

Saúde Pública e Parcerias Intersetoriais: Avaliação de Percepção da Prestação de Serviços Públicos de Saúde pelos Profissionais da Saúde

**Luciano A. Prates Junqueira, Flávio A. Cardoso Álvares
e Maria Amélia Jundurian Corá**

Resumo

O objetivo deste trabalho é analisar a percepção dos profissionais da saúde quanto à eficácia da parceria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com as Organizações Sociais de Saúde na prestação de serviços públicos no município sob esse novo modelo de gestão organizacional. Trata-se, portanto, de uma pesquisa avaliativa de percepção. Dentre as dimensões desse marco legal, há a desregulamentação do trabalho, a terceirização de serviços, avaliações de desempenho, descentralização das negociações salariais e políticas de gestão. Inicialmente, será delineado o perfil dos profissionais de saúde dos estabelecimentos pesquisados. Após a apresentação do perfil, será discutida a percepção dos funcionários sobre o atendimento e a avaliação das suas condições de trabalho. Além desses objetivos, será apresentada a percepção dos funcionários em relação à gestão das Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo.

Palavras-chave

Profissionais da Saúde. Organizações Sociais. Saúde Pública. Parcerias.

INTRODUÇÃO

A gestão de políticas sociais tem passado por um processo de mudança, influenciada pelas estruturas dos sistemas de gestão da empresa privada, orientada por uma cadeia produtiva mais complexa que influencia também uma visão sobre a organização ideal de trabalho com o objetivo de produzir resultados mais tangíveis, ousados e duradouros.

Esse modelo de estruturas complexas da organização não tem seu efeito apenas nas empresas privadas, a sociedade acompanha esse movimento e acaba por exercer pressão para que o mesmo seja adotado em outras esferas da vida. Sejam elas referentes ao espaço privado do indivíduo, seja no espaço público onde as ações sociais são exercidas da maneira como Max Weber (1999) as tipifica.

Weber diferencia as reações das pessoas segundo as relações sociais. Essa visão está direcionada pela questão política, na medida em que há uma argumentação sobre as relações entre as pessoas configurando a ação social.

O comportamento interno só é ação social quando se orienta pelas ações de outros, não o é, por exemplo, o comportamento religioso, quando nada mais é do que contemplação, oração solitária, etc. A atividade econômica (de um indivíduo) unicamente o é na medida em que também leva em consideração o comportamento de terceiros (WEBER, 1999, p. 14).

Essa tendência está presente também nas manifestações da sociedade por uma administração pública eficiente e voltada para o resultado das ações racionalizadas, o que, em certa medida, pode ser percebido pela frase que resume o ideal da nova administração pública: fazer mais, com menos. Essa tendência inicia-se com a experiência britânica pós-1979, na qual se podem notar seus primeiros movimentos:

[...] houve um programa de privatização em larga escala na esfera da atividade econômica, com a venda de muitas indústrias nacionalizadas a trabalhadores e acionistas [...] as funções sociais que permaneceram no setor público passaram a orientar o trabalho com base em valores gerenciais e de mercado [...] vemos uma grande ênfase no “fazer mais com menos”, na preservação do valor do dinheiro, no uso de indicadores comparativos de desempenho e no desenvolvimento de sistemas aperfeiçoados de custos, de informação e de auditoria. O desempenho relativo é avaliado mais abertamente e sujeito a um rígido monitoramento central (FERLIE *et al.*, 1999, p. 17).

A Nova Administração Pública traz esse preceito associado ao fundamental exercício do controle da sociedade sobre esse novo modelo de gestão pública. Nessa fase, os administradores públicos estão mais focados na eficiência, nos resultados práticos e no acompanhamento contínuo dos processos de gestão. Para alcançar esses resultados, novos modelos de parceria entre o estado e a sociedade civil foram desenhados, dentre eles os contratos de gestão entre os entes públicos e as organizações sociais.

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir a percepção dos profissionais da saúde quanto à eficácia da parceria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com as

Organizações Sociais de Saúde na prestação de serviços públicos no município sob esse novo modelo de gestão organizacional. Trata-se, portanto, de uma pesquisa avaliativa de percepção.

Dentre as dimensões desse marco legal, há a desregulamentação do trabalho, a terceirização de serviços, avaliações de desempenho, descentralização das negociações salariais e políticas de gestão. Ela é sempre defendida por quem a aplica como uma relação ganha-ganha, a sociedade ganha e o governo também, todavia, como ficam as organizações e sua relação com seus profissionais?

Os novos modelos de gestão pública procuram responder às expectativas da população sobre o uso eficiente dos recursos públicos mediante a melhoria do atendimento desses serviços. Essa melhoria está associada à flexibilidade que os contratos de gestão podem oferecer ao Estado para a gestão das políticas públicas. Nesse sentido, um dos principais ativos desse modelo é a possibilidade de se tomar decisões rápidas às demandas extremamente dinâmicas da área da saúde.

Se buscarmos as origens do Sistema Único de Saúde - SUS, percebe-se que a saúde pública ocupa um espaço central na pauta das ações do Estado. As conquistas mais significativas que culminaram com a implementação do SUS, sua expansão e consolidação podem ser datadas nos últimos 30 anos. Com a criação do SUS em 1988, foram instituídos princípios legais que preconizam a universalização do acesso, a equidade, ou seja, fazer mais para quem mais precisa, e a integralidade da assistência.

O atendimento aos excluídos acabou se tornando uma questão crítica para o SUS que, apesar de abranger, por princípio, toda a população, não tem capacidade de atender toda a demanda da rede, especialmente nas regiões mais pobres e necessitadas. Nesses casos, para que o Estado possa melhorar sua abrangência e qualidade dos serviços prestados, é necessário um processo constante de reavaliação de seus mecanismos de gestão e até mesmo de seus modelos assistenciais.

Nesse sentido, surge a ideia da rede, aqui entendida não apenas como ligação entre esferas diferenciadas de gestão, sejam públicas ou privadas, mas o modo pelo qual o acesso a um direito é exercido. A rede deve ter um caráter complementar aos serviços prestados pelo Estado, ampliando a possibilidade de acesso (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de incluir uma parcela da população até então sem garantias de assistência médica, gerou diversas possibilidades de implementação do modelo universalizante de implementação da atenção à saúde. Daí a necessidade da rede como articulação dos serviços a serem prestados, não apenas pelos órgãos públicos, mas pelas organizações da sociedade civil parceiras:

[...] diversas concepções ou “projetos de SUS” passaram a se delinear e competir no imaginário de técnicos, gestores, políticos, dirigentes e população, bem como na arena político-institucional, durante sua implementação nos últimos 15 anos. Em outras oportunidades tem-se ressaltado pelo menos quatro tipos de concepções: o **SUS formal**, estabelecido pela constituição, Lei Orgânica

da Saúde e portarias; o **SUS democrático**, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o **SUS real**, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macro-estrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o **SUS para pobres**, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais. (PAIM, 2006, p. 36).

Essas visões antagônicas expõem os principais desafios da saúde para garantir a inclusão da população que necessita de assistência médica, pois não possuem outros meios de acesso. As organizações sociais foram criadas para contribuir na gestão dos serviços públicos de saúde, garantindo o acesso à assistência médica de maneira mais ágil e integral, ou seja, o acesso a múltiplos recursos que garantam o pleno direito de toda a população à saúde.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o estado e colaboram de forma complementar com o Sistema Único de Saúde, conforme, previsto em sua Lei Orgânica nº 8080/90.

A parceria entre o setor público e as organizações sociais tem como objetivo a melhoria do acesso e a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, ampliar a satisfação dos serviços prestados. Será que há diferença entre a prestação dos serviços públicos de saúde sob contrato de gestão e aqueles que permanecem sob a gestão estatal?

Existem estudos que apontam que os usuários de saúde em países com baixo acesso aos médicos, geralmente quando conseguem atendimento o considera como algo positivo. Isso influencia a avaliação do serviço, mas isso não significa, necessariamente, que o atendimento foi de qualidade, gerando a satisfação do usuário. Outra questão a ser atribuída ao tipo de serviço oferecido é a ausência da cultura de avaliação. Com isso, os usuários não manifestam uma visão crítica dos serviços, nessa perspectiva é que deve ser entendido o discurso de Andrade, Vaistman e Farias (2010, p. 525):

Em contextos em que não é comum uma cultura de avaliação e sobretudo entre usuários de menor renda e escolaridade, a aceitação acrítica do atendimento é um aspecto que deve ser levado em conta na interpretação dos resultados dos estudos de satisfação porque, para a maioria da população carente, conseguir o atendimento já é usualmente difícil. Este aspecto tende a resultar em baixa expectativa e alta satisfação somente pelo fato de se conseguir acesso ao serviço.

Nesse sentido, optamos pela definição de Donabedian (1984) que afirma que a avaliação na qualidade deve ser feita sob três ângulos: o do médico, o do paciente e o da comunidade. Essas formas de avaliar podem ser pensadas complementarmente às avaliações que predominam o histórico de planificação do sistema de saúde brasileiro – normativas. Vislumbra-se um planejamento em saúde para além da doença e que assuma um caráter positivo de se pensar a saúde (TESTA, 1992) para promovê-la.

Nesse sentido, o objetivo é verificar como os profissionais de saúde avaliam os serviços

oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA) e Programas de Saúde da Família (PSF) em 10 microrregiões do município de **São Paulo**.

Inicialmente será delineado o perfil dos profissionais de saúde dos estabelecimentos pesquisados. Após a apresentação do perfil, será discutida a percepção dos funcionários sobre o atendimento e a avaliação das suas condições de trabalho. Além desses objetivos, será apresentada a percepção dos funcionários em relação à gestão das Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo.

METODOLOGIA

A pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa foi realizada mediante a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas para avaliar a percepção dos profissionais de saúde dessas regiões. Foram entrevistados 9.571 profissionais de 224 unidades municipais de saúde (UBS – PSF e AMA), em dez microrregiões do município de São Paulo, como segue abaixo:

- Cidade Tiradentes/ Guaianases (Cid.Tir.- Gua)¹
- M'Boi Mirim (MBoiMir)
- Tremembé/ Jaçanã (Jac-Trm)
- Aricanduva/Sapobemba/São Mateus (Arc-Sap-SaoMat)
- Vila Maria/Vila Guilherme (VilMar-VilGui)
- Penha/Ermelino Matarazzo (Penh-Erm-Mat)
- Itaim Paulista (Ita-Pit)
- Socorro/Parelheiros (Soc-Par)
- Butantã/Jaguapé (But-Jag)
- Cidade Ademar (CidAdm)

Após consolidar a base de dados (2010), fornecida pelo Instituto Via Pública (IVP), a mesma foi testada e validada. Os dados foram tratados utilizando o software SPSS 17, o que possibilitou o cruzamento e a construção das tabelas e gráficos, que foram objeto da análise da pesquisa avaliativa da relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais, por meio das percepções dos profissionais da saúde envolvidos na prestação de serviço.

RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados apresentados permitem verificar como os profissionais de saúde avaliavam os serviços de saúde oferecidos pelo município. Inicialmente, serão apresentados os dados referentes aos funcionários: seu perfil. Em seguida, a percepção da qualidade dos serviços oferecidos.

FUNCIONÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Perfil dos Funcionários

Através da análise da distribuição das variáveis: idade, sexo, escolaridade e profissão, por microrregião (Tabela 1), pode-se verificar que a maioria dos profissionais de saúde possuem idade entre 25 e 44 anos (54,6%), independentemente da microrregião. Contudo, quando se considera a distribuição dos profissionais por microrregião, observa-se que os profissionais na faixa de 25 a 44 anos representam mais de 60% nas microrregiões Ita-Pit, Cid.Tir-Gua; Mboi-Mir. Além disso, a maioria desses profissionais é do sexo feminino (77,9%), independentemente da microrregião.

Quanto à escolaridade, 48,1% possui ensino superior completo, sendo que, desses 23,7% tem pós-graduação; 46,0% possui ensino médio completo, independentemente da microrregião.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde por idade, sexo, escolaridade e ocupação por microrregião

	ItaPit	CidTir-Gua	CidAdm	Jac-Trm	Arc-Sap-SaoMat	VilMar-VilGui	Pnh-ErmMat	MBoiMir	Soc-Prl	But-Jag	Total
Faixa Etária											
Até 24 anos	7,7%	6,8%	7,6%	3,6%	3,8%	4,1%	1,1%	5,5%	9,3%	3,9%	5,6%
De 25 a 34 anos	39,7%	39,4%	34,2%	24,3%	28,8%	14,6%	18,6%	35,9%	36,8%	32,9%	31,1%
De 35 a 44 anos	29,2%	26,8%	19,7%	24,0%	25,6%	19,6%	23,5%	25,1%	21,7%	16,3%	23,5%
De 45 a 54 anos	14,5%	17,1%	22,7%	31,2%	27,3%	37,1%	37,6%	17,7%	21,7%	26,9%	24,8%
55 anos e mais	8,9%	9,9%	15,8%	16,9%	14,5%	24,6%	19,2%	15,7%	10,5%	19,9%	14,9%
Sexo											
Homem	19,1%	22,5%	23,3%	22,5%	22,5%	19,2%	28,6%	23,9%	21,1%	18,4%	22,1%
Mulher	80,9%	77,5%	76,7%	77,5%	77,5%	80,8%	71,4%	76,1%	78,9%	81,6%	77,9%
Nível de Instrução dos Profissionais											
Fundamental incompleto	1,0%	1,7%	,7%	1,8%	1,3%	1,5%	1,8%	1,3%	1,7%	,9%	1,4%
Fundamental completo	3,4%	4,3%	4,9%	6,6%	5,7%	7,6%	3,4%	2,0%	4,4%	3,3%	4,5%
Médio completo	61,0%	37,7%	35,7%	55,0%	42,1%	46,9%	24,8%	40,6%	61,7%	42,5%	46,0%
Superior completo	16,7%	29,2%	30,5%	20,5%	29,1%	26,1%	35,1%	25,9%	16,0%	21,1%	24,4%
Pós-graduação	17,9%	27,1%	28,2%	16,1%	21,9%	17,9%	34,9%	30,2%	16,3%	32,2%	23,7%
Profissionais de Saúde											
Médico	15,7%	29,7%	42,6%	21,7%	30,5%	26,5%	47,1%	38,1%	16,2%	33,4%	29,0%
Enfermeiro	15,1%	23,4%	13,4%	8,2%	17,4%	10,8%	18,5%	16,9%	9,9%	14,5%	14,7%
Auxiliar de enf	26,5%	16,7%	14,8%	30,9%	19,5%	31,2%	16,2%	17,1%	33,2%	26,5%	23,7%
Recepcionista	19,3%	14,7%	14,1%	25,8%	12,2%	18,1%	9,2%	10,2%	20,5%	16,3%	16,2%
Agente de saúde	23,5%	15,5%	15,1%	13,3%	20,4%	13,4%	9,0%	17,7%	20,2%	9,3%	16,4%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

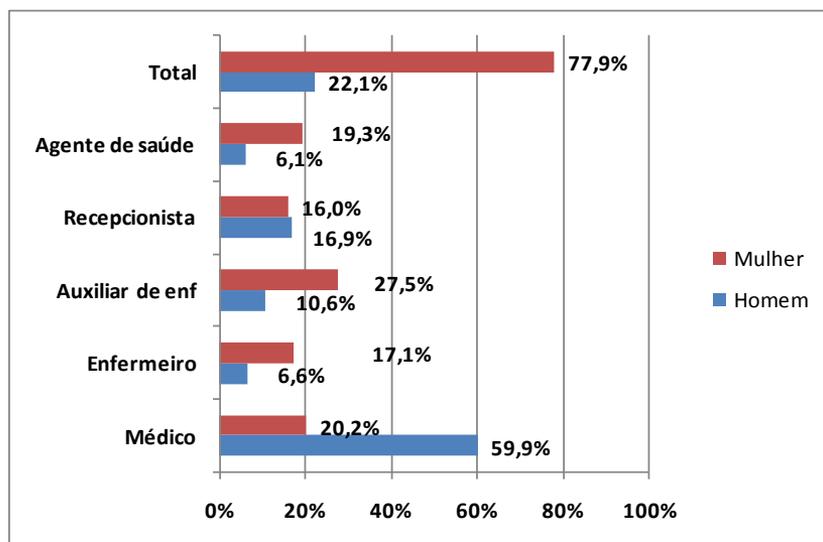
Observa-se, contudo, que, nas microrregiões Ita-Pit, Soc-Par, Jac-Trm, a escolaridade dominante é de nível médio. Essa situação pode ocorrer devido à localização das unidades, pois nem sempre os profissionais de nível superior se dispõem a se deslocar para regiões mais distantes do centro.

Considerando os profissionais por categoria, os médicos são os que apresentam maior percentual, 29% do total dos profissionais, seguidos dos auxiliares de enfermagem (23,7%) e dos enfermeiros (14,7%), independentemente da microrregião, com exceção das citadas anteriormente, nas quais o nível médio é dominante.

Portanto, os profissionais dos equipamentos públicos de saúde são na maioria mulheres, com idade entre 24 e 44 anos e de escolaridade elevada.

A relação das variáveis profissionais de saúde por categoria e sexo permite verificar (Gráfico 1) que, apesar do sexo feminino ser dominante no conjunto dos profissionais de saúde, quando se consideram as categorias profissionais, verifica-se que os médicos são majoritariamente do sexo masculino (59,9%). Isso revela que há mais disponibilidade de pessoas do sexo feminino para desempenho de funções com menor remuneração no setor saúde.

Gráfico 1 - Profissionais de saúde, por sexo



Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Relacionando idade por categoria profissional (Tabela 2), observa-se que um terço dos médicos tem mais de 45 anos e os auxiliares de enfermagem apresentam tendência similar. No entanto, a tendência é a concentração, em todas as categorias, na faixa etária de 25 a 44 anos.

Tabela 2 - Idade por categorias profissionais

Faixa Etária	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Recepcionista	Agente comunitário de saúde	Total
Até 24 anos	,6%	1,7%	4,1%	13,9%	11,5%	5,6%
De 25 a 34 anos	29,8%	38,1%	27,3%	25,0%	39,0%	31,1%
De 35 a 44 anos	18,2%	28,5%	23,1%	23,1%	29,6%	23,5%
De 45 a 54 anos	30,3%	24,4%	26,0%	22,8%	16,0%	24,8%
55 anos ou mais	21,1%	7,3%	19,5%	15,2%	4,0%	14,9%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

A Tabela 3, que relaciona nível de escolaridade por categoria profissional, reitera a situação observada anteriormente, ou seja, 84% dos auxiliares de enfermagem, 74% dos recepcionistas e 86,3% dos agentes comunitários de saúde possuem nível médio. Chama a atenção o fato de que, em todas essas categorias, há um percentual de superior completo e, para auxiliares de enfermagem e recepcionistas, de pós-graduação. Isso revela que os profissionais buscam as oportunidades oferecidas pelo setor público para sua qualificação.

Tabela 3 - Nível de escolaridade por categorias profissionais

Escolaridade	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Recepcionista	Agente comunitário de saúde	Total
Fundamental incompleto	,0%	,0%	,5%	5,2%	2,7%	1,4%
Fundamental completo	,0%	,0%	5,3%	9,3%	10,5%	4,5%
Médio completo	,0%	,0%	84,1%	74,0%	86,3%	46,0%
Superior completo	49,1%	43,4%	8,3%	10,6%	,6%	24,4%
Pós-graduação	50,9%	56,6%	1,8%	,9%	,0%	23,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Percepção dos Profissionais sobre o Acesso ao SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e aos Medicamentos

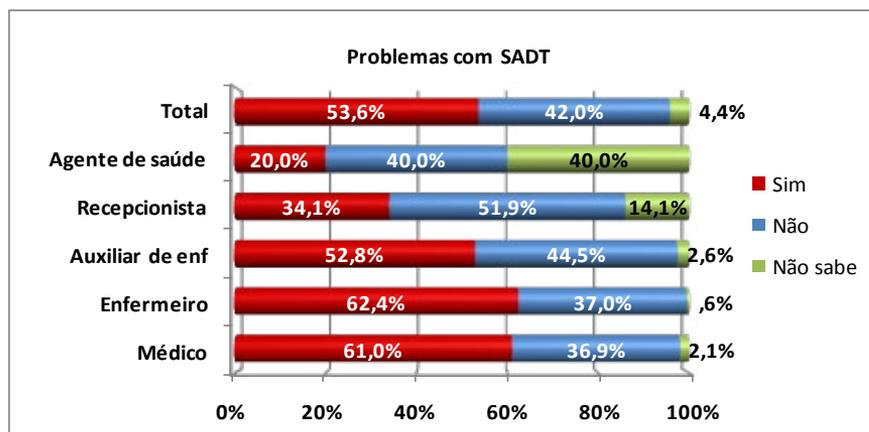
Em relação ao acesso ao SADT e aos medicamentos, observa-se (Tabela 4) que 53,5% dos profissionais de saúde considera que há dificuldades de acesso ao SADT, porém, em relação aos medicamentos, essa tendência cai, representando apenas 33,5% que identifica essa ocorrência.

Tabela 4 - Visão dos profissionais sobre problemas referentes a SADT e Medicamentos por microrregião

Problema com SADT por Microrregião											
	ItaPit	CidTir-Gua	CidAdm	Jac-Trm	Arc-Sap-SaoMat	VilMar-VilGui	Pnh-ErmMat	MBoiMir	Soc-Pri	But-Jag	Total
Sim	50,1%	53,9%	44,2%	67,6%	56,1%	60,6%	58,2%	46,5%	47,4%	54,0%	53,6%
Não	44,6%	43,0%	49,6%	26,8%	40,2%	35,0%	38,4%	51,9%	46,5%	42,1%	42,0%
Não sabe	5,2%	3,2%	6,2%	5,6%	3,7%	4,4%	3,5%	1,6%	6,1%	4,0%	4,4%
Problemas com Medicamentos por Microrregião											
Sim	27,0%	34,0%	32,0%	35,7%	31,1%	32,0%	40,8%	37,2%	30,7%	34,4%	33,5%
Não	69,0%	64,6%	61,8%	58,4%	64,4%	62,6%	55,4%	61,5%	64,2%	60,9%	62,4%
Não sabe	3,9%	1,4%	6,2%	5,9%	4,5%	5,4%	3,7%	1,3%	5,1%	4,6%	4,2%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

A relação das dificuldades de acesso ao SADT por categorias profissionais, Gráfico 2, permite verificar que essa percepção de dificuldade se dá na maioria dos médicos (61,0%) e das enfermeiras (62,4%), a mesma situação ocorre em relação ao acesso a medicamentos.

Gráfico 2 - Problemas de acesso ao SADT por categoria profissional

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Percepção dos Funcionários sobre a Parceria com as Organizações Sociais na Gestão das Unidades de Saúde

Na análise da visão dos profissionais de saúde em relação à parceria com as organizações sociais na gestão das unidades de saúde (Tabela 5), é relevante observar a importância atribuída à parceria pelos funcionários na melhoria tanto do atendimento (48,9%) quanto da satisfação dos usuários (46%) e mesmo da situação funcional (38,2%).

A única região onde, na percepção dos profissionais, a melhoria foi relativamente menor em todas as categorias foi em Mboi Mirim, com 25%.

O percentual dos profissionais que consideram ter piorado a situação com a parceria está abaixo de 8%. Novamente, a exceção é Mboi Mirim, que aponta piora tanto na situação funcional (18,8) quanto no atendimento ao público (12,5) e, ainda, na satisfação do usuário (25%). Essa situação diverge da percepção que ocorre em todas as outras microrregiões.

Deve-se ressaltar que MBoi Mirim e Cidade Tiradentes-Guaianazes foram avaliadas antes e depois do estabelecimento das parcerias com as OS. Porém, como não há disponibilidade de dados sobre a percepção dos funcionários da microrregião Cidade Tiradentes-Guaianazes em relação à situação funcional, o atendimento e a satisfação dos usuários, a comparação do comportamento dessas microrregiões fica inviabilizada.

Outro fato que merece atenção é que, em todas as microrregiões, um terço dos funcionários informa desconhecer o impacto da parceria. Essa situação remete a uma nova indagação sobre o significado desse percentual relativamente elevado de opção pela alternativa “não sabe”.

Tabela 5 - Visão dos profissionais de saúde sobre as Organizações Sociais por microrregião

Melhoria da situação funcional por Causa das OS's										
	ItaPlt	CidAdm	Jac-Trm	Arc-Sap-SaoMat	VilMar-VilGui	Pnh-ErmMat	MBoiMir	Soc-Pri	But-Jag	Total
Melhorar	49,7%	50,4%	32,3%	39,6%	35,4%	30,7%	25,0%	37,9%	27,6%	38,2%
Ficar igual	15,9%	12,9%	18,7%	23,4%	13,9%	24,7%	25,0%	17,4%	20,8%	18,6%
Piorar	7,6%	6,5%	8,9%	5,5%	9,2%	6,0%	18,8%	9,6%	11,3%	8,1%
Não sabe	26,8%	30,2%	40,1%	31,6%	41,5%	38,7%	31,3%	35,1%	40,3%	35,1%
Melhoria do Atendimento Público na Região por Causa das OS's										
Melhorar	56,4%	60,4%	48,1%	51,0%	44,9%	45,3%	25,0%	46,2%	39,2%	48,9%
Ficar igual	15,0%	11,5%	11,9%	16,8%	14,2%	15,9%	18,8%	15,3%	20,8%	15,2%
Piorar	3,8%	4,0%	4,4%	3,5%	4,4%	2,2%	12,5%	6,8%	4,6%	4,3%
Não sabe	24,7%	24,1%	35,6%	28,7%	36,4%	36,6%	43,8%	31,7%	35,3%	31,5%
Usuários mais Satisfeitos por Causa das OS's										
Melhorar	54,5%	54,8%	42,2%	46,0%	45,9%	41,3%	25,0%	44,7%	37,8%	46,0%
Ficar igual	16,3%	13,6%	13,6%	22,0%	14,2%	20,9%	18,8%	17,5%	18,7%	17,3%
Piorar	4,9%	4,7%	4,7%	2,2%	4,7%	2,0%	25,0%	7,0%	5,7%	4,6%
Não sabe	24,3%	26,9%	39,4%	29,7%	35,1%	35,8%	31,3%	30,8%	37,8%	32,1%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Relacionando o gerenciamento pelas OS por melhoria da situação funcional dos profissionais de saúde por categoria, observa-se uma visão similar, com destaque para a categoria dos enfermeiros, na qual mais de 50% considera que houve melhoria. A percepção de piora é relativamente maior entre os recepcionistas. Permanece, em todas as categorias, pouco mais de um terço que desconhece a parceria.

Tabela 6 - Gerenciamento pelas OS por melhoria na situação funcional

	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enf	Recepcionista	Agente de saúde	Total
Melhorar	30,1%	51,1%	37,5%	34,4%	46,7%	38,2%
Ficar igual	23,0%	17,1%	17,7%	15,1%	17,3%	18,6%
Piorar	9,9%	3,4%	8,1%	12,8%	3,6%	8,1%
Não sabe	36,9%	28,3%	36,7%	37,7%	32,4%	35,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Na relação entre as variáveis de gerenciamento pelas OS e a melhoria no atendimento (Tabela 7), observa-se um maior percentual de percepção de melhoria (48,9%), com variação de 40% a 61%. Novamente a categoria de enfermeiros percebe maior contribuição da parceria para a melhora do atendimento (61,4%), seguida dos agentes de saúde (54,4%). Já para os médicos, a melhoria não é percebida da mesma maneira, sendo relativamente menor (40,1%).

Tabela 7 - Gerenciamento pelas OS por melhoria no atendimento ao público

	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enf	Recepcionista	Agente de saúde	Total
Melhorar	40,1%	61,4%	49,4%	47,8%	54,4%	48,9%
Ficar igual	18,6%	11,6%	13,8%	14,6%	15,4%	15,2%
Piorar	5,2%	2,1%	4,7%	6,0%	2,5%	4,3%
Não sabe	36,1%	24,9%	32,2%	31,7%	27,7%	31,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Em relação à percepção dos profissionais da saúde sobre a satisfação dos usuários (Tabela 8), essa é similar à anterior, ou seja, 46% identificam melhora na satisfação dos usuários com o gerenciamento pelas OS.

Tabela 8 - Gerenciamento pelas OS por melhoria na satisfação dos usuários

Tabela 8: Gerenciamento pelas OS por melhoria na satisfação dos usuários						
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enf	Recepcionista	Agente de saúde	Total
Melhorar	36,3%	57,3%	48,1%	46,6%	49,2%	46,0%
Ficar igual	23,0%	14,6%	14,9%	14,4%	16,8%	17,3%
Piorar	4,8%	2,1%	5,3%	7,6%	2,2%	4,6%
Não sabe	35,9%	26,0%	31,7%	31,5%	31,8%	32,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Percepção dos Profissionais de Saúde sobre o Número de Profissionais para o Atendimento da Demanda

Quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre a relação entre número de médicos e as pessoas atendidas, observa-se, na Tabela 9, que os atendimentos realizados são considerados excessivos por 48,4% dos entrevistados, porém percentual similar (49,7%) diz ser adequado ou mesmo abaixo do potencial de atendimento.

Quando se considera cada microrregião, há uma discrepância entre as microrregiões Jaçanã-Tremembé e Butantã-Jaraguá. No primeiro caso, 65,5% acha excessivo o número de atendimentos, enquanto na segunda microrregião, para mais de 60%, o atendimento é adequado ou mesmo abaixo do potencial. Essa discrepância corrobora a diferença de capacidade de atração de profissionais pelas duas regiões. Enquanto Jaçanã-Tremembé tem dificuldade de atrair e manter profissionais, há uma procura por parte dos profissionais pela região do Butantã-Jaraguá.

Ressalte-se, ainda, que, a percepção, em todas as microrregiões, é a de que o número de médicos é insuficiente para atender à demanda (50,9%). Essa situação vem reiterar o que uma parcela desses profissionais médicos disse da qualidade dos serviços e da satisfação dos usuários. O problema da qualidade, que tem na satisfação uma de suas dimensões, depende, no dizer dos médicos, do número insuficiente de profissionais e mesmo da sua situação funcional.

Se há necessidade de contratação de profissionais de saúde, o médico aparece como a categoria mais demandada, seja por eles mesmos, seja pelas outras categorias profissionais (Tabela 10).

Também há uma demanda relativamente elevada de dentista, cuja necessidade é identificada pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e, até, pelo recepcionista.

O enfermeiro demanda menos a própria categoria e reforça o pedido de ampliação do número de médicos e de todas as outras categorias, principalmente as de apoio. Embora o auxiliar de enfermagem, membro da equipe de enfermagem, destaque a necessidade de mais enfermeiros (41,7%). Ambos, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, são os que demandam um grande aumento do número de agentes comunitários de saúde. Isso indica que há diferentes visões sobre os papéis dos profissionais, especialmente do enfermeiro, sugerindo que o auxiliar de enfermagem gostaria de ter mais enfermeiros na atenção direta e não apenas na administração.

O auxiliar de enfermagem é um profissional muito demandado, uma vez que executa não apenas atividades de apoio ao médico e ao enfermeiro, no atendimento direto, mas também atividades de atendimento complementar, desde o apoio diagnóstico até a distribuição de medicamentos.

Tabela 9 - Visão dos profissionais sobre a quantidade de atendimentos e do número de médicos por microrregião**Tabela 9: Visão dos profissionais sobre a quantidade de atendimentos e do número de médicos por microrregião**

Quantidade de Pessoas Atendidas											
	ItaPlt	CidTir-Gua	CidAdm	Jac-Trm	Arc-Sap-SaoMat	VilMar-VilGui	Pnh-ErmMat	MBoiMir	Soc-Pri	But-Jag	Total
Excessivo	53,5%	44,6%	50,2%	65,5%	45,1%	50,3%	41,8%	42,6%	52,4%	37,1%	48,4%
Adequado	38,6%	47,1%	45,2%	28,9%	46,9%	43,3%	47,3%	53,0%	38,5%	50,3%	43,6%
Abaixo do que poderia ser atendido	5,8%	6,6%	4,2%	4,4%	6,6%	3,7%	7,5%	2,7%	7,8%	10,6%	6,1%
Não sabe	2,1%	1,7%	,4%	1,2%	1,3%	2,7%	3,5%	1,6%	1,3%	2,0%	1,8%
Quantidade Suficiente de Médicos											
Sim, sempre, em todos os dias e horários	27,8%	35,0%	37,0%	15,9%	30,6%	34,2%	37,1%	39,2%	31,4%	40,1%	32,6%
Às vezes sim, às vezes não	23,4%	8,8%	16,0%	8,8%	13,5%	8,1%	11,4%	15,4%	17,5%	17,5%	14,3%
Não	48,0%	52,4%	45,9%	71,7%	54,4%	57,4%	48,3%	41,9%	49,9%	39,7%	50,9%
Não sabe	,8%	3,7%	1,2%	3,5%	1,6%	,3%	3,2%	3,5%	1,1%	2,6%	2,2%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

Tabela 10 - Necessidade de contratação de pessoal de saúde por categoria profissional

	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Recepcionista	Agente comunitário de saúde	Total
Médico generalista	35,9%	17,5%	25,7%	20,8%	,2%	100,0%
Médico especialista	36,0%	13,1%	31,1%	19,7%	,1%	100,0%
Dentista	27,7%	25,8%	27,1%	19,4%		100,0%
Enfermeiro	17,5%	28,3%	41,7%	11,7%	,8%	100,0%
Outro profissional de nível superior	31,4%	29,9%	30,7%	8,0%		100,0%
Auxiliar de enfermagem	25,9%	21,3%	37,0%	15,7%		100,0%
Outro profissional de nível médio	6,7%	13,3%	73,3%	6,7%		100,0%
Recepcionista	29,2%	20,8%	20,8%	27,1%	2,1%	100,0%
Pessoal administrativo	15,0%	30,0%	25,0%	30,0%		100,0%
Pessoal de apoio	13,6%	45,5%	22,7%	18,2%		100,0%
Agente comunitário de saúde		33,3%	66,7%			100,0%
Outro	58,6%	6,9%	27,6%	6,9%		100,0%

Fonte: Pesquisa realizada pelo IVP, 2010.

O que se pode inferir da análise dos resultados da pesquisa sobre a percepção dos profissionais de saúde nas dez microrregiões do município de São Paulo é que os profissionais são na sua maioria jovens e do sexo feminino, com exceção dos médicos, categoria na qual prevalece o sexo masculino.

A visão dos profissionais de saúde sobre a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários revela que eles possuem uma imagem favorável dos serviços oferecidos pelos equipamentos públicos de saúde. Porém, consideram necessária a contratação de mais profissionais para cobrir de maneira adequada a demanda dos usuários.

Em relação à presença de um novo ator na gestão das unidades de saúde, no caso as organizações sociais, um terço dos profissionais diz não ter opinião sobre se esse fato é positivo ou negativo para a melhoria da situação profissional e do atendimento. Isso sugere que pode ser alheamento em relação ao papel desse novo ator ou resistência à sua presença.

Entretanto, há uma diferença importante em relação aos enfermeiros, que indicam maior conhecimento desse novo gestor e o avaliam de maneira mais favorável.

Essa postura diante da parceria talvez ocorra porque o processo ainda está em implantação. Não se pode desconhecer a força das corporações com a chegada de um novo ator, principalmente, quando esse tem um papel que, em princípio, é de inovação de práticas de gestão nos equipamentos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pode inferir da análise dos resultados da pesquisa sobre a percepção dos profissionais de saúde, nas dez microrregiões do município de São Paulo, é que a visão dos profissionais de saúde sobre a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários revela que eles possuem uma imagem favorável dos serviços oferecidos pelos equipamentos públicos de saúde e o acesso aos medicamentos e ao SADT. Entretanto, consideram necessária a contratação de mais profissionais para cobrirem de maneira adequada a demanda dos usuários.

A presença das organizações sociais na gestão das unidades de saúde revela que um terço dos profissionais de saúde entrevistados diz não ter opinião sobre esse fato, uma vez que esse processo ainda está em implantação. Contudo, não se pode desconhecer a mudança provocada com a chegada de um novo ator, principalmente, quando esse tem um papel que, em princípio, é de inovação de práticas de gestão. Daí o desconhecimento em relação ao papel dessas organizações e mesmo resistência à sua presença, entretanto isso não ocorre com os enfermeiros que possuem uma visão favorável à sua presença.

A pesquisa também revela que os profissionais de saúde possuem uma visão favorável ao atendimento direto oferecido pelos serviços públicos de saúde, apesar de indicarem dificuldades de acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Será que a satisfação dos profissionais de saúde que oferecem os serviços, nas unidades das dez microrregiões, também determina o nível de satisfação dos usuários? Isso pode ocorrer, pois a maneira como esses profissionais atendem a clientela pode condicionar a valorização que os usuários fazem dos serviços recebidos.

Essa é uma discussão que merece ser ampliada, isso de algum modo interfere no atendimento e na sua qualidade. Nesse sentido, pode-se dizer que essa percepção pode ser condicionada pela visão dos profissionais de saúde, para as microrregiões que possuem carência de profissionais, medicamentos e infraestrutura. Não se pode desvincular a relação existente na atividade de serviços entre o prestador e quem recebe os serviços.

Portanto, a interferência nesse processo das organizações sociais com uma nova postura, uma nova prática de gestão, contribui para mudar o atendimento da prestação e a situação funcional dos profissionais. Porém, esse é um processo recente, ainda em construção, e que demanda novas relações sociais, a mudança das práticas e valores, influenciam na gestão das organizações públicas de saúde. A institucionalização de novos formatos de gestão, que envolvem novos atores públicos, e a mudança de práticas, que caracterizam a gestão das

organizações sociais, que são privadas, mas também de natureza pública, demanda alteração na gestão da prestação dos serviços públicos de saúde.

Contudo, esse processo se faz num tempo, que permita construir e institucionalizar novas práticas, para que esse novo ator, as organizações sociais, seja reconhecido e valorizado como novo parceiro, tendo em vista a melhoria do atendimento de saúde e sua qualidade.

NOTAS

1 Lei nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998 - CAPÍTULO I DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Seção I Da Qualificação

Art. 1º-O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Art. 2º-São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.

² As siglas serão utilizadas ao longo do texto, sobretudo nas tabelas e quadros.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. R. B.; VAISTMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de Elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010.

BRASIL. **LEI Nº 9.637**, DE 15 DE MAIO DE 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em: 9 jun. 2014.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación**. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

FERLIE, E; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. **A Nova Administração Pública em Ação**. Brasília: Editora UnB e ENAP, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: O Caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas Avaliativas na Gestão da Atenção Básica à Saúde: Estudo de Caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Rev. de Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 305-326, mar./abr. 2013.

TESTA, Mario. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “Pacto de Gestão” do SUS: Da Descentralização Tutelada à Gestão em Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 893-902, 2007.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva**, 4ª Ed., v. 1, Brasília: Editora UnB, 1999.

**Luciano
A. Prates
Junqueira**

Sociólogo, Doutor em Administração da Saúde pela USP. Professor Titular do Programa de Estudos Pós Graduated em Administração e da FEA/PUCSP. Coordenador do Núcleo de Estudos Avançados do Terceiro Setor (NEATS/PUCSP).

**Flávio A.
Cardoso
Álvares**

Cientista Político, Mestre em Administração pela PUCSP. Coordenador de Sustentabilidade do Hospital Sírio Libanês (HSL).

**Maria Amélia
Jundurian
Corá**

Administradora, Doutora em Ciências Sociais pela PUCSP. Professora da FEA/PUCSP. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Avançados do Terceiro Setor (NEATS/PUCSP).