanitária a serem encaminhadas na Constituinte, os elementos que atuavam no Ministério da Previdência e INAMPS procuravam fortalecer e ampliar as AIS. O estabelecimento de um novo "contrato-padrão" entre o INAMPS e a rede privada contratada permitiria maior controle da Instituição sobre os serviços comprados.(48) Através dos termos de adesão ao convênio os municípios poderiam equacionar o sistema de saúde de suas áreas geográficas a nível de programação e financiamento.

Era dada a possibilidade de atender a população como um todo, planejando e decidindo as ações de saúde o mais próximo possível da mesma. (97)

Ainda em função da preocupação em recuperar a credibilidade e a eficiência do sistema previdenciário, o MPAS se antecipa às decisões da Constituinte e em meados de 87, juntamente com o grupo dirigente do INAMPS e anuência do MS, reformula o Convênio das AIS, assinando novos termos de compromisso e/ou termos aditivos, que descentralizam parte do poder decisório do nível federal para os estados. (48)

A formalização deste processo se dá quando o então Ministro da Saúde, Roberto Santos e o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães em 10 de julho de 1987, em exposição de motivos ao Presidente da República, colocam a necessidade de se estabelecer as bases de uma política coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária vendo na consolidação das AIS o elemento tático mais significativo dentro da estratégia de reforma. É proposta a redefinição clara das atribuições dos três níveis administrativos; a redução na estrutura do INAMPS, que passaria a ser o órgão do MPAS responsável por se integrar ao planejamento e orçamentação nos níveis federal, estadual e municipal. Em termos práticos, os estados passariam a gerenciar os equipamentos do INAMPS e seriam responsáveis por parte da

compra de serviços do setor privado. Quanto ao orçamento-programa, propunha-se integração em orçamento comum dos recursos federais e estaduais destinados à saúde, assegurando unidade de planejamento e complementariedade entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da alteração nas formas de pagamento para mecanismos do tipo orçamento integrado. Outras propostas foram priorizar a integração das instituições filantrópicas nas redes de serviços de saúde, o estabelecimento de um "patamar isonômico" de remuneração de pessoal, e a recomendação de que a organização distrital permitisse uma relação de complementariedade técnica e funcional dos serviços, através de mecanismos eficazes de referência e contra-referência.(31) As Comissões Interinstitucionais de Saúde das AIS são reafirmadas enquanto estrutura colegiada interinstitucional.(97)

A evolução política da descentralização para o nível estadual e as indagações de constitucionalidade desse processo provocam, em 20 de julho de 1987 a promulgação do decreto 94.657 do Presidente da República, que criava o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados(SUDS) "com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde(AIS)", ficando determinado aos Ministros de Estado de Saúde e da

Previdência e Assistência Social estabelecer as instruções necessárias para a execução do disposto no Decreto.(23)

Neste contexto Mendes (58) vê a existência de dois projetos alternativos: um projeto conservador com o objetivo de manter e consolidar o Sistema Nacional de Saúde baseado no modelo médico-assistencial privatista, e outro democrático, que deseja a mudança do sistema através da Reforma Sanitária. São considerados agentes de consolidação, "os anéis previdenciários" criados pela tecnoburocracia estatal com os produtores privados de serviços e bens de saúde, cujos instrumentos de atuação foram o processo de centralização institucional e de recursos da Previdência Social, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, e o Plano de Pronta Ação. Segundo aquele autor a formalização se deu pela Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6 229 de 5/7/1975), onde se estabeleceram os limites entre a atenção à saúde coletiva e a assistência médica. O projeto conservador foi se consolidando através da universalização crescente sem equidade, privilegiamento do setor privado, assim como das ações de "atenção médica" em detrimento daquelas de "saúde pública".

Considera-se que o outro projeto em oposição a este sistema começou a surgir com uma série de experiências a exemplo do Sistema Integrado de Saúde de Montes Claros, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de

Saúde(PPREPS), Caruaru, o PIASS, a proposta do PREVSAÚDE e as Ações Integradas de Saúde, estas logo após o Plano do CONASP.(72) As mudanças políticas e o processo de transição democrática no País a partir de 1982, favoreceram a canalização política desse projeto, o que ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi construída proposta da Reforma Sanitária. Assim os dois projetos disputaram politicamente a hegemonia no sistema de saúde. (58)

Para Mendes(58) o dilema do SUDS era limitar-se a um processo administrativo descentralizado para integrar recursos interinstitucionais, sem resultar em mudanças que realmente alterem a qualidade dos serviços oferecidos à população. Esta mudança seria a forma pela qual a Reforma Sanitária poderia demonstrar sua eficácia política, ganhando a adesão dos prestadores e dos usuários e das forças políticas que representam seus interesses.

1.5 A Consolidação Constitucional do SUS

A Constituição da República promulgada em 3 de outubro de 1988, no Título VIII da ordem social, resultado do debate das propostas da 8ª Conferência no seio do Congresso e portanto da composição de forças sociais vigentes naquele momento, estabelece na seção II da Saúde: no artigo 196 "A

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"; no Art. 197, "são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado"; no Art. 198, "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.."; e no artigo 199, "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada"...# 1º .."as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contratos de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos". # 2º "É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos." (16)

Na proposta do Sistema Único de Saúde expressa na Constituição foram incorporadas a universalização, integralidade, resolutividade, hierarquização, regionalização, descentralização e participação, princípios já estabelecidos pelo SUDS. O artigo 199 consagrou na Lei Básica do País o direito da operação de serviços privados,

atestando vivamente a intensidade das forças antagônicas que configuram o conteúdo de Assistência à Saúde na Constituição.

A formulação da Constituição foi consolidada através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde. O substitutivo do relator Geraldo Alkmin, compatível com a proposta original do SUS, sofre prejuízo quando aprovada pela Comissão de Saúde sem extinguir o INAMPS. Esta pode ser considerada uma vitória dos setores resistentes à Reforma Sanitária, como a burocracia do INAMPS e os grupos de pressão do setor privado. O projeto de lei Nº 3110 de 13 de dezembro de 1989, a Lei Orgânica da Saúde, aprovado pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, regulamenta a nível nacional as ações e serviços de saúde. O seu Título II determina a constituição do Sistema Único de Saúde formado por todas as ações e serviços de todas as instituições públicas e fundações mantidas pelo Poder Público, onde é dado à iniciativa privada participar de forma complementar.(51) Nesta época o próprio Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) considerava o texto aprovado embora não inteiramente correspondente ao que era desejado, uma "consagração" de várias teses defendidas pela Entidade.

A versão final da Lei Orgânica da Saúde foi aprovada pelo Congresso Nacional em setembro de 1990, sendo

sancionada como lei nº 8080 pelo Presidente da República em 19 de setembro de 1990, com vetos à versão do Congresso. Pode se considerar alguns prejuízos importantes com os vetos, à Conferência e Conselho de Saúde, ao repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos municípios, à proibição de diminuição de gastos pelo governos estadual e municipal. Com estes vetos houve um comprometimento nos mecanismos de financiamento do sistema com relação ao papel do município nas decisões sobre o modelo assistencial a ser adotado, e também sobre a participação de segmentos representativos da sociedade no gerenciamento do sistema (60).

Criado o SUDS por decreto, estabelecido o SUS pela Constituição e Lei Orgânica, iniciaram-se ou prosseguiram em alguns casos as alterações e adaptações em direção à construção do Novo Sistema de Saúde. Este processo não se dá uniformemente nas diferentes regiões e apresentará características e velocidades, dependentes das diferentes conjunturas locais. Mesmo a nível da legislação o processo não se estabeleceu totalmente, o que se constata pelos vetos feitos pelo presidente da República à Lei Orgânica. Os primeiros documentos de avaliação como do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, citados abaixo, também retratam esta situação.

O CONASS, preocupado com as bases financeiras dos SUDS, em documento de 16/06/89, faz uma série de restrições específicas contra o SUDS. Responsabiliza setores do INAMPS pela retração dos valores reais e atrasos nos repasses de investimentos e custeio aos Estados, integração deficiente dos equipamentos do INAMPS, exigências na prestação de contas do Estado ao INAMPS consideradas muito burocratizadas e irracionais, retenção de número grande de procedimentos assistenciais e do seu controle, diminuição ou ausência de remessa de medicamentos aos serviços do sistema unificado, descumprimento e adiamentos da aplicação da Portaria de regulamentação da consolidação do SUDS. (14)

Por outro lado em documento divulgado internamente pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de fevereiro de 1989, é ressaltado que com o SUDS, entre outros benefícios, houve queda nas internações desnecessárias e extensão do atendimento ao acidentado do trabalho para toda a rede. Segundo o documento, os hospitais com fins lucrativos (aproximadamente 60% dos leitos do Estado) , passaram a ser tratados como "parceiros" para melhor planejar os serviços hospitalares; a proposta de novo modelo-padrão de convênios e contratos do SUDS/SP, determinava quais e quantos serviços são necessários à população; e o SUDS/SP propunha-se a efetuar o pagamento das internações com valores atualizados, sem atrasos, e restringindo a produção de atendimentos desnecessários. (86)

1.6 O SUDS/SUS no Estado de São Paulo

No Estado de São Paulo o governo eleito em 1982 tinha como diretrizes em seu programa a descentralização, a municipalização e a participação. Além de implementar estas diretrizes o programa de saúde deste governo encampou as metas de integração e hierarquização dos serviços de saúde, além da resolubilidade, e a racionalização dos recursos e a integralidade do atendimento. A busca de maior poder para os estados e municípios, com maior repasse de atribuições e recursos do INAMPS para os níveis regionais e locais, e a revisão da política de recursos humanos no sentido de garantir a contratação, absorção e fixação de profissionais à Secretaria de Saúde do Estado também faziam parte do programa. O convenio AIS foi assinado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Governo do Estado de São Paulo em outubro de 1983.(54) Segundo Malik(54) para os profissionais da saúde coletiva, isto representava uma tentativa de se atingir uma nova realidade. A participação social era considerada fundamental para garantir a viabilidade da nova política. Com relação ao pagamento da rede hospitalar as quantias para as faturas eram fixas, e correspondiam a um terço do orçamento alocado pelo Estado ou município. As demais atividades eram remuneradas por porte, onde a assistência médica curativa e mais complexa

eram privilegiadas. Segundo a autora o programa possibilitou ainda que por pouco tempo, uma alteração na assistência médica no interior do Estado através da relação privilegiada dos hospitais filantrópicos com o setor público. Também de acordo com Malik, foi possível repor alguns funcionários e atualizar algumas compras, principalmente de material de consumo, nos hospitais da Secretaria.

Foram criados 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) que representavam a junção dos serviços de saúde do Estado sob a gerência técnica e administrativa comum e única em uma determinada região. O objetivo era iniciar a incorporação mais efetiva da assistência médica pela rede pública. A Superintendência Regional do INAMPS ainda gerenciava os serviços próprios e os serviços médicos contratados pela Previdência Social. A SESSP assumiu a Superintendência do INAMPS e São Paulo passou a ser o primeiro Estado a controlar toda a rede pública de serviços de saúde, embora parte do financiamento continuasse federal. (102)

Na medida em que eram formulados arranjos organizacionais para assumir funções do INAMPS, a relação com o setor privado contratado e conveniado também foi objeto de interferência. São suspensos por 90 dias a abertura, o andamento e a homologação de processos referentes ao estabelecimento ou ampliação de contratos, cadastramentos e credenciamentos para a prestação de

serviços, período em que os órgãos colegiados das AIS deveriam avaliar os contratos e convênios existentes e as necessidades de cobertura assistencial. Aos ERSAs que passam a ser considerados SUDS-Regionais, se integraram as unidades de prestação de serviços do INAMPS e os Serviços de Medicina Social do INAMPS nas áreas de abrangência destes SUDS. Em 1988 as atribuições relativas ao pagamento das contas ambulatoriais do setor privado foi repassada para os ERSAs, regionalizando esta atribuição. Vale ressaltar que isto representa uma diferença importante para a Secretaria de Saúde, cuja competência a nível de sua antiga Coordenadoria de Assistência Hospitalar era, em relação a assistência dada nas unidades próprias da Secretaria, emissão de alvarás de funcionamento e autorização para construção, reformas e ampliação dos hospitais não pertencentes a rede estadual.

Em junho de 1989, um Decreto do Governador do Estado formalizou algumas regras de operacionalização do SUDS. São reiteradas as bases do sistema e a forma em que as relações entre o nível de governo estadual e o nível de governo municipal no setor se dariam. Foram explicitadas as regras para a transferência aos municípios, dos equipamentos do Estado, "que atuam preponderante ou exclusivamente na área do município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local". Os Escritórios Regionais de Saúde constituiriam o meio pelo qual se daria a descentralização.(48)

A proposta do SUS é consolidada no Estado de São Paulo através da Constituição do Estado, promulgada em 05/10/89 no Título VII da Ordem Social, Seção II, da Saúde. (17)

Com relação à política da Secretaria de Estado da Saúde, um documento oficial da mesma publicado em 1988, (85) refere que a proposta de reorganização do Sistema Estadual de Saúde na gestão do Secretário J. A. Pinotti, tinha como diretrizes básicas a universalidade de acesso, integração das unidades, regionalização, hierarquização e resolubilidade no atendimento, e participação de todos. O documento dá destaque à questão da incorporação da execução dos serviços a cargo do INAMPS.

A nível hospitalar a Secretaria se propunha a otimizar o sistema como um todo e desenvolver atividades de assistência, ensino e pesquisa em todos os hospitais. A meta seria atender as necessidades de internação da população, com grau de utilização dos leitos superior a 80%. Ainda que reconhecendo a insuficiência dos hospitais próprios para o atendimento naquele momento, propunha aumentar a resolubilidade, eficácia e eficiência administrativa dos mesmos. Foi também proposto para os hospitais, papel fundamental na capacitação de recursos humanos. Para a rede dos hospitais filantrópicos propunha utilização total do capital investido na mesma, e aumentá-la em função das

necessidades do Sistema. Aos hospitais universitários seria priorizado o papel de referência e formação de recursos humanos. Com os hospitais privados sem características filantrópicas, cujo papel era considerado suplementar, foram propostas novas formas de articulação, procurando aumentar a integração ao SUDS (83, 84)

1.7 Modalidades de Pagamento e Relacionamento do Sistema com os Hospitais

Na modalidade pagamento por unidade de serviço(US) estavam os contratos realizados por clínicas, casas de saúde e hospitais de fins lucrativos ou filantrópicos, (exceto na área de psiquiatria e tisiologia). Essa forma de pagamento foi a que mais se expandiu nos contratos com a Previdência Social. Realizavam-se sob essa forma de pagamento 85% do total de internações e 36,2% das consultas a previdenciários na zona urbana. A consequência era o excesso de atos médicos, sendo estimado em seiscentas mil as internações desnecessárias no ano de 1976.

Na modalidade pagamento global, com o pagamento por clientela através de convênios com empresa, a Previdência Social, desde 1965 transferia aos empregadores a responsabilidade do atendimento a seus empregados. A empresa que estabelecesse convênio com a Previdência, recebia, sob a

forma de restituição, parte de seu recolhimento à Previdência. A empresa passava a se responsabilizar pela assistência médica de seus empregados e dependentes. Isto era feito através de serviços médicos próprios ou através da contratação de empresas médicas.

Sob a forma de pagamento global por consultas e altas encontravam-se os convenios com os hospitais universitários. Consistiam em assistência médica integral em ambulatórios e hospitais nas grandes especialidades. O repasse da Previdência neste caso dependia do número e tipo de altas hospitalares dadas a previdenciários durante o mês, mas com a garantia de tempo de permanência suficiente para todo atendimento adequado. Esse tipo de convenio, com os Ministérios de Previdência e Educação, foi criado em 1974 e até o final de 1977 apenas 33% dos hospitais universitários haviam aderido a ele. Uma das dificuldades na celebração desses convênios era não permitir o pagamento de unidades de serviço, nem sob a forma de honorários, o que contrariava muitas vezes interesses pessoais de professores universitários já credenciados pela Previdência Social em regime de US.(55)

O crescimento acelerado das internações hospitalares com o pagamento por unidade de serviço levou as autoridades da Previdência Social a introduzir, no final de 1983, um novo método de pagamento hospitalar com o objetivo,

entre outros, de resolver possíveis distorções ou mesmo fraudes. Assim mudou-se a forma de pagamento para um método baseado na remuneração global em termos de um diagnóstico ou procedimento (AIH). Na predeterminação do valor a ser pago por procedimento os hospitais assumiriam qualquer gasto acima do pré-fixado e/ou mudariam a composição dos serviços prestados, utilizando menos recursos nos serviços produzidos. É importante notar que a alteração no método de pagamento, introduzido no final de 1983, parece não ter contido o crescimento das internações. Um ano após a introdução do novo sistema houve um aumento de quase um milhão de internações nos hospitais contratados. O controle parece ter sido alcançado através de mecanismos como a política de priorizar hospitais públicos conveniados, pois houve queda no número de internações nos contratados a partir de 1985 e elevação do número de internações nos estabelecimentos conveniados. (76)

Na área ambulatorial ocorreram mudanças mais profundas com a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA): fator de ponderação para o volume dos recursos repassados aos Estados. Multiplicado pela população determina o valor global destinado a cada estado para atendimento ambulatorial de sua população. As principais críticas a esta modalidade de pagamento foram que esta não diminuiu as diferenças regionais na distribuição de recursos, nem superou os problemas financeiros dos Estados mais desenvolvidos,

persistindo na prática de compra de serviços por procedimentos, não definindo valores de UCA de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico.(47)

Em análise do conteúdo dos documentos publicados pelo Governo Federal durante o ano de 1991, sobre o financiamento do setor saúde, Cordoni e Bertone (21) sintetizam em 4 modalidades as formas de transferência de recursos financeiros do INAMPS/MS:

-SIH/SUS-Sistema de Informação Hospitalar para pagamento de internações para os serviços públicos e privados de forma igual. No caso dos Hospitais Universitários extinguem-se os índices adicionais de valorização destes, e cria-se o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino de Pesquisa Universitária em Saúde

-SIA/SUS-Sistema de Informação Ambulatorial para pagamento dos serviços públicos e privados

-UCA-recursos repassados às Prefeituras, obtidos do total do repasse à Unidade Federada após dedução dos pagamentos do SIA/SUS e 10% do restante, destinado às secretarias estaduais de saúde

-SIOP/SUS-Sistema de Informação de Órteses/Próteses e Materiais Especiais

As sucessivas alterações nas políticas de saúde no Brasil, também têm tido reflexos no "comportamento" dos

hospitais. Muitas vezes estas políticas resultaram da força destes hospitais e de seus representantes. Principalmente a partir das AIS em função do déficit financeiro da Previdência, as ações nos hospitais se tornaram cada vez mais restritivas e estes foram adaptando seu comportamento às restrições. A nova tentativa de reformulação do sistema de saúde com a implantação do SUDS-SUS e algumas de suas consequências, como a descentralização do INAMPS e municipalização, delinea-se nova relação entre os hospitais e o Estado.

É forçoso ainda destacar no período de intensas transformações do quadro institucional do Sistema Nacional de Saúde, o acentuado crescimento da Medicina de Grupo, de outras modalidades de pré-pagamento e das cooperativas médicas, resultando em que muitos hospitais, talvez mesmo os melhores qualificados, tenham abandonado totalmente seu relacionamento com o sistema público.

Não há dúvida de que todas as mudanças proporcionadas pelo convênio SUDS são um referencial importante e necessário para a consolidação do SUS. Como se trata de fenômeno recente, ainda são poucos os documentos existentes avaliando o processo. A maior parte destes se dedicam a análise econômica e política macroestruturais, sendo pequena a quantidade de documentos que se dedicam à análise do processo a nível dos serviços, avaliação esta que deve ser

explorada com maior profundidade passados 4 anos da implantação do SUDS. Uma das formas para melhor entender o resultado de uma determinada política é acompanhar e analisá-la durante sua implementação.(26)

Como a relação entre hospitais e Estado, dentro da nova proposição de sistema, é processo recente, pouco se sabe a respeito de como tal relação está se estabelecendo, como os gerentes de hospitais estão reagindo, e quais as consequências a nível dos serviços prestados. Embora o processo não seja uniforme, no Estado de São Paulo, em função do adiantado estágio de municipalização dos serviços, o relacionamento entre os administradores regionais e locais e os hospitais tem se mostrado fundamental para a implementação da nova política de saúde nestes níveis.

1.8 Cultura Institucional do ponto de vista da Ciência da Administração

O interesse no estudo da cultura organizacional cresceu de forma significativa, fenômeno provavelmente ligado às dificuldades encontradas pelos pesquisadores para compreender a complexidade dos fenômenos que ocorrem nas organizações (28). Este interesse também pode estar ligado aos obstáculos enfrentados por administradores e consultores para implantar processos de mudança em determinadas

organizações. (33) A cultura de uma organização é tão importante, que alguns autores consideram que a única maneira viável de mudar uma organização é mudar sua cultura, ou seja, mudar os sistemas dentro dos quais os homens trabalham e vivem.(10)

A complexidade do tema dificulta tanto a apreensão do fenômeno, quanto sua conceituação, não havendo consenso quanto à definição. Deve se ter como pressuposto, que os limites do conceito de cultura estão vinculados aos diferentes referenciais teóricos nos quais se baseiam as definições, o que suscitará o levantamento de diferentes questões e interesses. (28, 93, 101)

Adotaremos como definição de cultura organizacional a que estabelece como tal: um conjunto de símbolos, linguagem, pressupostos e comportamentos que evidenciam normas e valores desenvolvidos por um grupo ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. (82) Ligados ainda ao conceito de cultura devemos enfatizar os seguintes elementos: a cultura de uma instituição inclui os contratos explícitos e implícitos do que é esperado dos membros da organização; inclui elementos subjetivos na medida em que pressupõe o modo característico de perceber o

ambiente; e elementos objetivos expressos mitos, rituais, histórias e cerimônias. Além de agir como forma de comunicação e consenso, a cultura também oculta e instrumentaliza as relações de dominação. (24,28,34,100)

Ainda na construção do referencial com o qual se vai trabalhar será importante a discussão de algumas premissas relacionadas ao objeto de estudo.

Pode se dizer que diferentes tipos de instituições apresentam culturas próprias. Craig(22) acredita que os hospitais sejam instituições que têm tido influência dominante nos valores de grupo de seus trabalhadores, moldando atitudes, rituais e prescrevendo comportamentos. Afirma que a cultura do hospital nos Estados Unidos tem mudado com o crescimento na oferta e demanda de serviços de saúde, novas tecnologias, especialização médica e introdução de políticas de reformulação de serviços, como a Medicare e Medicaid. Ainda com relação aos hospitais, vários autores enfatizaram as profundas relações entre cultura institucional e a produção de serviços, e a importância das relações entre os valores das organizações e dos indivíduos (4,25,35,62,82,104)

Pode se dizer que uma parte significativa da cultura de uma organização tem como objetivo desenvolver determinados "padrões desejáveis" de comportamento, mas não se pode

deixar de considerar, que os empregados dos diferentes níveis e em diferentes escalas também influenciam a produção dessa cultura. Dentro de uma organização a existência de interesses divergentes gera conflito e o indivíduo tanto pode aderir aos modelos comportamentais da organização quanto pode rejeitá-los. As percepções dos indivíduos relacionam-se com as situações vivenciadas no interior da organização, com a lógica dos indivíduos e dos processos de regulamentação, os sentimentos dos trabalhadores, e a percepção do seu "destino profissional". (57)

Acrescentaríamos que as percepções do indivíduo também estão relacionadas a interação do mesmo com fatores externos a sua instituição e sua formação pessoal. É frequente que grupos com formações profissionais semelhantes apresentem subculturas próprias dentro das organizações: subcultura dos médicos, subcultura dos enfermeiros, gerentes, do sindicato, etc.(33)

No presente trabalho é utilizado instrumental relativo à Cultura das organizações visando ao cumprimento dos objetivos propostos, sem que se pretenda esgotar o conhecimento da cultura organizacional de cada estabelecimento.

Na medida em que não existe a opção de se estudar todos os níveis da hierarquia nem se analisar a empresa enquanto instituição para a análise em termos culturais, a

perspectiva deste estudo passa a ser a de obter uma visão parcial e localizada do que ocorre na instituição a partir de um segmento. (98) Este segmento estudado não é necessariamente constituído dos indivíduos líderes de opinião dentro da instituição e podem não representar a atitude da Instituição como tal.

Poderemos assim proceder à delimitação inicial de nosso objeto de estudo, que inclui o estudo de elementos de cultura, restringindo este estudo a um determinado tipo de instituição, a hospitalar e a determinado segmento corporativo dentro da instituição, o dos gerentes ou administradores de hospital. A presente investigação que visa conhecer como determinado grupo vê uma política é um estudo de cultura na medida em que objetiva identificar os valores deste grupo com relação a esta política. Estes valores resultam daquilo que aprendeu ou desenvolveu dentro da organização, (valores desta organização), do que tem como valores individuais, profissionais ou corporativos, do que pensa em função do que capta e internaliza a partir do ambiente externo, ou mais provavelmente, como um complexo resultante de todos estes fatores.

O interesse em trabalhar com as opiniões e atitudes dos gerentes e não abranger outros aspectos do estudo da cultura se deve à crescente importância que se tem dado a este profissional como uma peça importante para o bom desempenho

do hospital, e por ser este profissional, em última análise, o responsável último pela organização dos serviços oferecidos e o elemento que se relacionará com os gerentes dos demais serviços que compõem o sistema de saúde a nível local e regional.

Como o conceito de cultura também envolve os pressupostos e comportamentos desenvolvidos para lidar com problemas de adaptação externa, podemos considerar que uma nova política de saúde é uma questão externa à qual deva haver uma adaptação.(38) Cook (18) considera que em qualquer organização, algumas políticas são aceitas e outras sofrem resistência pelas diferentes organizações e pessoas envolvidas nas mesmas, refletindo-se de forma diferente nos membros e na direção. As novas políticas, regulamentos, ou restrições são frequentemente rejeitadas pelas organizações a que se dirigem. Estas podem considerá-las uma imposição e podem até criar uma política substitutiva mesmo semelhante a imposta. Shortell(88) considera, que as organizações respondem à regulamentação ajustando-se através de "alterações internas", estruturando e estabelecendo vários tipos de arranjos intra-organizacionais. Este autor considera que os arranjos ocorrerão primeiro a nível institucional, seguidos por mudanças a nível gerencial, ocorrendo finalmente as alterações a nível técnico. A resposta das organizações também é dependente de características da regulamentação como sua extensão, grau em

que limita o comportamento, grau de mudança que traz e incerteza que cria.(18)

Alguns elementos indicativos de ajuste ou resistência são o nível de integração da instituição com as outras com as quais se relaciona; alterações nos serviços oferecidos; alterações na composição de equipes, assim como a intensidade com que seus componentes participam na gerência e decisões. (89)

Ressalta-se ainda que existe uma distância importante entre a formulação de uma política e sua operacionalização a nível dos serviços. A concretização de uma política implica na difusão da informação através de "vários atores" que interpretam e filtram esta informação conforme seus interesses. Este processo depende de características ligadas aos diferentes atores e de condições mais objetivas dadas para a concretização de um determinado rumo nesta implantação. (94)

Como o estudo tem como objeto o administrador de hospital, a adesão-aceitação/resistência estará vinculada às reações individuais deste profissional, como ele interpreta a aplicação da política de saúde a sua instituição e as respostas desta última a esta mesma política. Assim fica caracterizada a natureza perceptiva da resistência.

O estudo das opiniões e atitudes em relação a um objeto auxilia enquanto instrumento o estudo da adesão-aceitação/resistência de um determinado indivíduo em relação a este mesmo objeto. Atitude foi definida por Krech e col em Pastore(68) como "um sistema de valorizações positivas ou negativas de sentimentos emocionais e tendências pró e contra em relação a um objeto social". Pastore salienta que embora uma arma importante para auxiliar na previsão e explicação das reações humanas, o conhecimento das atitudes é insuficiente para prever e explicar comportamentos.

Fazendo um paralelo com os pressupostos teóricos de Pastore(67) em seu estudo com satisfação de migrantes na cidade de Brasília onde a satisfação não é considerada um estado absoluto, poderemos caracterizar a resistência também desta forma. Não existe resistência ou aceitação completa e sim graus que variam em função da percepção e vivência de um determinado momento ou época, e situação. Enquanto a adesão-aceitação é uma sensação resultante de balanço mais favorável, a resistência está vinculada à tendência do pêndulo para o lado mais desfavorável da balança. O fenômeno pode estar relacionado à situação concreta vivida no momento, experiências passadas, ou a expectativas ou percepção de aspirações futuras.

2. OBJETIVOS

2.1 Os objetivos do presente trabalho são:

2.1.1. Traçar um perfil básico dos gerentes dos hospitais estudados.

2.1.2. Caracterizar a atitude destes gerentes com relação a sua instituição e os serviços integrantes do sistema.

2.1.3. Caracterizar a atitude e conhecimento destes gerentes com relação a princípios do SUS.

2.1.4. Registrar fatores que possam influir na integração, adaptação e resistência destes profissionais ao Sistema de Saúde no qual se encontram.

A perspectiva do estudo se relaciona à possibilidade de que modificações no sistema de saúde suscitem mecanismos de integração, adaptação resistência que se relacionam a características dos indivíduos, das instituições a que os indivíduos estão vinculados, e a características do sistema e de sua implementação.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Referencial Metodológico

Tendo em vista os objetivos da investigação e o referencial teórico na qual se baseia, discutido no capítulo anterior, foi necessário recorrer a técnicas e pesquisas desenvolvidas no campo das ciências sociais, especialmente na área da cultura institucional.

Para estudar cultura institucional, Duncan(28) propôs um método que dimensiona características qualitativas e quantitativas, subjetivas e objetivas da organização. O método também abrange a visão do indivíduo que pertence à instituição, assim como a do pesquisador externo. Estas dimensões são alcançadas através de observação participante (qualitativo, subjetivo, visão do pesquisador externo), entrevistas individuais (qualitativo, subjetivo, visão do membro da instituição), questionário auto-administrado (quantitativo, relativamente objetivo e com a visão interna). O método utiliza ainda material publicado e, documentos internos ou normas da organização como material suplementar.

Para avaliação da cultura organizacional Hughes(44) salienta a importância dos seus artefatos simbólicos

divididos em símbolos materiais como o logotipo da organização, símbolos comportamentais como a maneira em que os membros da organização desenvolvem as atividades de rotina e os símbolos verbais como as histórias e mitos.

Fleury (34) para análise de cultura das organizações descreve o levantamento de opinião utilizando questionários e entrevistas, cuja ênfase considera mais quantitativa. Outras linhas que segundo a autora privilegiam a visão qualitativa utiliza como técnicas para coleta de dados primários, entrevistas estruturadas e não estruturadas, observação participante e não participante, e dinâmicas de grupo onde são usados jogos e simulações. Como dados secundários são usados organogramas e funcionogramas, documentos e relatórios da própria organização, e jornais e dados estatísticos sobre determinado setor de atividade.

Os antropologistas tem cada vez mais sentido a necessidade de analisar a dimensão política do processo de cultura. Consideram assim a análise das ideologias e estudo de cultura como investigações no mínimo sobreponíveis. (29)

Poderíamos dizer que a prática dos dois primeiros autores citados privilegia a visão psicológica da cultura institucional, enquanto que a preocupação das autoras seguintes é de discutir a dimensão mais sócio política da questão.

3.2 Escolha da População Alvo e Determinação da Amostra

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo está dividida em 5 Coordenações Regionais de Saúde, que por sua vez abrangem 63 Escritórios Regionais de Saúde ou SUDS Regionais (SUDS-R). A primeira delimitação do estudo foi a escolha da Coordenação Regional de Saúde 1 por questões operacionais, ou seja por ser a Coordenação mais acessível à autora em termos de distância. A CRS-1 é constituída por 15 SUDS-R, 9 dos quais constituem o município de São Paulo. Nesta Coordenação estudamos três SUDS regionais: um SUDS-R pertencente ao município de São Paulo por apresentar realidade bastante complexa e diversa dos demais municípios do Estado em termos de sistema de saúde; um SUDS-R onde o processo de municipalização estivesse totalmente ou quase totalmente implantado, e um terceiro onde o processo de municipalização não tivesse sido iniciado ou fosse incipiente. O critério de escolha de SUDS-R com diferentes graus de municipalização se deve ao entendimento de que este processo tem se mostrado como um fator importante no equacionamento dos serviços no sistema de saúde. A municipalização segundo documento oficial do Governo de Estado de São Paulo, propicia "melhor supervisão do sistema por parte das autoridades responsáveis; melhor utilização e integração dos recursos; possibilidade de a população cobrar, participar, sugerir ou aplaudir as ações de saúde do município e posteriormente julgar, através do voto, a

qualidade do serviço". (96) Assim a municipalização poderia ser um fator importante na diferenciação dos sistemas de saúde locais e influenciar na visão e experiência dos gerentes com este mesmo sistema. Para caracterizar a municipalização usamos como critério o número de municípios que assinaram o convênio de adesão ao SUDS e o tempo decorrido para a assinatura. Dentro da CRS-1 só havia um SUDS-R no qual existia município sem assinar o termo de adesão. Neste SUDS-R, de forma geral, também houve maior demora dos municípios em assinarem o termo de adesão, quando comparado a outros SUDS-R da mesma Coordenadoraia.

Como os SUDS-R restantes apresentavam situação semelhante em termos de municipalização, e como também era necessário outro critério para a escolha do SUDS-R dentro do município de São Paulo, optou-se pelos dois SUDS-R, tanto no município quanto fora, que apresentavam maior diversificação em termos de vínculo, para contemplar diferentes tipos de hospitais em termos de entidade mantenedora. Nos três SUDS-R escolhidos optou-se por realizar as entrevistas em todos os hospitais a eles pertencentes. A lista dos hospitais de cada SUDS-R foi obtida através da listagem e classificação mais atualizada disponível no Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Assim a amostra ficou constituída da seguinte forma:

SUDS-R do município de São Paulo: um hospital de administração direta da gerência estadual, dois hospitais

empresas públicas da gerência municipal , dois hospitais da administração direta da gerência federal, nove hospitais privados lucrativos, seis privados filantrópicos e dois privados do tipo fundação.

SUDS-R não totalmente municipalizado: dois hospitais empresas públicas de gerência estadual, um hospital autarquia de gerência estadual, um hospital filantrópico de gerência municipal, quatro hospitais privados lucrativos, três hospitais privados filantrópicos.

SUDS-R totalmente municipalizado: dois hospitais de gerência municipal tipo fundação, um hospital de gerência municipal empresa pública, dois hospitais privados filantrópicos, um hospital privado fundação, quatro hospitais privados não lucrativos, 23 hospitais privados lucrativos.

Propôs-se realizar o estudo através da aplicação de questionário em entrevista dirigida aos diretores administrativos, chefias médicas e de enfermagem dos hospitais. Com a escolha destes três tipos de gerentes acreditou-se estar abrangendo as principais gerências do hospital que conhecem e representam melhor a instituição dentro do sistema.

3.3 Instrumento de Coleta

Como não havia no caso dos gerentes a possibilidade de estudo de documentos ou posições oficiais que externassem as opiniões deste segmento enquanto associação ou corporação optou-se pelo método de entrevista como forma de abordagem. Para justificar este tipo de método de trabalho, é reproduzida a citação de Michel Thiollent, usada por L'Abbate(50):

"A transposição da observação em questionamento permite uma outra apresentação do caráter direto ou indireto do procedimento. Na observação direta, trata-se de um questionamento que consiste em submeter grupos de indivíduos a séries de questões para obter respostas formuladas numa situação de comunicação artificial que é criada pela presença dos investigadores. Na observação indireta, trata-se de um sistema de questionamento que visa a captar uma informação que circula nos canais dos meios de comunicação ou que é estocada em arquivos. Em ambos os casos, o questionamento intervém nas redes de comunicação, mas, no primeiro caso, a intervenção é ativa, isto é, suscita reações por parte das pessoas investigadas. No segundo caso, a intervenção é passiva na medida em que as "respostas" não são formuladas em reação a perguntas, sim são mensagens que existem independentemente do processo de investigação. As perguntas que compõem a intervenção de

questionamento, neste caso, são indicações de seleção das mensagens julgadas relevantes em função dos objetivos da pesquisa"

Além disso pode-se considerar que na interação com o pesquisador os entrevistados podem revelar os processos sociais nos quais se inserem, processos estes que incluem as formas de pensar, interpretar e atuar sobre a realidade.(50)

Embora a preocupação do estudo fosse basicamente qualitativa recorreu-se a formulário para entrevista semi-estruturada, contendo questões abertas e fechadas. Essas últimas foram estruturadas com categorias submetidas à análise após estudo semelhante realizado com a participação da autora. Foi também incluído espaço para estimular comentários dos entrevistados em praticamente todas as questões.

As questões de caracterização individual e profissional do entrevistado foram incluídas por se acreditar que este perfil influencie a interpretação do sistema de saúde. São fechadas por serem desta forma mais passíveis de quantificação e por facilitar a obtenção deste tipo de informação.

As questões abertas e os comentários que fizeram parte da entrevista tiveram como principal objetivo construir o

discurso de cada entrevistado, para se proceder à análise de conteúdo. Assim os dois tipos de dados puderam ser usados de forma complementar, no sentido de enriquecer o trabalho de análise.

Não se recorreu ao uso exclusivo de questões abertas ou até mesmo entrevista não estruturada por se acreditar que este tipo de desenho não seria o mais adequado à população para a qual se dirigia a entrevista. Por se tratar de pessoal da área médica, especificamente da área hospitalar, acreditou-se que a entrevista semi-estruturada facilitaria principalmente em termos de tempo dispendido para a realização da mesma. Acreditou-se que o tempo de entrevista seria um fator importante para que este tipo de entrevistado aceitasse participar do estudo, em função do pouco tempo de que dispõem e pelo grande número de atividades desenvolvidas dentro de suas instituições.

Para alcançar os objetivos descritos no item 2.1 questionário proposto (ANEXO I) foi dividido em quatro partes: 1) caracterização do gerente hospitalar; 2) conhecimento da visão / percepção da sua instituição, do sistema de saúde e dos elementos nele envolvidos; 3) registro do conhecimento, opinião e atitude em relação a princípios do SUS; 4) conhecimento dos fatores de interação, integração, resistência desenvolvidos em função do sistema no qual se encontra.

Foram inicialmente utilizadas algumas variáveis para a identificação do questionário. Foram registradas também a duração da aplicação do questionário, tipo de entrevista, isto é se gravada ou não , e número de tentativas necessárias até a realização da entrevista.

As questões 1 a 18 referem-se a dados de identificação do entrevistado. As questões 4 a 9 e as 15 a 17 referem-se a formação acadêmica. As questões 10a 14 e 18 referem-se à história profissional dentro da instituição em questão, e vínculos com outras instituições ou serviços. Ainda dentro das variáveis consideradas de identificação foi incluída a questão 19 que visa conhecer a imagem que o indivíduo tem de si em termos profissionais.

As questões 20 a 25 visam caracterizar a instituição com relação a determinados pontos e captar a imagem que o indivíduo tem da instituição à qual pertence. As questões 23 e 24 referem-se especificamente a programas de educação continuada. As questões 40 e 41 referem-se a alterações ocorridas na instituição a nível assistencial e financeiro, investigando-se a possível relação com a atual política de saúde. A questão 45 também marca a visão do entrevistado da sua instituição, sua condição de trabalho.

As questões 26, 28 e 29 visam captar a visão que o entrevistado tem de órgãos da Secretaria e do serviço público.

A questão 30 permite verificar a existência de algum tipo de relação com a Secretaria, via SUDS-R. As questões 37 e 38 permitem não só ver o relacionamento com ERSA, mas também com outros serviços e instituições

As questões 27, 33 e 39 visam descrever a visão do entrevistado dos diferentes componentes e serviços do sistema de saúde. A questão 46 complementa esta descrição procurando captar a visão que o entrevistado tem de saúde e de sistema. A questão 44 também foi colocada para conhecer a avaliação de um instrumento SUDS.

As questões 31 e 32 investigam principalmente se o entrevistados cita o SUDS/SUS ou princípios a ele relacionados como acontecimentos importantes na área da saúde. Estas variáveis também analisam se a política tem influenciado no serviço dos entrevistados. As questões 34 a 36 e 42, visam principalmente captar indícios de resistência ou adaptação ao sistema.

A questão 43 visa medir o conhecimento e opinião sobre um importante componente existente ou futuro do sistema, ou seja a municipalização. Esta não é só uma oportunidade para

discorrer sobre o próprio SUDS/SUS como também uma maneira de externar a visão de sistema.

A última questão, a questão 47 finaliza a entrevista, e tenta sintetizar o conceito de sistema do entrevistado. Também se torna a última oportunidade para o entrevistado mostrar seu nível de domínio dos princípios vigentes do sistema e mostrar sua avaliação da atual situação da saúde. Antes do encerramento sempre se possibilitou o registro de qualquer outro comentário com relação ao conteúdo da entrevista no sentido de acrescentar dados que a entrevista não tivesse abordado ou para enfatizar alguma posição.

Na estruturação do questionário propositalmente repetimos temas em questões diferentes. Isto foi realizado na tentativa de enriquecer os depoimentos com comentários adicionais ou captar contradições no discurso com relação a um mesmo tema.

3.4 Operacionalização da Pesquisa

No presente estudo dispensou-se a realização de um pré-teste no sentido estrito da palavra, devido ao fato do mesmo se referenciar em estudo anteriormente realizado pelo Instituto de Saúde. Neste pré-teste foram aplicados questionários, semelhantes ao utilizados no presente estudo,

aos diretores e assistentes de direção dos 63 SUDS e 572 municípios do Estado de São Paulo.(39)

O primeiro contato com os hospitais, geralmente telefônico, visava explicar o projeto e a despertar o interesse para o estudo. Nesta ocasião procurava-se falar com o diretor da instituição. Em caso de impossibilidade, a explicação inicial e o pedido para marcar as entrevistas eram feitos para a secretária ou responsável da diretoria pelos contatos com o público. Estabeleceu-se como critério de desistência a recusa taxativa ou a impossibilidade de realização da entrevista após o mínimo de seis contatos. Pedia-se na ocasião, sempre que possível que a marcação das entrevistas com os três profissionais fosse feita em um único período para facilitar o trabalho da pesquisadora. Isto entretanto não era considerado fator determinante, sendo feita a visita mesmo quando era marcada uma única entrevista. Aproveitava-se a ocasião para informar o tempo de entrevista, previsto para um período de 20-30 minutos. Procurava-se solucionar qualquer dificuldade colocada para a realização da entrevista, mostrando-se o entrevistador como uma figura a mais maleável possível em termos de possibilidade de visita para diminuir ao máximo a recusa.

Por ocasião do contato inicial ou entrevista era entregue cópia da carta de apresentação (Anexo II) e um resumo da proposta de trabalho (Anexo III), além de ser

feita a apresentação da proposta e esclarecimento de eventuais dúvidas. Era reforçada a questão de que a informação seria sigilosa, e que não seria em nenhum momento individualizada, e se informava o provável tempo de duração da entrevista. Sempre se pedia a permissão para gravar a entrevista, justificando-se a medida para diminuir a demora ocasionada pelas anotações da entrevistadora, para não distorcer e sim enriquecer o conteúdo da entrevista. A entrevista gravada também permitia maior concentração e atenção à entrevista por parte da entrevistadora. Caso não houvesse permissão a entrevista seguia, tendo a entrevistadora a incumbência de tentar ser o mais fiel possível às palavras utilizadas e de tentar perder o mínimo de informação.

Foram contratadas duas profissionais com experiência de trabalho na área da saúde para auxiliar no trabalho de campo. Estas foram treinadas e supervisionadas pela própria autora. Uma das entrevistadoras acompanhou algumas entrevistas realizadas pela autora, como forma de treinamento.

Todas as gravações foram transcritas. Após a transcrição as fitas foram ouvidas concomitantemente à leitura da transcrição para conferir maior fidedignidade ao relato.

O manual de codificação (Anexo IV) e toda codificação foi realizada pela própria autora. A análise dos dados objetivos foi feita através da utilização do programa de computação SPSS.

Os comentários e respostas às questões abertas foram ordenados para a análise de conteúdo segundo a categoria profissional e a finalidade do hospital.

A técnica classificada de forma genérica como análise de conteúdo, está ligada ao desenvolvimento, crescimento quantitativo e qualitativo de estudos empíricos empregando um instrumento inicialmente projetado para a análise no campo das comunicações.(06)

Foi basicamente nos Estados Unidos no início deste século, que se desenvolveu a prática da análise de textos, inicialmente com os estudos quantitativos de artigos de jornais. Na década de 40 ocupou lugar de destaque no desenvolvimento da análise de conteúdo o interesse pela simbologia política, através de estudos com o objetivo específico de analisar os fenômenos ligados a guerra mundial. Do ponto de vista metodológico, a época é marcada principalmente pelas regras de Berelson. A definição de análise de conteúdo do autor citada em Bardin(06) resume as preocupações epistemológicas da época:

"A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações que tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações".
(06)

Na década de 50 a técnica se expande sendo aplicada a muitas disciplinas diferentes, da sociologia e psicologia à psicanálise e linguística. Nesta época também surgem interrogações e novas respostas nesta metodologia. Foi neste último que se sucedem os maiores progressos no campo: a concepção e as condições muito normativas e limitantes de técnica foram completadas, questionadas e ampliadas por trabalhos posteriores de analistas americanos e franceses, entre outros. O debate passa a girar em torno da abordagem quantitativa, que trabalha com a frequência com que surgem certas características, versus a qualitativa onde é importante a presença ou ausência de uma ou mais características de conteúdo num determinado fragmento de mensagem.

Embora a conceituação de Berelson possa ser considerada o ponto de partida, esta definição não é considerada suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. Este conceito foi expandido por Bardin posteriormente como:

"Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". (06)

Dadas as características do trabalho nem sempre foram destacados os percentuais correspondentes às respostas das questões. Estes percentuais foram analisados para grande parte das questões fechadas (mais objetivas), como caracterização do gerente, e para algumas questões abertas. Neste último caso, os percentuais foram utilizados para ressaltar a importância ou não de determinadas respostas quando corresponderam a extremos de variação. A análise foi pautada principalmente nos comentários, motivados pelas respostas às questões fechadas, e nas respostas abertas. Foram reproduzidos principalmente os comentários que exemplificassem opiniões representativos de um determinado grupo de comentários.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características Gerais da Pesquisa

O trabalho de campo foi iniciado no dia 25 de março e encerrado no dia 20 de agosto de 1991. O período foi muito além do esperado uma vez que havia uma expectativa de que o trabalho de campo fosse realizado com auxiliares de pesquisa. Das 142 entrevistas realizadas, 17 (12,0%) foram por duas auxiliares previamente treinadas, e as 125 restantes (88,0%) pela autora.

As 142 entrevistas foram realizadas em 54 hospitais. Considerou-se como critério de inclusão do hospital no estudo, a realização de entrevista com dois dos três profissionais inicialmente propostos, e desde que um destes profissionais fosse o diretor administrativo ou equivalente.

Em relação aos tipos de vínculos dos hospitais as entrevistas ficaram distribuídas da seguinte forma:

Tabela 1-Distribuição dos Estabelecimentos participantes do Estudo
Vinculação, Tipo de Instituição e Status do Processo de
Municipalização

VÍNCULO	SUDS		SUDS DO MUNICÍPIO		SUDS NÃO TOTALMENTE MUNICIPALIZADO		SUDS TOTAL MUNICIPAL	
			E	P	E	P	E	P
Estadual Adm.								
Direta			1	1	-	-	-	-
Estadual Empr.								
Pública			-	-	2	2	-	-
Estadual								
Autarquia			-	-	1	1	-	-
Municipal Empr.								
Pública			2	2	-	-	1	1
Municipal								
Filantrópico			-	-	1	1	-	-
Municipal								
Fundação			-	-	-	-	2	2
Federal Adm.								
Direta			2	2	-	-		
Privado								
Filantrópico			4	6	2	3	1	2
Privado Não								
Lucrativo			-	-	-	-	3	4
Privado								
Lucrativo			7	9	4	4	18	23
Privado								
Fundação			2	2	-	-	1	1
TOTAL			18	22	10	11	26	33
P-Planejados								
E-Efetutados								

Assim foram cobertos 82,0% dos hospitais no SUDS do município, 91,0% dos hospitais do SUDS não totalmente municipalizado, e 79,0% do SUDS totalmente municipalizado. No total 82,0% do universo.

Para efeito de análise realizada segundo a finalidade do hospital, os serviços foram agrupados da seguinte forma:

foram agrupados como Públicos(PUB) os de gerência municipal fundação, gerência municipal empresa pública, gerência municipal administração direta, gerência estadual autarquia, gerência estadual empresa pública, gerência estadual administração direta, gerência federal administração direta perfazendo um total de 11 hospitais. Foram agrupados como Privados Não Lucrativos(NLU) o hospital de gerência municipal filantrópico(*), o privado fundação, o privado filantrópico, e o privado não lucrativo somando um total de 14 hospitais. Os Privados Lucrativos(PLU) perfizeram um total de 29 hospitais.

Em relação aos profissionais entrevistados já levados em conta os hospitais com recusas globais conforme vimos acima, observou-se a seguinte distribuição: foram realizadas entrevistas com o responsável pela administração do hospital nos 54 locais. Em 38 casos foi o Diretor Administrativo. Em 16 casos entrevistou-se o administrador, ou porque não existia o cargo de Diretor Administrativo, ou porque aquele era efetivamente o responsável pela gerência administrativa do hospital. Poderíamos dizer que somente em dois casos o administrador entrevistado não representava a figura mais importante do hospital em termos de administração. Este grupo será referido como DA.

(*) Tratava-se de uma Santa Casa de um pequeno município do interior cuja mudança administrativa datava de menos de 2 meses portanto a classificação foi baseada mais nos aspectos históricos que na situação administrativa prevista.

Realizaram-se 43 entrevistas com Diretores Clínicos. Em 3 casos o Diretor Clínico e Diretor Administrativo eram a mesma pessoa e foram consignados como DA. Em um hospital o cargo estava vago na época do trabalho de campo, e houve sete recusas(14,0%). Denominou-se este grupo de DC.

Realizaram-se 45 entrevistas com Chefes ou Diretores de Enfermagem. Em 2 casos a direção do hospital não permitiu o acesso ao profissional, em 4 casos o cargo se encontrava vago e 3 hospitais não tinham chefe de enfermagem ou enfermeiro. Este grupo será referido como CE.

Observou-se um número maior de profissionais de hospitais lucrativos por estes terem sido numericamente predominantes entre os hospitais estudados. Estes representam 56,0% dos DC, 53,5% dos DA, e 46,5% dos CE. Em número decrescente observaram-se os profissionais dos hospitais do tipo filantrópico, 35,5% dos CE, 28,0% dos DC e 29,5% dos DA. Quando computado o número de entrevistas segundo a finalidade do hospital observou-se que nos PUB foram entrevistados 11 DA(100%), 9 DC(82%) e 10 CE (100%); nos NLU 14 DA (100%), 10 DC(77,0%) e 14 CE(100%); e nos PLU 29 DA (100%),24 DC (89,0%) e 21 CE (91,5%).

Quadro 1-Distribuição das Entrevistas segundo vinculação do hospital e profissional entrevistado

Vinculação Entrevistas	PUB	NLU	PLU	TOTAL
Hospitais	11	14	29	54
Entrevistas	30	38	74	142
DA	11	14	29	54
DC	9	10	24	43
CE	10	14	21	45

Houve 77 entrevistas gravadas e 63 não gravadas. Nem todos as entrevistas não gravadas representam recusas, pois houve 4 períodos em que houve falha do equipamento não possibilitando a gravação. Em 2 casos de DC não houve entrevista. Estes profissionais só aceitaram participar do trabalho, respondendo por escrito ao questionário. Na análise por categoria não houve diferença significativa entre gravadas e não gravadas. Entre os DA, 29 gravadas e 25 não gravadas; entre os DC 23 gravadas e 18 não, e entre os CE 25 gravadas e 21 não gravadas. As falhas técnicas coincidentemente distribuíram-se de forma aparentemente equitativa entre os diferentes profissionais e diferentes hospitais. Quando comparadas as entrevistas gravadas e não gravadas por finalidade do hospital observaram-se 11 (36,5%)

não gravadas nos PUB, 32 (43,5%) nos PLU, e 22 (58,0%) nos NLU.

Para conseguir 40 das entrevistas, foi necessário um telefonema, em 25 casos 2 telefonemas, em 20, 3 telefonemas, e em 23, 4 ou mais telefonemas. Foram necessários menos telefonemas para se conseguir marcar a entrevista com as CE. Houve 28 entrevistas feitas sem marcar, a grande maioria destas ocorreram com os CE. Em seis casos esta informação não foi registrada. A maior parte das entrevistas, 111 (78,0%) foram realizadas na primeira tentativa, 20 (14,0%) na segunda tentativa e 5(3,5%) na terceira. Foi mais frequente entre os chefes de enfermagem ocorrer entrevista no primeiro contato sem que o mesmo tivesse sido avisada com antecedência como foi dito acima. As tentativas frustradas ocorreram principalmente com os DC e DA. A informação não foi registrada para 6 entrevistas. Na maior parte das entrevistas não houve praticamente espera em relação ao horário marcado para sua realização. Houve espera maior do que 45 minutos em oito casos, e estas ocorreram principalmente nas entrevistas com DA. Não houve diferença importante na análise por vínculo. A duração mediana das entrevistas foi 35 minutos.

4.2 Caracterização dos Gerentes

Do total de entrevistados 83 (58,5%) eram do sexo masculino e 59 (41,5%) do sexo feminino. Quarenta (74,0%) DA eram do sexo masculino assim como 40 (95,0%) DC. A grande maioria, 43 (95,0%) CE entrevistados, era do sexo feminino.

A divisão por faixa etária dos 142 entrevistados demonstra 23 (16,0%) indivíduos na faixa de 21 a 30 anos e 13 (9,0%) acima de 60 anos de idade. Ainda em termos de faixa etária, 20 dos 54 DA, (37,0%) encontram-se na faixa entre 31 e 40 anos. Foram observados 8 (14,5%) com mais de 60 anos de idade. Com relação aos DC 15 (34,5%) estão na faixa entre 41 e 50 anos e 13 (30,0%) entre 31 e 40 anos. Observou-se 4 (9,5%) DC acima dos 60 anos. Dezoito (40,0%) CE encontram-se na faixa etária entre 21 e 30 anos e 9 (20,0%) em cada uma das faixas etárias seguintes. Os 9 restantes se encontram acima de 51 anos embora somente 1 (2,0%) acima do 60 anos. (Tabela 2)

Quando se analisa a idade em relação aos vínculos (Tabela 3) observou-se uma tendência a gerentes mais idosos nos NLU, 14 dos 38 (37,0%) com 51 anos e mais, e a seguir nos PLU com 23 dos 74 (31,0%) nesta condição. Nos públicos 6 (20,0%) dos 30 gerentes tinham mais de 50 anos de idade. Analisados os gerentes acima de 60 anos a tendência se

altera um pouco com 5 (13,0%) nos NLU, 3 (10,0%) nos PUB e 5 (6,5%) nos PLU.

Tabela 2- Gerentes Entrevistados por faixa etária e segundo cargo

Cargo F. Etárea	DA	%	DC	%	CE	%	Total
21-30	4	7,5	1	2,5	18	40,0	23
31-40	20	37,0	13	30,0	9	20,0	42
41-50	10	18,5	15	34,5	9	20,0	34
51-60	12	22,5	10	23,5	8	18,0	30
61 +	8	14,5	4	9,5	1	2,0	13
Total	54		43		45		142

Tabela 3- Gerentes Entrevistados por faixa etária e segundo vinculação do hospital

Vinculação F.Etárea	PU	%	NLU	%	PLU	%	Total
21-30	2	6,5	7	18,5	14	19,0	23
31-40	16	53,5	11	29,0	15	20,5	42
41-50	6	20,0	6	15,5	22	29,5	34
51-60	3	10,0	9	24,0	18	24,5	30
61 +	3	10,0	5	13,0	5	6,5	13
Total	30		38		74		142

Com relação à área de graduação, 20 (37,0%) dos DA eram graduados em administração, e 16 (29,5%) em medicina. Dois

(3,5%) DA eram enfermeiros. Os 12 (22,0%) restantes tinham outras formações universitárias. Foi o único grupo no qual se observou profissionais não universitários, 3 (5,5%) com no mínimo até o segundo grau.

Trinta e um (57,5%) dos 54 DA possuíam título pós universitário, sendo que a maior parte, 41,0% especialização em administração hospitalar. Onze por cento apresentavam título acadêmico, principalmente mestrado, 7.5%. Vinte e sete (63,0%) DC possuíam título pós graduado, principalmente em administração hospitalar (32,5%). Sete, (16,5%) apresentavam título acadêmico, principalmente mestrado. Um pouco mais de metade dos CE, 27 (60,0%) possuía título pós universitária sendo que a maior parte, 49,0% representava especialização em administração hospitalar. Três CE, (6,5%), possuíam título de mestrado, dois dos quais em administração hospitalar. A instituição onde mais frequentemente foi obtido o título referente a Administração Hospitalar foi a Faculdade São Camilo que formou 13 (29,0%) dos CE, 12 (22.0%) DA, e 10 (23.0%) dos DC. Depois da São Camilo a única instituição que aparece com algum destaque é a Thomas Father do Brasil que formou três (6.5%) CE, três DA (5.5%) e dois DC (4,5%). O segundo órgão formador mais frequente para os DA é o PROHASA, 6 (11,0%) dos profissionais. Cinco DA, dois DC e seis CE possuíam especialização em Saúde Pública. (Tabela 4)

Os títulos em Saúde Pública (especialização) pouco frequentes, ocorreram principalmente entre gerentes dos PUB 9 dos 30 (30,0%), em relação aos dos NLU, 5 dos 38 (13,0%) e PLU, 5 dos 74 (7,0%). Também os títulos em Administração Hospitalar foram mais comuns nos PUB, 22 (73,5%), depois nos PLU, 39 (53,0%), e por fim nos NLU, 17 (45,0%).

Os títulos de pós-graduação "sensu strictu" eram mais frequentes entre os profissionais dos NLU, 7(18,5%) gerentes, enquanto que estes aparecem em 3 (10,0%) profissionais dos PUB e 6 (8,0%) profissionais dos PLU. O maior número de pessoas tituladas nos NLU provavelmente se deva ao fato das Universidades se utilizarem mais frequentemente deste tipo de hospital para campo de estágio.

Tabela 4- Gerentes Entrevistados segundo formação e cargo

Cargo	DA	%	DC	%	CE	%
Formação						
Universitário	13	24,0	4	9,5	14	31,0
Residência	2	3,5	6	13,5	1	2,0
Adm. Hospitalar	22	41,0	14	32,5	22	49,0
Sde. Pública	1	2,0	-		1	2,0
Mestrado	4	7,5	4	9,5	3	7,0
Doutorado +	2	3,5	3	7,0	-	
Não Universitário	3	5,5	-		-	
Outro	7	13,0	12	28,0	4	9,0
Total	54		43		45	

Ac se analisar cada grupo verificou-se que poucos profissionais participaram de pesquisas, ministraram cursos ou realizaram alguma publicação. A maior participação foi na ministração de cursos. Os DC são os que mais tiveram oportunidade de desenvolver algum destes três tipos de atividade dentro de sua categoria. Dos DA e DC que não participavam de algum tipo de atividade acadêmica a maior parte alegou falta de tempo pelos outros afazeres.

"....Chega o que eu já faço..." DAPUB

"...tá todo mundo preocupado com a sobrevivência..."DCPLU

Entre os que não desenvolveram este tipo de atividade, os CE foram os profissionais que mais frequentemente manifestaram vontade de participar de atividades ditas acadêmicas. Os motivos citados foram basicamente atualização e enriquecimento da experiência profissional. Ao mesmo tempo grande parte alegou impossibilidade de desenvolver este lado por falta de opção no caso das cidades menores, e principalmente falta de disponibilidade de horário pela carga horária de trabalho e muitas vezes pelos afazeres familiares. Vale salientar o empenho pessoal da maioria em desenvolver alguma atividade de ensino/reciclagem com funcionários, embora nem sempre caracterizada como educação continuada.

"...a enfermeira é educadora por excelência..."CENLU

"..sinto falta de ter parado este lado profissional..." CEPUB

"...é muito trabalho, não dá pra eu me dedicar a outras coisas..." CENLU

Na comparação por vínculo do hospital pareceu haver uma pequena diferença somente entre aqueles que publicaram: 6 (16,0%) dos 38 profissionais dos NLU, 3 (10,0%) dos 30 dos PUB, e 4 (5,5%) dos 74 dos PLU. Quanto ao desejo em participar destas atividades o maior desinteresse está entre os profissionais dos PLU, 34 (46,5%) em comparação com 9 (23,5%) nos NLU e 7 (23,5%) nos PUB. Novamente este desinteresse é atribuído à falta de tempo.

Quatorze dos 54 DA (26,0%) fizeram curso no último ano, cinco dos 43 DC (11,5%) e 13 dos 45 (29,0%) chefes de enfermagem, destes a maior parte, em administração hospitalar, e em instituições diferentes. Na análise por finalidade há um maior número de profissionais que frequentaram cursos nos PUB, 10 (33,5%) depois nos NLU, 8 (21,0%) e por fim 14 (19,0%) nos PLU.

Uma parte importante, 60 dos 142 entrevistados (42,5%) não se disseram vinculados a qualquer outra organização. Os DC constituíram o grupo, que mais frequentemente afirmaram ter ligação com outra instituição, 81,5%, a maior parte instituições de saúde. Os DA foram o grupo que mais frequentemente citou vínculo a outros órgãos que não de saúde. Além dos órgãos de classe foram citados os órgãos

representativos das Instituições Hospitalares, como Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo e Sindicato dos Hospitais. Também a participação em organizações comunitárias foi mais frequente neste grupo. Dos CE com outro vínculo a situação mais comum era vinculação a outra instituição de saúde, 20,0%. Catorze profissionais citaram vinculação a partido político, 8 DA, 5 DC e 1 CE. Somente 11 DA, 4 DC e 5 CE declararam filiação a órgãos de classe. Para os profissionais dos três tipos de instituição o vínculo mais citado foi com outra instituição de saúde. Treze profissionais dos PLU declararam filiação a órgãos de classe, geralmente órgãos representantes de hospitais. Esta filiação foi citada por 4 profissionais de NLU, e 3 de PUB. Por outro lado a filiação política partidária foi lembrada por 8 gerentes de PUB, por 4 de NLU, e 2 de PLU. Os vínculos com organizações comunitárias a maior parte religiosas, foram mais frequentes entre os profissionais dos NLU. Dois gerentes de PLU e nenhum de PUB declaram este tipo de vínculo.

Com relação ao tempo no cargo (Tabelas 5 e 6), 16 (29,5%) dos DA estavam no cargo entre 1 e 2 anos, 13 (24,0%) mais de 11 anos e 13 (24,0%) entre 5 e 10 anos. Três (5,5%) estavam há menos de um ano. No caso dos DC 10 (23,5%) estavam entre 1 e 2 anos e 11 (25,5%) entre 5 e 10 anos. Observaram-se 6 (14,0%) com 11 anos e mais no cargo, e 8 (18,5%) há menos de um ano. Quinze CE (33,0%) ocupavam os

cargos entre um e dois anos. Onze (24,5%) encontravam-se há menos de um ano no cargo. Nestes casos foi comum encontrar profissionais há menos de um mês no cargo. Observaram-se 8 profissionais (18,0%) na instituição entre cinco a dez anos e 4 (9,0%) que se encontravam há 11 e mais anos no hospital. Os profissionais com menos tempo de casa foram observados nos NLU se analisado o grupo com menos de um ano na instituição: 9 (23,5%) comparados aos 4 (13,5%) nos PUB, e 9 (12,0%) nos PLU. Se observado o período até 2 anos na instituição há uma maior concentração nos PUB, 17 (56,5%), depois nos NLU, 18 (47,0%), e por fim no PLU 28 (37,5%). Se considerado o outro extremo, 11 anos e mais na instituição são 15 (20,5%) nos PLU, 6 (16,0) nos NLU e 2 (6,5%) nos PUB.

Tabela 5 - Gerentes Entrevistados segundo cargo e tempo no cargo

Tempo		DA		DC		CE	
Cargo		%		%		%	
< 1	ano	3	5,5	8	18,5	11	24,5
1-2	anos	16	29,5	10	23,5	15	33,0
3-4	anos	9	17,0	8	18,5	7	15,5
5-10	anos	13	24,0	11	25,5	8	18,0
11 e +		13	24,0	6	14,0	4	9,0
Total		54		43		45	

Tabela 6 - Gerentes Entrevistados segundo vinculação do hospital e tempo no cargo

Vinculação		PUB		NLU		PLU	
Tempo			%		%		%
< 1	ano	4	13,5	9	23,5	9	12,0
1-2	anos	13	43,0	9	23,5	19	25,5
3-4	anos	6	20,5	3	8,0	15	20,5
5-10	anos	5	16,5	11	29,0	16	21,5
11 e +		2	6,5	6	16,0	15	20,5
Total		30		38		74	

Cerca de metade dos DA, 29 (54,0%) exerceu outro cargo na instituição antes do atual, assim como a maior parte dos DC, 30 (72,0%). Grande parte dos CE, 27 (60,0%), não exerceu outro cargo na instituição antes da chefia. Isto ocorreu mais comumente entre aqueles profissionais com maior tempo de casa, cinco e mais anos. Dos chefes de enfermagem que exerceram outra função na instituição a maior parte foi como enfermeiro ou em algum outro cargo administrativo como encarregado de setor. No caso dos DA grande parte já tinha cargo de direção antes do atual, e principalmente no caso dos administradores estes já haviam ocupado algum cargo administrativo antes de assumir a posição atual. No caso dos Diretores Clínicos grande parte havia sido médico do corpo clínico antes do cargo diretivo. O percentual de profissionais que exerceram outro cargo na instituição era maior nos PUB, 21 (70,0%), em relação aos NLU, 21 (55,5%), e

PLU, 37 (50,0%). Para os três tipos de instituição houve uma maior concentração em cargos com duração menor de um ano ou em 11 anos e mais.

Grande parte dos profissionais trabalhou ou trabalhava no momento da entrevista em outra instituição, principalmente no caso dos DC, onde a proporção chegou a 97,5% destes profissionais. Observou-se 61,0% dos DA e 75,5% dos CE nesta condição. Para os DC os vínculos mais comuns eram instituição privada lucrativa e órgão estadual, embora não houvesse uma predominância clara de um tipo de instituição e fosse mais comum um número maior de vínculos, como três ou mais. Normalmente eram membros do corpo clínico. Para os DA havia mais comumente a ligação com entidade privada lucrativa. Embora não fosse infrequente cargo administrativo era variável a função exercida na outra instituição. Ainda que não houvesse uma tendência claramente predominante entre os CE, o outro vínculo era frequentemente com instituição privada lucrativa, e mais comumente como enfermeiro não vinculado a cargo diretivo. Houve bastante variação com relação ao tempo de vínculo com outra instituição. Com vínculo atual com outra instituição achavam-se cerca de 44 indivíduos, 31,0%, principalmente entre os DC. Daqueles com outro vínculo, 21 (70,0%) nos PUB, 50 (67,5%), ou nos PLU, 21 (55,5%) nos NLU os tinha por menos de um ano; ou por 11 anos e mais, 14 (19,0%) nos PLU, 7 (18,5%) nos NLU, e 5 (16,5%) nos PUB. Na comparação por

vínculos com outras instituições alguns pontos merecem destaque: os com menos vínculos foram os profissionais dos PLU, 37 (51,0%), seguidos dos NLU, 15 (39,5%), e PUB 9 (30,0%). Nos três casos o outro vínculo mais frequente foi o com uma instituição privada lucrativa.

Quase todos os entrevistados se encaixaram profissionalmente dentro das opções oferecidas (Tabelas 7 e 8). Os DA foram os que menos se adaptaram exatamente às alternativas oferecidas. Mesmo assim, 22,0% se considerava como profissional de saúde e 29,5% como administrador de serviços. Entre as outras opções escolhidas observou-se principalmente a classificação como administrador da saúde e administrador hospitalar. Dois DA ligados a instituição de ensino consideraram este cargo transitório. Vinte e cinco (58,0%) dos DC se consideraram profissionais da saúde, ou mais especificamente médicos, e 8 (18,5%) (4 como administradores de serviços e 4 como administradores) se consideraram administradores e não como estando em uma situação contingencial.

"...estou administrador..." DCNLU

"..administrador sem adjetivos que alteram o verdadeiro sentido.." DAPLU

"..docente de escola que no momento dirige o hospital..."

DANLU

O restante dos DC se dividiram pelas outras alternativas sem uma predominância clara. Vinte e nove, 64,5% dos chefes de enfermagem se consideraram profissionais da saúde, sendo poucos, 5(11,0%) os que se consideraram administradores da saúde. No caso dos CE quem não se encaixava nas opções oferecidas, colocaram-se basicamente do ponto de vista profissional como uma combinação de todos os itens.

" ...um pouco de cada coisa, tem que saber ter jogo de cintura para sobreviver profissionalmente..." CEPLU

Para todos os profissionais, independentemente da finalidade do hospital a auto-classificação mais frequente foi como profissional de saúde ou como administrador de serviços. Computadas as opções incluídas no item outro, os profissionais consideraram-se principalmente administradores de serviços, ou escolheram alguma outra qualificação para a palavra administrador. Neste último caso mais comumente foi criada a opção administrador da saúde. A opção agente de mudanças na saúde apareceu como opção para 16,5% dos gerentes de PUB.

Tabela 7 - Auto-classificação profissional segundo cargo

Cargo Classificação	DA	%	DC	%	CE	%
Profissional de Saúde	12	22,0	25	58,0	29	64,5
Profissional S. Pública	1	2,0	-		-	
Administrador Serviços	16	29,5	4	9,5	5	11,0
Agente de Mudanças	5	9,5	-		3	6,5
Outro	17	31,5	9	21,0	2	4,5
Mais de uma opção	3	5,5	4	9,0	6	13,5
NR	-		1	2,5	-	
Total	54		43		45	

Tabela 8 - Auto-classificação profissional segundo vinculação do hospital

Vinculação Classificação	PUB	%	NLU	%	PLU	%
Profissional de Saúde	12	40,0	16	42,0	38	51,5
Profissional S. Pública	1	3,5	-		-	
Administrador Serviços	7	23,5	7	18,5	11	15,0
Agente de Mudanças	5	16,5	2	5,5	1	1,0
Outro	3	10,0	8	21,0	17	23,0
Mais de uma opção	2	6,5	4	10,5	7	9,5
NR	-		1	2,5	-	
Total	30		38		74	

Acredita-se que as características do gerente sejam bastante importantes para a organização e eficiência do hospital.(40) O estilo de gerência pode determinar o perfil ou sucesso do hospital(42,90) e as características da liderança podem influenciar o comportamento da organização e de seus membros.(52,69,92) Estas características podem ter um papel importante nas situações de mudança(30). Questões como satisfação profissional, e afinidade dos profissionais com a organização e profissão também podem ser considerados pontos que influenciam o desempenho destes profissionais dentro da organização.(74,78,95) Os gerentes deste estudo encontravam-se principalmente entre 31 e 60 anos de idade, que pode ser considerada bastante produtiva e em que a experiência também se torna um elemento importante. O grupo mais jovem é dos CE onde temos uma parte significativa entre 21 e 30 anos. Há uma tendência dos gerentes com mais idade se concentrarem nos NLU e PLU. Isto talvez se deva ao fato dos mais jovens começarem pelo serviço público para adquirir experiência ou abandonarem mais cedo o serviço público talvez em busca de melhores condições nos outros tipos de serviços. Vecina Neto(103) numa análise da formação do administrador para o setor saúde, afirma que no Brasil os profissionais do setor "se transvestem em administradores a partir de cursos de especialização" e coloca algumas restrições com relação ao que os currículos oferecem para a formação destes profissionais. De fato a maior parte dos gerentes teve sua formação em cursos de especialização em

administração hospitalar, um número não tão pequeno de gerentes com cursos com título acadêmico de mestrado e doutorado. Como grande parte destes cursos foi realizada no último ano, foi durante uma fase que a discussão do SUDS e atual política de saúde provavelmente fez parte da programação. Salientamos entretanto que grande parte dos profissionais não teve chance de participar em atividades acadêmicas que poderiam influenciar positivamente em sua formação teórica. Embora nem sempre haja interesse, o que parece ocorrer mais frequentemente entre os profissionais dos PLU, existem por exemplo os CE que demonstram grande avidez por este tipo de atividade. Vale salientar que nos três SUDS-R havia Universidade com Faculdade de Medicina. A maior parte dos que possuíam outros vínculos institucionais se refere aos DC, em serviços de saúde, prática comum entre médicos. Grande parte dos que possuíam outro vínculo tinham-no com instituição privada lucrativa. Isto significa uma provável influência da cultura deste tipo de instituição nos profissionais que atuam nela. Vale ressaltar que poucos declararam vinculação partidária e que nos PLU e entre os DA houve maior citação de filiação a órgãos de classe, o que indica uma certa consciência coletiva com relação a questões que podem ser comuns às organizações às quais pertencem. Os gerentes com mais tempo de instituição encontravam-se nos PLU, e os CE foi o grupo com menor tempo de instituição e que com menor frequência exerceu outro cargo dentro da organização. Isto parece se dar de forma diferente nos PUB,

onde parte importante exerceu outro cargo antes do atual. Outro dado que chama atenção é que nem sempre foi observada uma identificação clara destes profissionais com o cargo de gerência.

4.3 Caracterização dos Hospitais Segundo os Gerentes

Com relação ao critério de escolha de gerentes na própria instituição (Tabelas 9 e 10), grande parte relatou acreditar que a indicação das pessoas que ocupam cargos de gerência seja influenciada por capacidade técnica, realizações profissionais, ou estas qualidades aliadas quando escolhiam mais de uma opção. (Isto ocorreu principalmente entre os CE e nos PLU). Para os CE outro item que apareceu com frequência foram os interesses pessoais da direção normalmente associados a outro item. Os interesses pessoais da direção e relações pessoais apareceram mais nos NLU e PUB do que nos PLU, quando analisadas também as respostas em que foram escolhidas mais de uma opção. Interesse político foi citado 4 vezes, uma vez nos NLU e 3 vezes nos PUB.

Tabela 9- Critérios de Escolha dos Gerentes na própria
Instituição segundo cargo do entrevistado

Cargo Critério	DA	%	DC	%	CE	%
Capacidade Técnica	24	44,5	15	35,0	12	26,5
Realizações Profissionais	1	2,0	2	4,5	6	13,5
Interesses da Direção	1	2,0	2	4,5	1	2,0
Relações Dentro Instituição	1	2,0	2	4,5	1	2,0
Outras Qualidades	11	20,5	9	21,0	1	2,0
Mais de uma opção	14	25,5	11	26,0	22	49,0
NS/NR	2	3,5	2	4,5	2	4,5
Total	54		43		45	

Tabela 10 - Critérios de Escolha dos Gerentes na própria
Instituição segundo a vinculação da Instituição
do entrevistado

Vinculação Critério	PUB	%	NLU	%	PLU	%
Capacidade Técnica	11	36,5	9	23,5	31	42,0
Realizações Profissionais	2	6,5	2	5,5	5	7,0
Interesses da Direção	1	3,5	2	5,5	1	1,5
Relações Dentro Instituição	-		2	5,5	2	2,5
Outras Qualidades	4	13,5	5	13,0	10	13,5
Mais de uma opção	12	40,0	16	37,0	21	28,5
NS/NR	-		2	5,0	4	5,0
Total	30		38		74	

Critérios para implantação de serviços ou projetos (Tabelas 11 e 12). Como houve bastante outros e mais de uma opção, além dos dados das tabelas consideramos a discriminação destes itens para a análise. Para os DA os recursos financeiros como determinantes aparecem isoladamente ou associados a outros itens para 29 entrevistados (54,0%). Aumento de receita também apareceu bastante como fator único ou associado em 14 (26,0%) respostas. Quatro DA (7,5%) citaram como determinante para implantação de novos serviços e projetos as necessidades de saúde da população. Um fator citado com alguma frequência foi a necessidade de expandir, melhorar física e tecnicamente o hospital. Para os DC foram fatores considerados como importantes recursos financeiros, 16 (37,0%), e aumento de receita, 9 (21,0%) e pessoal, 8 (18,5%). Dois (4,5%) citaram as necessidades da população. Para os CE os recursos financeiros foram citados por 16 (35,5%), aumento de receita por 13 (29,0%), e disponibilidade de pessoal por 11 (24,5%) como principais critérios para implantação de serviços. Na alternativa mais de uma opção apareceram as três respostas acima associadas. Para os CE a necessidade da população como incentivo para instituição foi citada duas vezes (4,5%). A política da Secretaria de Saúde foi pouco citada, apenas cinco profissionais, dois DA e três CE.

Nos NLU os principais critérios para implantação de serviços foram mencionados em ordem decrescente de prioridade: disponibilidade de recursos financeiros, necessidade de aumentar a receita, e outros fatores, principalmente alteração na estrutura física, e necessidade de incorporar equipamentos tecnologicamente mais avançados. Nos PUB foi observada a disponibilidade de recursos financeiros, depois a disponibilidade de pessoal, e por último outras características, sendo mais frequentemente citadas as limitações institucionais e a política da instituição. Nos PLU também estão a disponibilidade de recursos financeiros em primeiro lugar, seguidos da necessidade de aumentar a receita. A seguir vem a disponibilidade de pessoal e a necessidade de investir no sentido de aprimorar física e tecnicamente o hospital. Atender a necessidade da população apareceu 8 vezes, 4 vezes nos NLU e 4 vezes nos PUB.

Tabela 11 - Critérios de Implantação de Serviços e Projetos
na Instituição do entrevistado segundo cargo

Cargo Critério	DA	%	DC	%	CE	%
Recursos Financeiros	10	18,5	6	14,0	7	15,5
Disponibilidade Pessoal	2	3,5	1	2,5	2	4,5
Aumento da Receita	9	17,0	6	14,0	6	13,5
Política da SES	2	3,5	-		3	6,5
Outro	10	18,5	13	30,0	8	17,5
Mais de uma opção	21	39,0	15	35,0	13	29,0
NS/NR	-		2	4,5	6	13,5
Total	54		43		45	

Tabela 12 - Critérios de Implantação de Serviços e Projetos
na Instituição do entrevistado segundo
vinculação do Hospital

Vinculação Critério	PUB	%	NLU	%	PLU	%
Recursos Financeiros	4	13,0	8	21,0	11	15,0
Disponibilidade Pessoal	1	3,5	1	2,5	3	4,0
Aumento da Receita	-		6	15,8	15	20,0
Política da SES	2	6,0	-		3	4,0
Outro	8	26,5	11	29,0	12	16,0
Mais de uma opção	15	50,0	9	23,5	25	34,0
NS/NR	-		3	8,0	5	7,0
Total	30		38		74	

Para as questões 23 a 25, e a questão 40 que tratavam da educação continuada e algumas características administrativas dos hospitais a análise foi mais descritiva. As respostas a estas questões não formaram uma contraposição entre categorias ou tipos de hospitais mas constituíram uma composição retratando os hospitais com respeito a estes itens.

Com relação aos programas na linha de educação continuada estes foram considerados como existentes para 70,0% dos PUB, 66,0% dos gerentes dos NLU, e 50,0% dos PLU. Observou-se bastante variação em termos do que é considerado educação continuada, até porque a pergunta deu este tipo de abertura. Foram citados desde cursos de atendente de enfermagem oferecidos a munícipes como meio de conseguir elementos para trabalhar no hospital até programas de residência médica. O grau de organização destes cursos também foi bastante variável, desde programas de educação em serviço para funcionários, organizados e sob a responsabilidade da única enfermeira do hospital até programas desenvolvidos por Departamento de Recursos Humanos ou outro específico da área, dependendo da complexidade dos hospitais pesquisados. Também foram citados programas desenvolvidos juntamente com a participação ativa de membros de universidades. Os programas, em sua grande maioria, dirigiam-se a funcionários da instituição. Foi incomum a participação de funcionários/profissionais de outras

instituições nos programas a não ser no caso de convênios com instituições de ensino para campo de estágio de auxiliares, técnicos, enfermeiros ou internato e residência médica. Houve citação de programas integrados com outros serviços de saúde em 5 instituições três PUB e duas NLU. Em duas havia vínculo com o SUDS-R. Embora tenham sido mais comuns programas para profissionais da área de enfermagem ou médica, foram mencionados programas para outros profissionais como fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas. Os três tipos de hospitais possuíam programas vinculados a faculdades e universidades numa proporção semelhante. Pode-se dizer entretanto que os programas dos NLU e PUB, principalmente dos primeiros fossem programas mais abrangentes, envolvendo uma maior diversificação de profissionais.

Quanto ao processo de seleção de profissionais dentro do hospital podemos situar os hospitais da seguinte forma: Os hospitais maiores ou vinculados a organizações nas quais o hospital é apenas uma das unidades. Estes normalmente possuíam uma estrutura mais complexa como um Departamento de Recursos Humanos com profissionais especializados no recrutamento e seleção de profissionais. Nesta situação se encontravam a maior parte dos NLU e PUB. Neste último caso uma das etapas da seleção é o concurso. Não era incomum a participação da chefia específica em algum momento da seleção. Na outra situação, mais frequente nos hospitais

menores e nos PLU estudados, é o envolvimento quase sempre de um membro da diretoria na seleção, ainda que habitualmente haja a participação da chefia específica da área para a qual esteja ocorrendo a contratação.

A nível do que foi denominado de demandas legais quase que a totalidade citou comissão de ética médica e comissão de controle de infecção hospitalar habitualmente com a participação de um ou mais membros do corpo clínico e de um enfermeiro. Bastante frequente foi a citação de Assessoria Jurídica principalmente para as questões trabalhistas, esta estruturada como departamento interno ou na forma de assessoria contratada externamente.

A avaliação da implantação de novos serviços, dos serviços existentes e o planejamento em geral foi mencionada como fundamentalmente uma atividade da Diretoria, em que as chefias estavam envolvidas em maior ou menor grau. Não foi possível detectar os fatores determinantes desta última situação. Houve poucos relatos de outras formas de avaliação. Com alguma frequência, em 8 dos 54 (15,0%) hospitais, foi mencionada reunião de todos os membros do hospital, mas não foram obtidos detalhes de como o processo se dava. Um respondente citou relatório mensal das áreas como forma de avaliação, outro, reuniões clínicas. Houve ainda um caso de reunião de diretoria com representante de funcionários e um hospital que apresentava como instrumento

de avaliação um questionário respondido pelos pacientes, e um que citou conselho gestor.

As decisões sobre os convênios também eram eminentemente uma atividade da direção. Não foi infreqüentemente mencionada a existência de um departamento específico ou um contrato padrão, sem entretanto deixar de mencionar, na grande maioria dos casos, a decisão final da diretoria.

Com relação à variação da prática do hospital foi observado que o padrão referido para a produção é seguido por outras variáveis também relacionadas à produção. De um modo geral 70 a 75% dos profissionais dos PUB e NLU referiram aumento de produção, enquanto profissionais dos PLU encontravam-se divididos com relação a essa questão: 46,0% consideraram que houve aumento, e 48,5% não acusaram variação na produção. O aumento declarado relacionava-se ao aumento de demanda dos PUB, NLU e PLU conveniados, normalmente atribuído ao pequeno número de hospitais que atendem pacientes SUDS principalmente pelo descredenciamento de grande número de estabelecimentos. Os que não declararam aumento geralmente atribuíram o fenômeno ao fato de não atenderem pacientes SUDS. Destes últimos alguns acreditavam estar vivendo um período de transição em que ainda não existia um número suficiente de pacientes de convênio que influenciasse na produção. Vale salientar que pelo tipo de

convênio, com os hospitais psiquiátricos não se observou alteração neste número, em função das mudanças do sistema. Com relação ao pessoal, consideraram aumento 55,5% dos gerentes dos NLU, 53,5% dos gerentes de PUB, e 32,5% dos PLU. Com relação aos encaminhamentos a maior parte disse não conhecer ou não ter analisado esta situação. Com relação à cobertura esta está relacionada também à produção pois os que declaravam entender ter havido aumento de produção, também o fizeram em relação ao aumento na cobertura, principalmente de não previdenciários. Os que não atendiam pacientes SUDS declaravam entender ter havido aumento de não previdenciários. Para estes entrevistados eram entendidos como não previdenciários os pacientes de convênio e que não recorriam à condição de pacientes SUDS para serem atendidos. Houve também algumas declarações no sentido de que a universalização na prática já existia antes da implantação do novo sistema. O envolvimento dos funcionários nas decisões não foi apontado praticamente por nenhum dos respondentes.

Situação dos Recursos Financeiros no Hospital (Tabelas 13 e 14). Podemos dizer, que, com relação a esta questão, os DA achavam-se divididos entre os que não observaram um aumento de recursos e aqueles que acreditavam ter havido uma aumento ainda que parcial. Este aumento quase sempre foi citado como um fenômeno recente. Também foi apontado na maioria dos casos, como sendo devido ao predomínio ou

mudança integral para o sistema de convênios. Foram raríssimos os depoimentos mencionados de aumento de recursos quando a origem era essencialmente governamental, caso em que mais frequentemente foi associado à diminuição ou estagnação dos mesmos. Parecem ser exceção com relação a esta última situação os hospitais psiquiátricos que dependem do recurso previdenciário e alegaram uma certa reposição nos valores recebidos. Os que não observaram um aumento de recursos atribuíram a situação à dependência do recurso previdenciário e/ou ao crescimento maior das despesas com relação à receita. Os DC também atribuíram um aumento de receita basicamente ao desligamento do SUDS, quando tal fenômeno se deu, e crescimento no número de convênios como fonte de renda. Uma parte grande dos CE(38,0%) afirmaram não conhecer a situação financeira do hospital. A tendência dos CE era acreditar que estaria havendo melhora financeira recente, com base na observação do aumento da disponibilidade de materiais e equipamentos. Quando percebido o aumento, este foi atribuído ao maior movimento. Quando analisamos esta questão por finalidade do hospital não existe predominância clara em nenhuma direção. Houve uma maior tendência dos gerentes dos PUB a declararem um aumento de recursos, 43,5%. Houve um percentual importante de relutância em responder esta questão nos PLU, 16,5% das respostas e NLU, 21,0% das respostas.

Tabela 13 - Situação dos Recursos Financeiros da Instituição segundo cargo do entrevistado

Cargo Recursos	DA	%	DC	%	CE	%
Aumento	12	22,0	10	23,0	13	29,0
Aumento Parcial	13	24,0	9	21,0	3	6,5
Sem Aumento	24	44,5	16	37,0	9	20,0
Outra Resposta	4	7,5	4	9,5	3	6,5
NS/NR	1	2,0	4	9,5	17	38,0
Total	54		43		45	

Tabela 14 - Situação dos Recursos Financeiros da Instituição segundo a vinculação do hospital do entrevistado

Vinculação Recursos	PUB	NLU	PLU
Aumento	13 44,0	11 29,0	11 15,0
Aumento Parcial	5 16,5	2 5,5	18 24,0
Sem Aumento	8 26,5	14 36,5	27 36,5
Outra Resposta	2 6,5	3 8,0	6 8,0
NS/NR	2 6,5	8 21,0	12 16,5
Total	30	38	74

Estrutura Disponível no Hospital. Foram poucos os DA que se disseram insatisfeitos com os recursos que possuíam a nível de sua unidade. Mesmo almejando algumas alterações somente 7 DA (13,0%) disseram não ter o mínimo. Dos que se disseram satisfeitos, vários consideraram ter bem mais do que o mínimo, e basearam-se no fato de ter estrutura física

adequada e material humano qualificado. Daqueles que gostariam de alterações, estas relacionavam-se principalmente à melhora ou expansão de estrutura física, melhora no quadro de pessoal por meio de contratação, treinamento e melhoria salarial, aumento ou investimento em equipamentos, e finalmente, aumento de receita que permitisse maiores investimentos. Para os DA dos PUB, além da questão de pessoal aparecer mais acentuadamente foi levantada a necessidade de uma maior autonomia e descentralização, principalmente a nível de compras. Também foi ressaltada a importância de uma estrutura administrativa adequada para gerenciar. Praticamente 50,0% dos DC não se encontravam satisfeitos ou gostariam de ter mais recursos. Esta insatisfação estava basicamente ligada a um desejo de expansão física e a nível de equipamentos, principalmente de recursos diagnósticos mais sofisticados. Alguns citaram a necessidade de melhora em termos de quadro de pessoal. Os que se manifestaram satisfeitos foi no sentido de terem estrutura principalmente física e diagnóstica que permitia resolver a maior parte dos problemas que chegavam ao hospital. Chama a atenção o fato de 9(21,0%) dos DC não conseguirem responder a esta questão, talvez por não se sentirem efetivamente gestores e portanto não ligados a este tipo de problema. Embora não chegue a haver uma insatisfação clara com relação à estrutura disponível, a maior parte dos CE afirmou não ter quadro de pessoal de acordo com suas expectativas. De uma forma geral os CE gostariam de que

houvesse maior investimento na formação e manutenção do nível técnico do pessoal de enfermagem.

Os gerentes dos hospitais públicos são seguramente aqueles que se encontravam mais insatisfeitos com relação a estrutura que possuíam. Esta insatisfação envolvia a limitação física, financeira e de recursos humanos, mas principalmente a falta de autonomia administrativa e financeira. Os NLU estavam divididos com relação a esta questão. Nos PLU parecia haver uma maior satisfação nos hospitais maiores, que independiam dos recursos SUDS e menor naqueles que disseram não ter recursos pelas condições que o Sistema impunha.

"...estrutura física bastante precária...manutenção ruim..pouco investimento em educação continuada..." DAPUB

"...falta virar unidade de despesa para administrar, mostrar competência..." DAPUB

"...mais que o mínimo....recurso humano compatível...todos os parâmetros com os quais comparo nosso hospital estão melhores que os outros...." DANLU

"...deficiência de recurso financeiro e leitos...necessário aumentar e melhorar equipamento que é antigo..." DCNLU

"...atrelado a política central...melhorando o hospital melhoraria o atendimento à população. DCPLU

"...equipamento...UTI funcionando e equipada...progressos em exames..." DCPLU

"..mais benefícios para recursos humanos..não dá para trabalhar com auxiliares que não sabem puncionar veia.."

CENLU

Com relação aos critérios de escolha de gerentes na própria instituição pode-se dizer que a maioria dos entrevistados acreditava na capacidade técnica e realizações profissionais como determinantes desta escolha. Isto pode denotar um certo nível de confiança em sua instituição. Esta questão parece ser um pouco menos concreta para os CE. Segundo os gerentes pareceu que o que movia os hospitais eram realmente as questões internas. O papel do hospital dentro da comunidade respondendo às necessidades desta, pareceu pouco relevante para a instituição segundo a maioria dos gerentes. A preocupação com recursos humanos pareceu se traduzir em ações práticas, principalmente internas, na medida em que foram frequentes os vários tipos de programas de educação continuada. Foram detectadas algumas relações interinstitucionais neste sentido, embora poucas voltadas para preparo dos recursos humanos participantes diretos do sistema SUDS. Este pequeno nível de integração talvez pudesse ser ampliado tendo em vista a preocupação comum na formação de recursos humanos.

Pode-se considerar que diferentes características de hospitais como a maneira com que gerencia seus recursos humanos podem destacá-lo em termos de desempenho.(91) Na

maior parte dos locais pareceu haver poucos mecanismos institucionalizados para participação efetiva de elementos além da diretoria, nos planos e resolução de questões administrativas do hospital. De modo geral os hospitais públicos, privados não lucrativos credenciados apresentam maior demanda e produção. A produção dos demais parece ser vinculada ao número de convênios existentes.

Com relação à satisfação com a organização existente pareceu haver uma maior satisfação daqueles que tinham maior acesso a nível das decisões, os DA. A menor satisfação dos DC e CE talvez estivesse ligada a menor participação ou peso destes nos rumos tomados pela instituição. É interessante notar que embora os gerentes dos PUB fossem os que mais frequentemente declararam observar investimentos em suas unidades, foram os que se encontraram mais insatisfeitos com as condições administrativas que possuíam. Observou-se os DA mais preocupados com estrutura física e crescimento, e os CE e DC mais com pessoal.

4.4 Avaliação do Sistema

A avaliação dos diferentes componentes do sistema será apresentada item a item (Tabelas 15 a 20):

Recursos Humanos: Trinta (55,5%) dos 54 DA, 21 (49,0%) dos 43 DC e 31 (69,0%) dos 45 CE consideraram os recursos humanos insuficientemente qualificados. Só dois (4,0%) DA os consideraram muito bons, e só dois (4,5%) DC e 1 (2,0%) CE os consideraram bons. Levando em consideração os comentários abertos, este percentual de avaliação "ruim" foi ainda mais alto. Os três grupos pareceram concordar que a deficiência é quantitativa e qualitativa, principalmente na área dos profissionais não médicos, e mais especificamente no caso de enfermagem. As razões apontadas foram falta de valorização do profissional da saúde principalmente através de salários, má-formação, além da falta de estímulo e dificuldade representada pelo trabalho na saúde. Os DA enfatizaram a falta de uma política de recursos humanos, em geral, e a falta de estrutura voltada para o desenvolvimento de pessoal dentro da instituição hospitalar. Os DC foram mais enfáticos em diferenciar a qualidade do médico e do profissional não médico, este último considerado como de nível pior em relação ao primeiro, e também a qualidade inferior do funcionário do serviço público em relação àquele que trabalha no serviço privado. Neste sentido foi destacado o desinteresse e saída dos médicos do serviço público pela

questão salarial e falta de condições de trabalho. Os CE enfatizaram ainda mais a deficiência numérica e o nível de qualidade técnica principalmente na área da enfermagem e mais especificamente o caso dos auxiliares de enfermagem. Além das razões apontadas acima consideraram os CE a questão da valorização deste tipo de recurso, pouco investimento em treinamento/educação continuada, e falta de planos de carreira. Também apontaram a falta de interesse das instituições, principalmente dos órgãos governamentais de investimentos nesta área. Nos diferentes tipos de vínculos houve unanimidade de opinião com relação aos recursos humanos. Estes foram considerados ruins por um percentual que variou entre 43,5% e 63,5%. Os gerentes dos diferentes tipos de hospital também pareceram concordar com relação às razões, principalmente remuneração e deficiências na formação e educação continuada.

"..escassos...qualitativamente escolas estão preparando mal..."CENLU

"..falta de interesse do governo em estimular recursos para a área..muito difícil conseguir pessoal de enfermagem.."DAPLU

"...falta principalmente qualificação...salário muito baixo.." CEPUB

"....público não tem dono...dilui responsabilidade, paga porcaria, não manda embora..."DCNLU

"...empresa não tem recurso para investir em treinamento ou medo de preparar e ir para outro lugar...só fica quem tem vocação..."DANLU

"..falta consciência profissional... não há investimento..."CEPLU

"...médicos, bom nível...resto nível baixo..." DCPLU

Recursos financeiros: Pelo menos 25 (46,5)% DA consideraram os investimentos financeiros insuficientes, 5,5% adequados e 13,0% não se pronunciaram. Os DA consideravam não haver interesse de investimento na área, e que a saúde não estava sendo priorizada nem valorizada. Os DA dividiram-se com relação onde consideravam que houvesse maior investimento se na iniciativa pública ou privada. Muitos DA aproveitaram esta questão para apontar os atrasos e baixa remuneração do Estado com relação aos hospitais. Cinquenta e seis por cento dos DC consideraram insuficientes os investimentos financeiros na área da saúde, 4,5% os consideraram adequados, e 11,5% não se pronunciaram a respeito. Um ponto enfatizado foi de que havia menos investimento nos serviços públicos ou de que nestes os recursos eram mal aplicados. Houve dois depoimentos no sentido de desvios de verbas. No SUDS-R totalmente municipalizado, alguns fizeram uma diferenciação com relação à aplicação que os diferentes municípios estavam fazendo nos seus respectivos sistemas de saúde. Também nesta variável no mínimo 53,5% dos CE consideraram os investimentos

inadequados, classificando-os como nenhum ou insuficientes. Só 6,5% os consideraram adequados. Uma parte importante, 17,5%, disse não conhecer como estão os investimentos. Uma questão levantada pelos CE foi a da má-aplicação dos recursos existentes, que são mais investidos em equipamentos e pouco em recursos humanos. Cerca de 50,0% dos profissionais dos três tipos de hospitais consideraram os investimentos em saúde ruins, insuficientes. Nos comentários analisados por tipo de vínculo do hospital observou-se que foi mais frequente a opinião de que os investimentos estejam ocorrendo em maior grau nos privados, do que os que acreditam que estejam ocorrendo nos públicos. Esta opinião foi mais frequentemente emitida pelo gerente do PLU. Foram principalmente os gerentes dos NLU que afirmaram serem mal empregados os recursos a nível público.

"..não tem..área da saúde é a última a ser pensada.."DAPLU

"...zero...Hospitais se sucateando...."DCPLU

"..no Estado mas mal direcionados..muito tempo largado.."DCNLU

"...mais importante comprar aparelhagem do que pagar funcionário....salário lá em embaixo.."CENLU

"..investimento priorizado onde há interesse em lucro.."DCNLU

"...principalmente o privado..necessita investir em aparelhagem...estar sempre em dia..."DAPLU

Qualidade dos Serviços de Saúde: Houve bastante dificuldade para conseguir depoimentos acerca da qualidade dos serviços que compõem o sistema. A impressão transmitida foi de que havia pouco conhecimento de outros serviços além daquele em que o respondente trabalhava. Foi comum em muitos itens os entrevistados remeterem-se sempre aos seus serviços, além de relutarem em emitir opinião acerca de outros serviços, exceção feita ao serviço público. Este comportamento foi de uma forma geral semelhante em todos os casos. A avaliação comum foi de que os serviços de saúde não vão bem, no geral. Foram muito poucos os comentários a respeito de outros serviços não hospitalares. Não se analisou o item Serviço Ambulatorial Privado e Consultório Particular porque praticamente não houve comentários a respeito. Estas variáveis talvez devessem ter sido eliminadas em teste prévio. As UBS também foram pouco comentadas, embora um pouco mais do que as variáveis anteriores. Nos poucos comentários apresentados, a avaliação foi desfavorável, mais para os DA e DC, do que para os CE, embora aqueles tivessem tecido menos comentários do que os últimos. Não houve tendência claramente predominante, mas foram destacados a falta de recursos diagnósticos, de recursos no geral de restrição de horário para atendimento como fatores responsáveis pelo conceito ruim. Os CE levantaram que as UBSS estão melhorando em relação ao que eram, desempenhando melhor seu papel nas atividades consideradas típicas de Saúde Pública, como vacinação. Além

disso consideraram melhor a qualidade de UBS municipais em relação às estaduais.

Também houve dificuldade para colher depoimentos a respeito de outros hospitais principalmente de hospitais filantrópicos, embora não tanto quanto para os outros serviços. Estes, mais conhecidos como Santas Casas não existem em todos os municípios e não existiam como tal no SUDS-R do município. Geralmente são considerados entre os hospitais privados em contraposição aos públicos. Houve várias opiniões de que os hospitais, de uma forma geral, não vão bem, independentemente de serem privados ou públicos. Para os DA os hospitais públicos foram considerados ruins numa frequência pelo menos duas vezes maior do que os filantrópicos(10/5) e 5 vezes maior do que os privados(10/2). Curiosamente o desempenho bom e muito bom foi apontado duas vezes mais frequentemente para os hospitais públicos do que para os privados lucrativos. Como causa do mau funcionamento dos hospitais públicos foram lembrados principalmente a grande demanda destinada a estes serviços, dificultando o atendimento e, em segundo plano, a falta de condições por carência de investimentos. Para justificar um melhor desempenho dos PLU foi levantado um maior interesse destes na busca da qualidade, e foi lembrada a possibilidade de repasse de custos. Para justificar o mau desempenho ou dificuldade no atendimento do PLU foram citadas as dificuldades financeiras em função ou não do

repassse previdenciário. Três DA lembraram que as dificuldades estão relacionadas à deficiência de recursos humanos. Para os Diretores Clínicos os hospitais públicos foram considerados ruins numa frequência pelo menos duas vezes maior do que os filantrópicos e três vezes maior do que os privados. Só houve conceito muito bom duas vezes por parte dos diretores clínicos e também curiosamente referindo-se a hospitais públicos. Houve uma tendência dos DC de considerarem que os hospitais privados são melhores do que os públicos e também associar o conceito ruim aos hospitais privados que atendem o paciente SUDS. A melhor qualidade dos hospitais privados se deve segundo esses profissionais a melhores condições materiais e humanas de atendimento. A pior qualidade dos estabelecimentos públicos é associada basicamente a falta de condição material principalmente em relação à grande demanda. Para os CEs Os hospitais públicos foram considerados ruins em uma frequência três vezes maior que os filantrópicos e 4 vezes maior que os privados. Só 2 entrevistados CE indicaram desempenho muito bom, um para privado lucrativo e outro para privado filantrópico. A nível de comentários houve uma tendência mais intensa dos CE a considerarem que os hospitais, de uma forma geral, não vão bem, independentemente do vínculo. Quando consideradas as respostas em função do vínculo do hospital ao qual o gerente pertence não houve um predomínio claro de determinado tipo de resposta. Novamente a resistência em opinar prejudicou a

análise. Houve uma tendência maior dos gerentes dos PLU considerarem a qualidade dos hospitais públicos pior do que dos privados. A indefinição dos gerentes dos outros tipos de hospitais foi maior mas houve uma pequena tendência principalmente entre os NLU em valorizar o hospital privado em detrimento do público. Mais do que valorizar a qualidade do atendimento do hospital privado ressaltam-se as deficiências do hospital público. Alguns gerentes dos PUB salientaram a tendência dos privados "escolherem" os casos mais simples.

"...público..gente capacitada...não tem capacidade de atender a demanda..."DANLU

"...públicos superlotados...não dá para atender bem..." DCNLU

"...público...falta material, equipamento, pessoal, manutenção..."DCPUB

"...privado...podem repassar custos e tão bem...."DANLU

"...privado tem tudo...." DCNLU

"...o hospital regional funciona muito bem..." DCPLU

"...rede privada continua escolhendo...paciente com escara, problema de deambulação não consegue internar de jeito nenhum..."DAPUB

"...hospital privado oferece muito mais em termos de organização, administração muito melhor com poucos recursos que temos..."DAPLU

"...hospital conveniado...precários...dão o mínimo..." DCPLU

"...Hospital Público é o caos....hospital privado tem que dar o melhor de si..." DCPLU

"...o negocio tá feio em todo hospital.." CEPLU

"...público...falta organização, estrutura, verbas..." DAPUB

Sistema de Referência e Contra-referência: Com relação ao sistema de referência e contra referência 28 (52,0%) dos DA não sabiam ou não emitiram qualquer conceito de como se encontra o sistema de referência. Isto também ocorreu com 19(44,0%) DC e 21(46,5%) dos CE. Os comentários foram feitos principalmente pelos DC e CE. Daqueles profissionais que emitiram parecer, este foi predominantemente desfavorável. O tom foi de queixa de que outros serviços ou principalmente as UBSs encaminham os doentes para o hospital e este não tem para onde enviá-los. Quem citou um sistema de Referência e Contra-referência funcionando referiu-se a experiências isoladas em que hospital e ambulatório fazem parte de uma mesma empresa/instituição. Três diretores clínicos avaliaram positivamente o sistema de referência e contra referência na saúde mental. Os depoimentos que referiam conseguir vaga ou consulta quando necessário e que não envolviam vínculos de amizade, foram muito raros. Contra-referência praticamente não foi mencionada.

Contratos com Hospitais: Dezesseis DA (29,5%), 13 DC (30,0%) e 29 (64,5%) dos CE não responderam a esta questão. Considerados os vínculos a não resposta foi 58,0% nos NLU, 36,5% nos PUB e 34,0% nos PLU. O baixo índice de resposta alegada nesta questão se deve ao fato de que uma parte importante dos profissionais referiu não possuir convênio com o SUDS, e não acompanharem essa questão por não terem interesse direto na mesma. Dezenove (35,0%) DA, 23 (53,5%) DC

e 6 (13,5%) CE os consideraram ruins. Consideraram ruins 18,5% dos gerentes dos NLU, 30,0% dos PUB e 44,0% dos PLU. As críticas feitas pelos três grupos referiam-se ao pagamento feito pelo SUDS aos hospitais, não condizente com as despesas efetuadas pelos mesmos, além dos atrasos. Há referência pelos DC dos contratos serem a razão para os descredenciamentos. Os gerentes dos PLU e NLU tendiam a ser mais críticos a nível de comentários com relação aos contratos do que seus colegas, embora grande parte destes também reconhecesse os atrasos nos pagamentos e valores defasados. Muitos gerentes dos PLU aproveitaram para justificar os descredenciamentos, e os gerentes dos NLU e dos PLU credenciados externaram nesta questão sua inquietação com relação a situação vivenciada, no momento da entrevista.

"...há demora e os valores não são condizentes com o que é feito..." DAPLU

"....hospital que vive de recurso público não consegue manter nível satisfatório..." DANLU

"...diária igual a dois mistos quentes..." DCNLU

"...unilateral...não negocia...não tem solução..."
DAPLU

"...custo do hospital muito elevado..tabela muuito defasada..." DAPUB

"...muitos solicitando descredenciamento...
fechado..." DCPLU

Aceitação dos serviços de saúde pela população:

Observou-se 43 (30,5%) de omissões entre as 142 entrevistas. Esta foi maior entre os DA, 35,0%, e DC, 39,5%, do que para os CE, 15,5%. A omissão se distribuiu de forma não muito diferente entre os profissionais de hospitais com diferentes vínculos. Pelo conceito ruim os profissionais levantaram falta de opção, apatia, e a resignação da população em ser atendida nos poucos serviços disponíveis. Houve uma parte dos DA que acreditava que a população não estivesse aceitando os serviços, que esta estaria reclamando, e à menor possibilidade de conseguir, outra opção procuraria algum tipo de convênio. Houve uma parte dos DA que mostrou a preocupação em ressaltar o caráter muitas vezes subjetivo da satisfação e da opinião que estaria sendo formada pelos órgãos de comunicação afetando-a negativamente e sem análise mais profunda. Foi levantado pelos DA e DC que a população associa o fato de "não pagar" ao serviço público com baixa qualidade, ou que associa a pior qualidade aos serviços que atendem previdenciários, "INPS". Com relação à aceitação dos serviços pela população a impressão transmitida pelos CE era de que a população não aceita bem os serviços de um modo geral(embora alguns fizessem ressalvas com relação aos próprios serviços). As razões apontadas foram falta de confiança da população nos serviços pela demora no atendimento e não resolubilidade dos mesmos. Foi levantada a modificação no comportamento motivada por uma maior conscientização, muitas vezes pela transmissão de notícias

sobre o sistema pelos veículos de comunicação como a TV. Houve maior tendência dos gerentes dos PLU em apontar a satisfação maior para o serviços privados ou conveniados e menor nos serviços públicos ou aqueles que atendem convênio SUDS. Os demais tenderam a relacionar mais a questão da aceitação a fatores culturais, sociais e comportamentais.

"..não tem opção..." DCPUB

"..quem tem um pouquinho de dinheiro para fazer convênio dá um jeito..." DAPLU

"...se dá tudo certo médico é bom, hospital é bom..." DAPLU

"....não existe pressão da população..." DCPUB

"...não sei se o mais necessitado percebe..." CEPUB

"..assistência médica muito visada..imprensa massacra.." DAPUB

"..não está aceitando está engolindo..." DAPLU

"...se sabe que atende INPS não confia...." DCPLU

"...se for pela TV...." CENLU

Descentralização/Desburocratização: Houve poucos comentários nas três categorias com relação a estes dois itens. No total não opinaram 60 (42,5%) dos 142 gerentes. Os gerentes dos NLU e PLU se posicionaram muito menos do que seus colegas dos PUB com relação a estas questões, cerca de 50,0% dos gerentes dos NLU e PLU não se posicionaram enquanto cerca de 16,5% dos colegas dos PUB não responderam.

Nas duas formas de análise, verificamos que a opinião foi mais favorável em relação à descentralização do que à desburocratização, embora os dois itens fossem considerados incipientes.

Gerências Pública e Privada de Saúde. Não muitos consideraram quaisquer das duas gerências boas. Acredita-se que haja muito que aprender em termos de gerência. Isto foi enfatizado pelos DA, principalmente aqueles administradores que tiveram experiências fora do setor saúde sendo mencionados um maior desenvolvimento de instrumentos gerenciais principalmente na área de RH. Assim mesmo a gerência pública foi considerada ruim com uma frequência maior do que a privada. Supreendentemente houve 2 DA que consideraram o desempenho da gerência pública muito bom, conceito que não houve em nenhum caso com relação à privada. As razões apontadas para o desempenho ruim da gerência pública foram principalmente o pouco investimento e conseqüentemente poucos recursos e condições para fazer o hospital funcionar, além do atrelamento a outros níveis hierárquicos para tomar decisões, decisões estas muitas vezes dificultadas por questões políticas. Também na questão atrelamento foi ressaltada a burocracia da máquina, principalmente para efetuar compras de material e equipamento, muitas vezes vitais para o desenvolvimento das atividades do hospital. Em contraposição, as razões alegadas para o melhor desempenho da gerência privada foram a maior

agilidade e o estímulo representado pela busca do lucro. Este último item também serve para ilustrar uma dificuldade atribuída à administração pública, que é lidar com funcionários que não têm interesse, acomodados pelo fato de não fazer diferença seu empenho, tornando o serviço público mais ocioso e também tendo que funcionar com uma proporção maior de funcionários por leito do que o privado.

Também na opinião dos DC a gerência pública é pior do que a privada. Houve uma tendência a se acreditar que a gerência privada tenta e resolve mais vezes os problemas que surgem, tem mais agilidade, mais interesse. Para a pública foram citadas a ingerência e influência política como obstáculos. Em alguns casos também foi lembrada que a falta de recursos dificulta a gerência pública. Na comparação entre as gerências pública e privada, houve maior resistência dos CE em opinar do que nos outros grupos. Os CE, de um modo geral, parecem não acreditar existir diferenças entre as duas. Para estes profissionais há um esforço maior na gerência privada para ser eficiente para conseguir mais lucro e com menos dispêndio. Isto não significava que se investisse nas questões consideradas principais como recursos humanos. Em termos práticos foram vistas algumas vantagens nisso, pois no equipamento público não há dono, o compromisso dos funcionários é menor, o absenteísmo maior. No equipamento privado o nível de cobrança aos funcionários é muito maior. Outra vantagem

citada para a gerência privada é que existindo interesse há maior facilidade para conseguir o material necessário, enquanto que pela gerência pública há muita burocracia e muito demora.

A comparação das opiniões dos gerentes levando em consideração o vínculo mostra que os que mais comentaram esta questão foram os gerentes dos PLU. Todos parecem concordar que a gerência privada é mais ágil e eficiente, e que este fator está ligado ao fato de se ter um objetivo, um fim mais concreto, quase sempre representado pelo lucro. Os gerentes dos PLU, e em menor grau os dos NLU veem uma maior preocupação com qualidade e produtividade na gerência privada. Os gerentes dos NLU viam como principais problemas da gerência pública a ingerência política e a menor disponibilidade de recursos. Alguns gerentes dos PUB (10,0%) acreditavam ser a gerência pública mais voltada e preocupada com o paciente. Como dificuldade apontaram a burocracia e falta de autonomia. Para os gerentes dos PLU os principais problemas da gerência pública se encontram no atrelamento burocrático ou político. Também foram lembradas a menor disponibilidade de recursos e falta de continuidade administrativa. Foi criticado o fato da gerência pública trabalhar com um número bem maior de funcionários do que a privada, fator considerado deficitário. Interessante notar que praticamente não houve menção à ligação do bom

desempenho do estabelecimento com a qualidade técnica ou pessoal do gerente.

"..pública..difícil administrar porque não tem recursos.." DAPLU

"..pública...pode até colocar uma pessoa competente mas depende dos políticos.."DAPLU

"..pública..muito pouco recurso...desvio..."DCPLU

"..gerência pública..falta continuidade..falta interesse ...funcionário público é mal pago e trabalha mal..."DCPLU

"..gerência pública...não resolve, deixa pra próxima gestão.."DCNLU

"..na gerência privada é mais fácil...mais liberdade de ação, você dita suas regras..."DAPLU

"...gerência privada também tem política só vai quando alguém quer..."DCNLU

"...privada...não tenho problemas de material e funcionários...vou até o administrador..."CEPLU

"..privado...é obrigado a administra de tal forma que os

recursos existentes sejam suficientes e ele tenha que crescer com aqueles recursos.." DAPLU

"...privadamais eficiente..." DCPUB

"..pública...problemas de estrutura, mentalidade... burocracia.." DAPUB

Tabela 15 - Avaliação dos componentes do sistema pelos DA

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Total
Recursos Humanos	2	4,0	-	8 15,0	30 55,5	10 19,0	4 8,0	45
Rec. Financeiros	-		3 5,5	7 13,0	25 46,5	12 22,0	7 13,0	
Referência	-		4 8,0	1 2,0	11 20,5	10 18,5	28 52,0	
Contratos	-		2 4,0	2 4,0	19 35,0	15 28,0	16 29,5	
Qualidade Serviços	1	2,0	3 5,5	5 9,5	8 16,0	26 48,0	11 20,5	
Aceitação	-		1 2,0	4 8,0	15 28,0	16 29,5	19 35,0	
Desburocratização	-		7 13,0	3 5,5	22 41,0	2 4,0	20 37,5	
Descentralização	1	2,0	7 13,0	5 9,5	18 33,5	3 5,5	20 37,5	

Tabela 16 - Avaliação dos componentes do sistema pelos DC

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Total
Recursos Humanos	-		2 4,5	6 13,5	21 49,0	10 23,5	4 9,0	43
Rec. Financeiros	-		2 4,5	2 4,5	24 56,0	10 23,5	5 11,5	
Referência	-		3 7,0	2 4,5	16 36,0	3 7,0	19 44,0	
Contratos	-		2 4,5	1 2,5	23 53,5	4 9,0	13 30,0	
Qualidade Serviços	-		3 7,0	7 16,5	9 21,0	15 35,0	9 21,0	
Aceitação	-		5 11,5	5 11,5	7 16,5	9 21,0	17 39,5	
Desburocratização	-		3 7,0	1 2,5	14 33,0	4 9,0	21 49,0	
Descentralização	-		5 11,5	3 7,0	12 27,0	2 4,5	21 49,0	

Tabela 17 - Avaliação dos componentes do sistema pelos CE

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Tot
Recursos Humanos	-		1 2,0	5 11,0	31 69,0	6 13,5	2 4,5	45
Rec. Financeiros	-		3 6,5	4 9,0	24 53,5	6 13,5	8 17,5	
Referência	-		2 4,5	4 9,0	13 29,0	5 11,0	21 46,5	
Contratos	-		1 2,0	5 11,0	6 13,5	4 9,0	29 64,5	
Qualidade Serviços	-		2 4,5	6 13,5	12 27,0	19 42,0	6 13,5	
Aceitação	-		6 13,5	4 9,0	17 38,0	11 24,5	7 15,5	
Desburocratização	-		2 4,5	5 11,1	18 40,0	1 2,0	20 44,5	
Descentralização	-		2 4,5	5 11,0	18 40,0	1 2,0	19 42,0	

Tabela 18 - Avaliação dos componentes do sistema pelos gerentes dos PUB

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Total
Recursos Humanos	-		1 3,5	7 23,5	13 43,5	9 30,0	-	30
Rec. Financeiros	-		3 10,0	6 20,0	16 53,5	3 10,0	2 7,0	
Referência	-		1 3,5	4 13,5	13 43,5	9 30,0	3 10,0	
Contratos	-		-	3 10,0	9 30,0	7 23,5	11 36,5	
Qualidade Serviços	-		2 6,5	9 30,0	3 10,0	12 40,0	4 13,5	
Aceitação	-		3 10,0	8 27,0	5 16,5	6 20,0	8 27,0	
Desburocratização	-		4 13,0	-	17 56,5	4 13,5	5 16,5	
Descentralização	-		5 16,5	5 16,5	14 47,0	2 6,5	4 13,0	

Tabela 19 - Avaliação dos componentes do sistema pelos gerentes dos NLU

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Total
Recursos Humanos	1	2,5	2 5,5	4 11,0	22 58,0	4 10,5	5 13,0	38
Rec. Financeiros	-		3 8,0	2 5,5	20 53,0	4 10,5	9 23,5	
Referência	-		3 8,0	1 2,5	10 26,5	3 8,0	21 55,0	
Contratos	-		2 5,5	3 8,0	7 18,5	4 10,5	22 58,0	
Qualidade Serviços	1	2,5	3 8,0	3 8,0	7 18,5	16 42,0	8 21,0	
Aceitação	-		2 5,5	1 2,5	14 37,0	9 23,5	12 31,5	
Desburocratização	-		-	3 8,0	15 39,5	1 2,5	19 50,0	
Descentralização	1	2,5	-	2 5,5	13 34,0	2 5,5	20 53,0	

Tabela 20 - Avaliação dos componentes do sistema pelos gerentes dos PLU

Conceito Componente	MB	%	B	RE	RU	OU	NS/NR	Total
Recursos Humanos	1	1,5	-	8 11,0	47 63,5	13 17,5	5 7,0	74
Rec. Financeiros	-		2 3,0	5 7,0	37 50,0	21 28,5	9 12,0	
Referência	-		6 9,0	2 3,0	18 24,5	6 9,0	43 58,0	
Contratos	-		3 4,5	2 3,0	32 44,0	12 18,0	25 34,0	
Qualidade Serviços	-		3 4,5	6 9,0	19 25,5	32 44,0	14 19,0	
Aceitação	-		7 9,5	4 6,0	19 25,5	21 28,5	23 31,0	
Desburocratização	-		7 9,5	6 9,0	21 28,5	2 3,0	38 51,0	
Descentralização	-		9 12,0	6 9,0	20 28,0	2 3,0	37 50,0	

Com relação ao interesse dos hospitais em beneficiar a saúde pública 40 (28,0) não se posicionaram. Dos DA que responderam, grande parte acredita que o interesse não existe (29,5% do total). A "culpa" é atribuída às formas e condições de pagamento de serviços. Diferentemente dos outros grupos, uma parte importante dos DC (30,0%) consideravam que o interesse do hospital sempre existe mas que é dificultado pelas propostas feitas pelo poder público, principalmente a nível financeiro. Para os CE, embora 42,0% não tivesse respondido, poucos hospitais têm interesse em fazer contratos para beneficiar a Saúde Pública, mas acreditavam que o interesse fosse maior nos públicos. Para os CE a maioria dos hospitais tem interesse nas atividades que proporcionam retorno financeiro. Alguns também destacaram que o desinteresse se deve às questões relacionadas à má remuneração e atraso nos pagamentos.

Pode-se dizer que a pior reação a esta pergunta ocorreu basicamente com os gerentes dos PLU que se sentiam agredidos com a questão. Pareceu haver concordância, ainda que a carência de respostas prejudicasse a análise, em que as dificuldades ligadas ao sistema de remuneração dos hospitais impediriam que todos os hospitais pudessem estar abertos a toda a clientela. Alguns gerentes basicamente dos PUB acreditavam que o interesse não existiria por não representar lucro.

"...falta pagamento, incentivo, tudo..."DAPLU

"...é essa a finalidade do hospital..." DCPLU

"...hospital depende do financeiro...se não dá financeiramente..."CENLU

"...o que você quer dizer com isso...estes contratos que o Estado impõe são extremamente leoninos..."DAPLU

"...privados com fins lucrativos,se não for trazer lucro não..." CEPUB

A preocupação predominante entre os gerentes, com relação a má-qualidade dos recursos humanos parece ser compartilhada por outros tipos de gerentes.(78) É considerado fundamental para este sucesso a atuação da política de RH na qualificação do trabalhador, na sua valorização e no campo de conhecimento dos condicionantes de trabalho. Os problemas na área de RH vão desde a diversidade do regime de trabalho e níveis de remuneração, à deficiência numérica principalmente em determinadas áreas como da enfermagem, até o precário preparo dos profissionais.(81)

A preocupação dos gerentes com relação aos investimentos e a percepção de poucos investimentos principalmente a nível público não parece estar isenta de fundamentação. Vários autores tem apontado problemas com a questão do financiamento do sistema de saúde. Em termos de fontes de financiamento parece ainda não haver definição

precisa sobre os instrumentos de gerenciamento econômico e financeiro a serem utilizados. O modelo SUDS abrange vários mecanismos de financiamento sem que tenham sido discutidas as saídas quando da redução ou extinção destes recursos. Também na implementação da fase inicial do SUDS houve vários fatores ligados a repasse de verbas a nível federal e estadual que constituíram um obstáculo para o avanço do processo(71)

Embora se saiba da existência de sistemas de saúde integrados, existe pouca informação dos condicionantes da relação hospital e unidades básicas ou ambulatoriais dentro de um sistema de saúde(70). A visão passada por este autor tornaria mais importante ainda os depoimentos dos entrevistados com relação à referência e contra-referência. A impressão mais favorável demonstrada com relação à descentralização pode ter raízes no fato segundo, Inojosa (46) desse processo de ter se iniciado antes mesmo do seu desencadeamento oficial.

Ainda que sua definição dependa dos diferentes interesses envolvidos a questão da qualidade dos serviços é considerada uma questão de fundamental importância, na qual o interesse é crescente.(9) Chama a atenção nos nossos entrevistados a dificuldade em conseguir depoimentos mesmo que genéricos a respeito dos componentes do sistema de saúde, quanto menos uma avaliação qualitativa destes

elementos. Embora nem todos admitam, fica claro o desconhecimento e a impressão de depoimentos baseados no "ouvi falar". De qualquer forma a impressão mais negativa transmitida pelos gerentes acerca dos equipamentos de saúde principalmente os públicos parece de certa forma fundada. Buss (08) acredita que ainda que tenham sido estabelecidas regras básicas para o setor, tenha sido aberto o debate e tenham sido verificados alguns avanços, tais avanços ainda não resultaram em um sistema de saúde efetivamente funcionante, confiável e com custos compatíveis com os que a sociedade brasileira possa suportar. A visão do público que os gerentes do setor privado mostram em suas respostas reflete de certa forma o pensamento já expresso pelo menos por uma parte dos órgãos representativos deste último, que não acredita que o Estado possa concorrer com o setor privado no sentido de dar um bom atendimento por um custo razoável.(1,11). Chama atenção também o descrença geral com relação ao que é público, mesmo entre os gerentes de equipamentos públicos. Ainda que resguardada de certa forma a competência do gerente do serviço público, que não acertaria, não por demérito pessoal, mas pelo sistema, como um todo desacreditado. Entre outros, isto transparece na avaliação da qualidade dos serviços, na opinião que é creditada à população e à impossibilidade dos hospitais se ligarem ao sistema sem problemas. A falta de conhecimento a respeito dos outros serviços, do funcionamento do sistema e

principalmente a descrença no público, são fatores que favoreceriam a resistência à política sendo implementada.

4.5 Avaliação da Secretaria e as Relações dentro do Sistema

Com relação ao critério de escolha dos gerentes do SUDS-R segundo nossos entrevistados (Tabelas 21 e 22), estes seriam principalmente os interesses pessoais e políticos de dirigentes de órgãos públicos, 42 (32,5%) respostas. Aparecem como razão única ou associado a outros. Isto ocorreu também para os DA. As ligações com partido político apareceram também como razão isolada ou associada. Foram dados exemplos, embora poucos, para caracterizar situações em que a capacidade técnica influia ou fazia parte do perfil do gerente do SUDS-R. Para os DC as realizações profissionais e capacidade técnica aparecem pouco, mas alguns disseram que estas qualidades poderiam estar associadas, embora não acreditassem que fosse o mais comum. A maioria dos CE compartilhou da opinião dos DC com relação a capacidade técnica e realizações profissionais. Muitos CE não quiseram opinar, afirmando não saberem ou não terem contato. O padrão de respostas dos gerentes segundo vínculo não variou muito com relação as razões mais frequentes citadas acima. Mesmo a citação do interesse pessoal e político apresentou frequência semelhante nos três grupos. Os gerentes dos PLU

usaram mais frequentemente expressões pejorativas para caracterizar este interesse pessoal e político. Embora mesmo a capacidade técnica não tenha sido mencionada mais frequentemente do que para os demais, os gerentes dos PUB sentiram mais necessidade de usar outras qualidades como honestidade e dedicação quando avaliavam positivamente o gerente público.

"...QI..." DCPLU

"...cada ERSA um padrinho..." DAPLU

"..pode ser que coincidentemente tenha capacidade técnica.." DCPLU

"...política partidária..." DANLU

"...os que atuam na região..muito capacitados e interessados.." DAPLU

"..honestidade e cumprimento do dever..." DAPUB

Tabela 21 - Critérios de Escolha dos Gerentes no SUDS-R
segundo o cargo do entrevistado

Cargo Critério	DA	%	DC	%	CE	%
Capacidade Técnica	3	5,5	2	4,5	1	2,0
Realizações Profissionais	-		-		2	4,5
Interesses da Direção	12	22,0	8	18,5	12	27,0
Relações Dentro Instituição	2	3,5	2	4,5	2	4,5
Ligações Partido Político	5	9,5	3	7,0	3	6,5
Outro	18	33,5	21	49,0	14	31,0
NS/NR	14	26,0	7	16,5	11	24,5
Total	54		43		45	

Tabela 22 - Critérios de escolha dos gerentes no SUDS-R
segundo a vinculação do hospital

Vinculação Critério	PUB	%	NLU	%	PLU	%
Capacidade Técnica	2	6,5	3	8,0	1	1,5
Realizações Profissionais	-		-		2	3,0
Interesses da Direção	6	20,0	10	26,0	17	23,0
Relações Dentro Instituição	3	10,0	2	5,5	1	1,5
Ligações Partido Político	2	6,5	2	5,5	6	8,0
Outro	13	43,5	15	39,0	25	33,5
NS/NR	4	13,5	6	16,0	22	29,5
Total	30		38		74	

Com relação a continuidade dos planos e procedimentos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde muitos afirmaram não conhecer o que ocorre, principalmente com relação a Secretaria Municipal. Foi citada a dificuldade em entender objetivos e planos da Secretaria de Estado que transmitiria uma imagem de confusão. Dos 3 grupos, os DA foram os que avaliaram mais positivamente a questão da continuidade nas Secretarias, identificaram mais continuidade do que os outros dois grupos que se manifestaram de forma bastante semelhante entre si. Muitos declararam acreditar na existência de continuidade só dentro de uma mesma gestão ou quando há interesse político específico. Alguns citaram esforços isolados visíveis em determinadas questões mas ainda assim sofrendo soluções de continuidade. Muitos CE lamentaram a falta de continuidade em programas considerados importantes como aleitamento materno ou prevenção da SIDA. Alguns CE conseguiram ver continuidade ou consistência maiores a nível do município do que o proposto no Estado. Também mencionaram esforços no sentido de avanços, incipientes, no sistema de saúde a nível de município, principalmente em municípios menores. A grande frequência de recusa em se manifestar com relação a estas questões e falta de uma predominância clara não permitiu uma análise que ilustrasse mais do que os comentários acima ao computar as respostas por vínculo.

Grande parte dos profissionais, mesmo os DA afirmaram não receber informações acerca das decisões da Secretaria de Saúde (21,0% dos DA, 38,5% dos DC, 39,0% dos CE). Não pareceu haver de modo geral uma preocupação neste sentido. Foram apontados como muito infrequentes os contatos periódicos e pessoais com o SUDS-R como meio de obter informações até nas unidades mais diretamente vinculadas, como os hospitais públicos e os hospitais conveniados, embora os contatos fossem mais frequentes do que para os privados não conveniados. Quando apontados contatos do tipo reunião, não costumavam ser periódicos e quem mais frequentemente participava eram os DA ou um representante destes. Alguns DA manifestaram sua incredulidade com relação a eficiência de reuniões junto ao SUDS. Estes DA eram todos de PUB. De uma forma geral, os ofícios e impressos foram apontados como os mais frequentes meios de comunicação do SUDS-R. Estes geralmente referem-se a normas técnicas, cursos, e questões referentes a programas. Há queixa de que muitas vezes os ofícios acerca de reuniões e cursos chegavam atrasados. O telefone era outro veículo usado do hospital para o SUDS, principalmente no caso dos chefes de enfermagem, com a finalidade de notificação compulsória de doença. Os DA e DC lembraram a presença do ERSa enquanto órgão fiscalizador a nível de auditoria, vistoria (controle físico-sanitário), alvarás, e também a nível de vigilância epidemiológica. Os DA declararam conseguir informações a respeito dos acontecimentos na Secretaria ou outras informações através

de telefonemas, publicações ou reuniões com os órgãos representantes dos hospitais, sendo os mais citados o Sindicato dos Hospitais(SINDHOSP) e a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo(AHESP). Neste último caso, a participação foi manifestada como relativamente frequente, e geralmente utilizadas reuniões para discutir problemas comuns, principalmente questões referentes a custos, tabelas de convênios, RH e salários.

Os DC e CE não só não citaram contato com o ERSa como quase não citaram contato fora do hospital, principalmente reuniões. O pouco contato existente era principalmente com outros hospitais. Tais contatos foram apontados como frequentemente informais no caso dos DC, e praticamente nulos no caso dos CE. Para os CE estes seriam mais frequentemente feitos por telefone, e para troca de "idéias" e até para troca de materiais, principalmente nas cidades menores, e independeriam do tipo de hospital envolvido. Outra razão de contato citada, foram questões referentes a pacientes como necessidade de remoção ou busca de vaga. A presença do SUDS enquanto órgão fiscalizador também foi lembrada nos PLU e em menor grau nos NLU. Para os PUB as relações fora da instituição dar-se-iam mais frequentemente com o SUDS-R com órgão administrativo público, ou unidades do sistema público. Para os PLU e NLU os contatos mais comuns seriam com os órgãos representantes de hospitais, sendo a frequência a reuniões periódicas bastante comum.

Foram raríssimas as citações de reuniões envolvendo usuários ou comunidade de uma forma geral. Estas foram citadas duas vezes, ambas em PUB.

Política e Regulamentações da Secretaria de Estado da Saúde como entrave. Trinta e oito (70,5%) dos DA não apontaram entraves na política e regulamentações da Secretaria Estadual. Alguns fizeram a ressalva de que, embora a ação desse Órgão não constituísse entrave, dificultaria o trabalho em muitos aspectos. Os problemas levantados relacionaram-se a exigências fiscais, legislação muito restritiva e constantes alterações na forma, dificultando a noção do que seja correto. Não foi esquecida a restrição financeira. Para os que não viram entrave, essa situação foi atribuída à adaptação, convivência ou até à indiferença com relação às normas. Alguns valorizaram a existência de normas e regulamentações como forma de orientação, e alguns profissionais acreditavam ter havido uma evolução positiva em relação à época do INAMPS. Não houve praticamente diferença entre o número de DC que viram a política da Secretaria como entrave e aqueles que não a viram como tal. Os que entenderam haver entraves citaram bastante a questão financeira a nível de pagamento feito pela Secretaria, e a intromissão na negociação com convênios. Os que não viram entraves atribuíram isso ao fato de que o hospital funcionava independentemente da Secretaria. A maior parte dos CE não conseguiu citar alguma

forma em que a política ou regulamentações da Secretaria de Saúde funcionassem como um entrave para o desenvolvimento do trabalho do hospital, e até em alguns casos, citaram que essas políticas ajudariam no trabalho desenvolvido. Independentemente do vínculo, a maioria não viu como entrave as políticas da Secretaria. Interessante que houve 7 gerentes PUB que apontaram este entrave. Ele se daria segundo os mesmos, pela falta de interesse e restrição nos recursos destinados aos equipamentos públicos. Embora a maioria dos gerentes dos NLU e PLU não identificassem entrave, muitos fizeram a ressalva de que havia algumas dificuldades menores. Os entraves citados para estes dois últimos são a nível de muitas exigências fiscais, excesso de burocracia e constantes mudanças. Alguns gerentes de hospitais conveniados citaram dificuldades do tipo glosa de contas apresentadas ao SUDS pelo hospital.

"...não mas cumprir as normas de saúde é difícil..." DANLU

"..não, são necessárias..." DAPLU

"..não as considero.." DAPUB

"..entrave é trabalhar em cima da tabela..." DANLU

"..mudanças de procedimentos, formulários..exigem mais do que fazem..." DAPLU

"...sim..nas contas médicas..rejeição por besteira..." DCNLU

"...o entrave é no sentido de que o hospital está abandonado.." CEPUB

"..até ajuda...orienta..." CENLU

Reaparece nesta seção a descrença no aparelho público refletida na forma em que são vistos os critérios de escolha dos gerentes públicos e nas dúvidas quanto a sua competência. Esta descrença também é demonstrada quando se cita a influência negativa do político nas decisões, e a falta de continuidade dos órgãos públicos gerando certa insegurança. O órgão público foi lembrado enquanto fiscal, dificultando o desenvolvimento do hospital. Além daqueles que vêem nos órgãos públicos um entrave, chama atenção aqueles que os vêem com indiferença ou ignoram. Todos estes fatores favorecem à resistência principalmente pelas restrições colocadas aos órgãos públicos, responsáveis pela implementação da política de saúde.

Destaca-se a falta de informação e contato com a Secretaria e seus representantes locais. A integração e contato com outras instituições também é de forma geral pequena. Embora a importância da participação da comunidade tenha sido destacada nos anos recentes tanto nos discursos quanto nos dispositivos legais, a ampliação do espaço e definição de mecanismos e criação de condições para esta participação ainda não se efetivaram. A falta de conhecimento e politização poderiam ser identificados como fatores que dificultariam esta participação. (05,61) Esta participação praticamente não foi identificada através dos depoimentos colhidos nos hospitais participantes deste estudo.

4.6 Visão do SUDS/SUS

Com relação às alterações consideradas importantes no setor saúde, 32 (23,0%) entrevistados acreditavam não ter havido nenhuma modificação, ou pelo menos nenhuma digna de nota. Alguns talvez motivados pela questão anterior citaram a implantação do SUDS/SUS ou alguns de seus princípios como mudanças importantes. Isto ocorreu mais frequentemente entre os DA. Neste sentido foram lembradas principalmente a descentralização e municipalização. Dos que consideraram ter havido alteração, outra lembrança comum foi a do descredenciamento associado ou não à piora na qualidade dos serviços ou atendimento. As questões como aumento da demanda, diminuição de leitos e dificuldades técnicas para o atendimento do paciente foram consideradas principalmente pelos gerentes dos PUB, NLU e PLU, que atendem pacientes SUDS. Alguns profissionais citaram os progressos tecnológicos ocorridos nos últimos anos e o maior acesso à informação com relação à saúde como alterações importantes. Os progressos tecnológicos também foram um pouco mais citados pelos gerentes dos PLU do que por seus colegas.

"...não vi mudar nada..."CEPLU

"...pessoal atendido aqui pode ser atendido pelo SUDS, nada impede..."DCNLU

"...principal alteração desastrosa foram os descredenciamentos dos hospitais..."DCPUB

"..diminuíram os leitos disponíveis para o SUDS.."DAPLU

"...a gente pega paciente que já rodou em muitos postos, hospitais, antes de chegar aqui..." CENLU

"...progresso científico...modernização...exames mais especializados..."CEPLU

Com relação às principais alterações ocorridas dentro do hospital, para os DA foi uma melhora na estrutura física e de equipamentos do serviço. Pareceu estar havendo um investimento na estrutura física, compra de equipamentos, principalmente de apoio diagnóstico mais sofisticados e algum investimento a nível de melhora de quadro de pessoal. Este investimento pareceu estar se dando em alguns locais também a nível administrativo, por intermédio da incorporação de técnicas ou recursos humanos visando melhorar o desempenho da unidade e a qualidade do atendimento, que alguns acreditavam já estar ocorrendo. Estas alterações em grande parte, pareceram ser motivadas pelo desejo ou pela concretização na mudança no tipo de clientela atendida, de clientela SUDS para conveniada e particular. Isto se referiu basicamente aos PLU. Esta impressão é corroborada pelo fato de que para muitos destes gerentes o descredenciamento junto ao SUDS/SUS foi a

principal alteração ocorrida no hospital. Ao considerarem as alterações mais importantes ocorridas na própria instituição, grande parte dos DC citou alterações a nível técnico, muitas vezes relacionadas a métodos diagnósticos dentro do hospital, e a alteração no tipo de clientela atendida, de SUDS para conveniados ou particulares, uma questão também mais comum para os gerentes dos PLU. Quinze CE, 33,5%, não referiram mudanças e onze, 24,5% referiram mudanças de estrutura física ou produção, no sentido de aumento. As demais respostas podem ser divididas nos depoimentos de aumento de demanda para os hospitais públicos e aqueles que mantêm o convênio SUDS, e aqueles nos quais houve diminuição ou cessação da demanda SUDS e aumento no atendimento a convênios no caso de PLU principalmente.

"...quantidade de pessoas, demanda é a mesma e diminuíram leitos e recursos..."DCPLU

"...reforma física, aquisição de equipamento...melhora dos serviços de lavanderia, cozinha..."DAPUB

"...descredenciamento do INAMPS...atendimento só a particular, corte no atendimento de urgência....o que fez a gente começar a incentivar o atendimento a cliente particular... cirurgia plástica..."DAPLU

"...informatizando, atualizando equipamento, tentando investir em profissionais com treinamento..palestras.."DANLU

"...ultrasom,hemodiálise,laboratório...crescendo... melhorando qualidade...." DANLU

"...reforma administrativa...menor rotatividade de funcionários..."DAPLU

"...introdução de um caráter profissional na seleção...dar conotação profissional aos objetivos do hospital..."DAPLU

"...melhora na qualidade do atendimento...padrões mínimos..."DCNLU

Com relação aos obstáculos importantes para o funcionamento dos hospitais em geral e do respondente em particular, muitas vezes não houve diferenciação nítida resultando em que o que era citado para o específico valia para o geral e vice versa. Quinze (28,0%) DA não viram obstáculos para o funcionamento dos hospitais no geral e 10 (18,5%) não os viram para seus hospitais. Os obstáculos considerados foram os financeiros, principalmente quando se referiam aos seus próprios hospitais. Estes obstáculos foram atribuídos, em parte, ao aumento de custos dos serviços de saúde. Foram considerados fatores negativos a política de saúde, problemas relacionados ao sistema vinculados ou não à questão financeira. Cinco (11,5%) DC não citaram obstáculos para os hospitais e 4 (9,5%) não viram obstáculos para o seu hospital. Para os DC o principal obstáculo também estaria a nível de recursos financeiros tanto para os hospitais no geral quanto para o seu. A dificuldade representada pelos recursos insuficientes apareceu isoladamente ou associada a outros fatores. Com frequência menor apareceu a dificuldade a nível de pessoal como obstáculo importante e a falta de equipamento, principalmente entre os DC de PUB. Os DC acreditam que os hospitais privados enfrentem menos obstáculos do que os públicos. Cinco (20,0%) CE não conseguiram citar obstáculos. Tanto para o geral quanto para o específico o obstáculo mais comum citado foi com relação a deficiência quantitativa e principalmente qualitativa dos recursos humanos. O segundo obstáculo mais frequentemente

citado pelos CE foram as dificuldades financeiras. Para PLU e NLU vinculados ao SUDS os problemas eram a tabela de remuneração de serviços, atrasos e reajustes defasados, e para os não vinculados ao sistema, o obstáculo era a interferência do poder público na negociação com os convênios, e congelamento de preços. Para os PUB, e PLU e NLU que atendiam pacientes SUDS a demanda grande e as dificuldades no atendimento da mesma foram novamente lembradas como obstáculos importantes. A qualidade da mão de obra foi bastante citada, principalmente pelos gerentes dos PUB, juntamente com a carência de recursos. Uma questão levantada por alguns gerentes, basicamente dos PLU foi o nível econômico e educacional da população que dificultaria o atendimento em geral e que, para alguns, não permitiria que esta arcasse com os custos cada vez maiores da assistência médica.

A maior parte dos profissionais não sentia seus hospitais ameaçados independentemente de grupo profissional ou vínculo. A maior parte dos DA acreditava que com objetivos claros e trabalho não existiria perigo. Daqueles que identificaram ameaça esta era principalmente a financeira. Uma parte viu como ameaça a intervenção ou fechamento. A intervenção foi um temor maior entre os descredenciados ou em vias de se descredenciar por ver nessa medida possível represália ou um perigo latente face à insuficiência de leitos públicos. O risco de fechamento foi

citado pelos públicos principalmente por não sentirem investimentos suficientes. A política de saúde, ou melhor, a incerteza gerada pela política assim como as condições gerais do País foram lembradas até como uma ameaça que não só pairaria sobre os hospitais, mas sobre tudo e todos. Dois DC de hospitais privados lembraram o perigo da estatização e um DC de hospital público considerou o perigo da privatização. Uma possibilidade de ameaça identificada pelos hospitais psiquiátricos foi a tramitação da Lei Paulo Delgado que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros tipos de recursos.

"...atrasos no pagamento e forma de remuneração às vezes menor do que o gasto..."DCPLU

"...política de saúde atual, situação econômica do país...esta roubalheira toda....falta de investimentos real na área..."DCNLU

"...falta de mão de obra qualificada..."CEPLU

"...falta de funcionário, material permanente e consumo, dificuldades burocráticas na aquisição de material..."DCPUB

"..nível cultural do paciente...nível de higiene.."DCPLU

"..excessiva centralização de decisões nos gabinetes..."DAPUB

"...cerceamento das condições de ganho pode levar até o fechamentoaumenta mais despesa que a receita..."DCPLU

"...Paulo Delgado inviabiliza hospital...não invisto mais aqui, não sou maluco..." DAPLU

"...se você pedir descredenciamento, intervenção..."DCPLU

Grande parte dos profissionais declararam não conhecer a atuação das comissões de coordenação, CRIS e CIMS ou terem ouvido falar destas mas não conhecerem sua atuação. Isto se refere a 43 (96,0%) dos CE, 36 (84,0%) dos DC e 40 (74,0%) dos DA. Essa percepção foi identificada em 68 (92,0%) dos gerentes dos PLU, 33 (87,0%) dos NLU e 18 (60,0%) dos gerentes dos PUB. Alguns DA chegaram a participar de alguma comissão por um determinado período. Os comentários favoráveis e desfavoráveis foram tão poucos que tornou-se difícil caracterizar a visão dos profissionais com relação à atuação destas comissões. Houve uma tendência à avaliação desfavorável, sendo apontados como pontos negativos a não continuidade, a falta de resolução e até a natureza política da CIMS e CRIS como razões para o seu mau desempenho.

Com relação à municipalização do Sistema de Saúde, os DA identificaram mais vantagens do que desvantagens na municipalização. As vantagens relacionaram-se principalmente às questões da proximidade entre os atos e local de decisão, maior possibilidade de controle pela população, maior possibilidade de adequar o sistema à necessidade local pelo maior conhecimento dos problemas por parte de quem decide, além da maior agilidade. As desvantagens apontadas foram o tratamento político dos problemas técnicos e a dúvida de que o município conseguisse recursos ou receita suficiente para investir no sistema. Houve alguns depoimentos no sentido de

que o setor público não funciona, independentemente do nível no qual as decisões são tomadas. Os DC ficaram divididos entre vantagens e desvantagens da municipalização, embora conseguissem ver mais vantagens, mesmo tendo alguma dúvida quanto à efetividade destas. As desvantagens vistas pelos DC foram principalmente da ingerência política e em segundo lugar uma preocupação com relação à destinação das verbas ou mesmo sua suficiência. As vantagens foram relacionadas a melhor destinação de recursos, ao interesse maior do nível local em resolver os problemas e até a uma melhor organização do Sistema. Segundo os CE haveria mais vantagens do que desvantagens na municipalização. Na verdade não houve formulação clara de desvantagens. As vantagens foram relacionadas ao fato da decisão estar mais próxima do local onde os serviços são oferecidos propiciando um empenho maior e uma melhora no sistema de saúde. Os gerentes dos PUB viram mais vantagens diferentemente dos gerentes dos NLU que ficaram divididos. Para os gerentes dos PLU foram vistas mais desvantagens do que vantagens. As vantagens vistas pelos gerentes dos PLU e NLU foram principalmente a proximidade da decisão com relação às necessidades e maior possibilidade de controle pela população local. A nível de vantagens os gerentes dos PUB viram a questão de forma um pouco mais ampla, considerando a municipalização como uma forma de melhor equacionar a rede de serviços, e como forma de se obter um sistema de saúde mais adequado. Para os gerentes dos PLU e NLU as desvantagens relacionaram-se

principalmente aos possíveis desvios políticos e pelo temor na dificuldade de financiamento do sistema. Para os gerentes dos PUB esta última também foi a principal preocupação.

"...pode ter problemas de verbas...às vezes arrecadação não vem a contento..."DAPLU

"...negócio é mais direto...vê problemas daquele local...um lugar é diferente do outro..." DAPLU

"...dá margem a muito jogo político..."DAPLU

"...instituição pública...sinônimo de porcaria..."DAPLU

"...mais fácil resolver problema na própria região, repasse de verba, isonomia salarial, universalização..."DAPUB

"...dinheiro vai acabar sendo usado para outra finalidade...administração política e não técnica..."DCPLU

"...comunidade pode cobrar..."DANLU

"...facilita planificação...adapta os recursos a sua população e sua necessidade..." DAPUB

Como um dos objetivos do trabalho era verificar o que os entrevistados conheciam do SUDS/SUS em vários momentos da entrevista estes eram estimulados a relacionar o que estava sendo citado com a implantação do SUDS/SUS e a opinar sobre a relação deste com o trabalho individual ou da instituição. Embora houvesse uma pergunta direta com relação ao conhecimento dos princípios SUDS/SUS, na análise buscou-se resgatar qualquer menção do entrevistado, a um destes princípios, ainda que de passagem.

A análise mais global mostra que, com relação às alterações trazidas pelo SUDS/SUS observou-se um grupo majoritário, que acreditava que o SUDS não alterou nada, ou porque não melhorou a situação ruim do sistema de saúde que já existia, ou porque não propôs nada novo, ou mesmo porque não houve tempo hábil para que se pudesse sentir algum efeito. Razões apontadas para justificar esta avaliação foram o mesmo nível de investimento financeiro, falta de gerenciamento adequado, e o fato das políticas se sucederem e se alterarem rapidamente sem uma melhora para a população que estaria tendo mais dificuldade para ser atendida do que antes. Houve uma maior tendência dos DA e dos gerentes do PLU de responsabilizarem diretamente a implantação do SUDS como fator de piora do sistema. Este tipo de depoimento estava ligado ao descredenciamento e à consequente diminuição de possibilidades de atendimento para a população. Também houve alguns depoimentos no sentido do SUDS/SUS ter propiciado mais corrupção e desvio de verbas. Esta "culpa" atribuída ao SUDS pelos problemas vividos no hospital e a necessidade de "fugir" do sistema podem ser considerados indicadores de resistência.

Os depoimentos no sentido de que o SUDS melhorou o sistema, relacionaram a melhora principalmente à universalização, descentralização e integração e oferta de serviços. Alguns DC destacaram a questão de que o SUS

favoreceria a oportunidade de maior investimento na saúde, priorizando o setor, pelo fato de privilegiar instâncias de decisão mais locais. Parece que os CE foram o único grupo que relacionou ao SUDS uma melhora específica no atendimento pela rede básica de saúde.

Poucos caracterizaram o SUDS como algo que tivesse tido alguma influência no hospital. Com relação às mudanças para o hospital houve uma divisão entre os que identificavam um aumento de demanda e piora de condições de atendimento em relação aos serviços que atenderiam pacientes anteriormente identificados como previdenciários, e naqueles que identificavam diminuição no número de pacientes ou até de receita em função do descredenciamento, nem sempre caracterizado como um fator indesejável. Uma questão frequente e importante foi o maior acesso que os DA consideram estar tendo, aos responsáveis pela Secretaria Estadual para informações e discussões de seus problemas. Outro fator positivo identificado, no caso de alguns hospitais públicos e NLU, principalmente filantrópicas foi a melhora no aporte financeiro proporcionado pelo SUDS. As queixas foram dos hospitais ainda credenciados com relação a uma excessiva fiscalização e controle, diminuição no número de leitos e consultas, e insuficiência do pagamento destas.

"...continua tudo igual....péssimo..." DCNLU

"...tudo é importante mas na prática..." CEPLU

"...antes era INPS, agora SUDS, SUS, amanhã..."
DCNLUU

"...veio para descentralizar...unificação do sistema...ter toda a estrutura de atendimento para o usuário...." CENLU

"...nenhum benefício.. quase fechamos o hospital..."DCPLU

"...SUDS suspendeu o atendimentopovo deixou de ser atendido..." DANLU

"...só muda pra onde vai o dinheiro..." DAPLU

"...agora tá mais fácil chegar para discutir..."
DAPLU

"...O SUDS ajudou a melhorar muitas coisas no hospital..."CENLU

Dos princípios SUDS os mais lembrados foram a universalização, e descentralização, e com menor frequência a regionalização, municipalização, integração e unificação dos serviços públicos. Os DA também lembraram com uma frequência um pouco maior a desburocratização, integração de serviços, hierarquização. Houve maior número de citações entre os gerentes dos NLU e PUB em relação aos gerentes dos PLU. O número dos profissionais que não conseguiram citar algum princípio mesmo quando cotejados os diferentes tipos de profissionais foi relevante: quinze (35,0%) os DC, 17 CE (38,0%) e cerca de 19 (35,0%) DA. Houve algumas respostas do tipo tudo que está no "papel" ou determinado na Constituição, ou se fosse feito tudo que se propôs seria bom. Houve cinco respostas considerando que nada do que o

SUDS/SUS propôs é importante divididas entre os diferentes tipos de hospitais.

Quando os gerentes descreveram as alterações dos últimos anos, embora não se saiba até que ponto o SUDS/SUS tenham sido lembrado em função do objetivo do estudo, são mencionadas questões relacionadas diretamente ou indiretamente ao sistema. O SUDS/SUS foi responsabilizado pelos descredenciamentos e mudanças de demanda. Foi colocada por alguns a necessidade de se manter independentemente do sistema vigente. Quando se falava especificamente do SUDS/SUS chama atenção a grande parcela, que não considerou a proposta como algo que tenha influído no sistema ou o fez de forma negativa. Várias razões podem estar contribuindo para esta visão. Vale salientar que integrantes de certos setores, grupos técnicos ou profissionais tendem a resistir a toda alteração que ponha em risco ou que restrinja sua liberdade de ação, enfraqueça seu poder ou diminua a importância do seu saber específico.(73) Mas não se pode deixar de refletir até que ponto quando se fala da implementação do SUS na verdade trata-se do sistema estatal público e uma parte do setor privado que depende dos recursos do SUS e aqueles que não conseguem integrar-se ao sistema de seguro privado de pré pagamento.(66) Esta rede apresenta um baixo desempenho por vários motivos, entre eles a dificuldade em oferecer determinados serviços em alguns locais, falta de pessoal e problemas de manutenção física. A

proposta do SUS chegou em uma época em que os serviços vinham apresentando uma tendência à piora. Mas como alguns gerentes até lembraram, esta situação não reflete os últimos anos e sim de uma situação prolongada de omissão e descaso com os equipamentos públicos. (3,44)

A continuidade de política, os entraves, os obstáculos e ameaça representam fatores "ambientais" que criam necessidades de adaptação e também incertezas com relação às ações que devam ser desenvolvidas. (87,27,49) Embora haja bastante restrição com relação à política de saúde e a sua implementação, esta parece, de forma geral, não afetar o trabalho dos gerentes e de suas instituições. Nem parece constituir ameaça aos mesmos. Esta "indiferença" poderia indicar também indiferença com relação a participar de um sistema não considerado importante. Por outro lado o sentimento mais concreto de ameaça poderia levar a uma maior resistência.

Ao discutirem principalmente as questões deste item do estudo, nota-se que os hospitais filantrópicos, beneficentes e não lucrativos(PNL) apresentaram certa dificuldade de identificação clara enquanto grupo tendendo neste estudo a concordarem mais vezes com as respostas dos PLU, principalmente quando analisavam as questões ligadas a remuneração e distribuição de recursos. Tal comportamento é de ser destacado quando os entendemos como associações com

objetivo de servir desinteressadamente à coletividade sem qualquer intenção de lucro gozando inclusive de benefícios fiscais. Esse comportamento talvez possa ser entendido em função da história mais longa destas instituições dentro do sistema de saúde brasileiro(43)

A história do processo de municipalização na saúde se mistura com a das conferências nacionais realizadas nos últimos 30 anos. A tese de municipalização volta a ter importância no início da abertura política no País. Fatores como o clientelismo político, as resistências do estado em repassar as poucas verbas do governo federal têm contribuído para desacreditar o sistema.(64,41,15) Não é estranha a polêmica criada entre os entrevistados deste estudo ao se discutir vantagens e desvantagens da municipalização. Esta parece ser compartilhada por vários setores inclusive Secretários Municipais de Saúde.(80)

Com relação às Comissões de Coordenação do SUDS começa a ser sugerida a revisão de algumas formas de participação criados pelo Sistema. O sistema colegiado de comissões do SUDS tem sido considerado como fator de complicação gerando algumas distorções importantes em algumas ocasiões.(71).

Os resultados do estudo com relação ao conhecimento dos princípios do SUS de certa forma corroboram a afirmação de que a divulgação e discussão dos princípios políticos e

estratégicos da Reforma Sanitária ainda é precária. O investimento na formação de quadros e disseminação destes princípios entre os profissionais da saúde parece fundamental(99).

4.7 Concepção de modelo de organização de Saúde.

Não parece haver dúvida da necessidade do planejamento a nível local e regional para a eficiência do Sistema.(32) Capistrano (13)acredita que tenha havido uma democratização do conhecimento aumentando o nível de informação dos profissionais da área de saúde na área da organização dos serviços. Houve bastante variação no nível de respostas a esta questão. Foram colocadas desde simples críticas sem propostas ou alternativas, até respostas bastante elaboradas. Como ficaria difícil traduzir toda esta variedade, optou-se por descrever as características mais frequentemente consideradas importantes no sistema,por parte dos profissionais. A identificação nesta questão parece dar-se de forma mais clara em relação ao agrupamento profissional do que propriamente ao tipo de hospital.

Os DA de forma geral foram os profissionais que responderam esta questão de forma mais elaborada, e os CE os que tiveram maior dificuldade. Para os DA o sistema de saúde

concebido implica em maior investimento na saúde, por um aumento ou maior e melhor utilização do recurso público, pela municipalização e descentralização, e pela eliminação de barreiras e influência política na área da saúde. O investimento em RH também foi bastante citado. Em contraposição a esta idéia temos um grupo basicamente de DA de PLU que coloca a necessidade de tirar a responsabilidade pela saúde do Estado, ou pelo menos a relativa à assistência médica, cabendo a este as ações de saúde pública. De uma certa forma, dentro desta última concepção, mas não exclusivamente, temos um grupo que propõe a diferenciação na prestação da assistência médica numa espécie de seguro-saúde ou pagamento progressivo e diferenciado onde só aquela parcela completamente sem condição de contribuir ou que pudesse contribuir muito pouco, seria atendida gratuitamente ou pelo Estado. A proposta de melhor aproveitamento e investimento na rede pública não foi privilégio do grupo de profissionais de PUB mas foi igualmente lembrada pelos demais grupos.

Foi mais fácil para os DC apontarem os erros que vêm no sistema do que formular sua concepção. As soluções apontadas pelos DC são no sentido da definição clara das competências de cada serviço dentro do sistema. Alguns levantaram a necessidade de investimentos em estrutura básica, a exemplo do saneamento, como fator para melhorar as condições de saúde.

Embora haja uma consciência de que há necessidade de investimentos físicos o ponto mais enfatizado pelos CE foi novamente o de recursos humanos. Foi destacada a necessidade de integrar o sistema com profissionais bem formados, bem remunerados e principalmente capacitados e dedicados. Para os gerentes públicos tanto a questão de investimento no setor quanto a questão de investimento em recursos humanos também apareceu como ponto fundamental.

Um ponto de concordância que independe do agrupamento é a questão da organização do sistema de saúde principalmente em função de parâmetros técnicos, em detrimento do que é considerado como "influência política".

"...sistema regionalizado, municipalizado...mais fácil administrar coisa pequena..." DAPLU

"..aplicar verba da saúde na saúde..." DANLU

"...melhor exploração de recursos próprios do município com casamento município estado..." DAPLU

"...investir na estrutura material e profissional... muito precária..." DAPUB

"..investir...valorizar recurso humano...formação de profissionais capazes..." DCNLU

"...cada cidadão ser responsável por ele mesmo...menos capazes ajudados...alguns pagam seguro saúde....particular procura quem quiser...estado não deve ser prioritariamente prestador..." DAPLU

"...mais tecnicamente e menos politicamente..." DANLU

5. CONCLUSÕES

5.1 Os gerentes entrevistados encontram-se principalmente entre 31 e 60 anos de idade, com uma proporção de mais jovens entre os CE e nos PUB. Uma parte importante teve formação pós-universitária em curso de especialização em Administração Hospitalar. Os vínculos com outras instituições ocorre mais frequentemente entre os DC, com outras instituições de saúde, principalmente em PLU. A maior frequência de filiação a órgãos de classe foi para os DA e nos PLU. Nem sempre houve uma identificação clara do entrevistado com o cargo de gerência em termos profissionais.

5.2 Os hospitais estudados, do ponto de vista dos gerentes entrevistados são instituições que indicam seus gerentes principalmente por capacidade técnica e apresentam uma preocupação importante com o treinamento de recursos humanos. Suas decisões administrativas originam-se em alta proporção a nível da direção.

5.3 De modo geral os hospitais públicos, privados não lucrativos e lucrativos credenciados vivem momento de grande demanda e produção. A produção e demanda dos privados não lucrativos e privados lucrativos não credenciados apresenta-se vinculada ao número de convênios. Neste último caso a

menor produção normalmente foi relacionada a uma história mais recente de descredenciamento junto ao sistema público.

5.4 Foi verificado um nível baixo de conhecimento dos gerentes com relação aos diferentes equipamentos e componentes do sistema de saúde.

5.5 Denota-se uma preocupação importante dos gerentes com relação a quantidade e qualidade dos recursos humanos para o setor, principalmente entre os chefes de enfermagem e gerentes dos hospitais públicos.

5.6 Denota-se uma preocupação importante dos gerentes com a sobrevivência financeira da Instituição. Isto se refere principalmente aos diretores administrativos, e diretores clínicos, principalmente de hospitais privados lucrativos e privados não lucrativos.

5.7 O nível de comunicação dos gerentes com os profissionais do sistema público de saúde é muito pequeno. Este contato é um pouco maior para os diretores administrativos e entre os integrantes do sistema público.

5.8 O nível de comunicação dos gerentes com outros serviços também é pequeno. Este contato é um pouco maior para os diretores administrativos dos hospitais privados lucrativos

e geralmente através de participação nas atividades das entidades de representação dos hospitais.

5.9 Foi demonstrada uma descrença e até um descaso importante com relação ao sistema público de saúde refletidos na percepção de competência dos seus gerentes e na descrença de continuidade da política dos órgãos. Esta descrença foi observada de forma generalizada na população estudada, parecendo independer do grupo profissional ou vínculo institucional.

5.10 A importância dada à Política de Saúde pode ser considerada pequena. Isto pode ser apreciado pelo fato de grande parte dos gerentes não acreditarem ter havido qualquer alteração no sistema de saúde no período relacionado.

5.11 Embora não se constituísse em depoimento frequente pode ser observada alguma preocupação de que a política de saúde pudesse constituir-se em ameaça à existência da instituição.

5.12 Grande parte dos gerentes não referiu mudanças importantes trazidas pelo SUDS/SUS ou seus instrumentos de implementação, ao Sistema de Saúde ou à Instituição.

5.13 Grande parte dos gerentes não demonstrou conhecer os princípios instituídos pelo SUDS/SUS. Este desconhecimento pareceu ser um pouco menor para os diretores administrativos. Quando houve menção, os princípios mais citados foram a universalização e a descentralização. A conclusão 5.12 aliada a este desconhecimento dos princípios podem ser relacionados a como está se dando a difusão desta política através dos diferentes níveis do Sistema.

5.14 A maior parte dos gerentes apresentou grande dificuldade em explicitar sua concepção de sistema de saúde. Esta dificuldade foi menor para os diretores administrativos. Os componentes mais frequentemente considerados importantes foram o investimento em recursos humanos e o privilegiamento da decisão técnica sobre a política nas decisões referentes ao sistema de saúde.

5.15 A Reforma Sanitária que possui base conceitual e legal extremamente bem estruturada, ao que parece pelos indícios deste trabalho, aparentemente não atingiu, de forma adequada e bem sucedida o sucesso esperado na sua divulgação, compreensão e aceitação, mesmo entre as autoridades mais representativas do sistema como é o caso dos gerentes entrevistados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABRAMGE. "Setor público deve repensar a gestão do sistema". **Tema** (nov.): 16, 1991.
02. ABRASCO. Contribuição para análise do plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Rio de Janeiro, 1982.
03. ABRASCO. I - Um balanço da experiência do SUDS. Rio de Janeiro, 1989.
04. AZEVEDO, A.C. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. São Paulo, 1989. |Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP|.
05. BAETA, A.M.C. Deslocando as fronteiras da organização dos serviços de Saúde. **Rev. Adm. Publ.**, 25 (3): 198-202, 1991.
06. BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
07. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e previdência estudos de política social**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
08. BUSS, P. Recessão agrava crise na saúde pública. **Proposta**, (set.): 30 - 8, 1991.

09. CAPER, P. Defining Quality in Medical Care. **Health Affairs**, 7(1): 49-61, 1988
10. CHIAVENATO, I. Teoria do desenvolvimento organizacional(DO) In: ___. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª Ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983. p. 408-466.
11. CNI. "Patrões e empregados devem gerir verba da seguridade". **Tema** (nov.): 9, 1991
12. CONASP. Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência. Brasília, 1982.
13. CONASEMS. Recursos Humanos e financiamento darão a tônica aos debates da 9ª. **Tema** (nov.): 8, 1991.
14. CONASS. A Atual Conjuntura Social e da Saúde-Posicionamento do CONASS. Natal, 16/06/89.
15. CONASS. Municipalização não anula o papel de cada estado. **Tema** (nov.): 12, 1991.
16. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 de outubro de 1988. Brasil.

17. Constituição do Estado de São Paulo, São Paulo, 5 de outubro de 1989. São Paulo.
18. COOK, K. et al. A theory of organizational response to regulation: the case of hospitals. **Academy of Management Review**. 8 (2): 293-305, 1983.
19. CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas. As transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.
20. CORDEIRO, H. A. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial, 1991.
21. CORDONI JR., L. & BERTONE, A.A. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. **Saúde em Debate**, n^o 31 (mar.): 9-10, 1991.
22. CRAIG, D. Hospital culture: change and challenges. **Journal of Healthcare Education and Training**, 2 (1): 19-22, 1987.
23. Decreto No 94.657 de 20 de julho de 1987: dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 21 jul. 1987. p. 11503.

24. DEL BUENO, D.J. & VINCENT, P.M. Organizational culture: how important is it? *JONA* 16 (10): 15-20, 1986.

25. DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis.** Series explorations in quality assessment and monitoring Vol. III. Health Administration Press Ann. Michigan, Arbor, 1985.

26. DROR, Y. Monitoring Policy Outcomes. In: Dunn, W.N. **An Introduction to Public Policy Analysis.** New Jersey, Prentice Hall, 1981. p. 277-333

27. DUNCAN, R.B. Characteristics of Organizational Environments and Perceived Environmental Uncertainty. **Administrative Science Quarterly** :313-27

28. DUNCAN, W.J. Application of a triangulation technique to the study of organizational culture in a rehabilitative health care setting. |Apresentado no National Academy of management meeting health care. Administration Division, 1987|.

29. DURHAM, E.R. Cultura e Ideologia. **Revista de Ciências Sociais**, 27 (1): 71-89, 1984.

30. ECTON, D.R. Leadership in a Changing Environment. *JONA* 17 (12): 6-8, 1987.

31. Exposição de Motivos. **Diário Oficial da União**, 21 jul. 1987. p.11505.
32. FIOCRUZ. Estratégia deve contemplar a diversidade epidemiológica do país. **Tema** (nov.): 13, 1991.
33. FLEURY, M.T.L. Cultura organizacional - os modismos, as pesquisas, as intervenções: uma discussão metodológica. **Rev. Adm. Publ.**, 24 (1): 3-9, 1989.
34. FLEURY, M.T.L. O desvendar a cultura de uma organização - uma discussão metodológica. In: FLEURY, M.T.L. & FISCHER, R.M. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo, Ed. Atlas, 1989. p.15-27.
35. FLEXNER, W A et. al. Confronting organizational culture. Three ways to start. **Health Forum** 29, (6): 38-44, 1986.
36. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Textos de Apoio nº 1 . Núcleo de Publicações e Divulgação da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1981.
37. FUNDAP. Descentralização no Setor Saúde: Antecedentes, Dilemas Atuais e Perspectivas. São Paulo, 1989.

38. GAY, E.G. An Appraisal of Organizational Response to Fiscally Constraining Regulation: The Case of Hospitals and DRGs. **Journal of Health and Social Behavior**, 30 (march): 41-55, 1989.
39. GOLDSTEEN, R.L. et al. Proposta para Avaliação da Organização dos Serviços de Saúde a Nível Local e Regional. Instituto de Saúde-SESSP. Documento Interno. Abril, 1990. |Mimeografado|.
40. GONÇALVES, E.L. As funções do hospital moderno. In: __. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo, Pioneira, 1983. p.3-17.
41. GOULART, F. Municipalização Um processo permanente de mudanças. **Tema** (nov.): 23-4, 1991
42. GRIFFITH, J.R. Principles of the Well-Managed Community Hospital. **Hospital and Health Services Administration**, 34(4): 459-70, 1989
43. GUEDES, J.S.; BARATA, L.R.B.; CORREA, M.C.M.M.A. Os Hospitais Filantrópicos e beneficentes e sua inserção nos sistemas unificados e descentralizados de saúde-SUDS no Brasil. Brasília, 1988.

44. HAMILTON, D.M. Assistência à Saúde Eficácia e qualidade ainda esquecidas. Tema (nov.): 25-6, 1991
45. HUGHES, L. Assessing organizational culture: strategies for the external consultant. *Nursing Forum*, 25 (1): 15-19, 1990.
46. INOJOSA, R.M. A municipalização nos sistemas de saúde unificados e descentralizados de saúde (SUDS). *Rev. Adm. Publ.*, 24 (4): 26-45, 1990.
47. JAEGER, M.L. Financiamento do SUS Quem paga a conta e quem se apropria dos recursos. Tema (nov.): 20-2, 1991.
48. JUNQUEIRA, A.P., INOJOSA, R.M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Rev. Adm. Públ.*, 24 (4): 7-25, 1990.
49. JURKOVICH, R. A Core Typology of Organizational Environments. *ASQ*. 380-94.
50. L'ABBATE S. O Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas. São Paulo, 1990. |Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da USP|.

51. Lei Orgânica da Saúde, Brasília, 13 de dezembro de 1989.
52. LENARTOWICZ, H. Organisational Behaviour. **Nursing Times**. 85(51): 44-5, 1989
53. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia. 2^a ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.
54. MALIK, A.M. Formulação de políticas públicas: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo. São Paulo, 1991. |Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP|.
55. MARSIGLIA, R.G. Evolução da assistência médica na Previdência Social. São Paulo, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1989.
56. MEDICI, A.C. II - O financiamento da saúde e a nova Carta Constitucional - limites e possibilidades. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1989.

57. MELO, M.C.O.L. Produto e produtores da cultura organizacional: algumas questões sobre o comportamento dos empregados. |Apresentado ao Seminário "Cultura Organizacional e Estruturas de Mudança".São Paulo 1989|
58. MENDES, E.V. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Atual Contexto da Reforma Sanitária Brasileira |Conferência proferida no Seminário Interinstitucional sobre a Reforma Sanitária e a Organização dos Serviços de Saúde no Rio Grande do Norte. Natal, 17/09/1987|.
59. MERCADANTE, O.A. Prev-Saúde. Introdução a um debate. São Paulo, 1981. |Mimeografado|.
60. MERHY, E.E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate** nº 30 (dez.): 8-9, 1990
61. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo quer participação da sociedade na gestão do sistema. **Tema** (nov.): 7, 1991
62. MOTTA, P.R. Gerência de idéias novas como despertar a criatividade e vencer a importância do desejo inovacional? **Rev. Adm. Públ.**, 23, (4): 71-86, 1989.

63. MS-MPAS-SESSP-SHSMSP. Programa de ações integradas de saúde na região metropolitana de São Paulo. São Paulo, 1983.
64. NASCIMENTO, A. Municipalização Trinta anos de esperança e frustrações. **Tema** (nov.): 3-12, 1991
65. OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (Im)Previdência social: 60 anos de história da da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989.
66. PAIM, J.S. Um alerta quando a municipalização não é o caminho. **Tema** (nov.): 27-8, 1991
67. PASTORE, J. Brasília: a cidade e o homem. São Paulo, EDUSP, 1969.
68. PASTORE, J.; Medidas de atitude. Instituto de Matemática e Estatística-USP, 1971. |Mimeografado|.
69. PETERSON, M.E.; ALLEN, D.G.; Shared Governance: A Strategy for Transforming Organizations. **JONA**. 16 (2): 11-6, 1986

70. PINEAULT, R.; CHAMPAGNE, F.; TROTTIER, L.H. The Integration of Public Health in Hospitals: The Case of Community Health Departments in Quebec. *Journal of Public Health Policy*, (autumn): 314-23, 1986.
71. PINTO, A.L. & DONINI, W.G. O contexto institucional e operacional do setor saúde e sua relevância para o SUDS. *Rev. Adm. Publ.*, 25 (3): 139-54, 1991.
72. QUATRO Experiências a partir de uma teoria. *Espaço para a Saúde*. N^o1: 13-4,
73. RAMOS, A.G. Estratos da burocracia no Brasil. In: __. *Administração e contexto brasileiro*. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas. 1983. p.220-6.
74. REAMES, Jr, H.R.; DUNSTONE, D.C. Professional Satisfaction of Physicians. *Arch Intern Med.*, 149 (set.): 1951-6, 1989.
75. Relatório da 8^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986. |Mimeografado|.
76. RODRIGUES FILHO, J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. *Rev. Adm. Públ.*, 24 (4): 78-86, 1990.

77. ROSSI, S.S. A Constituição do Sistema de Saúde no Brasil. São Paulo, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1980.
78. ROTONDI, T. Commitment to Organisation and Profession: A Review. **Journal of General Management**. 6(Review): 15-21, 1980.
79. RUIZ, E.A.C. Propostas de Integração das Instituições de Saúde. São Paulo, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1989.
80. RUIZ, E.A.C. & PASCALICCHIO, A.E. Municipalização da Saúde no Estado de São Paulo. Diagnóstico de Situação. São Paulo, Instituto de Saúde da SESSP, 1991.
|Mimeografado|.
81. SANTANA, J.P. & CAMPOS, F.E. A valorização do trabalho em saúde. **Tema** (nov.): 21-2, 1988.
82. SCHEIN, E. H. Uma Nova Concepção de Cultura Organizacional. |Mimeografado|.

83. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo - Política hospitalar para o Estado de São Paulo no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. São Paulo, maio de 1987. |Mimeografado|.
84. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo - Proposta de nova gestão administrativa dos hospitais públicos do SUDS-SP. São Paulo, agosto de 1987. |Mimeografado|.
85. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo - Uma revolução na área da saúde. São Paulo, 1988.
86. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo - O SUDS/SP - antes e depois. São Paulo, Fevereiro de 1989. |Mimeografado|.
87. SHORTELL, S.M. The Role of Environment in a Configurational Theory of Organizations. **Human Relations**, 30 (3): 275-302, 1977.
88. SHORTELL, S.M. et al. Economic regulation and hospital behavior: the effects on medical staff organization and hospital - physician relationships. **Health Services Research**. 20 (5): 597-628, 1985.

89. SHORTELL, S.M. The evolution of hospital systems: unfulfilled promises and self-fulfilling prophecies **Medical Care Review**, 45 (2): 177-214, 1988.
90. SHORTELL, S.M. The Keys to Successful Diversification: Lessons from Leading Hospital Systems. **Hospital and Health Services Administration**, 34 (4): 471-92, 1989.
91. SILVA, L.M.V. A descentralização das ações de saúde no município: o caso de camaçari. São Paulo, 1989. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP].
92. SIMMONDS, S. Human Resource development: the management planning and training of health personnel. **Health Policy and Planning** 4(3): 187-96, 1989.
93. SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly** 28 : 339-58, 1983.
94. SPINK, M.J.P. A dimensão organizacional das políticas públicas. **Cadernos FUNDAP**, nº13 (abr.):27-33, 1987.
95. STORCH, J.L. Hospital Administrators as Professionals: A Study of Occupational Role Identity. **Hospital and Health Services Administration** 34 (4): 507-23, 1989.

96. SUDS - SP. Processo de municipalização. São Paulo, 1989.
97. TANAKA, O.Y. et al. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, nº 33, (dez), 73-79.
98. TAVARES, M.G.P. A figura do herói, a dinâmica do poder e a mudança cultural: o caso RFFSA. Seminário "Cultura Organizacional e Estruturas de Mudança", 1989.
|Mimeografado|.
99. TEMPORÃO, J.G. Os avanços e recuos do novo sistema. **Tema** (nov.): 16-8, 1988.
100. THEVENET, M. La culture d'entreprise aujourd'hui: la consolidation arès la sensibilisation. |Apresentado ao Seminário Cultura e Mudança - USP, 1990|.
101. THOMAS, C. et al. Measuring and Interpreting Organizational Culture. **JONA**, 20 (20): 17-24, 1990.
102. VECINA NETO, G. Análise da situação da Secretaria de Estado da Saúde e formulação de propostas para seu futuro imediato. **Saúde em Debate**, nº 33, (dez), 80-82.

103. VECINA NETO, G. A formulação de administradores para o setor saúde. Considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da universidade. **Rev. Adm. Publ.**, 24 (4): 95-99, 1990.
104. WIGLEY, D. Performance Review, Motivational and Organisational Culture. **Health Services Management**. 46 (Dec): 252-5, 1989.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram traçar um perfil básico dos gerentes; caracterizar sua atitude e conhecimento com relação a própria instituição e outros serviços do sistema de saúde; caracterizar sua atitude e conhecimento com relação aos princípios do SUDS/SUS; registrar fatores relacionados a mecanismos de integração e resistência com relação ao Sistema de Saúde no qual se encontram inseridos. O estudo foi realizado em três SUDS-Regionais dos 15 da Coordenação Regional de Saúde 1 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que abrange a Grande São Paulo. Um dos SUDS-R escolhido se situava dentro do município de São Paulo (ainda não municipalizado), um SUDS-R apresentava todos os municípios com sistemas de saúde municipalizados, e no outro SUDS-R nem todos os municípios apresentavam sistemas de saúde municipalizados. Optou-se por entrevistar os diretores administrativos(DA), diretores clínicos(DC), e chefes de enfermagem(CE) de todos os hospitais destes SUDS-R. Outro critério de escolha dos SUDS-R foi a diversidade de vínculos dos hospitais da área. Foram estudados 18 hospitais do SUDS do município, 10 do SUDS não totalmente municipalizado, e 26 do SUDS totalmente municipalizado, perfazendo um total de 54 hospitais, correspondendo a 82,0% dos hospitais existentes nestes locais. Na classificação por vínculo ficou-se com 11 hospitais públicos(PUB), 14 hospitais de finalidade não lucrativa(NLU), 29 hospitais privados lucrativos(PLU). Foram entrevistados 54 DA, 43 DC e 45 CE, perfazendo um total de 142 entrevistas.

A coleta de dados foi feita através de entrevista constituída de 47 questões fechadas e abertas. As respostas às questões fechadas foram tabuladas através de um programa SPSS para computador. As respostas às questões abertas e comentários foram ordenadas e submetidas à análise de conteúdo, técnica desenvolvida no campo das ciências sociais e para análise de cultura institucional. Os gerentes em grande parte foram formados através de cursos de especialização em administração hospitalar, ainda que nem sempre demonstrassem uma identificação clara com o papel de gerente. Os hospitais estudados se apresentaram como serviços que concentram suas decisões administrativas a nível da direção, apresentam uma variabilidade de produção dependente da finalidade da instituição e o momento histórico vivido, e um interesse importante no treinamento de seus recursos humanos. O nível de comunicação, integração e conhecimento dos gerentes com relação aos outros componentes do sistema que não seu próprio hospital constatou-se ser bastante pequeno. Os gerentes demonstraram preocupação importante com relação à sobrevivência financeira da instituição e a qualidade de seus recursos humanos, e uma descrença grande no sistema público de saúde. Grande parte dos gerentes não referiu mudanças importantes em função da implementação do SUDS. Grande parte dos gerentes demonstrou não conhecer suficientemente os princípios instituídos pelo SUDS/SUS.

SUMMARY

The Brazilian Health System Reform (Reforma Sanitária) proposed in the 1988 Constitution consisted essentially in the local level service management, comprehensive coverage and service hierarchy. The process seems to be opposed by the established public and private services, and presents insufficient participation of these services. The purposes of the study were to construct a basic profile of the managers; characterize their attitude toward their own hospital and other services of the Health System; characterize their attitude and knowledge of the most recently national health policy, SUS (Unified Health System); register factors related to integration and resistance mechanisms in relation to the policy and health system. The author chose three administrative divisions (SUDS-R) of the 15 of the Regional Coordination of the Health State Secretariat of São Paulo State that comprises the region of Great São Paulo (municipality of São Paulo, and suburbs). One of the SUDS-R chosen was within the municipality of São Paulo, that does not administer alone the health system. In another SUDS-R all municipalities had their health systems administered by the municipality itself. In the last SUDS-R not all the municipalities administered their health systems. The author chose to interview the managers (M), clinical directors (CD) and head nurses (HN) of all hospitals of the three SUDS-R. Another

criterion for choosing the SUDS-R was the diversity in terms of purposes of the hospitals of these SUDS-R. Eighteen hospitals of the SUDS-R of the São Paulo municipality, 10 of the SUDS-R where not all municipalities administered their health systems, and 26 from the SUDS-R with municipalities administering their health systems, summing up to 54 hospitals which represent 82,0% of all hospitals of these localities were visited. Classification by purpose showed 11 public hospitals(PUB), 14 not for profit hospitals (NP), and 29 for profit hospitals with profitable purposes(P). Fifty four M, 43 CD, and 45 HN were interviewed summing up to 142 interviews.

Data was collected through an interview composed of 47 closed and open-ended questions. Responses to closed questions were tabulated through a SPSS software program. The responses to the open ended questions and all comments were ordered and submitted to analysis of content, technique developed in social sciences and for organizational culture analysis. Most of the interviewees had been trained through a course in hospital administration, although many did not identify clearly their role as managers. The hospitals studied according to the managers interviewed, were presented as services that concentrate their administrative decisions upon the directors, present variation in production that depends upon the purpose of the institution and the historical phase undergoing, and important interest

in training their human resources. The degree of communication, integration and knowledge of managers in relation to other components of the system besides their own hospital was observed to be quite small. The managers showed their concern in relation to the financial outcome of the institution and the quality of their human resources, and some degree of disbelief in the public health system. Great part of the managers did not refer important changes in the health system due to the implementation of SUS. A great part of the managers did not seem to show sufficient knowledge of the principles preconized by SUS.

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

ABH	- Associação Brasileira de Hospitais
ABRAMGE	- Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AHESP	- Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo
AIH	- Autorização para Internação Hospitalar
AIS	- Ações Integradas de Saúde
AMB	- Associação Médica Brasileira
CE	- Chefe de Enfermagem
CIMS	- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	- Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	- Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CMPS	- Conselho Médico da Previdência Social
CONASP	- Conselho Consultivo de Administração e Saúde Previdenciária
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRIS	- Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	- Coordenação Regional de Saúde
DA	- Diretor Administrativo
DC	- Diretor Clínico
ERSA	- Escritório Regional de Saúde
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	- Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAPB	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários

IAPC	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários
IAPI	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPTC	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	- Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
MEC	- Ministério de Educação e Cultura
MS	- Ministério da Saúde
NLU	- Hospital de Finalidade Não Lucrativa
PIASS	- Programa de Intewriorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLU	- Hospital Privado de Finalidade Lucrativa
PPA	- Plano de Pronto Ação
PPREPS	- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREVSAÚDE	- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROAHSA	- Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
PUB	- Hospital Público
RH	- Recursos Humanos

SESSP	- Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SIDA	- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINDHOSP	- Sindicato dos Hospitais
SINPAS	- Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial
US	- Unidade de Serviço

ANEXO - 01

Organização dos Serviços de Saúde a Nível Local e Regional

Este questionário faz parte de um projeto que objetiva compreender o processo de implantação do SUDS/SUS a nível local e regional e seus reflexos nos serviços de saúde. Os objetivos deste questionário são saber os problemas e acertos deste processo sob o ponto de vista dos gerentes de serviços assim como traçar um perfil dos mesmos. A inclusão de algumas questões podem parecer sem sentido para atingir os objetivos propostos mas foram incluídas como perguntas controle e para permitir comparação com outros estudos na área, o que conferirá uma maior consistência aos resultados.

O conteúdo do questionário só poderá ser relacionado a quem responde através de um código criado para digitação. O nome correspondente ao código, em poder somente da pesquisadora, garantirá o sigilo absoluto das informações.

Grande parte das questões são de múltipla escolha para tentar facilitar seu trabalho. Nestas colocar um X ou um círculo no número que antecede a(s) alternativa(s) escolhida(s). Também fornecemos algumas explicações em questões que achamos poderiam gerar dúvidas. Existem espaços em cada questão para você fazer qualquer comentário que julgar pertinente ou necessário, ou alguma alternativa que não tenhamos previsto. Pedimos que comente ou diga o porque de sua classificação ou resposta, e indique a relação ou diferença que ocorreu com a implantação do SUDS/SUS. Consideramos seus comentários muito importantes.

Usamos a expressão ERSa para nos referirmos ao escritório regional de saúde, o SUDS-R de sua Região; e a expressão SUDS/SUS para designar a política que está sendo implementada pela Secretaria de Estado da Saúde.

Código: _____ Data do Recebimento ____/____/____ !_!_!_!
 SUDS-R _____ 1 2 3
 Instituição(Nome e Tipo ou Finalidade): _____ !_!_!_!_!
 _____ 4 5 6 7
 _____ 8 9

- 1 Sexo: 1 Masculino 2 Feminino !_!10
- 2 Data de Nascimento ____/____/____ !_!11
- 3 Cargo/Função na Instituição: _____ !_!13

- 4 Grau de Escolaridade e área de formação _____ !_!14

- 5 Título/Diploma mais alto: _____ !_!15

- 6 Especialização em Saúde Pública 1 sim 2 não !_!16
- 7 Se sim, curso ou título e Instituição onde foi obtido: _____ !_!17
 _____ !_!18

- 8 Especialização em Administração Hospitalar: 1 sim 2 não !_!19
- 9 Se sim, curso ou título e Instituição onde foi obtido _____ !_!20
 _____ !_!21

- 10 Tempo no cargo ou função: _____ !_!_!222

- 11 Exerceu outro cargo/função na Instituição antes do atual 1 sim 2 não !_!24
- 12 Se sim, por quanto tempo e em que cargo/função: _____ !_!_!252
 _____ !_!27

- 13 Trabalha ou trabalhou em outra Instituição 1 sim 2 não !_!28
- 14 Em caso positivo, onde e em que cargo/função e por quanto tempo? Citar o último no caso de vínculo não atual !_!29
 _____ !_!30
 _____ !_!_!313

15 Nos últimos 12 meses você fez algum curso/treinamento visando avaliação? Pesquisa? Administração Hospitalar? Saúde Pública? (especifique o tipo de curso(s) e Instituição(ões) onde foi realizado)

!_!333
!_!35

16 Nos últimos 12 meses você participou de alguma pesquisa ou publicação como autor ou co autor, ou de algum curso na qualidade de professor:

ÁREA	SIM	NÃO

Pesquisa	1	2
Cursos	1	2
Publicações	1	2

!_!36
!_!37
!_!38

17 Em caso negativo você gostaria de ter esta oportunidade?

1 sim 2 não 3 Não é o caso

!_!39

Comentários:

18 Você é filiado ou faz parte de

1 Partido político

2 outro órgão ou serviço de saúde: _____

3 organização comunitária: _____

4 outro: _____

!_!40

Comentários:

19 Como você gostaria de ser classificado profissionalmente.

1 Profissional de Saúde

2 Profissional de Saúde Pública

3 Administrador de serviços

4 Administrador de políticas

5 Agente de Mudanças na Saúde

6 Outro _____

!_!41

Comentários:

20 Na sua instituição a indicação das pessoas que ocupam cargos de gerência é influenciada principalmente por:

1 Capacidade técnica

2 Realizações profissionais

3 Interesses pessoais da Direção

4 Relações pessoais dentro da Instituição

5 Relações pessoais fora da Instituição

6 Outras qualidades (especifique) _____

!_!42

Comentários:

21 Nestes últimos três anos o que tem determinado a implantação de novos serviços ou projetos no seu hospital (marque todas pertinentes).

1 Disponibilidade de recursos financeiros

2 " de pessoal capacitado

3 Necessidade de aumentar a receita da Instituição

4 Política da Secretaria de Saúde do Estado(SUDS)

5 Outro: _____

!_!43

22 Qual tem sido o mais importante e porque?

23 Com relação a programas de educação continuada(cursos, treinamentos, estágios) a sua Instituição: (anote todas pertinentes).

1 Oferece programas para os funcionários da Instituição

2 Oferece programas para funcionários de outros hospitais

3 Oferece programas para funcionários das unidades do ERSA

4 Oferece programas para funcionários de outros serviços

5 Não oferece programas de educação continuada

!_!4

Comentários:

24 No caso de existirem programas de educação continuada, quais são oferecidos, e que tipo de profissionais abrangem?

1 Não é o caso

!_!4

Comentários:

25 No seu hospital quantos elementos da equipe técnica de nível universitário além da direção estão envolvidos nas tomadas de decisão sobre as seguintes atividades:

NC Não é o caso

ITENS	TODOS	MAIORIA	POUCOS	NENHUM	NC	
Seleção dos profissionais contratados	1	2	3	4	5	!_!46
Educação Continuada	1	2	3	4	5	!_!47
Demandas Legais e Profissionais	1	2	3	4	5	!_!48
Serviços e programas a serem oferecidos	1	2	3	4	5	!_!49
Avaliação e Planejamento	1	2	3	4	5	!_!50
Convênios com o SUDS	1	2	3	4	5	!_!51
Convênios com outras Instituições	1	2	3	4	5	!_!52

Comentários: Como se dá a participação?

26 Você acredita que no ERSa a indicação das pessoas que ocupam cargos de gerência é influenciada principalmente por

- 1 Capacidade técnica
- 2 Realizações profissionais
- 3 Interesses Pessoais/Políticos de dirigentes de órgãos públicos
- 4 Relações pessoais dentro da Secretaria de Saúde
- 5 Relações pessoais fora da Secretaria de Saúde
- 6 Ligações com Partido Político
- 7 Outro(especifique): _____

Comentários:

!_!5

27 Gostaríamos de saber qual a avaliação que você tem de diferentes componentes do sistema de saúde de sua região. De modo genérico como você classificaria os seguintes itens na sua região

MB Muito Bom	B Bom	R Regular			RU Ruim		
NS Não Sei	NA Não existe na região						

ITEM	MB	B	R	RU	NS	NA	

RECURSOS HUMANOS DOS							
SEVIÇOS DE SAÚDE (A)	1	2	3	4	5	6	!_!54
RECURSOS FINANCEIROS (B)	1	2	3	4	5	6	!_!55
SISTEMA DE REFERÊNCIA E							
CONTRA REFERÊNCIA (C)	1	2	3	4	5	6	!_!56
CONTRATOS/CONVÊNIOS COM							
HOSPITAIS(D)	1	2	3	4	5	6	!_!57
QUALIDADE TÉCNICA DOS							
SERVIÇOS(E)	1	2	3	4	5	6	!_!58
ACEITAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA							
POPULAÇÃO (F)	1	2	3	4	5	6	!_!59
DESBUROCRATIZAÇÃO(G)	1	2	3	4	5	6	!_!60
DESCENTRALIZAÇÃO (H)	1	2	3	4	5	6	!_!61

Comentários:

28 De maneira geral os planos e procedimentos da Secretaria Estadual da Saúde tem continuidade?

1 sim

2 às vezes

3 não

Comentários:

!_!62

29 De maneira geral os planos e procedimentos da(s)
Secretaria(s) Municipal(is) da Saúde tem continuidade.

- 1 sim
 - 2 às vezes
 - 3 não
- Comentários:

!_!63

30 De maneira geral você recebe informações a respeito das
ecisões da Secretaria de Estado da Saúde(ERSA) com
relação a seu Hospital através de:

- 1 reuniões periódicas_____
 - 2 cartas/ofícios/impressos_____
 - 3 relatórios_____
 - 4 telefonemas_____
 - 5 outros_____
 - 6 Nunca recebe informações_____
- Comentários/Exemplos:

!_!64

31 Quando e quais foram as alterações principais no setor
saúde que ocorreram na sua região nos últimos 3 anos?

32 Quando e quais foram as alterações principais que
correram no seu hospital nos últimos 3 anos?

33 Classifique o desempenho de uma forma geral na sua região os seguintes estabelecimentos:

MB Muito Bom	B Bom	REG Regular	R RUIM	NE Não existe na região		

	MB	B	REG	R	NE	

Unidades Básicas de Saúde(A)	1	2	3	4	5	!_!65
Serviços Ambulatoriais Privados(B)	1	2	3	4	5	!_!66
Consultórios Particulares(C)	1	2	3	4	5	!_!67
Hospitais Públicos(D)	1	2	3	4	5	!_!68
Hospitais Filantrópicos(E)	1	2	3	4	5	!_!69
Hospitais Privados não Filantrópicos(F)	1	2	3	4	5	!_!70
Gerência Pública de Saúde Local(G)	1	2	3	4	5	!_!71
Gerência Privada de Saúde Local(H)	1	2	3	4	5	!_!72

Comentários:

34 Quais os principais obstáculos para o funcionamento dequado dos hospitais de sua região?

35 Quais os principais obstáculos para o funcionamento dequado de seu hospital?

36 Qual a maior ameaça para seu hospital?

37 Você realiza reuniões com: (assinale todas pertinentes).

1 outros hospitais

2 líderes comunitários

3 outros serviços de saúde: _____

4 outros: especifique _____

5 Não são realizadas estes tipos de reuniões

!_!73

38 Em caso afirmativo com que finalidade estas reuniões são realizadas?

1 Não é o caso

Comentários:

!_!74

39 Na sua região os hospitais estão sempre abertos a contratos que também beneficiam o setor da saúde pública?

1 sim

2 às vezes

3 não

4 não se aplica

Comentários: Em caso negativo porque não? Isto se refere a todos os tipos de hospitais?

!_!75

40 O seu hospital variou sua prática na assistência nestes últimos 3 anos através de :

	SIM	POUCO	NÃO	
Aumento de pessoal(A)	1	2	3	!_!76
Aumento de produção de médicos(B)	1	2	3	!_!77
" " outros profissionaisC	1	2	3	!_!78
Aumento de pessoas atendidas(D)	1	2	3	!_!79
Aumento de cirurgias(E)	1	2	3	!_!80
Aumento de consultas especializadasF	1	2	3	!_!81
Aumento de consultas gerais(G)	1	2	3	!_!82
Aumento no número de exames subsidiários(H)	1	2	3	!_!83
Aumento de encaminhamento de outros serviços(I)	1	2	3	!_!84
Aumento de encaminhamentos para outros serviços(J)	1	2	3	!_!85
> envolvimento dos médicos nas tomadas de decisão(L)	1	2	3	!_!86
> envolvimento dos funcionários nas tomadas de decisão(M)	1	2	3	!_!87
Estabelecimento de novos serviços(N)	1	2	3	!_!88
Aumento da cobertura a previdenciáriosO	1	2	3	!_!89
Aumento da cobertura a não previdenciários(P)	1	2	3	!_!90
Outro: _____(Q)	1	2	3	!_!91

Comentário/Exemplos:

41 Os recursos financeiros para seu hospital tem aumentado nos últimos 3 anos?

- 1 sim
- 2 parcialmente
- 3 não

!_!92

Comentários:Quais tipos de recursos financeiros ?

42 Políticas e regulamentações representam tanto dificuldades como oportunidades. No seu caso, de maneira geral, você acredita que a política e as regulamentações da Secretaria de Estado da Saúde nestes últimos três anos tem sido um entrave para o seu hospital?

43 Quais os benefícios/vantagens da municipalização? E os aspectos negativos?

44 Com relação às comissões CIMS (comissão interinstitucional municipal de saúde) e CRIS (comissão regional interinstitucional de saúde) você diria que na sua região elas apresentam boa atuação/desempenho

1 sim 2 às vezes
3 não 4 já ouvi falar mas não conheço atuação
5 não conheço as comissões/ não existem
Comentários:

!_!93

45 Qual seria a estrutura mínima (condições mínimas) necessárias para gerenciar o seu Hospital em termos de recursos físicos (estruturais), financeiros e humanos? Você a possui?

46 Como você organizaria o sistema de assistência à saúde de sua região?

47 Quais os benefícios/problemas que o SUDS/SUS trouxe para seu Hospital? para o seu trabalho? Quais princípios SUDS/SUS considera mais importante? O SUS é irreversível?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

AV. DR. ARNALDO, 715 - 01255 - SÃO PAULO, SP - TELS. 280-3233 • 853-2329

BRASIL

São Paulo, 13 de março de 1991.

Senhor Diretor:

Apresento a V.Sa. a Dra. Emily Anna Catapano Ruiz, médica, realizando seu doutorado neste Departamento sobre atitudes dos profissionais de saúde a respeito da Reforma Sanitária.

Apreciaria muito a atenção que V.Sa. e outros dirigentes dessa Entidade puderem oferecer à profissional tendo em vista a viabilização de sua pesquisa, de grande relevância para o futuro de nosso Sistema de Saúde.

Atenciosamente

Antonio Carlos de Azevedo

Pesquisador Visitante
Orientador

Organização dos Serviços de Saúde a Nível Local e Regional

Este questionário faz parte de um projeto que objetiva compreender o processo de implantação do SUDS/SUS a nível local e regional e seus reflexos nos serviços de saúde que compõem o sistema. Os objetivos deste questionário são saber os problemas e acertos deste processo sob o ponto de vista dos gerentes de hospitais, assim como traçar um perfil dos mesmos.

O conteúdo do questionário só poderá ser relacionado a quem responde através de um código criado para digitação. O nome correspondente ao código, em poder somente da pesquisadora, garantirá o sigilo absoluto das informações aqui contidas. Fazem parte deste estudo os hospitais de três SUDS diferentes. Nestes hospitais serão entrevistados os diretor/dirigente, o diretor clínico e chefe de enfermagem. Assim fazem parte do estudo cerca de 80 hospitais, e conseqüentemente cerca de 240 profissionais.

Consideramos suas respostas e seus comentários muito importantes por acreditarmos que seja fundamental ouvir e contar com a participação dos responsáveis pelo serviços de saúde para que qualquer medida que afete o sistema seja posta em prática e possa ser bem sucedida.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida pela responsável pelo projeto:

Emily Anna Catapano Ruiz
Aluna de Doutorado da Disciplina
de Administração Hospitalar da
Faculdade de Saúde Pública da USP
Telefone para contato: 282-18-36

MANUAL DE CODIFICAÇÃO

0=NSA

8=Outro

9=NRespondeu

7=NSei

VARIÁVEL	QUESTÃO	RESPOSTA	COLUNA	CAMPO
QUEST		1-200	1-3	3
DIA		1-31	4-5	2
MÊS		3-6	6	2
SUDS	1=-----	2=----- 3=-----	7	1
FIM		GMUNFIL=1 GMUNFU=2 GMUNEP=3 GMUNAD=4 GESTAUT=5 GESTEP=6 GESTAD=7 GFEDAD=8 PRIFU=10 PRIFIL=11 PRILU=12 PRINLU=13	8-9	2
SEXO	1	1=M 2=F	10	1
IDADE	2	EM ANOS COMPLETOS	11-2	2
CARGO	3	DIRETOR=1 DIRETORCLIN=2 CHEFEENF=3 DIRETORADM=4 SUPERINT=5 ADMIN=6 OUTRO=8	13	1
ÁREA	4	MÉDICA=1 ENFERMAGEM=2 ECONOMIA/ADM=3 CSOCIAIS=4 ENGENHARIA=5 PRIGRAU=6 SEGGRAU=7 OUTRO=8	14	1
TÍTULO	5	UNIVERS=1 RESIDÊNCIA=2 ESPADMHOS=3 ESPSAPU=4 MESTRADO=5 DOUTOR+=6 NUNIV=7 OUTRO=8	15	1
ESPSAPU	6	SIM=1 NÃO=2	16	1
TÍTULO		ESPEC=1 RESID=2 MESTR=3 DOUTOR+=4 OUTRO=8 0=NSA	17	1
INSTITUIÇÃO	7	FMUSP=1 FSPUSP=2 FCMSCSP=3 ----=4 -----=5 -----=6 SÃO CAMILO=7 OUTRO=8	18	1
ESPADMHOS	8	SIM=1 NÃO=2	19	1
TÍTULO2		ESPEC=1 RESID=2 MESTR=3 DOUTOR+=4 OUTRO=8	20	1

INSTITUIÇÃO2	9	FMUSP/PROH=1 FSPUSP=2 THOMFATH=3 ----=4 -----=5 -----=6 SÃO CAMILO=7 OUTRO=8	21	1
TEMCARGO	10	EM ANOS COMPLETOS ATE 0.4=0 0.5+=1 00=MESES	22-3	2
OUTCAR	11	SIM=1 NÃO=2	24	1
TEMCAR2		EM ANOS COMPLETOS ATE 0.4=0 0.5+=1 00=MESES	25-6	2
OUTFUN	12	CARGDIR=1 CORPOCLIN=2 ENF=3 CARGADM=4 NSA=0 OUTRO=8	27	1
OUIINST	13	SIM=1 NÃO=2	28	1
LOCAL	14	ÓRGEST=1 ÓRGMUNIC=2 INSPRIFIL=6 INSPRILU=3 INSTIT DE ENSINO=4 CLINPART=5 OUTRO=8	29	1
OUTFUN2		CARGDIR=1 CORPOCLI=2 ENF=3 CARGAD=4 NSA=0 OUTRO=8	30	1
TEMCAR3		EM ANOS COMPLETOS ATÉ 0.4=0 0.5+=1 00=meses	31-2	2
CURSO	15	AVALSERV=1 PESQ=2 ADMHOSP=3 SAUPUB=4	33-4	2
INSTITUI ÇÃO 2		FMUSP=1 FSPUSP=2 FCMSCSP=3 ----=4 -----=5 -----=6 SÃO CAMILO=7 OUTRO=8	35	1
AUTOR	16	PESQUISA BRANCO=0 MARCADO=1	36	1
		CURSO BRANCO=0 MARCADO=1	37	1
		PUBLICAÇÃO BRANCO=0 MARCADO=1	38	1
OPORTUN	17	SIM=1 NÃO=2 NSA=3	39	1

FILIAÇÃO	18	PARTPOL=1 ORGSAU=2 ORGCOM=3 8=OUTRO	40	1
CLASSPRO	19	PROSAU=1 PROSAUP=2 ADMSER=3 ADMPOL=4 AGMUD=5 OUTRO=8	41	1
GERINST	20	CAPTEC=1 REALPRO=2 INPEINS=3 RELPESD=4 RELPEF=5 OUTRAS=8	42	1
IMPLANT	21	RECFIN=1 PESS=2 AUMREC=3 SUDS=4 OUTRO=8	43	1
EDCONT	23	FUNINS=1 FUNOUHOS=2 FUNERS=3 FUNOUSER=4 NÃO=5 OUTRO=8	44	1
QUEDCONT	24	NÃO SE APLICA=1	45	1
DECISÃO	25	SELPRO TODOS=1 EDCONT MAIORIA=2 DEMLEG POUCOS=3 SERPRO NENHUM=4 AVPLAN NÃO E CASO=5 CONVSUDS CONVOUT	46 47 48 49 50 51 52	1 1 1 1 1 1 1
GERERSA	26	CAPTEC=1 REALPRO=2 INTOP=3 RELPESD=4 RELPEF=5 PARTPOL=6 OUTRO=8	53	1
AVALSIST	27	RECHUM RECFIN MB=1 REFCR B=2 CONTHOS R=3 QUAL RU=4 ACEIT NS=5 DESBURO NA=6 DESCENTR	54 55 56 57 58 59 60 61	1 1 1 1 1 1 1 1
CONSECEST	28	SIM=1 ASVEZES=2 NÃO=3	62	1
CONSMS	29	SIM=1 ASVEZES=2 NÃO=3	63	1
INFERSA	30	REUPER=1 CARTAS=2 RELAT=3 TELEFO=4 OUTRO=8 NUNCA=6	64	1

DESEMP	33	UBS	MB=1	65	1
		AMBPRI	B=2	66	1
		CONSPART	REG=3	67	1
		HOSPU	R=4	68	1
		HOSFIL	NE=0	69	1
		HOSPRI		70	1
		GERPU		71	1
		GERPRI		72	1
REUNI	37	OUTRHOS=1	LIDCOM=2		
		OUTRSER=3	OUTROS=8		
		NÃO=5		73	1
REUNI1	38	NÃO É O CASO=0		74	1
ABERCON	39	SIM=1	ÀSVEZES=2		
		NÃO=3	NÃO SE APLICA=0	75	1
VARIPRAT	40	AUMPESSOAL		76	1
		AUMPRODMED		77	1
		AUMPRODOUT	SIM=1	78	1
		AUMPESATEN	POUCO=2	79	1
		AUMCIRURGIAS	NÃO=3	80	1
		AUMCONSESP		81	1
		AUMCONSGER		82	1
		AUMEXAMES		83	1
		AUMENCAMINH		84	1
		AUMENCAMINHPA		85	1
		AUMENVMED		86	1
		AUMENVFUNC		87	1
		NOVOSERVIÇOS		88	1
		AUMCOBPREV		89	1
		AUMCOBNPREV		90	1
		OUTRO		91	1
RECFIN	41	SIM=1	PARCIALMENTE=2	92	1
		NÃO=3	NAO SEI=7		
COMISS	44	SIM=1	ÀSVEZES=2		
		NÃO=3	NAOSEI=7		
		JÁ OUVI FALAR=5			
		NÃO CONHEÇO=6		93	1