

A reforma do setor da saúde e as transformações da prática da enfermagem em hospitais filantrópicos no Município de Ribeirão Preto (SP), Brasil¹

Adriana Katia Corrêa,² Clarice Aparecida Ferraz,² Cristina Maria Galvão,² Maria Lúcia Zanetti² e Rosana Aparecida Spadoni Dantas²

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido como parte de um estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde que avaliou reformas do setor de saúde e suas implicações para a enfermagem em diversos países. Nosso objetivo foi conhecer as visões dos enfermeiros que atuam em hospitais filantrópicos no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, acerca das transformações na prática de enfermagem como consequência da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Os dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas com sete enfermeiros que preenchiam os critérios de seleção nos três hospitais filantrópicos de Ribeirão Preto. Os enfermeiros relataram que o atendimento do paciente pelo SUS sofreu prejuízos em termos de diminuição de leitos e declínio na qualidade do atendimento. Conforme os relatos, num primeiro momento o SUS incrementou a infra-estrutura dos hospitais filantrópicos, porém mais tarde as reformas passaram a promover a melhoria do atendimento à clientela privada e de convênios particulares. Além disso, os enfermeiros enfatizaram a sobrecarga de serviço e os baixos salários. Finalmente, os depoimentos sugerem que o Sistema Único de Saúde está em crise. De modo geral, os enfermeiros relacionaram a crise do Sistema às dificuldades de financiamento e pagamento.

Juntamente com outros países (como Argentina, Colômbia, Estados Unidos e México), o Brasil tem sido palco de processos avançados de reforma do setor da saúde, com mudanças na forma de financiamento e na or-

ganização dos serviços. No Brasil, tal reforma enfatizou a descentralização dos serviços de saúde e a focalização da atenção segundo níveis distintos de complexidade, mediante um projeto político denominado municipalização.

Esse projeto deslocou recursos financeiros dos níveis federal e estadual para os municípios, cabendo a esses a implementação da proposta de reorganização da atenção primária, secundária e terciária em saúde, focalizando grupos de risco biológico e social.

A municipalização tem suas origens no movimento sanitário brasileiro que se consolidou na década de 80, no contexto de redemocratização do país, destacando-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (1), evento que envolveu técnicos do setor e representações políticas da sociedade. A operacionalização de um projeto que contemplasse

¹ Este trabalho representa um excerto da pesquisa multicêntrica intitulada "A reforma do setor saúde e suas implicações na prática, regulamentação e educação em enfermagem", coordenada pelo centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) da Escola de Enfermagem de Galveston (TX), Estados Unidos, em colaboração com o Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), envolvendo cinco países: Argentina, Brasil, Colômbia, Estados Unidos e México. Apresentado no VI Colóquio Pan-

Americano de Investigação em Enfermagem, realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, maio de 1998.

² Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Correspondência e pedidos de separatas deve ser enviados para Maria Lúcia Zanetti no seguinte endereço: Avenida Bandeirantes 3900, Campus Universitário, CEP 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Fax: +55-16-633-3271; e-mail: zanetti@eerp.usp.br

a saúde enquanto direito social e dever do Estado levou à criação do sistema único de saúde (SUS), que passou a vigorar a partir da nova Constituição de 1988, envolvendo os princípios da universalização da cobertura, equidade do acesso, integralidade das ações, hierarquização em relação à complexidade tecnológica, regionalização com fortalecimento do papel do município e participação da população — controle social.

Concomitantemente à reforma sanitária desenvolveu-se, também, com a participação de grupos de tendência privatista, o projeto conservador de saúde (2). Tal projeto conservador, ou neoliberal, consolidou a sua hegemonia nos anos 80 (3). Desse modo, as políticas de saúde, apesar da mudança substancial no que se refere ao direito universal, vivem um clima de tensão entre o poder público e o privado e a dimensão da intervenção do Estado (2). Em suma, paralelamente às conquistas legais na Constituição Federal e à implantação do SUS, gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que, reciclando o modelo médico-assistencial privatista, ressegmentou clientela e cristalizou as desigualdades de acesso aos serviços de saúde (4).

Nesse contexto, têm havido diferenças entre os municípios em relação aos avanços no movimento de reorganização política e administrativa dos serviços de saúde, tendo em vista a reforma sanitária. Para avaliar as implicações dessa reforma para a prática, regulamentação e educação em enfermagem, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um estudo multicêntrico em cinco países: Argentina, Brasil, Colômbia, Estados Unidos e México. O Município de Ribeirão Preto, que se situa no interior do Estado de São Paulo, foi escolhido como cenário desta investigação. O município se destaca pelos avanços na implementação dos componentes da reforma do setor da saúde fundamentada nos preceitos do SUS, encontrando-se em gestão plena.³

³ Gestão plena: modelo de gestão que atribui ao poder municipal a definição da política de saúde, estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de articulação com os níveis estadual e federal.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, participou da investigação multicêntrica através de grupos de pesquisadores que atuaram na rede básica de saúde e na rede hospitalar. Para a pesquisa, a rede hospitalar foi dividida em hospitais públicos, privados e filantrópicos.

Ribeirão Preto possui uma população de 500 000 habitantes, essencialmente urbana (98%) e com renda anual de 5 500 dólares por pessoa (5). Constitui-se em pólo econômico de desenvolvimento agrícola-industrial na produção de derivados de cana-de-açúcar, bem como nos setores terciários do comércio e de serviços nas áreas educacional e médico-sanitária. Segundo dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (6), nosso município possui 10 instituições hospitalares (não incluídos os hospitais psiquiátricos), perfazendo um total de 1 587 leitos. Quanto à natureza jurídica dessas instituições, duas são públicas (686 leitos), três filantrópicas (440 leitos) e cinco privadas (461 leitos). Portanto, são os hospitais privados e filantrópicos que oferecem o maior número de leitos em nosso município (71%), o que condiz com a realidade nacional (7).

Os hospitais públicos e filantrópicos, através de convênio com o SUS, responsabilizam-se por atender a clientela referenciada do nível primário de atenção à saúde para os níveis secundário e terciário. Entretanto, coloca-se ainda como um desafio na construção do SUS a integração da atenção hospitalar à rede básica do sistema de saúde, fazendo com que sejam atendidas as demandas assistenciais (7).

As instituições filantrópicas são hospitais privados, mantidos parcial ou integralmente por doações, revertendo os resultados financeiros para a sua manutenção (8). Por não visarem fins lucrativos, o SUS dá preferência para a realização de convênios com essas instituições.

Cabe considerar que, dentre os hospitais filantrópicos, as Santas Casas, que se originaram como entidades li-

gadas a grupos religiosos, ocupam posição de destaque no cenário nacional. Segundo a Confederação das Misericórdias do Brasil, no início da década de 90 havia mais de 2 000 Santas Casas em todo o país, responsáveis por cerca de 62% dos leitos de hospitais gerais (9).

Enquanto pesquisadores envolvidos com os hospitais filantrópicos, nossa proposta foi conhecer a visão dos enfermeiros acerca das transformações ocorridas nas suas práticas de enfermagem, considerando as reformas do setor saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, sendo inicialmente construído um banco de dados das instituições hospitalares filantrópicas e dos profissionais enfermeiros alocados nessas instituições. Assim, foram identificados os hospitais filantrópicos do município, bem como detectados quais enfermeiros seriam incluídos na pesquisa. Foi utilizada abordagem qualitativa através de entrevista estruturada, com o objetivo de conhecer a visão dos enfermeiros acerca das transformações ocorridas nas suas práticas com a implementação da reforma do setor da saúde.

Foram identificadas, no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, três instituições filantrópicas (denominadas A, B, C) que dispunham, no total, de 440 leitos para atendimento hospitalar secundário. Um desses hospitais é uma Santa Casa. Desses leitos, 174 são dedicados a convênios do SUS e 266 a convênios particulares e a pacientes privados.⁴

O banco de dados sobre enfermeiros contemplou as seguintes informações: nome, idade, grau de formação, fun-

⁴ Convênios do SUS: pacientes admitidos nas instituições através do SUS. Convênios particulares: pacientes admitidos através de convênios particulares (medicina de grupo, sistemas próprios, seguro saúde, cooperativas médicas e plano de administração). Privados: pacientes que pagam diretamente pelos serviços.

ção e tempo de serviço. No período da coleta de dados, 45 enfermeiros atuavam nos hospitais filantrópicos de Ribeirão Preto, sendo que apenas 12 atendiam ao critério de ter 5 ou mais anos de exercício profissional na instituição, conforme estabelecido no projeto multicêntrico.

Dentre esses 12 enfermeiros, sete foram entrevistados por escolha aleatória, sendo que a técnica de saturação dos dados foi utilizada como critério para finalização da coleta. Assim, foram entrevistados sete enfermeiros procedentes das três instituições investigadas. Todas as entrevistas foram gravadas após permissão dos enfermeiros e transcritas por um técnico treinado.

Para a realização das entrevistas foram utilizadas três questões do roteiro previamente elaborado pelo Comitê Coordenador do Projeto Multicêntrico. Foram selecionadas as questões pertinentes às mudanças ocorridas no trabalho em saúde e enfermagem, atendendo ao objetivo do estudo:

1. Fale-me sobre as mudanças gerais que ocorreram em seu trabalho nos últimos anos.
2. Conte-me sobre as mudanças que você tem observado no trabalho de todos os membros da equipe de saúde nos últimos anos.
 - a) Descreva o efeito que essas mudanças provocam em seu trabalho de enfermeira(o).
 - b) Descreva o efeito dessas mudanças no cuidado ao paciente e/ou à clientela.
3. Na sua opinião, quais são as causas das mudanças que você tem observado e vivido em sua prática de enfermagem?
 - a) Descreva quais os determinantes que estão provocando as causas das mudanças que você descreveu.

Antes de cada entrevista, os sujeitos foram informados de que as questões se referiam às mudanças ocorridas no setor da saúde e às suas implicações na prática da enfermagem, a partir do movimento da reforma sanitária no Brasil.

Os cinco pesquisadores realizaram as entrevistas, nos meses de novembro e dezembro de 1997. As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos. Para a realização da pesquisa, obteve-se autorização do diretor clínico e chefia de enfermagem dos hospitais.

Para a organização e análise dos dados qualitativos foram realizadas leituras exaustivas dos textos das entrevistas, sendo primeiramente delimitadas as unidades de registro representativas das mudanças ocorridas na prática da enfermagem. Essas unidades de registro foram desdobradas em temáticas que foram posteriormente reagrupadas de acordo com as convergências, conformando as seguintes unidades temáticas: atendimento SUS versus atendimento convênio; infraestrutura e incorporação tecnológica; qualificação profissional, condições de trabalho e sentimentos em relação à prática cotidiana, enfermagem e equipe multiprofissional; SUS em crise.

RESULTADOS

Os enfermeiros dos três hospitais filantrópicos de Ribeirão Preto (hospitais A, B e C) expuseram, nas entrevistas estruturadas, diferentes facetas das transformações em sua prática segundo o contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro. Passamos a analisar cada unidade temática encontrada e, a título de maior esclarecimento, apresentaremos alguns relatos textuais dos enfermeiros.

Atendimento SUS versus atendimento convênio

Os enfermeiros relataram que perceberam mudanças quantitativas e qualitativas em relação ao atendimento de pacientes pelo SUS e pelos convênios particulares. Referiram que o atendimento do paciente pelo SUS sofreu prejuízos em termos de diminuição de leitos e declínio na qualidade do atendimento; em contrapartida, houve aumento do número de leitos para pacientes conveniados particulares e

pagantes diretos. Vejamos alguns relatos a este respeito:

E 437⁵: "... quando eu comecei na instituição... era uma instituição... voltada ao SUS. Nós tínhamos pacientes 90% do SUS e 10% do convênio... Hoje nessa instituição é diferente: 90% de convênio e 10% de SUS..."

E 518: "Mudou o cuidado da clientela. Achei que os médicos ficaram mais em cima, sei lá, pelo fato de ser convênio."

Além da quantidade de atendimentos e internações realizadas, destaca-se, no relato de E 518, a mudança qualitativa no cuidado, diferenciando o atendimento do paciente conveniado. Essa postura contraria o entendimento da saúde enquanto possibilidade de exercício da cidadania, na medida que o atendimento fica sujeito ao tipo de pagamento.

Em 1997, época do estudo, o hospital A tinha 73 leitos conveniados pelo SUS (36%) e 132 leitos para convênios particulares e pacientes privados (64%); o hospital B tinha 61 leitos conveniados pelo SUS (49%) e 62 leitos para convênios particulares e privados (51%); e, por sua vez, o hospital C tinha 40 leitos para o SUS (36%) e 70 leitos para convênios particulares e privados (64%).

Cabe ressaltar, todavia, que tais dados não refletem necessariamente a dinâmica das internações no cotidiano de trabalho, considerando que as internações realizadas no que se refere ao tipo de leitos podem variar segundo a taxa de ocupação e a rotatividade, dentre outros. A esse respeito, conforme uma revista de circulação regional (10), no hospital A, 60% dos atendimentos e internações eram de pacientes que se utilizam do SUS e 40% de convênios particulares e pacientes privados; no hospital B, aproximadamente 80% dos atendimentos e internações eram de pacientes SUS; e no hospital C, 40% das internações

⁵ Código do enfermeiro entrevistado, conforme banco de dados.

eram de pacientes de convênios particulares e privados (10).

Infra-estrutura e incorporação tecnológica

Os enfermeiros relataram que o SUS, no início, incrementou a infra-estrutura dos hospitais filantrópicos promovendo reformas, ampliações de áreas físicas e aquisição de equipamentos. Mais tarde, porém, conforme os relatos, as reformas em curso passaram a promover a melhoria do atendimento à clientela privada e de convênios particulares, propiciando diferenciações de ambiente, conforto e alimentação:

E 518: "... os setores estão reformando para dar um conforto melhor, para ter clientela, no caso de convênio. O SUS tem, mas ainda não é o bastante ..."

A incorporação tecnológica também foi mencionada:

E 57: "... aumentou o grau de complexidade porque agora o hospital faz exames que antes ele não fazia: tomografia, ecocardiograma e ultrassom. Porque tudo isso era marcado fora, o hospital não tinha esse serviço, agora tem ..."

Qualificação profissional, condições de trabalho e sentimentos em relação à prática cotidiana, enfermagem e equipe multiprofissional

A qualificação dos recursos humanos foi enfocada pelos profissionais como estratégia para captar clientela diferenciada, bem como para responder à exigência legal de extinção do atendente de enfermagem (11), conforme evidenciam os relatos a seguir:

E 518: "... acho que é para mudar a visão do hospital, chamar clientela diferenciada... melhorar a enfermagem para ver se melhora o atendimento ..."

TABELA 1. Distribuição dos recursos humanos de enfermagem segundo a categoria profissional nas instituições hospitalares filantrópicas, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 1997^a

| Instituição | Enfermeiros (%) | Técnicos de enfermagem (%) | Auxiliares de enfermagem (%) | Atendentes de enfermagem (%) |
|-------------|-----------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| A | 8 | 13 | 45 | 34 |
| B | 8 | 13 | 22 | 56 |
| C | 8 | 11 | 30 | 51 |

^a Enfermeiro: nível universitário; técnico de enfermagem: ensino médio completo (mínimo de 11 anos de instrução) e 1 660 horas de formação profissional; auxiliar de enfermagem: ensino fundamental completo (8 anos de instrução) e 1 100 horas de formação profissional; atendente de enfermagem: profissional sem formação específica, apenas com treinamento em serviço.

TABELA 2. Distribuição dos recursos humanos de enfermagem segundo a natureza jurídica das instituições hospitalares e as categorias profissionais, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 1997^a

| Instituições hospitalares | Enfermeiros | | Técnicos de enfermagem | | Auxiliares de enfermagem | | Atendentes de enfermagem | | Total |
|---------------------------|-------------|----|------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Públicas | 216 | 19 | 92 | 8 | 711 | 64 | 96 | 9 | 1 115 |
| Filantrópicas | 45 | 8 | 70 | 13 | 205 | 37 | 237 | 42 | 557 |
| Privadas | 61 | 10 | 74 | 12 | 386 | 62 | 105 | 17 | 626 |
| Total | 322 | 14 | 236 | 10 | 1 302 | 57 | 438 | 19 | 2 298 |

^a Enfermeiro: nível universitário; técnico de enfermagem: ensino médio completo (mínimo de 11 anos de instrução) e 1 660 horas de formação profissional; auxiliar de enfermagem: ensino fundamental completo (8 anos de instrução) e 1 100 horas de formação profissional; atendente de enfermagem: profissional sem formação específica, apenas com treinamento em serviço.

E 247: "... tinham bastante funcionários atendentes... só que agora com o COREn⁶... então eles estão aposentando e com o tempo eles [administração] foram registrando os funcionários no COREn, que são auxiliares ou técnicos ..."

Todavia, o quantitativo de atendentes de enfermagem (trabalhadores sem formação específica) nessas instituições é elevado, representando uma parcela expressiva do quadro de pessoal, como mostra a tabela 1. No hospital C, por exemplo, 56% dos recursos humanos de enfermagem são formados por atendentes, cabendo destacar que esse hospital atende o maior número de pacientes do SUS.

Completando essa análise, a tabela 2 mostra que dentre todos os tipos de

hospitais (públicos, filantrópicos e privados), o maior contingente de atendentes de enfermagem encontra-se nos hospitais filantrópicos. São também essas instituições que apresentam o menor número de enfermeiros.

Os enfermeiros relatam as precárias condições de trabalho em relação à sobrecarga de serviço decorrente das jornadas duplas, número insuficiente de pessoal de enfermagem, bem como baixos salários, que geram sentimentos de insatisfação. Essas questões vêm sendo bastante discutidas na enfermagem e no setor da saúde (12). Os recursos insuficientes, a demora no repasse de verbas e a ausência de uma política de valorização de recursos humanos são determinantes das condições de trabalho e dos sentimentos dos profissionais, conforme relatos:

E 437: "... o que eu percebo é que tem um descontentamento muito

grande . . . Está um desânimo total. O pessoal está vindo aqui cumprir horário . . . muitas vezes, a pessoa vem para cá, está com fome, sem comer porque passou a noite inteira no outro emprego . . .”

E 437: “. . . eu sinto, muitas vezes, que o paciente poderia ter sido melhor atendido mas a sobrecarga, o descontentamento, a desmotivação . . . você não deixa ele sem . . . mas não faz tudo aquilo que ele merecia ter . . .”

E 623: “. . . A gente passou por um momento de crise aqui no hospital, com atraso de pagamento. Aí tem gente que não quer trabalhar . . .”

Em contrapartida, os enfermeiros relataram que outros profissionais foram incorporados ao trabalho em saúde:

E 57: “. . . o que mudou é que a nutricionista antes não subia para conhecer os pacientes. Agora ela vem. Fisioterapeuta sempre teve, mas ele tem se adaptado às novas condições dos pacientes . . . Houve esse tipo de mudança, estar o conjunto todo trabalhando junto e melhor.”

E 623: “. . . eu acho que a equipe de saúde, na minha opinião está um pouco mais unida, a equipe em geral, principalmente na parte de médicos e enfermeiros, antes era uma coisa muito mais distante.”

A incorporação de novos profissionais à equipe de saúde é de fundamental importância para qualificar o atendimento, considerando a complexidade dos problemas de saúde. Torna-se necessário repensar, todavia, os modos como essa equipe se articula e qual a compreensão que cada profissional tem do processo de trabalho em saúde, uma vez que construir um trabalho integrado exige articulação dos saberes e poderes de cada profissional. O exercício do trabalho em equipe, principalmente com uma visão da clientela para além da dimensão técnico-biológica, poderá construir um modelo assistencial que privilegie o compromisso social do profissional com o usuário do sistema de saúde.

SUS em crise

Na opinião dos enfermeiros entrevistados, o SUS está em crise e, portanto, eles se sentem pessimistas:

E 598: “. . . eu acho que o SUS quando ele começou foi um sistema excelente para os hospitais . . . e de repente ele caiu . . . parou . . . estacionou . . . mas eu acho que houve muita corrupção aí no meio que fez com que o SUS parasse, estacionasse e não evoluísse . . .”

E 518: “. . . devido ao pagamento do SUS que é super precário, atrasado, não dá para manter o hospital só com o SUS . . .”

E 437: “. . . acho que a situação do país, do sistema de saúde . . . porque a verba é repassada, mas não sei onde está parando, onde está chegando essa verba. O governo mesmo falou há um tempo atrás, que todo mundo tem que ter convênio médico . . .”

E 57: “. . . acho que os recursos para a saúde ainda são poucos . . . muito instáveis . . . O SUS . . . no papel é maravilhoso, é uma coisa que teoricamente funcionaria. Então por que na prática não funciona?”

De modo geral, os enfermeiros relacionaram a crise do SUS às dificuldades de financiamento e pagamento. A esse respeito, o diretor, o administrador e o gerente financeiro de cada hospital filantrópico de Ribeirão Preto mencionaram que as verbas do SUS são insuficientes para cobrir as despesas. Nas instituições A e C, a receita proveniente do atendimento e internações de pacientes conveniados e particulares ajuda a compensar o prejuízo com o atendimento SUS. Na instituição A essa receita equivale a 75% do faturamento, enquanto que a receita do SUS representa 25%. Já a instituição B, que atende poucos pacientes conveniados particulares e quase nenhum privado, não consegue suprir a deficiência da verba recebida pelo SUS. Para equilibrar o orçamento, essas instituições recebem uma verba complementar dos governos municipal e estadual; entretanto, a prefeitura municipal não

tem repassado a verba no prazo determinado (10). Em decorrência, é difícil manter financeiramente as instituições filantrópicas e faz-se explícita uma tendência privatista.

DISCUSSÃO

Os hospitais filantrópicos, em sua origem caritativa, atendiam aos indigentes sem receber remuneração. A partir da metade da década de 80, passaram a estabelecer convênios com a previdência social, ampliando a oferta de serviços (13). Como já comentado, com o reordenamento do sistema de saúde, são os hospitais filantrópicos que preferencialmente estabelecem convênios para o atendimento dos pacientes que se utilizam do SUS. Entretanto, atualmente, tais hospitais não têm conseguido se manter financeiramente e, portanto, voltam-se para a captação de clientela de convênios particulares ou pagantes diretos.

A partir da década de 80, a atenção médica supletiva, compreendida por medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração, se expandiu vertiginosamente: no ano de 1989, cobria 31 140 000 brasileiros, ou seja, 22% da população do país (3). Esse sistema vem crescendo de modo acelerado, impulsionado pelo processo de universalização excludente: a ampliação da cobertura da assistência médica previdenciária vem acompanhada de mecanismos de racionamento com queda da qualidade dos serviços públicos. Nesse contexto, as camadas médias da população passam a buscar as modalidades assistenciais oferecidas pelo setor privado, enquanto os serviços públicos são destinados, principalmente, às pessoas com baixas condições financeiras, que exercem pouca pressão para a melhora dos serviços (3, 4, 14). A privatização de serviços de saúde trouxe uma dualidade discriminatória: serviços melhores (privados) reservados a quem pode pagar e serviços piores (públicos) para quem demanda o acesso gratuito (15). Cabe ainda considerar que o acesso às modalidades assistenciais oferecidas pelo

setor privado depende da capacidade de pagamento de indivíduos, famílias e empresas (3). Nesse sentido, em uma mesma instituição filantrópica, com certeza há diferenças de atendimento conforme o tipo de convênio e, ainda, muitas vezes, os convênios aí atendidos não são os mesmos das instituições particulares.

Frente ao exposto, compreendemos que os hospitais filantrópicos, no contexto atual, não têm uma identidade única — mantêm as características caritativas, atendem pacientes do SUS e, ao mesmo tempo, vêm expandindo o atendimento a pacientes conveniados particulares e privados, incorporando a lógica de mercado para se manter financeiramente. Nesse contexto, é possível que os leitos incorporados pelo SUS venham diminuindo, indicando que a população carente que depende exclusivamente deste atendimento, a saber, de nível secundário, encontra-se desprotegida. Desse modo, questionamos a universalidade do atendimento proposto pela reforma sanitária. Além disso, o número elevado de atendentes de enfermagem nas instituições filantrópicas sugere existir restrição na qualidade da assistência prestada.

Os enfermeiros entrevistados relataram que, no início do processo da reforma da saúde, o SUS incrementou a infra-estrutura dos hospitais filantrópicos. Nessa direção, é imprescindível questionar até que ponto as novas tecnologias têm contribuído para a melhoria da qualidade do atendimento, quais seus limites e possibilidades. Concordamos com Cordeiro (13) quando afirma que é preciso estabelecer critérios para incorporação de novas tecnologias, subordinando-as aos seus impactos na solução dos problemas de saúde e na melhoria da qualidade de vida da população.

Ainda, é preciso considerar que, além da tecnologia representada por máquinas e aparelhos (tecnologia dura), existe aquela que se configura enquanto saber profissional estruturado e protocolizado (tecnologia leve dura), somada à tecnologia leve que se manifesta no encontro usuário-trabalhador de saúde e envolve cumplicidade, responsabilização, confiabili-

dade e esperança, numa relação de vínculo e aceitação. Nesse sentido, a qualidade em saúde necessita de uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias.⁷

Podemos afirmar, entretanto, que comumente os investimentos estão limitados à tecnologia dura que, isoladamente, não garante a qualificação do atendimento em saúde. A incorporação tecnológica apontada pelos enfermeiros deve ser apreendida de modo questionador, uma vez que, sem controle, pode representar um dos principais fatores que promovem a “inflação médica”, ou seja, elevação dos preços dos serviços médicos acima dos índices gerais da economia nacional. Isso pode ocorrer tendo em vista que a tecnologia biomédica é acumulativa e não substitutiva, não reduz a força de trabalho, difunde-se rapidamente e, muitas vezes, é incorporada sem que seja comprovada sua eficácia (16).

Com relação à qualificação profissional, constatou-se que o quantitativo de atendentes de enfermagem nas instituições estudadas é elevado. De modo geral, os atendentes efetivamente realizam atividades relacionadas ao cuidado do paciente, apesar da lei do exercício profissional (11) que lhes confere permissão ao exercício apenas das atividades chamadas elementares, ou seja, aquelas que não envolvem contato direto com o doente. Nas instituições hospitalares filantrópicas B e C, respectivamente 56 e 51% dos recursos humanos em enfermagem são atendentes, devendo ser considerado que a instituição B atende o maior número de pacientes convênio/SUS.

Em geral, as condições de trabalho descritas pelos entrevistados foram precárias. Tais condições dificultam o desenvolvimento do compromisso com o fazer cotidiano e a qualidade no atendimento. Como acolher o usuário, construindo um vínculo significativo, e

desenvolver a competência técnico-científica e política nesse contexto de trabalho? Em estudo realizado por Anselmi (12), o salário, volume de atividades, horário e turno de trabalho, dentre outras condições, foram considerados determinantes para o desligamento do emprego e a rotatividade de trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto. Naquele estudo, os resultados mostraram a ocorrência de elevada rotatividade da força de trabalho em enfermagem, principalmente nos hospitais filantrópicos.

Finalmente, os enfermeiros relacionaram a crise do SUS às dificuldades de financiamento e pagamento. Sem dúvida, para concretizá-lo, enquanto proposto no projeto político-ideológico, faz-se necessária a sustentação econômica, ou seja, verbas suficientes, disponíveis e bem aplicadas. Neto (17) pontua alguns aspectos relacionados à malversação do dinheiro público: a ausência de controle público sobre ações e serviços prestados pelo setor privado, a ineficiência da gestão pública, alicerçada em regras burocráticas, o corporativismo e o descompromisso público de segmentos profissionais. Enfoca ainda que, além de se gastar mal, considerando os parâmetros internacionais, também se gasta pouco com saúde no Brasil.

Nesse cenário, os enfermeiros questionam a viabilidade do SUS e, conforme apreendemos, em alguns momentos, seus relatos sugerem a necessidade da prática privada para manter o atendimento à saúde. Sem dúvida, o momento econômico exige a busca de caminhos alternativos; entretanto, precisamos estar atentos para evitar, como comenta Soares (15), a submissão de princípios como equidade e universalidade às restrições econômicas.

Sabemos que se trata de um grande desafio articular os sistemas público e privado sem negligenciar as necessidades de saúde do cidadão. Para tal, há que se compreender que qualquer projeto para a saúde se pauta em determinada concepção de mundo e sociedade, que pode estar mais ou menos comprometida com o respeito à dignidade humana.

⁷ Merhi EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma dimensão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência [mimeografado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1997.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
2. Almeida MCP. A enfermagem e as políticas de saúde. Escola Anna Nery — Rev Enfermagem 1997;1(esp):53-62.
3. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 2a ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994. p. 19-91.
4. Giovanella L, Drummond J, Skaba MMF, Oliveira RG, Sá VM. Equidade em saúde no Brasil. Saude em Debate 1996;49-50(dez/mar):13-22.
5. Ribeirão Preto, Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento. Ribeirão Preto em Dados 1994/1995. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal; 1995.
6. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Médico Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1992.
7. Silva SF. A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Neto MMC, Azevedo CA. Proposta de classificação de hospitais e leitos. Rev Paulista Hospitais 1986;34(1/2/3):33-39.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde: 9 — Relatório Final. Brasília: Ministérios da Saúde; 1992.
10. O drama dos filantrópicos. Revide Especial (Ribeirão Preto); 1998 (setembro).
11. Brasil. Decreto no. 94406 de 8 de junho de 1987. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, Junho de 1987:853-855.
12. Anselmi ML, Angerami ELS, Bomes DLR. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. Rev Bras Saude Ocupacional 1997;23(85/86):31-41.
13. Cordeiro H. Sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991.
14. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Paris: Éditions École Nationale de La Santé Publique; 1993.
15. Soares LTR. O impacto das políticas neoliberais sobre a situação de saúde, o Brasil no contexto da América Latina. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48. São Paulo: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo; 1996. p.178-89.
16. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
17. Neto ER. SUS: quem são os verdadeiros vilões. Saude em Debate 1996;49-50(dez/março):1996.

Manuscrito recebido em 20 de julho de 1999. Aceito versão revisada em 9 de maio de 2000.

ABSTRACT

Health care reform and changes in nursing practice in philanthropic hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

This paper describes part of a multicenter study sponsored by the Pan American Health Organization to assess health care reforms and their implications for nursing in several countries. The objective of this research was to learn the views of nurses working in philanthropic hospitals in Ribeirão Preto, in the state of São Paulo, Brazil, regarding the changes in nursing practice coming from Brazil's health care reform and implementation of the Unified Health System (UHS). Data were obtained through structured interviews with seven nurses who met the selection criteria, from the three philanthropic hospitals in Ribeirão Preto. The nurses reported a decline in the quality of care and in the number of beds for UHS patients. The nurses reported that UHS implementation initially led to infrastructure improvements in the philanthropic hospitals. However, the reforms eventually shifted toward improving the care of private and privately insured patients. In addition, the nurses emphasized their heavy work loads and low pay. The nurses' reports indicated that Brazil's UHS is going through a crisis. In general, the nurses linked this crisis to problems in funding and allocation of resources.