

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS SERGIPE  
- FANESE  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA  
FAMÍLIA.**

**LARISE ANDRADE OLIVEIRA**

**O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma  
ótica de usuários no atendimento nas unidades de saúde  
de bairro central e periférico na cidade de Aracaju em  
Sergipe**

**Aracaju – SE  
2010**

**LARISE ANDRADE OLIVEIRA**

**O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma  
ótica de usuários no atendimento nas unidades de saúde  
de Bairro Central e periférico na cidade de Aracaju em  
Sergipe**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Núcleo de Pós-  
Graduação e Extensão da FANESE,  
como requisito para obtenção do título  
de Especialista em Gestão em Saúde  
Pública e da Família.**

**AVALIADOR (A): Sérgio Andrade Galvão**

**Aracaju – SE  
2010**

**LARISE ANDRADE OLIVEIRA**

**O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: a ótica de usuários no atendimento nas unidades de saúde de Bairro Central e periférico na cidade de Aracaju em Sergipe**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

---

**Sérgio Andrade Galvão**

---

**Cristina Reiss**

---

**Larise Andrade Oliveira**

Aprovado (a) com média: \_\_\_\_\_

Aracaju (SE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

## RESUMO

O presente estudo tem a importância de compreender O Público e o Privado na Saúde da Família: a ótica de usuários no atendimento nas unidades de saúde de Bairro Central e periférico na cidade de Aracaju frente às queixas apresentadas por estes usuários foram o objeto deste estudo. A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde Sinhazinha no Bairro Grageru (numa parte central da cidade) e uma Unidade de Saúde Celso Daniel, no Bairro Santa Maria (numa parte periférica). Na metodologia adotada optou-se por uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com a observação direta com os usuários através de entrevistas semi-estruturadas, as razões pelas quais os usuários procuram as Unidades de Saúde da Família/PSF. O Sistema Único de Saúde (SUS) é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, assim diante de um novo modelo de Saúde da Família vigente junto ao Programa Saúde da Família, surgem estratégias como: a criação do acolhimento, que surgiu com o intuito de formar um instrumento para um atendimento e de viabilizar aperfeiçoamento e especialização em serviço ou fortalecimento do vínculo que deve existir entre os usuários e os profissionais de Saúde da Família, devem ser consolidadas para que uma assistência resolutiva e de qualidade possa ser prestada à comunidade. O modelo de atendimentos de saúde tem dimensões de qualidade específicas diferenciadas e assim, podendo compará-los com as dimensões originais.

**Palavras-chave:** O Público e o Privado na Saúde da Família. Sistema Único de Saúde (SUS). Usuários.

## ABSTRACT

The present study is the importance of understanding the public and private in Family Health: the perspective of users in attendance in hospital Central District Health and peripheral in the city of Aracaju in the face of complaints submitted by users, were the object of this study. A research was conducted at the Health Unit in District Sinhazinha Grageru (a central part of town) and a Health Unit Celso Daniel, the Barrio Santa Maria (in a peripheral part). In the methodology chosen by a qualitative approach. The research was conducted with the direct observation with users through semi -structured, the reasons why users seek Units Family Health / PSF. The National Health System (SUS) is designed as the set of actions and health services, so before a new model of Family Health with the existing Family Health Program, their strategies such as: the creation of the host, which came with the intention of form a tool for a service and to enable improvement and expertise in service or strengthening of the bond that should exist between users and health professionals of the Family should be further developed to support a problem-solving and quality can be provided to the community. The model of health care has dimensions of specific quality-differentiated and therefore able to compare them with the original dimensions.

**Keywords:** The Public and the Private Family Health. Health System (SUS). Users.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – Tipos de Plano de Saúde - Brasil.....</b>	<b>21</b>
---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 – Principais Características Observadas nas Duas Fases de Expansão do PSF no Brasil: 1994-2000 .....</b>	<b>22</b>
--	-----------

# SUMÁRIO

RESUMO .....	
ABSTRACT .....	
1 INTRODUÇÃO .....	09
2 RESGATANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA UM MODELO DE TRANSFORMAÇÕES .....	12
2.1 O Surgimento da Previdência Social.....	13
2.2 O Processo Histórico de Unificação dos IAP's .....	14
2.3 O Regime Militar na Previdência Social.....	16
3 UM NOVO MODELO DIFERENCIADO DE SERVIÇO DE SAÚDE.....	20
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS .....	26
APÊNDICES .....	27
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com os usuários.....	28

## 1 INTRODUÇÃO

Analisar a política de saúde no Brasil tem sido descrita por muitos estudiosos como um desafio. Para tal análise faz-se necessário estudá-la com afinco. Em primeira instância precisa-se realizar uma junção entre conceito e prática.

Entretanto, constatar os problemas de saúde e os tomar como desafio não é o suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade. É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio de universalidade, do acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos entre profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema (ABBÊS e MASSARO, 2004).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988 com a promulgação da Constituição Federal, pode-se afirmar que a política de saúde é concretizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), como toda política pública de caráter universal, porém o maior de todos os questionamentos que incidem sobre esta concepção é sobre a real capacidade de atingir a parcela da população mais necessitada. Ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independentemente de condição socioeconômica, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado pode gerar a expectativa de que a política pública seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população não cobertas pelo sistema privado (BRASIL, 1991).

Essa conquista da saúde como um direito de cidadania foi fruto dos movimentos sociais na busca da instauração de nova política de saúde, que transcendesse a visão micro da saúde incorporando-a dentro das políticas sociais.

A Constituição brasileira advoga que a saúde é um direito de cidadania, que deve ser concretizado pelo agir político, sobretudo em sua dimensão social. A efetivação desse direito é uma operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais pautada em compromissos de um lado e do outro está o dever do Estado em garantir o gozo desse direito à população pelas políticas públicas (BARTOLOMEU; CARVALHO; DELDUQUEI, 2003).

Neste sentido, alguns dados estatísticos demonstram que mesmo com o passar dos anos a cobertura da política de saúde para a população brasileira não é suficiente para atender a demanda de usuários. Em tempos de renda comprimida a maioria das famílias tem recorrido ao sistema público de saúde em contraposição ao sistema privado, porém nem sempre são atendidas de forma adequada. De 2002 a 2005, aumentou em 17,8% o número de estabelecimentos de saúde no país. Em 2002, 146 cidades não tinham unidades de saúde e, em 2005, apenas seis dos 5.564 municípios brasileiros não possuíam este tipo de estabelecimento. Nesse mesmo período, a terceirização cresceu em todas as regiões, principalmente no Nordeste.

O setor público está mais presente no Norte e Nordeste. As informações são da pesquisa Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005, realizada pelo IBGE, com o apoio do Ministério da Saúde, que revela ainda que existem 2,9 postos médicos para cada mil habitantes. O número de leitos apurados foi de 443.210, sendo 148.966 (33,6%) públicos e 294.244 (66,4%) privados, sinalizando que ainda são necessárias um melhor planejamento e execução das políticas públicas de saúde.

Portanto, fica evidente que a reforma sanitária brasileira foi estabelecida para romper com o modelo tradicional corporativista, buscando, sobretudo, desestimular a condução privatizante da política setorial para uma articulação das áreas setoriais correlatas das políticas sociais, historicamente trabalhadas.

A relevância da pesquisa tem como objetivo de caracterizar e analisar a política de saúde pública no Brasil tendo como foco principal a situação desta, no Estado de Sergipe primeiramente em Aracaju, tomando como primordial a percepção da população de Bairros centrais e periférico através das suas falas e experiências cotidianas.

A opção metodológica adotada para a pesquisa é de uma abordagem qualitativa, o estudo de caso múltiplo tornou-se eficiente neste sentido, que segundo Trivinos (1990, p. 133) “nesta investigação é preciso uma maior flexibilidade por parte das pessoas que estão trabalhando na pesquisa, além da capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos”, assim o estudo em primeira instância propõem uma análise do fenômeno em caráter macro para a compreensão em nível micro e específico, já no levantamento teórico foi usado as fontes: revisão da literatura, dados secundários e primários do Materialismo Histórico

Dialético e a organização e análise de documentos internos, prontuário. Para melhores informações sobre o universo desses usuários nas UBS's escolhidas, a fim de conhecer melhor o universo desses usuários, teve como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturado com os mesmos.

A amostragem da pesquisa é representativa deste universo e se constitui não-probabilística intencional, integrada por famílias cadastradas na Unidade de Saúde/UBS.

O tema proposto tem como gritante justificativa o clamor por um maior processo de reflexão sobre necessidades físicas, direitos sociais dos cidadãos e propostas públicas de ações concretas, torna-se também relevante para diferentes grupos como: assistentes sociais e outros profissionais da área da saúde.

Portanto, para os gestores das políticas de saúde este trabalho subsidiará informações necessárias para planejamento e implementação das novas políticas de saúde. Por fim para o usuário, serão viabilizadas melhorias das condições de saúde em nível local, estadual e até nacional.

## **2 RESGATANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA UM MODELO DE TRANSFORMAÇÕES**

A Saúde tem sido uma das questões mais debatidas nos círculos de estudo sociais, e tem representado um volume de pesquisas bastante acentuado nas produções acadêmicas. Mesmo assim, a realidade cruel das longas filas nos postos de saúde falta de leitos hospitalares e falta de recurso financeiro, materiais e humanos tem produzido na população em geral falta de credibilidade nas políticas estatais de saúde.

Para contextualizar a política de saúde é imperativo fazer um recuo histórico para, através desse retrocesso, compreender as metamorfoses sofridas pela saúde no Brasil.

No Brasil, desde 1988 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças significativas vêm ocorrendo no âmbito da saúde. É um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo, buscar um novo modelo assistencial que responda aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Na Primeira República (1889-1930) o principal enfoque das políticas de saúde eram ações visando preservar bem-estar de parcelas da população através de programas de imunização, campanhas sanitárias e controle do ambiente urbano. Apreende-se desse momento que o controle das doenças era apenas para manutenção da força de trabalho e conseqüentemente expandir o capitalismo.

As práticas de saúde estiveram sempre sob a égide reguladora e normativa de grupos específicos, na qual omitia-se a população que o processo de saúde e doença provinha das relações sociais e das condições de vida. No entanto, é nesse período que surgem as primeiras políticas estatais de intervenção sobre a saúde da força de trabalho. O desenvolvimento da saúde pública, a partir do século XX, ocasionou profundas mudanças na medicina social do Séc. XIX, que desenvolvia uma prática voltada para o espaço urbano.

A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, principalmente italianos, como mão-de-obra nas indústrias,

visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, já desenvolvido na Europa.

O desenvolvimento industrial brasileiro naquela época não proporcionava quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), experientes nesta questão, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já haviam sido conquistados pelos trabalhadores europeus. Assim, procurando mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos, em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário se organizou, conquistando então alguns direitos sociais.

Portanto o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 consolida mudanças importantes no modelo político-institucional brasileiro vigente até então, que sai de um regime militar, passando por uma transição democrática.

## **2.1 O Surgimento da Previdência Social**

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). A instituição da CAPS's proporcionou uma inicial segurança aos propósitos da saúde que, na época, ainda se restringiam à medicação curativa dos casos.

Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam determinados serviços, como socorros médicos para o trabalhador e sua família, medicamentos abaixo do preço, aposentadoria e pensão por morte para herdeiros, segundo o artigo 9º da Lei Eloy Chaves, e assistência dos acidentados (Art. 27).

A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do Estado à crescente questão social.

A crise de 1929 imobilizou temporariamente o setor agrário-exportador, redefinindo a organização do Estado. Em 1930, comandada por Getúlio Vargas, é instalada a revolução que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, nas eleições à Presidência da República.

Com as mudanças realizadas na estrutura do estado, objetivava-se promover a ampliação do sistema econômico constituindo uma nova legislação que conduziria efetivas mudanças de ordem econômica e social. Por isso, fora criado o Ministério do Trabalho, o Ministério da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde.

Sob os aspectos dessa última área mencionada, a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial e a conseqüente aceleração da urbanização, ocorrem maior pressão pela assistência médica através dos institutos, viabilizando o crescimento de um complexo médico hospitalar a fim de prestar atendimento aos previdenciários. Ainda assim, até o final desta mesma década, a assistência médica na previdência não era importante. Os técnicos do setor encaravam-na secundária neste Sistema, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Com efeito, em 1949 foi instituído o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

Substituindo o Ministério da Educação e da Saúde, em 1930, foi criado em 1953, o Ministério da Saúde que significou, de fato, apenas um desligamento do antigo Ministério, sem que isto significasse uma nova atitude do Estado quanto a uma real preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Com o golpe de Estado de 1964 e a tomada do poder pelos militares, mudanças mais profundas se estabeleceram. Houve o fortalecimento do executivo e o esvaziamento do legislativo, donde criaram-se atos institucionais, principalmente o de , de 1968, que limitava as liberdades individuais e constitucionais.

## **2.2 O Processo Histórico de Unificação dos IAP's**

Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social só foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político a nível legislativo em que os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs naquela época em importantes feudos políticos e eleitorais. Finalmente em 1960 foi promulgada a Lei nº 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação

do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência

Dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo se utiliza do sistema previdenciário. Algum tempo depois das CAP's, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAP's; mesmo passando a ser subsidiada por Institutos, e não mais por Caixas, os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais, sendo que agora mais mobilizadas e organizadas política e economicamente. Através do Instituto, o governo militar procurou garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social.

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios em nível das IAP's. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados.

Quanto à assistência médica, houve um aumento considerável no número de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários; era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos sua capitalização, provocando um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um verdadeiro complexo sistema médico-industrial. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

### 2.3 O Regime Militar e Ações na Previdência Social

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise e o país apresenta um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial. Dessa forma o desemprego traz no seu bojo graves consequências sociais. Com o crescimento de favelas, por exemplo, as condições de saúde caem gradativamente. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas enfermidades: Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias.

Assim, os indicadores de saúde demonstraram o aumento nos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar. Não houve outro resultado: alto custo na área privada e diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as receitas para serem injetadas na política pública de saúde tendo então como consequência a degradação da saúde populacional.

Com toda esta frustração e resultados degradantes advindos do Regime Militar, a sociedade levou as ruas o movimento das DIRETAS JÁ (1985), Tancredo Neves foi eleito à Presidente da República, marcando o fim do regime militar. No entanto este não assumiu, pois faleceu e é então substituído por José Sarney e neste momento foram gerados diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privativista durante quinze anos a partir de 64, recebeu neste período vultosos recursos e financiamentos do setor público, que lhe proporcionou um grande crescimento econômico. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal, baseado no modelo médico neoliberal, começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir do Estado e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população de classe média e categorias de assalariados, procurando através desses setores sociais organizaram uma nova base estrutural.

Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médica supletiva composta de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Em 1990 o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Embalada pelo movimento das Diretas Já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. No entanto, a década de 1990 é marcada pelo enfraquecimento dos movimentos sociais, inclusive os da saúde por isso os princípios básicos descritos na Lei que regulamentou o Sistema Único de Saúde não foram concretizados da forma esperada pelo usuário do SUS.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participa do SUS de maneira complementar. Com isto, o SUS tem como princípios doutrinários: a Universalidade, Equidade e Integralidade, derivando alguns princípios organizativos, que são: Hierarquização, Participação Popular e Descentralização Política administrativa.

A atenção primária do SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços, tornando-se difícil o ajuste entre o sistema público e o particular, obtendo-se disto, então, cada um possuindo sua forma de atender a demanda.

Por tudo isso, é perceptível na Saúde contemporânea que este é o resultado de toda uma formação que não foi dada de maneira única, singular; ao

contrário, envolvida na História, ela derivou de uma conjuntura econômica, política e social, estendido no setor público e privado.

A Saúde é uma das áreas, se não a maior, mais utilizada por toda a população. Dentro do tripé da Política de Seguridade Social, ela é a única abrangente a todos os cidadãos, e está intimamente ligada com a maneira em que os homens produzem seu meio de vida, através do trabalho e satisfazendo suas necessidades via consumo, estabelecendo nesse movimento as relações sociais uns com os outros. Quando há uma interferência nesse meio, ocorrem mudanças também na Saúde, ocorrendo dessa maneira uma decadência de qualidade salutar na vida das pessoas.

Hoje, o retrato da Saúde se contradiz na dinâmica societária por dois fatos: o primeiro se dá pelo crescimento tecnológico dado pelo alto investimento de pesquisas que trazem descobertas de novas doenças, assim como curas, vacinas; no entanto, o segundo fato é que apesar do alto conhecimento que já se tem em como lidar com enfermidades é o não alcance da massa aos resultados obtidos pelo avanço da medicina, dado pelo precário nível de vida econômico da população.

Para completar esse quadro, o Estado, mesmo com os investimentos que diz assentar na área da saúde, contribui enormemente para a decadência dessa área, com políticas defasadas e até distante da realidade de cada comunidade. Essa é a situação: de um lado, uma população com renda comprimida sujeita as precárias condições de subsistência dependentes das políticas estatais de saúde e de outro lado uma população desfrutando de seus recursos financeiros podendo usufruir melhores atendimentos de saúde por que pode pagar pelos serviços.

Mendes (2002) afirma que “há evidências de que os serviços de saúde que se organizam a partir da atenção primária à saúde”.

[...] aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

O primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde é o que de fato marca o acesso do usuário a este serviço, ou seja, é a acessibilidade do cidadão

para buscar solução para os problemas de saúde ou ainda para interagir saudavelmente com a organização social.

Por esses resultados, parcela da população acaba procurando uma forma de saúde complementar que lhes forneça um mínimo de qualidade em seus elementos, dando-lhes garantias básicas de atendimento preventivo e curativo. A Saúde Suplementar situa-se então sob a forma dos Planos de Saúde como vias de escape para se conseguir melhores atendimentos médicos, já que o modelo de atendimento ofertado pelo Estado tem se mostrado incapaz de promover um sistema de saúde de qualidade que atenda toda a demanda de forma digna.

Após quarenta anos sem regulamentação, a Saúde Suplementar teve de se adequar e cumprir os requisitos legais sob bases na Lei nº 9656/ 98. Seu órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde é a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, organismo responsável pela definição dos produtos que serão lançados no Mercado, bem como pela garantia de que o consumidor terá seus direitos assegurados e pela unificação das informações que serão repassadas para este.

Os objetivos principais da regulamentação são: manter a estabilidade do Mercado Segurador que inclui a definição dos padrões financeiros e éticos que regulam a entrada, operação e saída das seguradoras no Mercado, o controle das informações e a maximização da participação do consumidor no Mercado. Após essa implantação, a esfera de saúde suplementar tem melhorado expressivamente; no entanto, isso se dá de maneira primária, por que, mesmo na atualidade ainda existem operadoras que logram seus clientes, não esclarecendo a estes seus direitos, apenas seus deveres. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro lado a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria cinco modelos diferenciados de cobertura de serviços.

### 3 UM NOVO MODELO DIFERENCIADO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Em 1994, o Programa Saúde da Família ou PSF, teve início como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal.

No Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito melhor do que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes. Esta rede, construída ao longo da história da saúde pública neste país, oferece um equipamento importante para operar a assistência à saúde e deve necessariamente ser considerado para a organização de um novo modelo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Dentre os diversos problemas verificados na proposta do PSF na qual a idéia descreve, de que esteja mais voltado para ações as de natureza "higienistas", do que as de cunho "sanitaristas", não dando valor e importância suficientes a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde, ganha um grande destaque por tornar-se uma perspectiva muito polêmica em um país como o Brasil, pois ao se verificar, que de acordo com dados do Ministério da Saúde de 1998, há no país 55.647 Unidades Ambulatoriais, das quais 31.342 constituem-se de Unidades Básicas de Saúde, o que fazer com esta ampla e capilar rede de serviços, locais (FRANCO e MERHY, 1999).

Segundo Leite, Maia e Sena-Chompré (*Apud* 1999, p. 13, REZENDE 2007, p. 31):

Conclui-se que alguns aspectos são críticos para a definição de uma nova prática sanitária que envolva o processo de trabalho, em que ressalta-se a articulação interna da equipe e responsabilização de cada profissional em relação ao processo assistencial. Neste sentido, evidencia-se que o "atender", "o acolher", o "dar ouvidos", não se esgota numa intervenção de saúde. Para esta nova prática de ação sanitária, no sentido de prevenção da vida e de potencialidades de saúde, requer um aparato tecnológico que incorpore novos pensares sustentados em paradigmas que permitam uma visão antecipada do "ser saudável". Portanto, o acolher deve gerar uma responsabilidade de disponibilizar para o cidadão um determinado trabalho

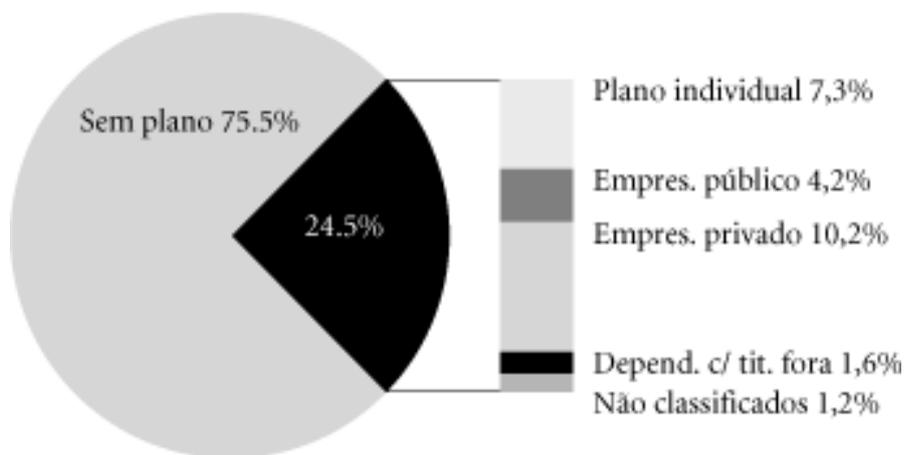
– assistência à saúde – que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada. Em última instância, esta deve ser a utilidade do serviço de saúde para a vida das pessoas.

Assim, o reconhecimento de que “muito já se fez” coloca em pauta e nas consciências a necessidade de uma construção permanente e coletiva de novas práticas acionando em todos os níveis: Governo, trabalhadores de saúde e a população.

Nesse sentido o processo de transformação de trabalho há que se enfrentar as diferentes manifestações e interesses do conjunto dos trabalhadores para os quais estão colocadas novas exigências quanto ao conceito de saúde, necessidade e demandas explícitas pela população e pela instituição.

Entretanto apesar do acesso a saúde pública como modelo opcional a demanda do modelo privado cresce desde 1998 até hoje. Como mostra a figura 2 abaixo:

**Figura 1** – Tipos de plano de saúde - Brasil



Fonte: PNAD/1998

Na Figura 2 mostra a segmentação das demandas por planos de saúde e a distribuição das coberturas segundo atividade/inserção no mercado de trabalho. A tipologia utilizada sugere que as proporções das coberturas através dos planos empresariais públicos e por meio de planos individuais são menores do que as informadas pelos dados desagregados. Sob essa tipologia, o mercado privado de planos e seguros de saúde (planos individuais somados aos empresariais privados) conta com pelo menos 27,5 milhões de pessoas, e o empresarial público com 6,5 milhões (BAHIA *et. al.* 2002).

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nos dados analisados foi possível uma investigação sobre os processos que envolvem o Público e o Privado na Saúde da Família. Os resultados obtidos nas entrevistas individuais com os usuários, foram organizadas de acordo com o processo metodológico usado para formulação do questionário, proposta de organização de dados qualitativos de natureza verbal, que para o estudo em questão, foram obtidos dos depoimentos de usuários que foram objeto de estudo desta pesquisa.

Nas unidades de saúde pesquisadas apresentam grande número de insatisfação apesar de o PSF ter adotado modelos de atendimento. Diante da insatisfação e satisfação de outros. Na tabela 1 abaixo demonstra as fases de expansão PSF.

As características das duas fases de expansão do PSF no Brasil – 1994 a 1998 e 1998 a 2000 - estão sintetizadas na Tabela abaixo:

**Tabela 1** - Principais Características Observadas nas Duas Fases de Expansão do PSF no Brasil: 1994-2000

<b>Fases de Expansão do PSF/Principais Características</b>	<b>Primeira Fase de Expansão – março de 1994-1998</b>	<b>Segunda Fase de Expansão – dezembro de 1998-2000</b>
Cobertura total inicial e final	Menos de 1% para 9%	De 9% a 22,5%
Regiões com maior expansão	Nordeste e Sudeste	Sudeste e Sul
Tamanho dos municípios	Pequenos e Médios	Médios e Grandes
Regra preponderante para transferência dos recursos federais	Assinatura de convênio com o MS – de março de 1994-1995 Remuneração por serviços produzidos – a partir de janeiro de 1996	Transferência direta do FNS aos FMS – a partir de fevereiro de 1998: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96 PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais
Vinculação administrativa do PSF no MS	Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde – 1994 Estratégia vinculada à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde 1995-1999	Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde – a partir de 2000

Fonte: Dados da pesquisa

As mudanças nas regras de financiamento, no entanto, não têm sido suficientes para favorecer a ampliação da Saúde da Família nas grandes cidades, onde os esforços para ampliar a cobertura e, conseqüentemente, atingir as faixas de maior valor de incentivo pelas regras atualmente previstas são muito grandes.

Dados mais recentes da implantação do PSF no Brasil evidenciam que o programa está presente em 162 municípios brasileiros com 100 mil habitantes ou mais (72,5% do total de municípios deste porte populacional), sendo que destes, 110 foram habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) pela NOB 01/1996 até dezembro de 2000. Ressalta-se que a baixa cobertura nestes municípios evidencia ainda um grande potencial para expansão do PSF no país.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão (PNH), no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS. Essa estratégia visa a colocar os sujeitos como foco da atenção autônoma e de co-responsabilidade entre eles, estabelecendo vínculos solidários entre usuários, profissionais de saúde, gestores e comunidade como um todo (REZENDE, 2007).

A humanização deve ser vista não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS; uma política transversal com a experimentação de todos os saberes e para todos. Para esta transversalidade ganhar concretude é necessário que haja indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, todos os sujeitos devem estar envolvidos e comprometidos (BENEVIDES, 2003 *Apud* REZENDE, 2007).

Os resultados obtidos do questionário, que tem como finalidade de uma análise para obtenção de informações sobre o atendimento de saúde da família. O PSF's age nessas unidades de saúde como facilitador importante no campo da saúde familiar a compreensão dos usuários.

Portanto, no estudo feito pude observar a insatisfação desses usuários em relação sobre o tempo de espera, poderiam ser disponibilizados cartazes informativos com o objetivo de sensibilizar sobre as prioridades de atendimento e o tempo que em média cada consulta pode durar.

É interessante perceber como o acolhimento influencia de forma positiva nas atividades diárias das UBS. Têm-se falado muito sobre este tema que realmente é de relevância, pois com o acolhimento, uma rede de confiança, solidariedade, respeito à vida e ao próximo, é tecida entre a população e os serviços de saúde,

entre os próprios membros da equipe de saúde e destes com os cidadãos atendidos, no contexto do SUS.

Parte do acolhimento pode ser atribuído a um funcionário capacitado para orientar, em um primeiro momento, o usuário e direcioná-lo ao serviço ao qual se destinou ou ao que lhe seja mais adequado (" Posso Ajudar").

Para se evitar os tumultos na recepção e as recepcionistas poderem atender com mais calma e de forma mais atenciosa a população, é necessário se fazer um acolhimento real através de uma das atendentes na sala de espera, para selecionar as urgências, as pessoas com consulta marcada, quem vai para a imunização e fornecer uma senha por ordem de chegada para que os usuários sejam chamados até o balcão e dar entrada nos prontuários.

Os entrevistados questionaram também a falta de qualidade de trabalho que deve ser fornecida às recepcionistas, principalmente através da instalação de condicionadores de ar e disponibilização de cadeiras confortáveis para evitar prejuízos futuros à saúde das mesmas.

Nesse sentido para um melhor atendimento à comunidade no setor de curativo sugere-se a climatização do ambiente, visando facilitar o manuseio dos materiais pelos profissionais, fazem-se necessários a identificação dos materiais e sua organização em local mais visível. Para despertar a atenção da comunidade a acerca da higienização, cuidados básicos com ferimentos e precaução de acidentes poderiam ser elaborados cartazes informativos sobre esses assuntos.

São atribuídas à Assistente Social diversas atividades, dentre elas fazer acompanhamento das crianças e mães assistidas pelo programa Bolsa Família; encaminhamento de usuários de acordo com suas necessidades ( a rede de assistência a saúde, para aquisição de remédios, ao INSS, a Órgãos de proteção ao idoso, crianças, mulheres); dá assessoria do Conselho Local de Saúde; realiza acolhimento individual e coletivo; realiza visitas domiciliares e Institucionais; trabalha Educação em Saúde na sala de espera; elabora projetos intersetoriais de Educação em Saúde (com Instituições de ensino pública e particular; com o CRAS - Centro de Assistência Social).

Considera-se que nestas unidades foi necessário haver uma organização interna para iniciarem a prática do acolhimento e é interessante perceber como este preparo é feito no serviço, mas também internamente em cada profissional de saúde de fato envolvido com a proposta.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) significou um marco na política da saúde brasileira futurista, que em determinados momentos apresenta percalços e dificuldades na trajetória política, mas que os instrumentos jurídicos têm sido capazes de possibilitar o rompimento dessas barreiras. Então, sabe-se que muito ainda tem-se que caminhar, mas os eixos estão traçados e os instrumentos de controle sociais estão instituídos.

A reorganização do sistema de saúde é fruto dos princípios constitucionais que são geradores de mudança. Um desses princípios, a descentralização, vem permitindo que a ação dos municípios seja efetivada principalmente na atenção primária à saúde. Fica implícito que as responsabilidades devem ser compartilhadas nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, para que efetivamente os princípios constitucionais sejam implementados.

Para remodelar a assistência à saúde, deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF's médico centrados assim como outros usuário centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários.

Mas o que se tem percebido é que a descentralização tem permitido uma menor atuação do governo, pela falta de gerências adequadas que atendam às reais necessidades de saúde da população. Os municípios ainda apresentam dificuldades de gerenciar seus recursos já que têm uma 'autonomia vigiada' que os impede de criar possibilidades para enfrentamento das demandas locais. Junto a isso, ainda se vêem obrigados a seguir normas e parâmetros verticais, que acabam restringindo o poder local pela própria inoperância do sistema. Dessa forma a constância o autocuidado, valoriza o serviço, a família, o profissional que o atende e principalmente, consegue perceber que ninguém melhor do que a própria população é capaz de prover seu bem-estar, seja físico, mental ou espiritual.

## REFERÊNCIAS

- BAHIA, Ligia *et al.* **Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde:** uma análise das informações da PNAD/98. Ciências. Saúde coletiva vol.7 no.4 Rio de Janeiro 2002.
- ABBES, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. Humanização da atenção à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2004
- BRASIL. **Lei Orgânica de saúde nº 8.080** – 19/09/1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. **Coletânea de legislação básica:** nova política de financiamento do SUS. Brasília: INAMPS, 1991. 95 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1990. **Atenção primária à saúde.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 06 fev. 2010.
- BARTOLOMEU, C. E. F.; CARVALHO, S.; DELDUQUE, M. C. **A saúde é um Direito! Saúde em Debate.** Rio de Janeiro. v.127, n. 65, p. 184-191, set./dez. 2003.
- Constituição República Federativa do Brasil – Brasília, 1988.
- FILHO, Cláudio Bertolli. **História da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996.
- FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF: Contradições e novos desafios.** Belo Horizonte: Campinas. 1999.
- IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 1993/2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 04 de fev.2010.
- LEITE, Maria Carmésia T. M. A. **Intervenção em Serviço Social.** Visão praxiológica. São Paulo: Cortez, 1982.
- TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Quantas pessoas moram na mesma casa:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Grau de escolaridade:** \_\_\_\_\_

- 1. O que você acha da estrutura da USF da qual você faz parte? Você geralmente procura a UBS com consulta marcada ou livre demanda?**
  
- 2. Quando você vai à USF, é atendido? Algum membro da equipe escuta por qual motivo você procurou a USF?**
  
- 3. Por quais queixas você geralmente procura a USF?**
  
- 4. Há algum ponto positivo ou negativo que gostaria de ressaltar com relação a UBS da qual você faz parte?**
  
- 5. Você está satisfeito com atendimento na unidade de saúde da sua comunidade?**