

UNIVERSIDADE TIRADENTES
SERVIÇO SOCIAL

IRAILDA MARTIRES DA COSTA
KATIANE VICTOR DE OLIVEIRA
LUCIANA GOIS VIEIRA

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE E A POLÍTICA
DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE
DE PAULA EM PROPRIÁ - SE

PROPRIÁ/SE
2014/2

IRAILDA MARTIRES DA COSTA
KATIANE VICTOR DE OLIVEIRA
LUCIANA GOIS VIEIRA

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE E A POLÍTICA
DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE
DE PAULA EM PROPRIÁ - SE

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Tiradentes como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Professora Especialista Pricylla
Kariny Maria Rodrigues Moura

PROPRIÁ/SE
2014/2

IRAILDA MARTIRES DA COSTA
KATIANE VICTOR DE OLIVEIRA
LUCIANA GOIS VIEIRA

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE E A POLÍTICA
DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE
DE PAULA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Tiradentes como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Professora Especialista Pricylla Kariny
Maria Rodrigues Moura

Professor Mestre
José Roberto dos Santos

Professora Mestre
Michelle Mary Costa Campos Hora

Aos familiares e amigos!

AGRADECIMENTO

Agradeço inicialmente a Deus autor da vida, pela saúde, por meus amigos e pela família Costa por todos os momentos juntos e encorajados a não desistir em meio a dificuldades. De um modo particular, a tia Maria, um estímulo à juventude onde transmite a mais energia positiva.

Aos meus amados pais Aparecida Costa e Hermínio Eustáquio, exemplo de vida, tolerância, compreensão e sabedoria. Amo-os incondicionalmente.

Aos meus queridos irmãos, Hermano (com sua partida para a vida espiritual, não pôde estar em corpo presente, mas está sempre na minha mente e em meu coração) uma manifestação viva de irmão cuidadoso e incentivador. Ao Fernando, com a sabedoria, cautela e o equilíbrio que lhe são peculiares, o considero como meu segundo pai e ao Tiago, além de irmão meu melhor amigo, um exemplo de companheirismo e diversão. Orgulho-me em ter vocês como família.

A minha irmã de coração, Luciana Gois, exemplo de mulher forte, inteligente e motivadora que sempre me acompanhou e me apoiou em momentos de consternação e de vitória. Agradeço imensamente a você e ao seu esposo Edson Boligon pela acolhida em sua residência. Lembrar-me-eis de vocês com muito carinho. A minha outra irmã de coração, Katiane Victor, pelo companheirismo, discussões construtivas, carinho e das deliciosas guloseimas.

Minha gratidão à professora orientadora do TCC Pricylla Kariny Maria Rodrigues Moura pelo ensinamento, carinho, pelas oportunas sugestões e conhecimentos transferidos e pela disponibilidade, sou muito grata.

E por fim, minha gratidão à acolhida dos profissionais do Hospital Regional São Vicente de Paula que contribuíram para a realização da pesquisa de campo.

Irailda Martires da Costa

AGRADECIMENTO

A Deus, por tudo que tem feito em minha vida, por todas as graças concebidas, pela força que precisei para superar todos os obstáculos que foram traçados em meu caminho. Aos meus familiares, são vocês que suportam a ausência nos dias mais corridos de toda essa trajetória.

Em especial a melhor mãe do mundo, Jessanir Victor, obrigada por ter me educado, por ter sempre aquela paciência de mãe nas horas mais difíceis, tudo que sou e conquistei hoje devo à senhora, minha RAINHA eu TE AMO. Ao meu herói, meu pai Marcos Antônio, obrigado por ter cuidado tão bem de mim, por ter me dado a mão de amigo quando precisei, por ser meu exemplo de luta e coragem eu TE AMO.

Kauê Victor, meu maninho, sei que muitas vezes exagero e sou dura contigo, mas é por que sinto-me no dever de cuidar de você, saiba que “Kakatinha” te ama muito, meu amor por ti é mais forte do que você imagina, e tudo que faço é para te ver FELIZ, obrigada por existir, pois você é minha maior alegria.

Vovô José Vitor (Zequinha) e vovó Ivanilda (Nida), sem dúvidas vocês são meus tesouros, os que me apoiam, sempre me deram aquele “denguinho”, não sei o que seria de mim sem vocês, obrigada por tudo, sou feliz por ter vocês perto de mim. AMO VOCÊS.

Vovô José Basílio (Som) e vovó Maria Melo, apesar de morarem um pouquinho mais distante, nunca deixaram de acompanhar meu crescimento e educação, vocês formam um casal que possui um lindo exemplo de vida, obrigada pelo incentivo de sempre, pelos almoços aos domingos, meus guerreiros, AMO VOCÊS.

A todos os meus primos e primas, em especial Gabrielly, Jamile, Jamisson, Denisson, Deivid, Wanessa, Fabiano, Monize, Yasmin, Cristiane, André, Anderson, Cidiane, Eny, Damaris, Júnior Kenedy e Erick, que de alguma forma contribuíram nessa conquista, nunca esquecerei o empenho de cada um. Aos meus tios Jucier, Jelson, Jário, Jucimar, Carlos, Doriedson, Cristiano, Alisson e Ivanildo, minhas tias Iracema, Lourdes e Rosiclê por sempre torcerem por mim, me demonstrando confiança e carinho, obrigada de coração. Aos meus

padrinhos e afilhados que me respeitam e completam a confiança de que preciso para seguir em frente.

Minhas amigas e irmãs de coração, Luciana Gois, Irailda Martires e Jéssica Barbosa, vocês me completam, costumo dizer que nossos anjos se gostam e não tem como mudar isso, pois é, sinto um carinho imenso por todas vocês, e amo a maneira de ser de cada uma, amizade além da Universidade “rsrsrsrs”, obrigada por TUDO que vocês fizeram e fazem por mim, sem vocês a vida seria mais difícil, a quem compartilho meus choros e risos com a confiança que deposito e a certeza de um ombro amigo.

Agradeço também a todas as pessoas que mesmo indiretamente contribuíram em minha formação, principalmente os meus professores. Finalizo meus agradecimentos com o sentimento de dever cumprido e ao mesmo tempo de saudade, pois essa experiência maravilhosa não poderia ter sido diferente.

Katiane Victor de Oliveira

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, independentemente de crenças.

Agradeço ao meu companheiro de vida, esposo e amigo Edson Boligon, que mesmo ausente em certos momentos, sempre me acompanhou e torce pelo meu sucesso profissional.

Agradeço imensamente as minhas amigas Iralda Martires da Costa e Katiane Victor e Jessica Nascimento, Alessandra Oliveira companheiras de todas as horas, pois juntas vivenciamos momentos de alegrias e de batalhas durante a nossa formação acadêmica, serão sempre amigas e irmãs, pessoas inesquecíveis para mim.

Aos meus amigos Valdinei Lima Silva, Lumar Ferreira e Diego Adelino.

As minhas professoras e professores pela colaboração na minha formação acadêmica, ao compartilharem conhecimentos e experiências.

Ao Hospital Regional São Vicente de Paula (Hospital de Propriá) que através dos seus representantes institucionais colaboraram e acreditaram nesse trabalho, abrindo as portas dessa instituição para a realização da pesquisa de campo, parte integrante dessa dissertação.

A Rosilene Alves dos Santos, assistente social no Hospital Regional de Propriá, que dividiu comigo toda a sua experiência como profissional, sempre me apoiando com palavras de incentivo.

Por fim, a todos que torceram pelo meu sucesso acadêmico e a Universidade Tiradentes, na qual concluo mais uma etapa em minha vida.

Luciana Gois Vieira

“A igualdade de oportunidades, independentemente dos meios de fortuna e da posição social, é cada vez mais um mito, designadamente em setores como saúde, a habitação e o ensino, onde tudo se degrada a um ritmo alucinante”.

Francisco Sá Carneiro

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI - Ato Institucional

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMS - Assistência-Médica-Sanitária

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CDS - Conselho de Desenvolvimento Social

CEME - Central de Medicamentos

CIB - Comissão Intergestores Tripartite

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CLIS - Comissão Local ou Municipal de Saúde

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CSS - Contribuição Social à Saúde

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EC - Emenda Constitucional

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

Fege - Fator de Estímulo à Gestão Estadual

FHS - Fundação Hospitalar de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

HRP – Hospital Regional de Propriá

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana de da Saúde

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS - Organização Social de Saúde

PAB - Piso Assistencial Básico

PAG - Plano de Ação Governamental

PCEP - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNH - Política Nacional de Humanização

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PPI - Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde

PPIVS - Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos

PRG - Procuradoria Geral da República

Reforsus - Reforço à Reorganização do SUS

REME - Renovação Médica

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SEMSAT - Semanas de Saúde do Trabalhador

SES - Secretária de Estado da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UCA - Unidades de Cobertura Ambulatorial

UDR - União Democrática Ruralista

UNICAMP - Universidade de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Municípios de procedência dos usuários do HRP.....	57
Figura 2: Faixa etária dos usuários do HRP.....	58

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “A Fundação Hospitalar de Saúde e a Política de Saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula” em Propriá/SE teve por objetivo abranger aspectos relacionados à criação da FHS, dos eventos que antecederam a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, os impactos decorrentes do modelo Neoliberal na Política de Saúde brasileira através da criação das Fundações Estatais. Vale ressaltar, que especialmente para o Serviço Social, estudar a organização estrutural do país e suas formas administrativas, proporcionará uma visão ampla da realidade social e das suas particularidades na Política de Saúde, visto que o profissional assistente social é parte integrante dos profissionais vinculados à área da saúde, como está posto na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383/99. A análise da luta pela Reforma Sanitária, por um Estado democrático de direitos, a modernização administrativa proposta pelo governo, direcionada ao setor público e as políticas sociais, apontam para o que hoje se fundamenta não ideário neoliberal, vivenciando a ineficácia administrativa do Estado, não acompanhando a expansão dos serviços públicos ofertados com destaque para a visão hegemônica do neoliberalismo em relação à liberalização, privatização e desregulamentação do sistema de saúde. Este trabalho pretende destacar as mudanças estruturais do SUS ao longo dos anos, e suas contradições diante da criação das fundações estatais, e de que forma a Política Pública de Saúde foi comprometida no Estado de Sergipe, tendo como base de estudos o Hospital Regional São Vicente de Paula, parte integrante da Rede Hospitalar de Sergipe. Desses contornos, o ponto essencial é compreender a funcionalidade do Hospital Regional de Propriá sob a gestão da FHS, e quais as mudanças favoráveis ao SUS com seu modelo gerencial de gestão. Este trabalho procura também indicar os determinantes históricos da política pública de saúde no Brasil, visualizando a sua trajetória anterior à criação do Sistema Único de Saúde até os dias atuais. Identificando as alterações ocorridas através da Reforma Sanitária, e os direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988, até a influência neoliberal, resultando na criação de fundações estatais de saúde.

Palavras-Chaves: Política de Saúde, Fundação Hospitalar de Saúde, Neoliberalismo.

ABSTRACT

This Labor Completion of course, entitled "Hospital Health Foundation and its Politics health: at the Regional Hospital São Vicente de Paula" in Propriá/SE aimed to cover aspects related to the creation of FHS, the events leading up to creation and implementation of the Sistema Único de Saúde, the impacts of the neoliberal model in the Brazilian Health Politics through the creation of the State Foundations. It is noteworthy that especially for Social Service, to study the structural organization of the country and its administrative forms, provide a broad view of social reality and its particularities in Health Politics, as the professional social worker is an integral part of the professional related to health, as it is put in the resolution of the Federal Council of Social Service No. 383/99. The analysis of the struggle for Health Reform, for a democratic state rights, administrative modernization proposed by the government, directed to the public sector and social policies, they point to the neoliberal ideology is based not today, experiencing the administrative inefficiency of the state, not following the expansion of public services offered, to highlight the hegemonic vision of neoliberalism in relation to liberalization, privatization and deregulation of the system health. This paper intends to highlight the structural changes in the SUS over the years, and its contradictions before the creation of the state foundations, and how the Public Health Politics was committed in the State of Sergipe, based on studies of the Regional Hospital St. Vincent de Paul, an integral part of the Hospital Network for Sergipe. These contours, the essential point is to understand the functionality of Regional Hospital Propriá under the management of FHS, and what favorable changes to the SUS with its management model. Is an attempt will indicate the historical determinants of public health policy in Brazil, prior to viewing his creation of the Unified Health System to the present day. Identifying changes through Health Reform, and the rights won with Constitution of 1988 to the neoliberal influence, resulting in the creation of state health foundations.

Key-words: Politics health; Hospital Health Foundation; Neoliberalism.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	20
2.1 Análise histórica da Política de Saúde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
2.2 VIII Conferência de Saúde e o SUS.....	34
2.2.3 Contribuições do Sistema Único de Saúde para a melhoria da Saúde Pública.....	36
2.2.4 Impactos do modelo neoliberal para a política de Saúde no Brasil.....	42
3 BREVE VISÃO SOBRE A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE (FHS)	49
3.1 Origem da FHS.....	49
3.2 Objetivos da FHS.....	50
3.3 Trabalhos Desenvolvidos.....	53
3.4 Público Alvo.....	53
3.5 Principais Demandas.....	53
4 ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA (HRP) GERENCIADO PELA FHS	54
4.1 Histórico do Hospital Regional São Vicente de Paula.....	54
4.2 Atribuições do HRP perante a gestão da FHS.....	55
4.3 Perfil do Público Alvo do HRP.....	57
4.4 Equipe multiprofissional.....	58
4.5 Atribuições do Serviço social no HRP conforme a FHS.....	59
5 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	68
ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “A Fundação Hospitalar de Saúde e a Política de Saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula em Propriá/SE”, tem por objetivo abranger aspectos relacionados à criação da FHS, dos eventos que antecederam a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, os impactos decorrentes do modelo Neoliberal na Política de Saúde brasileira através da criação das Fundações Estatais. O lócus da observação para o desenvolvimento do TCC foi o Hospital Regional São Vicente de Paula (HRP), localizado no município de Propriá, no Estado de Sergipe e sob a gestão da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS).

O TCC buscou compreender o contexto histórico no qual foi criada FHS, sua conceituação, vinculação, finalidade vinculada ao ideário neoliberal e sua funcionalidade no HRP. A ênfase na elaboração do trabalho foi justamente aprofundar o estudo relacionado à gestão hospitalar, a aplicabilidade da FHS na lógica do capital e da transferência de responsabilidade das atribuições do Estado.

Em decorrência do Estágio Supervisionado I e II, surgiu o interesse pelo tema, onde foram realizados o Estudo Institucional e o Diagnóstico Social, sendo observadas problemáticas de caráter administrativo, contrastando com os objetivos do que é proposto pela FHS, que busca a recuperação da Política de Saúde do Estado.

A elaboração deste trabalho é importante para discutir de que forma está sendo aplicada a Contra Reforma do Estado, através dos novos modelos de gestão e seus reflexos nas Políticas Públicas, com foco direcionado a Política de Saúde estadual, uma temática bastante abordada nas questões sociais contemporâneas.

Acredita-se que compreender a gestão pública da Saúde é de fundamental relevância científica para o Curso de Serviço Social, além de ser um direito político, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/93), que permite a todo cidadão participar de forma direta ou indireta das decisões do Estado, através de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde (entidades deliberativas).

Vale ressaltar, que especialmente para o Serviço Social, estudar a organização estrutural do país e suas formas administrativas, proporcionará uma visão ampla da realidade

social e das suas particularidades na Política de Saúde, visto que o profissional assistente social é parte integrante dos profissionais vinculados à área da saúde, como está posto na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383/99.

A abordagem dialética foi à metodologia utilizada para ressaltar os pontos contraditórios e relevantes do objeto estudado. Os dados da pesquisa empírica foram coletados através da abordagem qualitativa, pesquisa bibliográfica e entrevista com equipe gestora do Hospital Regional de Propriá e usuários.

Para isto, abordaremos a partir do primeiro capítulo a Política de Saúde no Brasil, seu contexto histórico, os principais momentos que antecederam a criação do SUS, as modificações políticas, econômicas e sociais após sua implantação e os impactos causados pela influência do modelo neoliberal.

A ênfase no segundo capítulo é justamente um estudo específico sobre a Fundação Hospitalar de Saúde, sua origem, objetivos, trabalho desenvolvido, público alvo e principais demandas. Analisando a afirmação feita pela Secretária de Estado da Saúde de Sergipe, sobre a criação da FHS, como forma de “cumprir o papel que a administração direta não teria mais condições de assumir”, na perspectiva que melhoraria o gerenciamento e a flexibilização nos serviços públicos de saúde ofertados.

O terceiro capítulo trata sobre o estudo de caso do Hospital Regional de Propriá, resgatando o contexto histórico, as atribuições do hospital, perfil do público alvo, a equipe multiprofissional e a importância do Serviço Social ao atendimento integral aos usuários.

Este trabalho procura também indicar os determinantes históricos da política pública de saúde no Brasil, visualizando a sua trajetória anterior à criação do Sistema Único de Saúde até os dias atuais. Identificando as alterações ocorridas através da Reforma Sanitária, e os direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988, até a influência neoliberal, resultando na criação de fundações estatais de saúde.

Através da Pesquisa Qualitativa se buscou compreender a conceituação, vinculação, finalidade e funcionalidade da FHS na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula, e sua aplicabilidade na Política Pública de Saúde do Estado de Sergipe, na lógica do capital e da transferência de atribuições do Estado.

2. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Compreender o processo histórico da construção da saúde pública no Brasil é relevante para o Serviço Social, pois, ela abriga parte significativa dos assistentes sociais, profissionais relevantes na fundamentação da cidadania, democracia e direitos sociais.

A saúde pública será enfocada tomando-se por referência o contexto sócio histórico, fazendo uma breve análise do Brasil-colônia, República Velha, Período Republicano democrático, Ditadura Militar, trazendo o arcabouço que propôs as novas bases da Constituição Federal de 1988, avaliada como a Constituição Cidadã por trazer pela primeira vez a Seguridade Social.

O objetivo a partir da análise das perspectivas adotadas pela construção da política pública de saúde no Brasil, compreender a intervenção do Estado, o modelo administrativo, a prestação de serviços públicos e a intervenção econômica, bem como os atores sociais envolvidos neste processo transitório.

A análise da luta pela Reforma Sanitária, por um Estado democrático de direitos, a modernização administrativa proposta pelo governo, direcionada ao setor público e as políticas sociais, apontam para o que hoje se fundamenta não ideário neoliberal, vivenciando a ineficácia administrativa do Estado, não acompanhando a expansão dos serviços públicos ofertados.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do TCC teve como referencial teórico a Gestão Pública, Sistema de Saúde e Organização Hospitalar. O referencial empírico foi o estudo de caso, traçando o histórico e perfil do Hospital Regional São Vicente de Paula, localizado no município de Propriá.

As técnicas utilizadas na pesquisa foram à pesquisa documental e bibliográfica, entrevista estruturada, com perguntas diretas estabelecidas, feitas individualmente, com a equipe gestora e usuários dos serviços da unidade hospitalar. O hospital foi à fonte para coleta de dados, aferidos e cujos resultados levaram a compreensão da avaliação de desempenho de gestão da FHS, sobre o foco principal do estudo.

Através da Pesquisa Qualitativa se buscou compreender a conceituação, vinculação, finalidade e funcionalidade da FHS na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula, e sua aplicabilidade na Política Pública de Saúde do Estado de Sergipe, na lógica do capital e da transferência de atribuições do Estado.

2.1 Análise Histórica da Política de Saúde antes da criação do Sistema Único de SAÚDE (SUS)

Retrata-se aqui o cenário da saúde no Brasil, acompanhando seu marco histórico desde a chegada dos primeiros colonizadores, os portugueses. Período que se encaminha para o processo de desenvolvimento do capitalismo, momento que vai do século XVI até o século XXI

Dentro desse horizonte, a colonização do Brasil só teve importância em especial, por causa da exploração comercial. Em outro âmbito, com o impacto da colonização, surgem as epidemias, devido ao desenvolvimento das áreas urbanas. Começando a serem criadas as primeiras instituições como a Provedoria de Saúde, para inspeção e vigilância, principalmente nos portos, ficando as Santas Casas responsáveis pelos atendimentos à população empobrecida.

A saúde era tratada de acordo com os costumes culturais. Estudar Medicina era algo destinado às pessoas com posses que, pudessem se deslocar até a Europa. “A população restava apenas o atendimento realizado por boticários, farmacêuticos da época, sem um tipo de especialização, que criavam remédios caseiros, como: ervas, sangrias, ventosas, elementos químicos e sanguessugas” (FUNESA, 2011, p. 23).

Os colonizadores ocuparam cargos comerciais e não a função de trabalhadores, em síntese, logo surgiu à necessidade de mão-de-obra, situação definida com a exportação de escravos vindos da África, esse período, ao longo do século XVIII, transita-se a independência do país em relação e Metrópole.

Com isso, a abertura dos portos internacionais significa o final do período colonial, situação necessária à conjuntura econômica e instituindo a monarquia ao país (1822-

1889). No ano de 1830, criam-se os dois primeiros partidos políticos, o conservador e o liberal, iniciando um novo processo administrativo entre o que era público e privado, e liberdade comercial. Na década seguinte o país destacava-se mundialmente, porém, a abertura dos portos resultou em um problema social:

O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente essa imagem pública. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto. (FINKELMAN, 2002, p. 39).

Cumprindo exigências feitas pela Inglaterra, o Brasil encerra o tráfico de escravos vindo da África. A partir de 1850, com a Lei do Tráfico Negreiro, que diminuiu o aparecimento de novas doenças trazidas de outros continentes, tendo como porta de entrada os portos brasileiros. O país investe na agricultura como atividade econômica, principalmente no plantio do café, que após o fim da escravidão, tornou escassa a mão-de-obra nas plantações.

A força da epidemia de febre amarela casou alarme público, devido ao alto índice de óbitos, assustando principalmente a classe burguesa, fazendo com que o governo tratasse a problemática epidemiológica do país como um problema importante, de cunho científico.

Em seguida, a necessidade de trabalhadores no cultivo do café, beneficiou a chegada de imigrantes, principalmente na região centro-sul (Santos, 2012), aumentando os surtos de diversas doenças. A saída da produção comercial movimentava especialmente as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, aumentando a valorização do país, que acumulava riquezas entre os anos de 1870 a 1880. O aumento dos recursos financeiros não atingiu as classes mais pobres da população, o que favoreceu graves problemas sociais, inclusive na área da saúde.

Durante os anos de 1865 a 1870, o Brasil entrou em conflito com o Paraguai, iniciando uma guerra resultando em prejuízo financeiro ao país, aumentando o valor da dívida externa, quadro que estimulou ao país a aquisição de novos empréstimos. Contudo, transformação de Brasil Império no ano de 1889, através da Proclamação da República, trouxe um novo cenário político e econômico para o país, sendo introduzido no Brasil o Federalismo, onde o Estado ganhava autonomia, fazendo surgir à carreira presidencialista.

Com isso, os primeiros anos da República trariam desequilíbrio financeiro, consequência da superprodução do café. As desordens de ordem política aumentam no final da chamada República Velha com as discordâncias entre oligarquias regionais de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e os militares, descontentes com o modelo da República Federativa no país.

O aumento das exportações, durante a República, contribuiu para a estabilização dos primeiros avanços do capitalismo, as cidades começavam a crescer ao mesmo tempo em que doenças novas apareciam, como a malária e a peste. Surtos de varíola, sarampo, gripes, febre tifoide, entre outras, eram comuns no país. Diante de tal situação foi elaborado um plano de acordo com as normas da Polícia Médica¹, que instituía a Comissão de Saúde Pública que oferecia auxílio gratuito as pessoas carentes, vistoria sanitária, registro sanitário e inspeção das atividades médicas.

Dessa forma, no ano de 1901, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, tratando apenas situações de controle epidemiológico, destacando o controle específico e individualizado, entidades beneficentes e filantrópicas eram responsáveis pelos atendimentos médico-hospitalares. O treinamento de profissionais especializados em higiene começou a ser adotado a partir da criação da Junta Central de Higiene Pública.

A Primeira República (1889-1930) ocasionou os primeiros movimentos de reforma sanitária, com o objetivo de combater o avanço das doenças transmissíveis. Durante o governo de Wenceslau Braz, em 1918, a Sociedade Nacional de Agricultura, através de sessão pública, institui a Liga Pró-Saneamento do Brasil, compostas por intelectuais e membros da política do país (médicos, militares e advogados), além do próprio presidente da República.

Ainda que congregasse tantos nomes de expressão, apresentando-se como um movimento de caráter amplo, orientado por um nacionalismo que queria resgatar as "coisas nacionais" e livrar o país dos males representados pela doença, a campanha do saneamento enfrentou vários obstáculos, não conseguindo aprovar no Congresso Nacional uma de suas principais propostas: a criação do Ministério da Saúde. (FINKELMAN, 2002, p. 42).

¹ “Polícia Médica: foi uma prática instituída na Alemanha com o papel de tratar dos doentes e supervisionar a saúde da população, tendo poderes de polícia sobre a qualidade de vida das pessoas nas cidades”. (FUNESA, 2011, p. 25)

Durante o governo de Rodrigues Alves, surgiu o cargo de Diretor de Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo nomeado para essa função, Oswaldo Cruz, responsável por criar a política sanitária e epidemiológica, seguindo padrões militares. Eram preparadas campanhas militares que prendiam pessoas com doenças contagiosas e os obrigavam a serem vacinados.

Diversas medidas sanitárias foram tomadas, como a incineração de colchões e vestimentas, a vacinação antivariola era obrigatória para todo o território nacional. Além do constrangimento em mostrar partes do corpo a desconhecidos, residências eram violadas, o que originou o movimento conhecido como a Revolta da Vacina.

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), parte integrante do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, coordenado pelo médico, Carlos Chagas, que ocupou a função até o ano de 1926, trabalhou a saúde pública através de campanhas educativas, promovendo o saneamento básico. De acordo com FINKELMAN (2002), a terminação sanitarista substituiu a referência clássica aos higienistas, lembrando a especialização profissional entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública.

Dentre esses momentos, o Brasil tinha participação atuante na maioria das Conferências Pan-Americanas de Saúde, sendo representados por cientistas conhecidos, como: Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Raul de Almeida Magalhães. Instituições internacionais como a Fundação Rockefeller financiou a especialização de diversos profissionais na área da saúde pública, investindo recursos financeiros na Faculdade de Medicina de São Paulo e na Escola John Hopkins de Higiene e Saúde Pública no Rio de Janeiro.

A República Velha foi marcada pelo início da reforma sanitarista, através do combate as epidemias, saneamento público, atuação direta do Estado, ampliação territorial, surgimento de ideias e investimento na formação de profissionais na área da saúde, centralidade no poder público e das novas propostas políticas.

Nesse contexto, ainda na década de 20, o país iniciou o processo de industrialização, investindo na exportação, aumentando o fluxo de mão-de-obra imigrante, mas, com condições de trabalho precárias. Porém os trabalhadores que migraram para o Brasil

com o objetivo de trabalhar, traziam a influência das revoluções socialistas do movimento operário, incluindo os direitos trabalhistas, já conquistados no continente europeu.

Através das greves realizadas pelo movimento operário no país, durante o ano de 1923, foram criados o Código Sanitário e a Lei Elói Chaves, entendida como o marco da previdência social brasileira. Surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), garantindo a aposentadoria por invalidez ou tempo de contribuição, bem como assistência médica, aos trabalhadores das empresas ferroviárias, sendo ampliado após para os trabalhadores marítimos e portuários, com a criação do Decreto n. 5.109/1926.

Os recursos financeiros das CAPs eram sustentados por contribuições dos trabalhadores e empresas (ferroviárias, marítimas e bancárias), sem nenhum tipo de contribuição do Estado. O público-alvo era restrito a classe trabalhadora urbana, ficando a margem, os trabalhadores rurais e pessoas não contribuintes, ficando dependente de entidades filantrópicas nos casos de atendimento médico, o atendimento público de saúde permanecia restrita a situações emergenciais.

No ano de 1929, o mundo entra em crise com a quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, afetando o Brasil com a crise do café e o aumento da dívida externa, trazendo reflexos para a política brasileira que, passa a sofrer ainda mais com as influências externas, já que Estados Unidos e Inglaterra são credores do país, processo que intensifica a internacionalização do capitalismo.

Durante a crise financeira, o país passa por novas eleições. O então Presidente Washington Luís queria como sucessor, Júlio Prestes, porém não obteve êxito, devido a novas alianças políticas entre as o estado do Rio Grande do Sul e Minas Gerais, que lançam Getúlio Vargas como candidato.

Durante a crise financeira, o país passa por novas eleições. O então Presidente Washington Luís queria como sucessor, Júlio Prestes, porém não obteve êxito, devido a novas alianças políticas entre as oligarquias dos Estados do Rio Grande do Sul e Minas Gerais, que lançam Getúlio Vargas como candidato.

O resultado é que, tem início a Revolução de 30, movimento liderado pelos militares, denominado Tenentismo, destituindo do cargo Washington Luís, sendo empossado presidente, Getúlio Vargas, criando durante seu governo diversos ministérios, como o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (1930) e também o Ministério da Educação e

Saúde (1931), inserindo políticas sociais no país. A Constituição de 1934 garantia direitos sociais e regulamentava profissões, por meio da carteira de trabalho, fortalecendo os sindicatos. Cada categoria profissional contribuía através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

A transformação das CAPs para IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) trouxe o surgimento de categorias profissionais, através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo a classe trabalhadora representada por sindicatos. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)² e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) garantiam auxílio médico através de planos de assistência, em clínicas ou hospitais, dando abertura aos setores privados de assistência médica. As IAPs compravam serviços médicos ao invés de conservar seus hospitais.

No âmbito da saúde, instituiu um sistema corporativista, voltado especificamente para os trabalhadores, incentivando-os à integração no sistema sindical, por meio da transformação das antigas Caixas de Aposentadorias (CAPs) nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias dirigidas por conselhos, com representação tripartite (empregadores, trabalhadores e governo), como adiante exposto, acerca da previdência social. (SIMÕES, 2010, p. 126)

O governo de Getúlio Vargas passa por instabilidades, o país volta a enfrentar problemas financeiros, afetando diretamente a classe trabalhadora, com o aumento da inflação. Surge à necessidade de reformas administrativas, principalmente nas políticas sociais, em especial a política de saúde.

Em 1942, iniciam-se as transformações administrativas no Ministério da Educação e Saúde, centralizando a verticalização e aumento da base territorial da ação do governo federal. O Departamento Nacional de Saúde prioriza o acompanhamento de doenças peculiares, naquele momento: febre amarela, malária câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais, etc.

No mesmo ano é realizada na cidade do Rio de Janeiro a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, com destaque para o médico brasileiro Manoel de Abreu, criador do método de identificação da tuberculose. Na sequência é criado o Serviço Especial de Saúde Pública

² “O INPS passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços. Ele vai gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores d país”. (FUNESA, 2011, p. 33)

(SESP), tendo como atividade básica a prática de um exemplo baseado na afirmação de redes integradas de unidades de saúde, cooperando com os governos estaduais.

O SESP foi criado através de acordos entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, como forma de apoio médico-sanitário às regiões de alta produção, precursor na atenção básica domiciliar, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde e em especialidades básicas em suas Unidades Mistas.

Em 1945, Getúlio Vargas deixa a presidência e o mundo volta seus olhos para o final da II Guerra Mundial. O Brasil tem como novo presidente, Dutra, e uma nova Constituição, reformulada em 1946, marcada por incorporação das privatizações e por controle social, estabelecendo o fortalecimento do capitalismo no país. Autoridades sanitárias do país se coligam com lideranças de saúde pública dos Estados Unidos, instituição financiadora das políticas de saúde no país, fortalecendo o desenvolvimento de ideias científicas por meio das Conferências Sanitárias.

Nesse tempo, a influência americana na área da saúde ocasionou a edificação de um modelo semelhante aos padrões americanos no Brasil, fundamentados na construção de hospitais e compra de aparelhos, abrangendo o atendimento médico a todas as regiões do país. Admitindo em segundo plano a organização de postos de saúde, ambulatórios e clínicas.

No período de 1947, o Brasil amplia suas relações com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), devido ao interesse dos Estados Unidos da América do Norte em formar acordos com os governos latino-americanos, que favoreceria a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946. “Naturalmente, os interesses em pauta eram bastante complexos e incluíam também os dos países latino-americanos mobilizados para atrair grandes investimentos industriais, como foi o caso do Brasil” (FINKELMAN, 2002, p. 65).

Outro acontecimento marcante para a saúde no Brasil em 1949, foi à criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), trazendo novos serviços de atendimento, como: o atendimento médico domiciliar, atendimento universal para casos de urgência e financiamento através de os IAPs.

O estruturalismo dos atendimentos hospitalares de natureza privada, com fins lucrativos já estava aparelhado a partir dos anos 50 e marcava a instauração das corporações médicas ou convênios médicos. Foram firmados diversos convênios entre o governo brasileiro e a OPAS. “A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (MOTA, 2009).

No ano de 1950 o Departamento Nacional de Saúde e a Repartição Sanitária Pan-Americana, através de convênio, constituíram auxílio com a campanha continental de combate a febre amarela. As OPAS mediarão serviços patológicos, sorológicos e de vistoria clínica, além de fornecer vacina contra febre amarela para o Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço Nacional de Febre Amarela do Departamento Nacional de Saúde do Brasil.

Nesta ocasião, o Brasil já está industrializado, com instabilidades políticas, dominado pela classe burguesa, caracterizado como um período atenuado para as políticas sociais. A crise que afetava o país alimentava as mínimas condições sociais, principalmente de higiene, parte dos domicílios não possuía água encanada, energia elétrica, aumentando consideravelmente o número de favelas. Diante de todas as problemáticas observadas nesse período, Getúlio Vargas retorna a presidência no ano de 1951, com o discurso defensivo em favor dos industriais, expondo um novo plano para a economia.

Em 1953, o Ministério da Saúde é desvinculado do Ministério da Educação, tornando-se responsável por desempenhar atividades como vacinação, vigilância, criação de programas e acordos com os governos estaduais. “Da estrutura do ministério faziam parte o Departamento Nacional de Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública, o Departamento Nacional da Criança e o Instituto Oswaldo Cruz” (FINKELMAN, 2002, p. 78).

O governo enfrenta crise, com rejeição política, fazendo com que os militares retirem Getúlio Vargas do poder, resultando no seu suicídio em 1954, assumindo a presidência o então vice, Café Filho. Em 1955, Juscelino Kubitschek assumiu a presidência, inserindo a política nacional-desenvolvimentista e de intervenção estatal, beneficiando a abertura dos capitais estrangeiros.

No ano de 1960, Jânio Quadros vence as eleições para presidente, nessa conjuntura, vale ressaltar que seu governo não agrada aos interesses políticos da elite. Após constatação das despesas deixadas pelo governo anterior, nenhuma modificação pode ser

realizada no plano da economia brasileira. No campo da política, Jânio tem por objetivo uma reforma institucional, tentando estabelecer mudanças na política trabalhista, na educação e saúde.

Sob estas influências, Jânio Quadros renuncia, em seguida assumi o governo João Goulart. A substituição estrutural não agrada aos militares, pois, Goulart representava o fortalecimento do comunismo no país. Um fato importante a se considerar, são as reformas de base, modificações pelas quais o Congresso não apoia as mudanças propostas. Os Estados Unidos dificultam acordos financeiros com o Brasil, com o argumento do governo de Quadro fazer parte da política esquerdista.

Com isso questiona-se a influência dos Estados Unidos (EUA) em relação ao golpe político comandado pelos militares. A importância deste referencial, segundo Santos (2012) é o apoio financeiro intensificado dos EUA a economia brasileira, o resultado desta situação foi o aumento da burocracia estatal e o aumento das desigualdades sociais.

O modelo de Estado de Bem-Estar perdeu, ao longo dos governos militares, o caráter populista que vinha do período getulista e assumiu duas linhas definidas. A primeira, de caráter compensatório, constituída de políticas assistencialistas que buscavam minorar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista. A segunda, de caráter produtivista, formulava políticas sociais visando a contribuir com o processo de crescimento econômico. Foram elaboradas, por exemplo, as políticas de educação, com o objetivo de atender às demandas por trabalhadores qualificados e aumentar a produtividade da mão-de-obra semiqualficada. (FINKELMAN, 2002, p. 126)

Inicia-se o Período do Regime Militar quando é publicado o primeiro Ato Institucional (AI), tendo por objetivo a posse imediata do General Castelo Branco no espaço político brasileiro. Uma das características do seu governo foi o aumento do custo de vida, impopularidade e diminuição salarial, o que caracterizou o avanço do capitalismo e o crescimento dos monopólios.

Com a morte de Castelo Branco em 1966 assume o governo Costa e Silva em 1967 e a aprovação de uma nova Constituição Federal, tendo em vista a centralização do poder Executivo. A partir de então, segundo FINKELMAN (2002), essa situação perpetua a responsabilidade federal no campo da saúde, repartidas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social, um ponto importante para a política de saúde no Brasil.

No entanto, o cenário apresentado pelo país é de greves organizadas pelos operários, manifestações populares organizadas por esquerdistas. Por esse motivo, o governo estabelece o AI nº 5, um dos meios utilizado pelo governo para reforçar o poder militar e diminuir direitos coletivos e individuais, dentre esses momentos é promovida a censura dos meios de comunicação e tortura. Dentro desse horizonte, Costa e Silva deixar o poder por problemas de saúde. No campo da política, Médici assumiu o governo no ano de 1969, sob as influências do governo anterior, mantendo privilégios a classe burguesa e o aumentando o capital estrangeiro.

Em síntese, após a década de 60, o Brasil já havia se tornado um país com sua maior parte da população, concentrada nas zonas urbanas, trazendo consequências ambientais, em infraestrutura e nas questões de saúde pública, já existindo a intenção de torná-la um direito social. Contudo, a saúde converge a partir da percepção capitalista, com o crescimento da medicina previdenciária.

O Brasil começa a ganhar destaque com a educação em saúde, através de cursos de pós-graduação, melhorias na área de recursos humanos e a extensão da perspectiva da medicina social, desenvolvendo novos experimentos institucionais, resultado do movimento sanitaria do final da década de 1970.

Com isso, questiona-se a contratação de serviços de terceiros, junto aos serviços médicos previdenciários. Cabe destacar o apoio que o Estado ofertou a iniciativa privada, enfatizando a lucratividade nas práticas médicas. Na mesma linha, temos então a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, distribuidora de medicamentos, que de acordo com a análise de Bravo (2010) aumentou a competitividade entre os laboratórios nacionais.

Incorporando o acima, mais precisamente entre os anos de 1966 a 1973, foram realizadas Campanhas de Erradicação da Varíola, aumentando gradualmente o número de profissionais com especialidade em planejar e executar programas de controle epidemiológico. Outro ponto importante foi à criação de unidades de vigilância epidemiológica, conforme FINKELMAN (2002) o experimento acumulado contribuiu para a desempenho do Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973), do Programa Nacional de Imunizações (1973) e da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (1975).

Na sequência, em 1974, Ernesto Geisel assume a presidência. Com o intuito de combater a crise financeira, seu governo estabelece maiores financiamentos em setores públicos. No campo das políticas sociais, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), vinculado à Presidência da República, tentando estabelecer a criação de políticas e na organização das atividades dos ministérios.

É importante ressaltar a criação do Sistema Nacional de Saúde, mais precisamente através da Lei nº 6229 de 1975. Partindo do objetivo principal de organizar órgãos atuantes na saúde. Seguindo a percepção de FINKELMAN (2002), ajustar a pluralidade institucional descoordenada no setor público e do setor privado, compreendendo as atividades que almejem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Surge então o Plano Nacional de Saneamento, realizando atendimentos municipais, além disso, o governo brasileiro estabelece convênios com a OPAS/OMS para programar as ações de formação e distribuição de pessoal, o PPREPS. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde.

De 1975 a 1978, o PPREPS desenvolveu projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as secretarias estaduais de saúde, de integração docente assistencial, a cargo de universidades e de tecnologia educacional, executado pelo NUTES/CLATES. A área de desenvolvimento de recursos humanos teve impactos locais expressivos, sobretudo no Nordeste, e desenvolveu-se de forma articulada ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). (FINKELMAN, 2002, p. 94)

O PIASS foi aprovado pelo o Decreto nº 76.307 de 24/8/1976, tendo como foco as comunidades do interior nordestino de arcabouço básico de saúde pública. Gradualmente o Programa foi estendido às demais regiões a partir de 1979, no mesmo ano o General João Batista é designado Presidente da República.

A partir de então, de acordo com Bravo (2010), as questões sociais se intensificam, em resumo ocorre o aumento do custo de vida populacional, crises na previdência social, acréscimo na inflação e cortes nas políticas sociais. Aliado a isso, cabe destacar a deficiência na política de saúde, evidenciada por greves realizadas pelo movimento

Renovação Médica (REME), organizado por médicos e associações da categoria. As políticas estatais eram questionadas pelos movimentos populares e sociedade civil.

Os sindicatos organizaram movimentos, apesar de inicialmente adotado as lutas por melhores salários e melhores condições de trabalho, estiveram também presentes nas ações relacionadas à saúde pública, defendendo a atenção médica de qualidade. A inclusão saúde e democracia incidiram constantemente nas manifestações, com destaque para o ano de 1981, onde ocorreram greves e foi promovido o Dia Nacional de Protestos (6 de maio de 1981), abrangendo 60 mil médicos em todo o país.

O resultado desta situação foi à articulação de diversos movimentos populares, retomando o foco das alterações da política do setor. Fatos importantes a se considerar foram diversos eventos promovidos, como: as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT); o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo; o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; o I Encontro Popular pela Saúde; a Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos” e o Projeto Papucaia.

É importante destacar a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1980. O evento contou com a participação de autoridades especialistas na área da saúde, representantes internacionais e parlamentares e da Câmara de Deputados e Senado, no entanto, sindicatos, associações e partidos políticos ficaram de fora do debate.

Como resultado da Conferência, foi exposto em setembro, o Programa Nacional de Serviços Básicos (PREVSAÚDE). As ideias centrais do PREVSAÚDE eram a hierarquização do atendimento por níveis de complexidade, participação da comunidade e em especial, a influência direta de organismos internacionais.

Desses contornos, ganha destaque a contestação entre os agentes na área da saúde, que propõem táticas para o enfrentamento das problemáticas relacionadas estatização, privatização e regionalização dos serviços ofertados, com o intuito de amenizar a deficiência previdenciária e introduzir a classe dos trabalhadores no debate.

Neste cenário, em 1981, o governo anuncia a falência da previdência social, sendo declarada como causa principal a estrutura do modelo de atenção médica fixado.

Paralelamente, o governo na tentativa de resolver à problemática, cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o intuito de reduzir gastos com assistência médica, controle do atendimento dos hospitais e normatização dos serviços públicos.

Entretanto, a medicina social fortalecia-se com o apoio da Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto de Medicina Social e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) que empregavam a abordagem marxista as atividades desenvolvidas pelos cientistas sociais.

Sob estas influências, como plano de estratégia, foi elaborado em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. O processo de modificações teve início com as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de planejar e agrupar recursos federais, estaduais e municipais. A partir de então, foram fundados a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e a Comissão Local ou Municipal de Saúde (CLIS).

Um fato importante a se considerar, sob estas influências, foi à transição democrática ocorrida no Brasil, com o começo da Nova República, no ano de 1985. Tancredo Neves morre antes da sua posse, assumindo em seu lugar, José Sarney. Nessa nova fase ainda prevalece à crise econômica, a inflação, aumento da dívida externa e descontentamento social.

Tentando estabelecer direitos perdidos com os governos anteriores, registra-se o Pacto Social. Um dos principais argumentos era o começo de um novo contexto político, evitando conflitos com os diversos setores sociais. Sem desconsiderar, o primeiro ano de governo não foi significativo.

Cabe destacar, em relação à economia política o surgimento do Plano de Estabilização Econômica (Plano Cruzado), que teve duração somente até 1986. Em seguida outro plano foi apresentado, o Plano Nacional de Reforma Agrária. Tal proposta não foi bem recebida pela União Democrática Ruralista (UDR). Tais mediações, já caracterizava a crise organizacional do governo que demonstrava interesse em realizar modificações estruturais e

reduzir sua participação nos serviços de natureza social, devido ao período de crise econômica que atingia a todos os países da América Latina.

O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) pressionavam aos países a seguirem um novo modelo estrutural de política liberal e estimulando as privatizações. Tal medida pretendia a diminuição do déficit fiscal através da redução dos gastos públicos. O resultado desta situação, segundo Bravo (2010), foi a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, em 15 de novembro de 1986, com o objetivo de reformular a Constituição.

Nessa conjuntura, o país vivenciava uma das maiores crises na política com o aumento da inflação e a influência dos organismos internacionais como Banco Mundial e FMI, requerendo uma redefinição do papel do Estado e descentralização política, com a participação direta dos governos estaduais e municipais, em decisões do poder público central.

A situação estrutural do governo era de perdas de alianças políticas e lutas dos movimentos sindicais, que cobravam do Estado mais flexibilidade na economia do país e melhorias nas condições de trabalho. Do ponto de vista de Bravo (2010) o governo da Nova República já estava comprometido com as dívidas herdadas do passado, com atrasos na questão da saúde pública.

O governo da Nova República através do Plano de Ação Governamental (PAG) e o Programa de Saúde do PMDB resumiu as alterações na área da saúde, agrupando sugestões expostas no V Simpósio Nacionais sobre Políticas de Saúde, sendo uma das principais a criação do Sistema Unificado de Saúde, apontando a unificação, democratização e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais.

2.2 VIII Conferência de Saúde e o SUS

A descentralização da saúde pública tinha objetivos específicos de reduzir desigualdades, universalizar os serviços ofertados, controle social e implantação de

programas, ficando o governo federal o principal investidor dos recursos financeiros. A reflexão sobre a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, foi mobilizada para a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Cabe observar que a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu durante processo de redemocratização do país, é importante ressaltar objetivos específicos que eram: a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, financiamento setorial e a saúde como dever do Estado. A VIII CNS foi requisitada através do decreto de 23 de julho de 1985, mas só foi realizada em março de 1986.

Essa conferência significou uma das maiores transformações, pois adentrou a sociedade civil no panorama da discussão sobre a saúde pública. Os debates anteriormente limitados aos seus fóruns específicos ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública e adquiriram outra extensão através das entidades representativas da população.

A questão da saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Rodrigues Neto, 1988). Alguns desdobramentos ocorreram depois, destacando-se as conferências de temas específicos (Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde do Índio); criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), da qual os representantes do setor privado participaram, havendo enfrentamento entre o “movimento sanitário brasileiro” e a representação da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), em que a questão central era estatização/ e/ou privatização. (BRAVO, 2010, p. 89).

Junto a isso, o governo após a VIII CNS assumiu o compromisso com a reforma sanitária, sendo estabelecido o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano de 1987, iniciando a reparos na previdência. As ações de saúde eram agora administradas pelos governos estaduais e municipais, serviço oferecido anteriormente pelo INAMPS, órgão que aos poucos foi substituído pelas secretarias de saúde.

No que se refere ainda ao governo Sarney, a proposta de descentralização foi concretizada. A organização do SUDS foi prejudicada, já que ainda não havia se reestabelecido a reforma tributária, não garantindo maior fiscalização dos recursos financeiros

repassados. As substituições estruturais do governo, não trouxeram segurança à saúde pública, pois, existiam pendências em relação aos financiamentos e prestação de serviços.

A contestação sobre as OPAS e sua descentralização derivou na necessidade de alterar de forma breve os sistemas de saúde por meio de táticas que desenvolvessem a solidificação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Com a intenção de descentralizar os serviços primários de saúde com o objetivo de sustentar a meta de "saúde para todos". Através das OPAS, foram criadas as redes de saúde, classificadas em: nível básico ou primário, com ampla cobertura; nível intermediário ou regional, com serviços unificados aos hospitais; nível nacional, com centros médicos e científicos.

2.2.3 Contribuições do Sistema Único de Saúde para a melhoria da saúde pública

Em termos históricos, a CF de 1988 (Constituição Cidadã) introduziu o conceito de seguridade social, adotando direitos à saúde, à previdência social e assistência social. Ao mesmo tempo, a nova Constituição ajustou a execução de políticas públicas, embora não tenha abrandado as problemáticas, segundo Simões (2010). A importância deste referencial resulta na publicação da nova Constituição Federal em 05 de outubro de 1988. A partir de então o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, como menciona o artigo 200, com os seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade.

Nessa estrutura, o SUS ressaltou a admissão igualitária aos serviços públicos de saúde, sem privilégios e de maneira gratuita e ainda dentro desse horizonte, o SUS estaria submetido ao controle social, convergindo para a participação dos setores privados, de modo complementar.

A criação da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), delimitou as ações e serviços ofertados por instituições públicas, federais, estaduais e municipais, de acordo com a concepção de administração pública direta e indireta, como também das entidades mantidas através do poder público, que em outro momento abordaremos neste texto, referindo-se a ação das fundações estatais.

Uma análise geral da Lei nº 8080/90 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia. (FINKELMAN, 2002, p. 250)

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde tem por responsabilidade planejar, controlar, coordenar serviços assistenciais, avaliar os serviços prestados pelo SUS e normatizar serviços do setor privado de saúde.

No que se refere à participação popular, a mesma acontece através dos Conselhos e Conferências, estaduais ou municipais. Para reforçar o controle social, foi criada a Lei n.º 8.142/1990, evidenciando a criação de colegiados, instalando gradualmente conselhos de saúde nos estados e municípios.

É importante destacar que a Lei nº 8.142/90, do conteúdo exposto fixou que a cada quatro anos fossem realizados Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de avaliar a saúde pública no país, com o intuito de propor modificações necessárias, contando com a participação popular.

Para reforçar os princípios técnicos do SUS, procuramos ressaltar a criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), através de Portarias Ministeriais. Devemos destacar as seguintes NOBs: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. As NOBs regulavam os pagamentos de serviços para órgãos do governo, critérios para aquisição de recursos por meio de programas, planos, projetos e as competências de cada esfera do governo.

Do conteúdo exposto, é possível estabelecer os principais objetivos das NOBs: alterar e estimular modificações no SUS; aprofundar e reorientar a implantação do SUS; definir objetivos, prioridades, e movimento tático-operacional; regular a relação entre seus gestores e normatizar o SUS, de acordo com a análise do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Incorporando o acima exposto, os aspectos essenciais da NOB/SUS 01/91, foram à equiparação dos serviços públicos e privados em relação à forma de financiamento, a centralização da gestão do SUS, maior controle da transferência de recursos do Inamps, para os estados, municípios e Distrito Federal.

Outro ponto importante em relação à NOB/SUS 01/91 foi à exigência de adequação por parte dos municípios, que deveriam criar seus Conselhos Municipais de Saúde, instituir o Fundo Municipal de Saúde, elaborar Plano Municipal de Saúde com concordância dos Conselhos, estabelecer Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA) e mudanças na forma de pagamento a entidades contratadas e conveniadas (entidades filantrópicas e hospitais universitários, outras em geral) (CONASS, 2007).

Para complementar, através da Portaria n. 234 de 7 de fevereiro de 1992, foi aprovada a NOB/SUS 01/92. Para fins de normatização da assistência à saúde no SUS, instigar o funcionamento do sistema, concretizar a constitucionalidade da saúde.

Traçando a seguinte estrutura: planejamento, financiamento, estímulo à municipalização, investimento da rede, monitoramento e avaliação, qualidade e produção (CONASS, 2007). A NOB instituiu o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (Fege), destinado a reajustar os valores financeiros aos Estados e Municípios.

Para reforçar as NOBs, foi elaborada a NOB/SUS 01/93, adequando os princípios definidos na 9ª Conferência de Saúde. Nessa conjuntura, a NOB colaborou para a elaboração regular de fundo de teto global, capacitou os municípios como gestores favorecendo a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, com a articulação entre União, estados e municípios (CONASS, 2007). Ainda relacionada às NOBs, é criada a NOB/SUS 01/96, promovendo a descentralização, empenhando a gestão de dos municípios e estado nas responsabilidades sanitárias.

Aliado a isso, a NOB/SUS 01/96 tinha o objetivo de reorganizar o modelo assistencial, fortalecer a gestão do SUS, criação do Piso Assistencial Básico (PAB), responsável pelo repasse de fundos de acordo com o total populacional. Em seguida, entre os anos de 1997 e 1998, o Ministério da Saúde altera a NOB/SUS 01/96:

- A Portaria n. 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB.
- O valor nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96.
- Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 por habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998.
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - b) Programa de Saúde da Família;
 - c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - e) Assistência Farmacêutica Básica;
 - f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 por habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB.
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS. (CONASS, 2007, p. 111).

Dentre inúmeros resultados, a NOAS/SUS 01/2001, estabeleceu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, garantiu à população atendimentos média complexidade, através de atendimento ambulatorial, diagnósticos e internações hospitalares. Ainda nos termos da NOAS/SUS 01/2001, a gestão municipal organizou-se entre Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Em se tratando das gestões estaduais, ficaram estabelecidas a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual (CONASS, 2007).

Em outro momento, através da Portaria GM/MS n. 373, de fevereiro de 2002, foi estabelecida a NOAS/SUS 01/02, decorrente da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, organizada no ano anterior. Outra forma de articulação da NOAS/SUS 01/02 foram acordos que favoreceram serviços prestados de média e alta complexidade na área da saúde pública,

ficando os estados reesponsáveis por gerenciar as unidades públicas, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Sob estas influências, em 2003, o Ministério da Saúde organizou novos preceitos do SUS, baseados nas propostas elaboradas pelo Seminário para construção de Consensos e a carta de Sergipe³ (CONASS, 2007). Tal processo considerava as distinções específicas de cada região do país. Em decorrência disso, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 333/2003, buscou a reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde.

É justamente nessa conjuntura que surge a Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005, regularizando a contratação de consórcios públicos entre a União, estado, municípios e Distrito Federal, incluindo consórcios na área da saúde, devendo seguir as normas do SUS e a Constituição.

Um fato importante a se considerar, foi à criação das diretrizes funcionais do Pacto pela Saúde, divulgado em 22 de fevereiro de 2006. Na sequência, ainda em 2006, foi regulamentada as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e Gestão, para traçar a transferência de recursos federais destinados à saúde, ficando o Pacto pela Saúde desmembrado em: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

Ressalta-se que o Pacto em Defesa do SUS ressalta a consolidação da política pública de saúde brasileira com a política de Estado. O Pacto em Defesa do SUS tem por objetivos primordiais: a mobilização social, identificando a saúde como direito universal; proposta de aumento do orçamento e recursos financeiros do SUS e elaboração de carta com os direitos dos usuários (CONASS, 2007).

Quanto ao Pacto pela Vida, por sua vez, ressalta as obrigações sanitárias, através das considerações importantes de acordo com o governo federal, estadual e municipal. Estabelece acordos anuais imprescindíveis, estimulando o SUS por melhores serviços públicos prestados. Outro ponto importante é que o Pacto pela Vida tem caráter permanente.

As metas definidas pelo Pacto pela Vida tem a colaboração de estudos regionais, estaduais e municipais. Em 2006 as principais metas foram: Saúde do Idoso; Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama; Redução da Mortalidade Materna e Infantil;

³ Documento elaborado em 12 de julho de 2003, reafirmando a necessidade da construção de uma nova política de alocação de recursos, de uma política de financiamento adequado à redução de desigualdades regionais, do limite financeiro federal para a assistência médica de média e alta complexidade e dos recursos do Orçamento da Saúde.

Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Primária.

Desses contornos, surge ainda a importância do Pacto de Gestão que, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e seus princípios, institui a gestão partilhada do SUS, destacando a descentralização e regionalização. Em outras palavras, o Ministério da Saúde descentraliza a suas atribuições para os estados e municípios, através dos colegiados de gestão regional (CONASS, 2007).

Em linhas gerais, a descentralização ocorre por meio dos processos administrativos. Essas adequações destaca a parceria entre os Estados e Municípios, seguindo as diretrizes da Comissão Intergestores Tripartite (CIB). Nesse contexto, as Secretárias de Saúde em acordo com representantes dos municípios e estado oferecem suporte a CIB através de acordos pactuados.

Por sua vez, a regionalização é consolidada através do Pacto de Gestão, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Dessa forma, as Secretárias de Saúde devem aferir as regiões de saúde elaborando um modelo de atenção integrado, a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde, aspectos da economia, qualidade da atenção, criando-se para isso as redes de atenção à saúde. Outra tendência da regionalização foi a Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde (PPI), garantindo autonomia aos gestores em identificar quais as necessidades e prioridades nas ações relacionadas à saúde pública em cada Estado.

Ou seja, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas na respectiva CIB. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se ter situação que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for à compreensão dos gestores para determinado estado. (CONASS, 2007, p. 131)

Como resultado, em 2007, através da Portaria GM/MS nº 91, ocorreu a unificação do Pacto da Atenção Básica, da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde

(PPIVS) e Pacto pela Saúde. Em acordo as três esferas do governo ficam responsáveis por rever propostas e realizar alterações dos indicadores do Pacto pela Saúde de acordo com as necessidades sanitárias regionais.

Em decorrência disso, outra Portaria/GM325 de fevereiro de 2008, trouxe novas prioridades para o Pacto pela Vida: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem (CONASS, 2007).

Ainda relacionada à Portaria/GM325, permaneceu as mesmas metas e prioridades para o ano de 2009, estando as Secretárias Municipais e Estaduais de Saúde responsáveis por organizar as metas e formas de monitorar para a Programação Anual de 2009. Ainda no mesmo ano, foi estabelecida a Portaria/GM nº 2.669 com os objetivos e metas para o Pacto pela Saúde para os anos de 2010 e 2011.

Sob estas influências, um fato importante a se considerar foi à elaboração da Portaria/GM 161 de 21 de janeiro de 2010 que renomeou o Termo de Cooperação entre Entes Públicos para Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), órgão destinado a formalizar a relação entre gestores do SUS e unidades públicas de saúde. Em síntese as responsabilidades do SUS se dividem em três grupos: Serviços Assistências; Intervenções Ambientais e Políticas Externas ao Setor de Saúde. Os serviços assistências abordam a promoção, prevenção e serviços curativos.

2.2.4 Impactos do Modelo Neoliberal para a Política de Saúde no Brasil

Aborda-se aqui sobre os novos contornos que a Política Pública de Saúde brasileira vem assumindo diante das propostas neoliberais. Apontar o advento do neoliberalismo ao final da década de 70, constituindo o predomínio da Globalização

Corporativa Neoliberal e a dependência externa que os países em desenvolvimento têm em relação ao capitalismo mundial.

Utilizaremos o ponto de vista de diversos autores como: BENINI (2011) e BORGES (2012), para destacar a visão hegemônica do neoliberalismo em relação à liberalização, privatização e desregulamentação do sistema de saúde. A importância deste referencial é destacar a forte influência que organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, exercem em relação aos direitos sociais, pressionando governos através de pactos econômicos, privatizações e cortes nos gastos com políticas públicas.

O neoliberalismo aparece com destaque no final da década de 70, com ênfase para o governo de Margareth Thatcher na Inglaterra e Ronald Reagan nos Estados Unidos, onde teve início as principais ideias neoliberais. Ganhando proeminência em 1989, com um encontro organizado nos Estados Unidos, o chamado Consenso de Washington, com o objetivo de tratar sobre a política econômica mundial.

A política econômica mundial segue diretrizes com destaque para: priorização dos gastos públicos; reforma tributária; privatização e desregulação das relações trabalhistas. As propostas segundo propostas o Consenso de Washington de acordo com esse sentido, é redução do Estado nos setores públicos.

A partir de então os países em desenvolvimento iniciaram o processo de dependência financeira e submissão em relação aos países desenvolvidos. Dessa forma, os anos 90 marca o processo da personificação neoliberal no Brasil, em especial nos governos de Fernando Collor de Melo (1990 - 1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995 - 2002), essa situação perpetuou o corte de gastos com sociais, segundo Borges (2012).

Em decorrência disso, o Banco Mundial adota a autonomia dos Bancos Centrais de diversos países, em troca da diminuição do controle dos governos e sociedade civil organizada. Outra forma de articulação dar-se através da Organização Mundial do Comércio (OMC) e FMI que financiam dívidas de países em desenvolvimento, impondo pacotes financeiros, elaborando cartas de compromisso, que exigem dos países auxiliados a diminuição com gastos públicos, principalmente na educação e saúde.

A OMC propõe ao setor de saúde a semiprivatização através da admissão de organizações transnacionais na administração de instituições hospitalares e seguradoras

privadas, seguindo o tratado internacional de tarifas ou o chamado Tratado de Livre Comércio da América do Norte.

Outra tendência do neoliberalismo é a utilização da argumentação de que a administração do Estado no sistema de saúde pública é ineficiente e burocrática, traçando a tendência, partindo da teoria em relação à eficácia e eficiência da administração privada. O resultado desta situação, por sua vez, é a terceirização dos serviços públicos, “chamada por Oh et al. (2011) de semiprivatização, que seria a entrega das unidades públicas para a administração privada, contudo ainda sob propriedade estatal” (BORGES, 2012).

Sob estas influências o Banco Mundial pretende impor o modelo americano denominado Pluralismo Estruturado aos sistemas mundiais de saúde, que tem por características subsídios público de menor renda e financiamento privado, nesse modelo o governo americano tem gastos de 46% no setor, enquanto o setor privado tem gastos de 54% (BORGES, 2012).

A premissa de que a saúde garantida pelo Estado leva à insustentabilidade financeira, bem como ao aumento expressivo dos impostos, sem mesmo conseguir garantir acesso às pessoas, tornou-se um mito, que prega a insolvência dos sistemas públicos de saúde, que em outras palavras, significa que esses sistemas não conseguiriam honrar seus compromissos com a sociedade em garantir o direito à saúde. (BORGES, 2012, p. 27)

O sistema neoliberal com a justificativa de privatização do sistema público de saúde usa como argumentação a: sobrecarga do tesouro; ineficiência do poder público; elevação da carga tributária e maior desembolso direto para população. A ênfase na crise do SUS acontece com maior visibilidade durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, com destaque para o final do seu governo, onde neoliberalismo destaca-se “com a estagnação da economia (crescimento de 1,3%, em 2001) e a escalada inflacionária (o IGP da Fundação Getúlio Vargas atingiu a taxa de 26,41%, em 2002)” (BORGES, 2012).

É justamente nessa concepção que Borges (2012), ressalta através da Constituição Federal de 1988 a falta de articulação em relação à Seguridade Social, diante da demanda organizacional relacionada à questão do financiamento e cobertura do sistema de saúde. Com

isso questione-se as mudanças políticas, econômicas e sociais que envolveram a Reforma Sanitária até a implantação do SUS.

A política privatizacionista influenciou diretamente o SUS durante 14 anos, o que resultou na redução do papel do Estado, utilizando para tal os serviços desenvolvidos por organizações civis com fins lucrativos ou não. Desses contornos, é importante destacar a reforma democrática do Estado, onde o modelo neoliberal o seu papel intervencionista, deu espaço à gestão compartilhada do SUS. O subfinanciamento do sistema de saúde pública, com a cobertura assistencial limitada, com o sucateamento das instituições públicas, motivo que enfatiza as privatizações.

O SUS foi diretamente impactado nos seus recursos financeiros com o redirecionamento dos recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) com o objetivo de financiar a saúde, porém, os recursos foram desviados para outras áreas do governo. Somente no ano de 2006, 40% dos R\$ 32,090 bilhões recolhidos com os impostos foram gastos diretamente com o SUS.

A CPMF foi anulada pelo Congresso em 2007, mesmo com a oposição do governo, que se propôs a destinar 100% dos recursos à saúde. Fato que resultou na extinção da Emenda Constitucional (EC) 29, que trataria dos gastos específicos com a saúde, o que determinaria o investimento com cada ente federado.

Assim as contradições de que o SUS não precisa de mais recursos e que o problema está de fato na gestão, fez com que a Câmara dos Deputados não favorecesse a criação da Contribuição Social à Saúde (CSS). Como resultado, o aumento da dívida pública do Brasil, tem como efeito a diminuição de investimentos públicos, acentuando o subfinanciamento da saúde.

Em outras palavras, o SUS, parte da garantia do direito a saúde, vinculada através CF de 1988, ganhando outra interpretação como garantia de saúde aos mais pobres, ganhando aspectos assistencialistas, fortalecendo os ideais neoliberais, preservando o “clientelismo e patrimonialismo”, alcançando os objetivos políticos de burocratizar a gestão, na busca de organizar os processos de privatizações. (BORGES, 2012).

A percepção de que a Reforma Sanitária Brasileira e o advento do SUS, resultariam melhoria da Política Pública de Saúde brasileira, por sua vez, a amplitude territorial e a universalização dos serviços tornou-se uma dificuldade para o governo, principalmente em relação à distribuição dos recursos financeiros.

Um fato importante a se considerar, diante do estudo apresentado, é que as principais demandas relacionadas à saúde pública estão diretamente nas instituições hospitalares públicas e privadas. Considerando o exposto, o Estado é o principal financiador da assistência médico-hospitalar do país, adaptando-se as práticas liberais, como defini Borges (2012) através do termo “indústria médico-hospitalar”.

Na mesma direção, existe uma distorção imbricada no SUS que se dá no instrumento de alocação de recursos para a assistência secundária e terciária com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que define os chamados tetos financeiros dos Estados e municípios destinados à quantia de recursos que cada ente federado terá para financiar os serviços de saúde. (BORGES, 2012, p. 68).

De acordo com essa concepção a PPI repassam os recursos financeiros, adequando-se as necessidades dos prestadores de serviços e não as reais demandas dos usuários. O resultado desta situação é a desoneração do SUS, partindo de elementos exibidos por Borges (2012), através de dados estatísticos que mostram que durante o ano de 2006, pelo menos 10 bilhões em recursos públicos favoreceram instituições privadas saúde e o mercado de seguros.

Nessa estrutura o SUS vivência contradições em sua conjuntura organizacional, principalmente em relação à destinação de recursos e favorecimento fiscal as instituições privadas, concorrendo para a diminuição da atenção do Estado a Política Pública de Saúde, diminuindo o repasse de recursos e enfraquecendo a sua intervenção direta.

Com isso, questiona-se a distinção no percentual dos recursos financeiros destinados ao SUS, o que totaliza 43%, assim as contradições surgem a partir da obrigatoriedade da cobertura assistencial totalizar 75%, como é observado por Borges (2012),

impactando na dependência do Município ao Estado, que conseqüentemente está sujeito a União, desfavorecendo as gestões locais.

O Banco Mundial volta seus interesses na década de 90, para a descentralização da saúde na América Latina. A rede assistencial de saúde a partir da integração das transnacionais, que na lógica neoliberal a descentralização proporcionaria um melhor atendimento de modo integral a população.

Ao refletir sobre o conteúdo exposto, é possível perceber o processo de privatização do SUS, adequando-se as transferências de encargos do setor público para o privado, terceirizando serviços e delongando a administração de instituições para gestões privadas. Evidencia-se a degradação das unidades públicas de saúde, para reforçar os argumentos de que o SUS já não é suficiente para atender as demandas, resultando no subfinanciamento público.

No campo da política os impasses ocorrem através da tomada de decisões e conflitos entre o executivo e legislativo. No que se refere à economia, isso implica em cortes com gastos públicos. Já no contexto ideológico, podemos considerar a argumentação de que instituições privadas de saúde são consideradas melhores e mais eficientes do que as instituições públicas, “que leva ao custo crescente, que leva à inviabilidade econômica, que leva ao empobrecimento dos serviços, que leva à insolvência dos serviços” (BORGES, 2012).

O elemento que o Estado apresenta para tentar viabilizar a privatização do SUS é de que a Administração Direta somente, já não é mais viável. A partir de então, fundações públicas, privadas, Organizações Não Governamentais (ONGs) e empresas começam a controlar instituições públicas estatais. Assim entendida, a Administração é responsável por preparar e executar políticas públicas, mediadas por órgãos ou departamentos (Ministérios e Secretárias).

Converge para isso a Desconfiguração do SUS, processo que resulta na desorganização dos serviços de saúde pública ofertados. BORGES (2012) cita algumas características da desconfiguração como: alterações legais que permitem a administração privada dos serviços de saúde do SUS; inserção de profissionais do setor privado na gestão do SUS; desvio de recursos da saúde para outras áreas.

Já os pontos que caracterizam a Fragmentação do SUS, ainda citando BORGES (2012) incluem: a organização da atenção de acordo com o interesse dos prestadores privados; direcionamento da saúde para a iniciativa privada; influência política no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

A importância desse referencial é entendermos que desde os anos 70, a proposta neoliberal de gerenciar a administração pública de saúde, em especial os hospitais públicos, sempre foi uma iniciativa antiga, ao evidenciarmos o estudo de caso do Hospital Regional de Propriá, atualmente administrado pela Fundação Hospitalar de Saúde, organização da sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos.

Neste panorama, surgiram, na reforma do Estado de 1998, as figuras jurídicas das Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (BRASIL, 1999) no mesmo contexto histórico, político e econômico neoliberal que tomou conta do governo federal na década de 1990; essas entidades representaram novas formas neoliberais do aparelhamento do Estado. (BRAVO, 2012, p. 114).

Os contextos institucionais das OSCIPs, em relação à administração dos hospitais, são elaborados em relação à prestação de serviços, terceirização de mão-de-obra e administrativa. Em outras palavras o poder público elabora parcerias com entidades de direito privado, sem fins lucrativos, incluindo alíquota de subsídios de administrativos.

A partir de então as Organizações Sociais de Saúde (OSS), através das esferas que compõem a gestão do SUS (Município, Estado e União) podem atuar legalmente, regulamentadas através da Lei Federal nº 9.637/98, dessa forma, os hospitais continuam públicos, porém, administrados pela iniciativa privada, denominado como modelo gerencial (BORGES, 2012).

As OSS aparecem na reforma neoliberal da década de 90 com a justificativa do governo, afirmando a dificuldades do Estado em fornecer serviço de importância social, como a saúde. Com isso, questiona-se a Lei federal nº 9.637/98, responsável pela aplicabilidade das OSS, como sendo inconstitucional.

É preciso registrar que o direito a saúde faz parte da Constituição Federal, como um direito primordial, por sua vez, tal direito é ultrapassado pelas ideias neoliberais. No ano de 2011, foi realizada em Brasília a 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, onde profissionais da saúde e sociedade civil organizada mostrou sua insatisfação com as ideias privatistas neoliberais para saúde brasileira, principalmente do SUS. Sob estas influências, os impasses na melhoria estrutural do SUS permanecem limitados à falta de investimento público.

3 BREVE VISÃO SOBRE A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE (FHS)

Neste capítulo destacam-se as mudanças estruturais do SUS ao longo dos anos, e suas contradições diante da criação das fundações estatais, e de que forma a Política Pública de Saúde foi comprometida no Estado de Sergipe, tendo como base de estudos o Hospital Regional São Vicente de Paula, parte integrante da Rede Hospitalar de Sergipe.

Nessa conjuntura, a Rede Hospitalar de Sergipe é uma rede especializada, com representação assistencial complementar e regionalizada. É composta por 58 hospitais e 3.596 leitos, sendo 19 hospitais e 2.103 leitos na capital e 39 hospitais e 1.439 leitos no interior. Sendo, 31 instituições, trinta e quatro unidades sob a gestão estadual e 15 sob a gestão municipal, segundo dados da FUNESA.

2.1 Origem da FHS

A definição proposta pelo Governo do Estado de Sergipe em relação à criação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) é justamente a necessidade de uma nova prática na gestão pública e a efetivação da política pública de saúde como algo complexo e que demanda bastante atenção, incorporou novos ajustamentos nos quais Estados e municípios buscam novas alternativas para a gestão do SUS.

A Política Estadual de Saúde do Estado de Sergipe antecipou uma alteração da Rede Hospitalar, fazendo modificações nas estruturas físicas e padronizando suas instituições. A política de investimento e recobrimento da Rede Hospitalar do Governo de Sergipe tem como finalidade intensificar atuações e proporcionar serviços de acordo com as necessidades específicas de cada Hospital.

De acordo com essa concepção, foi considerado que a Gestão Pública da Saúde em Sergipe necessitava de mais “mobilidade administrativa”, mais precisamente ao que se

refere à compra de equipamentos; capacitação e contratação de profissionais e aquisição de equipamentos de alta tecnologia, o que caracteriza segundo a FHS:

A Saúde é uma atividade que tem um misto de relacionamento com o mercado, pois precisa comprar produtos, contratar pessoal e comprar serviços que serão entregues gratuitamente à população. Tudo isto demanda do Estado uma atividade gerencial muito intensa, ágil e eficiente. As Fundações Estatais de Direito Privado servem para gerenciar as áreas da Saúde de forma dinâmica. Isto porque elas se diferem da administração direta, o que elimina diversos trâmites burocráticos sem, contudo, diminuir a segurança do trabalho realizado. (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE)⁴.

Em decorrência disso, foi elaborada a Lei nº 6.347 de 02 de janeiro de 2007⁵, que autorizou a criação da Fundação Hospitalar de Saúde, aprovada por meio da Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe. Ressalta-se que a FHS é acoplada e supervisionada através da Secretária de Estado da Saúde (SES), tendo como foro e sede a capital sergipana, a cidade de Aracaju.

Dessa forma, a administração, domínio e inspeção da FHS ocorrem através do Conselho Curador da Fundação Hospitalar de Saúde, composto pelo Secretário de Estado da Saúde; três componentes indicados pelo Governador do Estado com experiência em gestão hospitalar; um membro indicado pelo Governador do Estado com conhecimento na área orçamentária e financeira; três Secretários de Saúde Municipal indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), sendo um deles Secretário Municipal de Saúde da Capital.

2.2 Objetivos da FHS

A Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) é uma instituição complementar do Poder Executivo do Estado e da Administração Pública Indireta. A composição organizacional da FHS encontra-se racionada em: Conselho Curador e Diretoria Executiva (responsável por administrar, fiscalizar e controlar a instituição); são combinantes com o Secretário de Estado

⁴ Informação disponibilizada pela FHS no site oficial da própria instituição: <http://www.fhs.se.gov.br>.

⁵ A publicação oficial no Diário Oficial ocorreu em 03 de janeiro de 2008.

da Saúde, três membros sugeridos pelo Governo do Estado, para desenvolverem suas atividades na área de gestão hospitalar, orçamentária e financeira e três secretários municipais de saúde. A FHS tem como missão “produzir saúde ao cidadão no âmbito hospitalar e na assistência de urgência de forma humanizada com eficiência e qualidade⁶”

A Lei nº 6.347/07 através do art. 7º define que a Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, tem por objetivos proporcionar serviços de saúde e assistência hospitalar, como também serviços de atendimento móvel de urgências, de acordo com os princípios constitucionais e legais do SUS.

A substituição estrutural na gestão hospitalar no Estado de Sergipe, através de fundações estatais, não é considerada uma forma de privatização, segundo o governo estadual. De acordo com essa concepção, as fundações estatais favorecem o maior controle dos serviços efetivados a população, com maior agilidade, transparência e objetividade. No ano de 2008 foi realizada uma reforma do SUS em Sergipe, sendo criadas três fundações: Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH), Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) e Fundação Hospitalar de Sergipe (FHS).

É importante ressaltar que o gerenciamento dos serviços ofertados a população através da FHS é realizado por meio de contrato com a Secretária de Estado da Saúde, uma das características principais são os contratos estatais, onde o Governo do Estado compra os serviços da FHS de acordo com a tabela SUS e institui metas de produção.

Sob a administração da FHS estão sete regionais: 1 - Regional Aracaju (Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Central de Logística – CELOG, Sede da FHS); 2 - Regional Nossa Senhora do Socorro (Hospital Regional José Franco Sobrinho – Nossa Senhora do Socorro, Maternidade Leonor Barreto Franco – Capela); 3 - Regional Itabaiana (Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno Filho – Itabaiana); 4 - Regional Lagarto (Hospital São Vicente de Paulo - Tobias Barreto); 5 - Regional Estância (Hospital Regional Dr. Jessé de Andrade Fontes – Estância, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - Bernardino Mitidieri – Boquim); 6 - Regional Propriá (Hospital Regional São Vicente de Paula – Propriá, Hospital Local de Neópolis) e 7 -

⁶ Disponível em: < <http://www.fhs.se.gov.br>>. Acesso em 09/10/2014 às 14:35 horas.

Regional Nossa Senhora da Glória (Hospital Regional Gov. João Alves Filho – Nossa Senhora da Glória).

Segundo Braga Neto, Barbosa e Santos (2008) a reorientação das ações e políticas no âmbito da assistência hospitalar, nas últimas décadas do século XX, tem suas raízes em dois eixos: o primeiro, voltado para a implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e de modernização da gestão dos serviços de saúde, sobretudo os hospitais, em resposta à preocupação com o controle dos gastos sanitários. O segundo, orientado para a formulação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde que prevê a atenção básica, ao invés da assistência hospitalar, como o centro de um sistema integrado de serviços de saúde. (FONTES, 2009, p. 23)

Sob um ângulo diferente, a criação das Fundações Estatais é questionada através da Procuradoria Geral da República (PRG), que aceitou o parecer de inconstitucionalidade, proposto pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em relação à criação da Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH), da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) e da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), pelo poder Executivo⁷.

Segundo a OAB, a lei que autoriza a criação das fundações não satisfaz aos artigos 37 e 39 da Constituição Federal, questionando-se a necessidade da criação de lei complementar. “A Procuradoria Geral da República dá o seu parecer considerando, que ainda não há lei complementar que defina as áreas de atuação das fundações públicas e que são inconstitucionais as leis estaduais que autorizam a instituição dessas fundações” (<http://mpf.jusbrasil.com.br>).

Na visão dos Governos, as fundações estatais de saúde é um novo modelo gerenciamento administrativo integrante da administração pública indireta, com a finalidade de melhorar o atendimento e gestão dos serviços públicos. No entanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS) questiona essa visão, examinando o impacto causado com a criação dessas fundações, ressaltando a mercantilização dos serviços e desvinculação profissional; como o que pode ser considerada a apropriação do Estado pelos setores privados.

⁷ Informação disponível em: <http://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/2594819/pgr-se-manifesta-contra-criacao-de-fundacoes-de-saude-em-sergipe>. Acessado em 20/10/2014 às 10:26 horas.

2.3 Trabalhos Desenvolvidos

Em linhas gerais, a FHS deve oferecer serviços de saúde obedecendo às diretrizes do SUS, nos níveis de subsídio hospitalar e serviço de atendimento móvel de urgência. As unidades hospitalares devem realizar atendimento de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH).

2.4 Público Alvo

A Rede de Saúde em Sergipe está distribuída em: Atenção Básica; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada; Atenção Hospitalar e Urgências, sendo a rede hospitalar implantada em local, regional e especializada. Fazem parte dessa rede em Sergipe, sete locais: Aracaju, Estância, Lagarto, Propriá, Itabaiana, Nossa Senhora do Socorro e Nossa Senhora da Glória.

2.5 Principais Demandas

Em todas as unidades hospitalares o atendimento aos usuários passa por triagem, sendo considerado risco e a vulnerabilidade dos usuários de acordo com a prioridade do atendimento. A rede engloba diversas unidades sob a gestão da FHS, são estas: SAMU (atendimento móvel de urgência); Unidade de Pronto Atendimento (clínica, cirurgia geral de baixa complexidade, pediatria, ortopedia de baixa complexidade); Hospitais Locais (atendimento a parto normal, diagnósticos em laboratório clínico e por radiologia); Hospitais Regionais (clínica médica, cirurgias, ortopedia, pediatria, obstetrícia, anestesiologia) e Hospitais Especializados (queimados e oncologia, partos de alto risco, cardiologia, cirurgia vascular, traumato-ortopedia, neurologia/neurocirurgia).

4 ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA (HRP) GERENCIADO PELA FHS

Refletindo sobre o Hospital Regional São Vicente de Paula, devemos considerar primeiramente a importância dos hospitais para o Sistema Único de Saúde. Toda instituição hospitalar trata-se de uma organização médica e social, com o papel de adequar à população assistência médica sanitária, curativa e preventiva, inclusive de atendimento domiciliar, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), disposto no relatório nº 122 de 1957.

Cabe destacar as características dos hospitais, que considera a natureza de distintos tipos de recursos, desde materiais a humanos, articulados a um sistema. Compreendendo o auxiliar, para os cuidados direto à pessoa; o administrativo, que utiliza o gerenciamento semelhante aos utilizados por empresas, que o caso das Fundações Estatais de Saúde, objeto do nosso estudo.

Desses contornos, o ponto essencial é compreender a funcionalidade do HRP sob a gestão da FHS, e quais as mudanças favoráveis ao SUS com seu modelo gerencial que engloba a saúde da população atendida; os serviços integrais; a inter-relações profissionais e sociais; recursos econômicos e estrutura organizacional. A partir de então os hospitais públicos buscam recuperar a imagem institucional diante dos usuários.

4.1 Histórico do Hospital Regional São Vicente de Paula

O Hospital de Caridade São Vicente de Paula foi o primeiro nome do Hospital Regional São Vicente de Paula (atual nome). Foi fundado em 1908, pelo vigário da cidade de Propriá, na época, Antônio Cabral⁸. Os primeiros atendimentos realizados eram urgências médicas e partos, com usuários originados de diversas partes do estado de Sergipe, como também de estados vizinhos.

⁸ Os primeiros hospitais surgidos no país tinham ligação direta com a Igreja Católica, através das Santas Casas e do Exército. Informação disponibilizada no livro Atensão Hospitalar no Estado de Sergipe – Saberes e Tecnologias para implantação de uma Política. Livro Aprendiz 3, 2011, página 31.

O Hospital Regional São Vicente de Paula está localizado no município de Propriá, no estado de Sergipe, seu logradouro é a Rua Elmiro Costa s/n, centrado no Bairro Dom Juvêncio de Britto. Faz parte das Redes Assistenciais em Saúde, denominadas compatíveis em prestação de serviços da integralidade da prevenção à saúde, no Estado de Sergipe, essa Rede é composta por instituições ambulatoriais e hospitais, complementar a rede inter-federativa.

No ano de 2003 o hospital foi desapropriado pelo governo do Estado, conservando-se fechado e sem realizar nenhum tipo de atendimento médico, até o ano de 2008 quando deu início o processo de melhorias na estrutura física, acréscimo e modernização do prédio, sendo reinaugurado no ano de 2011.

4.2 Atribuições do HRP perante a gestão da FHS

O atual modelo de gestão hospitalar, inserido no Estado de Sergipe é descentralizado, baseado em uma visão sistêmica, respeito às diretrizes institucionais e aos colegiados⁹. O Hospital Regional São Vicente de Paula está implantado na política de reestruturação e sua vinculação administrativa advém da criação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), que administra os Serviços dos Hospitais Regionais.

Nas palavras de Antônio dos Santos Souza, Coordenador Administrativo do HRP, a implantação da FHS é positiva, pois está sendo colhidos ótimos resultados junto aos serviços ofertados junto a população atendida. Para Antônio, o novo modelo gerencial proporcionou a diminuição do tempo de espera dos usuários na triagem da unidade hospitalar, porém, observa que a um fluxo maior de pacientes devido a falta de maior assistência frente às Unidades Básicas de Saúde dos Municípios.

Para Renata Cristina B. da Silva, Coordenadora Assistencial do HRP, a implantação da FHS e seu modelo gerencial, trazem pontos positivos em relação à abrangência dos municípios que são atendidos pelo HRP, mas, faz um respaldo em relação ao

⁹ Colegiados são modelos de gestão coletiva, com participação dos trabalhadores, dividindo ideias e decisões, interferindo no processo de trabalho, para a obtenção de resultados. Fonte: Livro Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe, página 68, 2011.

descumprimento de acordos de colaboração pactuados entre os mesmos, principalmente em relação ao transporte dos usuários em relação à alta hospitalar.

A unidade hospitalar administra atendimentos de urgência e emergência em: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia, traumatologia, ortopedia e estabilização dos casos de alta complexidade; Internação em (média complexidade): clínica médica, cirurgia geral de urgências e eletiva, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria; Assistência ao parto normal e cirúrgico, de risco habitual e ao recém-nato; Doenças agudas, doenças crônicas, respiratório, digestivo, transtornos relacionados à dependência química; Cirurgia geral (média complexidade); Ortopedia (média complexidade); Cirurgia eletiva sob as demandas da SES; Ambulatório de egressos: cirurgia geral e ortopedia; Agência Transfuncional; Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, segundo a FUNESA.

O Hospital Regional de Propriá oferta atendimento ao público, 24 horas por dia, durante todos os dias da semana e em todos os turnos: manhã, tarde e noite. Sua área de ação é direcionada a saúde pública, fazendo parte da rede regional de atendimento de baixa e média complexidade. A unidade hospitalar possui três leitos semi-intensivo na Sala de Estabilização, leitos de internamento adulto e pediátrico, além da Maternidade.

A Maternidade realiza assistência ao parto normal e cirúrgico em gestantes com gravidez de baixo risco, porém, o HRP está equipado para acolher urgências à gestante de alto risco, realizando a estabilização até a transferência da gestante até uma unidade de maior complexidade.

As urgências e emergências estão distribuídas no atendimento de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia, traumatologia, estabilização, internação, ginecologia, assistência de parto normal e cirúrgico, doenças agudas, crônicas, respiratória, reumáticas e musculoesqueléticas, eletrocardiograma, ultrassonografia convencional, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCINs).

São realizados em média 3.000 a 4.000 exames por mês no HRP, sendo 38 tipos de verificação, divididos em 06 de hematologia, 21 de bioquímica, 06 de imunologia, 02 de hormônio, 01 de uroanálise e 02 de imunohematologia. “Os exames mais solicitados pelos médicos do hospital, são os de bioquímica, sumário de urina, hemograma e VDRL¹”, cada resultado leva em torno de 5 minutos ou até 4 horas para ficar pronto, dependendo da complexidade.

informações necessárias para o cadastro do usuário. Todos os profissionais buscam absorver todas as informações referentes a cada paciente, como forma de dar sequência ao tratamento específico.

4.5 Atribuições do Serviço Social no HRP conforme a FHS

O Hospital Regional São Vicente de Paula, possui em seu quadro de profissionais do Serviço Social, quatro assistentes sociais. A atuação de assistentes sociais nas instituições hospitalares faz parte do processo interdisciplinar na esfera da saúde, distinta através da Resolução nº 218 de 6 de março de 1997, ordenada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e adotada e distinguida pelo Conselho Federal de Serviço Social, através da Resolução de 29 de março de 1999.

A 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. RESOLVE: I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (RESOLUÇÃO nº 218, de 06 de março de 1997)¹⁰.

As profissionais do Serviço Social atuantes na área da saúde no Hospital São Vicente de Paula realizam suas atividades de acordo com os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, desenvolvida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e a Assessoria e Representação do CFESS no Conselho Nacional de Saúde. Seguindo as prioridades exigidas na área da saúde, é constante a preocupação com o respeito ao usuário, a conservação do

¹⁰ Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acessado no dia 3 de outubro de 2014 às 14:00 h.

Sistema Único de Saúde, concretizando os direitos sociais, parte integrante da reforma política sanitária. Faz parte da atuação de assistentes sociais na saúde:

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas. (Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2010, p. 30).

A missão do Serviço Social de acordo com o Manual do Serviço Social da Fundação Hospitalar de Saúde é garantir ao usuário e aos seus familiares um atendimento humanizado, cooperando para o tratamento, atendimento e atenção básica. Compartilhando do trabalho multidisciplinar, desenvolvendo ações, implantação de programas e políticas sociais, acompanhando indicadores e metas.

Outra característica importante do profissional do Serviço Social na rede hospitalar de saúde é a necessidade de manter-se atualizado a respeito das Políticas Estaduais e Municipais. Garantir a defesa da participação crítica de usuários e demais profissionais dentro da instituição. O Serviço Social está diretamente vinculado ao Núcleo de Apoio Técnico e Assessoria (NATA) dentro da Fundação Hospitalar de Saúde, distribuídos por Unidades de Produção.

O trabalho interdisciplinar do assistente social é desenvolvido em parceria com equipe médica, de enfermeiros, técnico e auxiliares e também com o setor administrativo do hospital, com o objetivo de proporcionar atendimento ao usuário, cumprindo com a missão da FHS que é produzir saúde ao cidadão, como parte integrante dos direitos constituídos historicamente através da Reforma Sanitária acontecida no Brasil.

Cabe destacar, que o Coordenador Administrativo do HRP, Antônio dos Santos Souza é assistente social. Antônio ressalta que o Serviço Social é um dos setores mais importantes da instituição. Para ele, o setor representa “os olhos” dos pacientes, em relação ao atendimento das demandas institucionais e bem-estar dos usuários, estreitando as relações entre paciente/serviços/hospital, atuando como mediador e fiscalizador do cumprimento de direitos dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação da Fundação Hospitalar de Saúde e a Política Pública de Saúde no Hospital Regional São Vicente de Paula, reflete o panorama da saúde no Brasil, acompanhando o processo de ampliação do capitalismo, começando um novo processo administrativo entre o que era público e privado.

Processo marcado pelo início da reforma sanitária, ação direta do Estado, aumento territorial, descentralidade do poder público e as novas propostas políticas, assinaladas por abrangência das privatizações e por controle social, situando o fortalecimento do capitalismo no país.

A conjuntura histórica demonstra a maneira como o país se coligou as lideranças de saúde pública internacionais, especialmente a dos Estados Unidos, principal financiador das políticas de saúde no país, através da relação ampliada com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), interessados em forma acordos com os governos latino-americanos.

A descentralização da saúde pública tinha objetivos específicos de reduzir desigualdades, universalizar os serviços ofertados, controle social e implantação de programas, ficando o governo federal o principal investidor dos recursos financeiros, fato marcado historicamente pela mobilização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Fato importante a se considerar, já que resultou na publicação da nova Constituição Federal em 05 de outubro de 1988. A partir de então o artigo 200 mencionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade.

Por outro lado, a Política Pública de Saúde brasileira preservou as propostas neoliberais, em relação à liberalização, privatização e desregulamentação do sistema de saúde. Cabe destacar a forte influência que organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, praticam em relação aos países em desenvolvimento através da submissão e dependência financeira.

Podemos considerar que os anos 90 marcou o processo da personificação neoliberal no Brasil, com destaque para as semiprivatização, ou seja, a entrega das unidades

públicas para a administração privada, preservando a propriedade estatal. Inspirado no modelo americano denominado Pluralismo Estruturado, que tem por especialidades contribuições de menor renda aos setores públicos.

Tais reflexões, nos leva a um questionamento a respeito das mudanças políticas, econômicas e sociais que abrangeram a Reforma Sanitária até a implantação do SUS, questionando os aparelhos da política privatizacionista, introduzidas com o sistema gerencial na organização dos serviços, reduzindo o papel de provedor do Estado, por meio das organizações civis lucrativas ou não.

De fato a Reforma Sanitária Brasileira e a chegada do SUS, resultaram em melhoria para Política Pública de Saúde brasileira, por sua vez, porém, não favoreceu em nada à distribuição dos recursos financeiros. Sentindo as contradições em sua conjuntura organizacional, em relação à destinação de recursos e favorecimento fiscal, especialmente as instituições privadas.

Outros pontos que caracterizam a fragmentação do SUS é o direcionamento da saúde para a iniciativa privada, sobretudo influência política nos serviços de saúde de média e alta complexidade. O resultado desta situação é a proposta neoliberal de gerenciamento da administração pública de saúde, em especial os hospitais públicos.

Através da Lei Federal nº 9.637/98, os hospitais continuam públicos, porém, administrados pela iniciativa privada, o que se reconhece atualmente como modelo gerencial, em presença da criação das fundações estatais de saúde, modelo implantando no Hospital Regional São Vicente de Paula, parte integrante da Rede Hospitalar de Sergipe.

No entanto, cabe observar que a criação das Fundações Estatais de Saúde é questionada através da Procuradoria Geral da República (PRG) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que ressalta a apropriação do Estado pelo setor privado. Contradições que envolvem as novas funcionalidades institucionais do SUS.

Portanto, a principal dificuldade administrativa do SUS, independentemente de pertencer à administração pública direta ou indireta, ainda é carência de recursos financeiros e sua má utilização, ineficiência administrativa. Os avanços do SUS devem ser considerados, desde que haja o recobrimento conceitual, proposto pela reforma sanitária, tornando-se de fato eficaz e prioridade entre as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BORGES, Fabiano Tonaco. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS : o papel das organizações sociais** . Fabiano Tonaco Borges... [et al.]. - São Paulo, SP : Cultura Acadêmica, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política social e democracia**. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira (organizadoras). In_____ A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. p. 197. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2010.

Cartilha o SUS pode ser o melhor plano de saúde. Disponível em: http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/cartilha_SUS_3edicao.pdf. Acessado em 08/11/2014 às 11h30min.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FONTES, Katiene da Costa. **A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do Hospital de Urgência de Sergipe**. Katiene da Costa Fontes. Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2422/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Fontes_Katiene_Costa.pdf. Acessado em 25 de outubro de 2014 às 17h45min.

FUNESA. **Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 3**. Fundação Estadual de Saúde. Secretária do Estado de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011.

GARCIA, Márcia. **Políticas e Gestão em Saúde**. Márcia Garcia(organizadora)...et al. -- Rio de Janeiro : Escola de Governo em Saúde, 2004.

Hospital Regional de Propriá oferece Saúde de qualidade ao povo ribeirinho. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/noticias/nordeste/116684-hospital-regional-de-propria-oferece-saude-de-qualidade-ao-povo-ribeirinho.html>. Acessado em 13/09/2014 às 10h35min.

Laboratório do Hospital Regional de Propriá, agiliza diagnósticos de pacientes. Disponível em: <http://empropria.com/2013/03/laboratorio-do-hospital-regional-de-propria-agiliza-diagnosticos-de-pacientes/>. Acessado em 14/09/2014 ÀS 11h35 min.

MERHY, Emerson Elias. **Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. Emerson Elias Merhy. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

Modelo de Avaliação de Desempenho de Gestão para Hospitais Secundários no Setor Público Brasileiro. Disponível em: http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-12-08.2954571235/DISSERTACAO_MPPPP_KATAOKA.pdf. Acessado em: 30/10/2014 às 10h13min.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e saúde**. Ana Elizabete Mota [et al.], (orgs). 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=parametro+de+atua%C3%A7%C3%A3o+do+servi%C3%A7o+social+na+sa%C3%BAde+pdf&oq=para&aqs=chrome.0.69i59j69i57j69i61j0l3.2457j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8. Acessado em 14/10/2014 às 17h45min.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

APÊNDICES

**LEI Nº 6.347****DE 02 DE JANEIRO DE 2007**

Publicado no Diário Oficial No 25424, do dia 03/01/2008

Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, e dá providências correlatas.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE:

Faço saber que a Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe aprovou:

CAPÍTULO ÚNICO**DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE****Seção I**

Da Autorização para a criação

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar a Fundação Hospitalar de Saúde – FHS.

Seção II

Da Conceituação

Art. 2º A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS será integrante da Administração Pública Indireta do Poder Executivo do Estado de Sergipe, dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio e prazo de duração indeterminado.

Art. 3º A constituição da Fundação, nos termos do art. 2º, consumar-se-á com o registro de seus atos constitutivos no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, na forma do disposto no Código Civil e na Lei de Registros Públicos.

Art. 4º A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, será regida pela Lei nº 6.130, de 02 de abril de 2007, por esta Lei, pelo respectivo estatuto e pelas normas legais e infralegais internas que lhe sejam aplicáveis.

Art. 5º O estatuto da Fundação será aprovado por decreto do Governador.

Parágrafo único. O estatuto poderá ser alterado por iniciativa conjunta da Diretoria Executiva e do Conselho Curador, devendo as alterações ser registradas no cartório competente, após aprovação na forma e nos termos previstos no “caput” deste artigo.

Seção III

Da Vinculação, Sede e Foro

Art. 6º A Fundação Hospitalar de Saúde - FHS ficará vinculada à Secretaria de Estado da Saúde – SES e, por esta, deverá ser supervisionada, nos termos e para os fins constantes da legislação pertinente e de seu estatuto.

Parágrafo único. A Fundação terá sede e foro na Cidade de Aracaju, Capital do Estado de Sergipe, e jurisdição em todo o território estadual.

Seção IV

Da Finalidade

Art. 7º A Fundação Hospitalar de Saúde - FHS terá a finalidade exclusiva de, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar, inclusive os serviços de atendimento móvel de urgências, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS.

Art. 8º Os serviços de saúde prestados pela Fundação deverão ser organizados em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde - SUS, devendo servir de campo de prática para ensino e pesquisa na área da saúde.

Seção V

Da Estrutura Organizacional

Art. 9º A Fundação Hospitalar de Saúde - FHS terá em sua estrutura organizacional básica os seguintes órgãos:

I – o Conselho Curador; e

II – a Diretoria Executiva.

Seção VI

Da Composição, Estruturação e Competência dos Órgãos

Subseção I

Do Conselho Curador

Art. 10. O Conselho Curador da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, órgão de direção superior,

administração, controle e fiscalização, será composto da seguinte forma:

I – o Secretário de Estado da Saúde;

II - 03 (três) membros indicados pelo Governador do Estado, dentre pessoas com experiência na área de gestão hospitalar;

III - 01 (um) membro indicado pelo Governador, dentre pessoas com conhecimento na área orçamentária e financeira;

IV - 03 (três) Secretários de Saúde Municipal, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, devendo um deles ser o Secretário Municipal de Saúde da Capital.

§ 1º O mandato dos membros do Conselho Curador tem duração de 02 (dois) anos.

§ 2º A Presidência do Conselho Curador deve ser exercida pelo Secretário de Estado da Saúde, cabendo-lhe o voto de qualidade.

§ 3º Os membros do Conselho Curador exercerão seus mandatos gratuitamente.

§ 4º Serão escolhidos, pelo Conselho Curador de cada uma das Fundações, 02 (dois) membros suplentes com notório saber em saúde pública ou em contabilidade pública, os quais deverão participar, obrigatoriamente, de todas as reuniões e substituir o membro nato que não comparecer às reuniões do Conselho.

§ 5º O membro que perder a condição que lhe tenha ensejado a nomeação para o Conselho Curador perderá o seu mandato imediatamente, devendo ser nomeado, na forma desta Lei e do estatuto da Fundação, novo membro para completar o mandato.

§ 6º A Diretoria Executiva deverá participar das reuniões do Conselho Curador, nas quais, exceto nas extraordinárias, poderá exercer o direito a voto.

§ 7º O Conselho Curador é responsável pelo estabelecimento das metas da Fundação, pela forma de sua execução, transparência da gestão e pelo controle do seu desempenho, objetivando a garantia de serviços públicos de qualidade à Coletividade destinatária.

Subseção II

Da Diretoria Executiva

Art. 11. A Diretoria Executiva da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, órgão de direção subordinada e de administração superior, responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional, será composta de 3 (três) diretores, a saber:

I – Diretor-Geral;

II – Diretor Administrativo-Financeiro;

III – Diretor Operacional.

Parágrafo único. Os membros da Diretoria Executiva serão contratados pelo regime da

Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo seus empregos de livre nomeação e exoneração.

Art. 12. Os membros da Diretoria Executiva terão mandato de 01 (um) ano, sendo o Diretor-Geral nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde, dentre profissionais de notório conhecimento na área de atuação da Fundação, podendo ser reconduzido por um ou mais períodos, a depender do resultado positivo da avaliação obrigatória de seu desempenho, conforme previsto na lei geral de contrato estatal de serviços, no estatuto e em portarias do Secretário de Estado da Saúde.

§ 1º Os demais Diretores serão indicados pelo Diretor-Geral e nomeados pelo Conselho Curador.

§ 2º Os membros da Diretoria Executiva poderão perder o mandato, dentre outros motivos e na forma prevista no estatuto, por inobservância da lei ou regulamento, violação dos deveres de gestão ou não-cumprimento do contrato estatal de serviços.

§ 3º Compete ao Secretário de Estado da Saúde destituir o Diretor-Geral, após apuração de sua responsabilidade pelo Conselho Curador, e a este Colegiado destituir os demais membros da Diretoria Executiva, em ambos os casos, nos termos do estatuto.

Art. 13. A Diretoria Executiva da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS terá a seguinte estrutura:

I - Diretoria-Geral;

II - Diretoria Administrativo-Financeira; e

III - Diretoria Operacional.

Art. 14. O Estatuto disporá sobre a atribuição do Diretor-Geral, que terá a competência de representar a Fundação judicial e extrajudicialmente, à extensão de sua competência, bem como sobre as atribuições da Diretoria Executiva, do Conselho Curador e de seus membros.

Seção VII

Do Patrimônio e das Receitas

Art. 15. O patrimônio inicial da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS será constituído por:

I - bens móveis e imóveis, equipamentos, máquinas, veículos, instrumentos e outros bens patrimoniais, inclusive prédios ou edificações, terrenos e instalações, que, sendo de propriedade do Estado de Sergipe, venham a ser transferidos para a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, os quais, mediante procedimento regular promovido pela Secretaria de Estado da Administração - SEAD, devem ser legalmente transferidos do patrimônio do Estado para o patrimônio da Fundação;

II - bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações e outros, bem como direitos, ações, cotas-partes e títulos de valor, que, sob qualquer modalidade, tenham sido assegurados, transferidos ou outorgados à Fundação Hospitalar de Saúde - FHS;

III - bens, equipamentos, instalações, direitos, ações e títulos que, sob qualquer modalidade, a Hospitalar de Saúde - FHS vier a adquirir ou que venham a lhe ser legalmente assegurados, transferidos ou outorgados;

IV - cotas-partes societárias, cotas-partes de fundos e demais títulos mobiliários que forem ou

vierem a ser de propriedade da Hospitalar de Saúde - FHS;

V - outros bens móveis e imóveis, bem como direitos, títulos e ações que legalmente venham a constituir o patrimônio da Hospitalar de Saúde - FHS;

VI – todo o mais que, de forma legal, vier a constituir o patrimônio da Fundação.

Art. 16. A receita da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS será constituída dos recursos decorrentes de compromissos que vier a assumir anualmente com a Secretaria de Estado da Saúde - SES, em decorrência da prestação de serviços próprios ao Estado, mediante a celebração de contrato estatal de serviços, bem como de valores oriundos de auxílios, subvenções, transferências e repasses públicos, créditos especiais e de outras receitas, conforme previsto em seus respectivos estatutos, inclusive as resultantes da alienação de bens e da aplicação de valores patrimoniais, operações de crédito, doações, legados, acordos, contratos e convênios.

§ 1º Os serviços de saúde considerados como de acesso universal e gratuitos serão prestados com exclusividade à Administração Pública Estadual, Municipal e/ou Federal, mediante contrato estatal de serviços, os quais serão colocados, pelo Estado, à disposição da População, ficando vedada à Fundação a assunção de compromissos com terceiros que violem os princípios do SUS, em especial os da gratuidade da assistência integral à saúde do cidadão e igualdade de atendimento.

§ 2º Os contratos e convênios que a Fundação vier a firmar com entidades públicas que integram o SUS municipal deverão observar as regras da regionalização.

Art. 17. O Estado fará consignar, anualmente, no orçamento do Fundo Estadual de Saúde - FES, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde - SES, de forma destacada, os recursos para pagamento dos serviços que vier a contratar com a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS mediante contrato estatal de serviços.

Seção VIII

Do Regime de Emprego e do Pessoal

Art. 18. O Pessoal da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS será regido pela CLT e respectiva legislação complementar, devendo sua admissão ser precedida de concurso público de provas ou de provas e títulos e a sua dispensa motivada, na forma prevista no art. 482 da CLT ou por motivo técnico, financeiro, econômico ou disciplinar, ressalvados os empregos de direção superior, assessoramento e assistência, de livre nomeação e exoneração, como disposto no respectivo estatuto, os quais integrarão o Quadro de Pessoal Especial.

§ 1º A Fundação poderá, observada a Lei (Estadual) nº 2.781, de 02 de janeiro de 1990, e modificações posteriores, contratar pessoal técnico imprescindível ao exercício de suas atividades, por prazo de 12 (doze) meses, mediante processo seletivo simplificado, nos termos do disposto no seu estatuto, podendo haver prorrogação, desde que esta não ultrapasse o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses de duração.

§ 2º A Fundação poderá contratar especialistas ou empresas especializadas, inclusive consultores independentes e auditores externos, para execução de trabalhos técnicos ou científicos, com prazo determinado e não superior a 24 (vinte e quatro) meses, mediante consulta pública, na forma do disposto nos seus respectivos estatutos e observados os princípios gerais da Lei (Federal) nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas posteriores modificações.

§ 3º A data base da vigência do acordo coletivo de trabalho das categorias profissionais da Fundação será o dia 1º (primeiro) do mês de maio.

Art. 19. A Fundação Hospitalar de Saúde - FHS organizará o seu Quadro de Pessoal de acordo com o plano de emprego e remuneração e com um plano diretor de desenvolvimento de recursos humanos, na forma do disposto no estatuto, sendo obrigatória a instituição de sistema misto de remuneração, o qual deverá contemplar ao lado do salário fixo, não superior ao salário mínimo profissional, prêmio de desempenho individual e de equipes, sob avaliação permanente.

Art. 20. Os quantitativos dos empregos permanentes e dos empregos de direção superior da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS serão estabelecidos por esta, através do Conselho Curador, mediante proposta da Diretoria Executiva, na forma do estatuto.

Parágrafo único. Os aumentos da despesa de pessoal deverão estar indicados previamente no orçamento anual da Fundação e deverão observar, como parâmetro gestacional, os limites fixados na Lei de Responsabilidade Fiscal para as despesas de pessoal do Poder Executivo estadual.

Seção IX

Das Contratações

Art. 21. A contratação de obras, serviços, compras, alienação e locação observará, preferencialmente, os procedimentos próprios de contratação na modalidade de pregão e registro de preço estadual, na forma da lei e do regulamento próprio a ser editado pela Fundação, nos moldes do art. 119 da Lei (Federal) nº 8.666, 21 de junho de 1993, e modificações posteriores.

§ 1º O regulamento de que trata o caput deste artigo deverá ser aprovado pelo Governador do Estado, após análise jurídica da Procuradoria-Geral do Estado .

§ 2º Com o escopo de gerar economia de escala, a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS poderá associar-se a outras Fundações vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde, para a realização conjunta de compras de bens e serviços que lhes forem comuns.

Seção X

Do Controle e da Fiscalização

Art. 22. A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, sujeitar-se-á às normas de controle interno e externo de fiscalização previstas legalmente e em seus estatutos, além da regular supervisão da Secretaria de Estado da Saúde – SES, para efeito de cumprimento de seus objetivos estatutários, harmonização de sua atuação com as políticas do Sistema Único de Saúde - SUS e obtenção de eficiência administrativa e financeira, principalmente quanto à qualidade e humanização dos serviços de saúde prestados à população.

§ 1º Caberá à Fundação a adoção de plano e sistema de contabilidade e apuração de custos que permitam a análise de sua situação econômica, financeira e operacional, em vários setores, e a formulação adequada de programas de atividades.

§ 2º Por se inserirem ao sistema loco-regional do SUS e pelas características de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, ficarão os serviços finalísticos desta Fundação sujeitos ao

controle popular, exercido pelo Conselho Estadual de Saúde - CES.

Art. 23. Anualmente, até o dia 30 do mês de abril, a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS encaminhará, à Secretaria de Estado da Saúde – SES, relatório de gestão, com parecer do Conselho Curador, de todas as suas atividades, com destaque para:

I – demonstração do atendimento às metas previstas nos planos anuais e pactuadas no contrato estatal de serviços;

II – demonstração da inserção dos serviços da Fundação nos planos de regionalização e sua integração com os demais serviços de saúde das esferas de governo estadual e municipal, a fim de cumprir as diretrizes da regionalização;

III – indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados, de acordo com as metas pactuadas, bem como indicadores de eficiência administrativa e financeira;

IV – os balanços financeiros, patrimoniais, orçamentários e demonstrativos de variações patrimoniais, elaborados na forma prevista no estatuto; e

V – as auditorias iniciadas e concluídas no período, em especial as derivadas de denúncias de cidadão-usuário dos serviços de saúde.

Seção XI

Da Procuradoria Jurídica

Art. 24. A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, contará com uma Procuradoria Jurídica, vinculada diretamente à Diretoria Executiva, responsável pelos assuntos jurídicos da Fundação.

Seção XII

Disposições Gerais Finais

Art. 25. A Secretaria de Estado da Saúde – SES, adotará, no prazo de 60 (sessenta) dias, as medidas que lhe forem pertinentes e necessárias à constituição da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, segundo as normas do Código Civil.

Art. 26. A primeira investidura e posse dos membros do Conselho Curador da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, será feita pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, cabendo-lhe, para tanto, requerer, por escrito, às entidades e autoridades referidas no art. 10 desta Lei, a indicação dos respectivos membros.

Parágrafo único. Não sendo atendido, no todo ou em parte, quanto ao objeto do requerimento contido no “caput” deste artigo, no prazo fixado no estatuto, o Secretário de Estado da Saúde adotará as medidas ali previstas.

Art. 27. A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, poderá requisitar, a qualquer tempo, sem ônus para a origem, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Sergipe.

Art. 28. A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, poderá requisitar, de forma especial, sem ônus

para a origem, servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde – SES para ocupar cargo de provimento em comissão ou função de confiança, em caráter especial, podendo perceber gratificação ou outra forma de remuneração com o fim de equiparação de salário e funções, a qual não se incorporará ao seu vencimento ou salário-base, sob nenhuma hipótese, na forma do que dispuser o estatuto e o plano de carreira.

Parágrafo único. O servidor requisitado deverá ser avaliado pela Fundação, devendo essa avaliação ser encaminhada aos órgãos competentes da Secretaria de Estado da Saúde – SES, para efeito de evolução do servidor requisitado na sua carreira original.

Art. 29. O prazo para a implantação do plano de emprego e remuneração será de até 01 (um) ano, a contar da data da lavratura da escritura pública de constituição da Fundação.

Art. 30. A cooperação técnica e financeira devida pelo Estado aos Municípios, nos termos do art. 30, VII, da Constituição Federal, poderá ser realizada na forma de cessão de pessoal da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS para o Programa de Saúde da Família, realizado pelo Município, configurando essa cessão uma das formas de participação complementar ou suplementar do Estado, com vistas a suprir deficiências do Município.

Parágrafo único. A cessão de pessoal, bem como outras formas de cooperação entre a Fundação e os Municípios, deverá ser ajustada mediante convênio ou instrumento congêneres.

Art. 31. Fica revogada a Lei (Estadual) de nº 5.855, de 16 de março de 2006, que dispõe sobre a concessão de Gratificação de Estímulo a Atividades Hospitalares de Alta Complexidade/SUS – GEHOSP/SUS.

Parágrafo único. A revogação de que trata o caput deste artigo somente produzirá seus efeitos a partir da publicação, no Diário Oficial do Estado, do extrato do contrato estatal de serviços, firmado entre a Fundação e a Administração Pública Estadual.

Art. 32. Fica o Estado autorizado a, observado o critério de conveniência e oportunidade, transferir, na forma legal, os hospitais referidos no Anexo Único desta Lei, ou seus sucedâneos, do patrimônio da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, nos termos desta mesma Lei, para os correspondentes Municípios-sede de tais unidades de saúde, dentro do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, exceto se esses entes governamentais não vierem a criar, em sua estrutura administrativa, entidade assemelhada, destinada a absorver as atividades de assistência hospitalar.

Art. 33. Extinguindo-se a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, por força de lei específica, seu patrimônio se incorporará ao patrimônio do Estado de Sergipe.

Art. 34. Fica revogada a Lei nº 5.470, de 18 de novembro de 2004, que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências do Estado de Sergipe - SAMU/Estadual.

Parágrafo único. A revogação de que trata o caput deste artigo somente produzirá seus efeitos a partir da publicação, no Diário Oficial do Estado, do extrato do contrato estatal de serviços, firmado entre a Fundação Hospitalar de Saúde - FHS e a Administração Pública Estadual.

Art. 35. As despesas decorrentes da aplicação ou execução desta Lei deverão correr à conta das dotações consignadas no orçamento do Estado para o Poder Executivo.

Art. 36. O Poder Executivo ficará autorizado a promover as alterações orçamentárias necessárias à

adequação do orçamento da Secretaria de Estado da Saúde – SES, e do Fundo Estadual de Saúde – FES, para atender às disposições desta Lei.

Art. 37. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 38. Com a vigência desta Lei, ficarão revogadas as disposições em contrário.

Aracaju, 02 de janeiro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

MARCELO DÉDA CHAGAS

GOVERNADOR DO ESTADO

ANEXO ÚNICO

UNIDADES HOSPITALARES

1) Maternidade Leonor Barreto Franco

Rua Adroaldo Campos, 68

Capela – Sergipe - CEP 49700-000

2) Fundação de Beneficência São Francisco

Rua Gumercindo Bessa, s/n

Neópolis – Sergipe - CEP 49980-000

3) Hospital Regional José Franco

Praça principal do complexo Marcos Freire

Nossa Senhora do Socorro – Sergipe - CEP 49160-000

4) Hospital Regional de Propriá

Rua Elmiro Costa, s/n

Propriá – Sergipe - CEP 49900-000

5) Hospital Gov. João Alves Filho

Av. Tancredo Neves, s/n B. Capucho

Aracaju – Sergipe - CEP 49095-000

6) Hospital Regional Gov. João Alves Filho

- Rodovia Engenheiro Jorge Neto, s/n
Nossa Senhora da Glória – Sergipe - CEP 49680-000
- 7) Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno
Av. 13 de Julho, s/n
Itabaiana – Sergipe - CEP 49500-000
1
- 8) Hospital e Maternidade Dr. Carlos Firpo
Rua Antonio Mendouça, s/n
Ribeirópolis – Sergipe - CEP 49530-000
- 9) Maternidade Hildete Falcão Batista
Rua Recife, 25 Bairro Siqueira Campos
Aracaju – Sergipe - CEP 49085-310
- 10) Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
Avenida Tancredo Neves,
Aracaju – Sergipe – CEP 49.080-900

Fonte: www.al.se.gov.br - Assembléia Legislativa do Estado de Sergipe

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

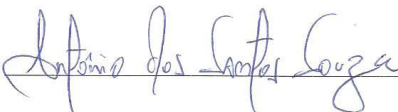

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar de entrevista por meio de questionário, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “**A Fundação Hospitalar de Saúde e suas implicações na Política de Saúde: um estudo de caso no Hospital Regional São Vicente de Paula**”, desenvolvida(o) por **IraildaMartires da Costa, Katiane Victor de Oliveira e Luciana Gois Vieira**, estudantes do curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes, Campus Propriá. Fui informado(a), ainda, de que o TCC é orientado pela professora **PricyllaKariny Maria Rodrigues Moura**. Poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário as pessoas responsáveis pela produção do TCC através dos telefones e e-mails: IraildaMartires da Costa: telefone (82) 9825-7783, email: irayldanmc@hotmail.com; Katiane Victor de Oliveira: telefone (79) 9915-2342/8804-0029, email: katiانevictor@hotmail.com; Luciana Gois Vieira: telefone (79) 9147-3495/8851-4209, email: lu_gois84@hotmail.com; PricyllaKariny Maria Rodrigues Moura: telefone (79) 9998-4368, email: pricyllasocial@hotmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da produção acadêmica. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é um trabalho necessário para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas e será incluso no TCC em forma dissertativa e em Apêndice, e a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Propriá 31 de OUTUBRO de 2014.

Assinatura do(a) participante: _____

Cargo institucional: _____

 
Antônio dos Santos Souza
 Coordenador Administrativo
 Hospital Regional de Propriá

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): Katiane Pieter de Oliveira

Assinatura do(a) pesquisador(a): Luciana Góis Vieira

Questionário

- 1) Como vê a mudança que ocorreu com a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula e como tem se adaptado ao cargo?

Entendo como positivo a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe, pois por meio da mesma, está sendo possível colher ótimos resultados junto aos serviços de saúde realizados não só pelo o Hospital Regional São Vicente de Paula de Propriá, mas também, por todos os outros hospitais que integram a Rede Hospitalar. É importante ressaltar que os frutos desse novo modelo têm proporcionado para uma expressiva diminuição do tempo de espera junto aos atendimentos e uma melhora na qualidade nos serviços em saúde, além de claramente contribuir para o desafogamento do Hospital HUSE, que é a referência para toda a rede junto aos casos de média e alta complexidade, visto que, antes da implantação dos diversos hospitais, estrategicamente implantados nas regiões do Estado de Sergipe, a maioria dos casos de baixa e média complexidade, eram todos dirigidos para o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE. Quanto a minha função desenvolvida dentro do Hospital de Propriá, creio que tenho correspondido à altura, visto que como já sou da área da saúde, e por já ter assumido cargo de gestão, isso tem sido fortes atributos para a realização dos serviços administrativos na nossa Unidade Hospitalar.

- 2) Qual a dificuldade para se conduzir uma instituição de saúde em um País com tantas carências na área de saúde?

Em se tratando de Unidades Hospitalares, vejo como grandes desafios, primeiro fazer com que os serviços de saúde referentes aos casos de ambulatorios, sejam de fato realizados nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, e para isso é preciso que os gestores usem corretamente os recursos repassados de forma correta, destinando-os para as demandas referentes aos recursos humanos e aquisição insumos inerentes para as realizações dos serviços oferecidos, e em segundo, acredito também que os processos e certames licitatórios e de inexibilidade que são realizados para aquisição dessas demandas, devam ser mais fiscalizados, para que esses possam ser concluídos de forma lícitas e sem favorecimentos, observando a qualidade e o menor preço.

- 3) De que modo o Hospital Regional São Vicente de Paulo é impactado pelo quadro de saúde no Estado de Sergipe?

Creio que o aumento expressivo dos atendimentos que realizamos diariamente em nossa unidade, estes na minha visão, oriundos da falta de uma maior assistência frente às Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, seja pela falta de profissionais em diversas especialidades, e ou pela falta de insumos e medicamentos.

- 4) Sabe-se que o trabalho em equipe é de extrema relevância para atingir metas. Dentro do Hospital Regional São Vicente de Paula relacionado à equipe multiprofissional existe interdisciplinaridade para uma melhor qualidade na saúde do usuário?
Evidentemente que sim. Temos um quadro de profissionais inteiramente capacitados e prontos para dar encaminhamentos a diversos tipos de serviços em saúde, frente a todos os procedimentos exigidos para melhor acomodar os nossos pacientes.

- 5) Qual a rotina da relação profissionais da saúde/hospital/paciente?

A relação frente a esse quadro apresentado deve ser a mais estreita possível. Entendemos que para que tenhamos excelência em saúde, faz-se necessário encurtar as relações e as distâncias junto aos envolvidos. O nosso setor de acolhimento é orientado para atender de forma ordeira e imparcial, com eficiência e buscando as informações necessárias para o cadastro dos pacientes. Assim que realizada a ficha cadastral, as mesmas são direcionadas para a sala de classificação de risco, onde um profissional capacitado de enfermagem os classificam e os direcionam para o atendimento mais adequado. Além disso, todos os nossos profissionais, a todo instante, buscam absorver todas as informações referente a cada paciente, como forma de dar sequência ao tratamento mais específico.

- 6) Atualmente quais as prioridades institucionais?

Poder regularizar as demandas de infra-estrutura, criar setores de apoio institucionais e de serviços em saúde, como a implantação do banco de leite; banco de sangue e cartório de registro; aumentar a capacidade de produção em alguns segmentos; adquirir equipamentos facilitadores para se chegar mais rápido e com eficiência a um diagnóstico; manter a excelência dos nossos serviços por meio de ótima relação frente aos nossos colaboradores frente aos pacientes.

- 7) Quais são as principais deficiências, atualmente, do Hospital Regional São Vicente de Paula?

Durante todo ano de 2013, o Hospital de Propriá atendia uma média mês de 4.100 atendimentos, atualmente, desde janeiro de 2014, esse número elevou para média mês de 6.810 atendimentos. Com isso, surge a necessidade de se fazer algumas ampliações para melhor atender essa demanda. A falta d'água frequente na região nos exige uma capacidade maior de abastecimento; a necessidade de ampliar nosso quadro profissional de médicos, enfermeiros e técnicos; a aquisição de equipamentos necessários para alguns tipos de procedimentos, agora absorvidos por nossa Unidade; a necessidade de ampliarmos o quadro de terceirizados; necessidade de aquisição de mais ambulâncias e ampliação e reforma na infra-estrutura da Unidade.

- 8) Quantos pacientes são atendidos por dia? Quantos são os municípios atendidos pelo o hospital?

Atualmente o hospital de Propriá realiza média mês de 6.810 atendimentos. Somos referência para 16 cidades do Baixo São Francisco: Gararú, Nossa Senhora de Lourdes, Amparo do São Francisco, Canhoba, Telha, Cedro de São João, São Francisco, Japoatã, Aquidabã, Malhada dos Bois, Ilha das Flores, Brejo Grande, Neópolis, Santana do São Francisco, Muribeca e Propriá, além de cidades do Estado de Alagoas, como Porto Real do Colégio, São Brás, Penedo e Igreja Nova, visto a proximidade com esses municípios, realizando atendimentos de baixa e média complexidade.

- 9) Qual a importância do Serviço Social no apoio ao atendimento integrado do paciente? Vejo o Serviço Social como um dos mais importantes setores da nossa Instituição, pois, o mesmo vem a ser os olhos dos pacientes e seus afins junto à realização das demandas para o seu bem estar. É o Serviço Social que garante o estreitamento das relações entre paciente/serviços/hospital, atuando como mediador e fiscalizador do cumprimento dos direitos.

- 10) O Hospital Regional São Vicente de Paula é referência no Baixo São Francisco e no Estado de Alagoas, na área de saúde. Quais os principais diferenciais da instituição? Primeiramente a própria estrutura física da nossa Unidade por se só já se destaca, não apenas pelo tamanho da estrutura, mais por uma vasta opções de serviços em saúde, como realização de Raio X, Exames Laboratoriais, Exames de Eletro Cardiograma, e outros, os quais são facilitadores na precisão nos diagnósticos. Além disso, nossa Unidade realiza um trabalho de regulação, onde profissionais capacitados interagem

com outras Instituições da Rede, junto à remoção de pacientes que por ventura necessitem de cuidados mais intensivos. Um outro grande fator favorável foi a implantação dos serviços de ortopedia, resolvendo mais de 90% dos casos decorrentes de acidentes automobilísticos e outros relacionados a fraturas de osso. Posso destacar também a competência de termos uma escala de profissionais, quase que 100% preenchida na sua totalidade por vários profissionais, na grande maioria dos dias semana. Por fim, posso abrir parênteses para o fator atendimento e acolhimento dos nossos pacientes, onde orientamos a todos os nossos colaboradores sobre a importância de atendermos bem a todos que procuram a nossa Unidade Hospitalar.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar de entrevista por meio de questionário, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “**A Fundação Hospitalar de Saúde e suas implicações na Política de Saúde: um estudo de caso no Hospital Regional São Vicente de Paula**”, desenvolvida(o) por **Irailda Martires da Costa, Katiane Victor de Oliveira e Luciana Gois Vieira**, estudantes do curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes, Campus Propriá. Fui informado(a), ainda, de que o TCC é orientado pela professora **Pricylla Kariny Maria Rodrigues Moura**. Poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário as pessoas responsáveis pela produção do TCC através dos telefones e e-mails: Irailda Martires da Costa: telefone (82) 9825-7783, email: irayldanmc@hotmail.com; Katiane Victor de Oliveira: telefone (79) 9915-2342/8804-0029, email: katianevictor@hotmail.com; Luciana Gois Vieira: telefone (79) 9147-3495/8851-4209, email: lu_gois84@hotmail.com; Pricylla Kariny Maria Rodrigues Moura: telefone (79) 9998-4368, email: pricyllasocial@hotmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da produção acadêmica. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é um trabalho necessário para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas e será incluso no TCC em forma dissertativa e em Apêndice, e a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Propriá 03 de Novembro de 2014.

Assinatura do(a) participante: Renata Cristina B. da Silva

Cargo institucional: Coordenadora Assistencial

Renata Cristina Barboza da Silva
Coordenadora Assistencial
Hospital Regional de Propriá
CRESS/ISE 2073

Assinatura do(a) pesquisador(a): Hailda Martins da Costa

Assinatura do(a) pesquisador(a): Katiane Victor de Oliveira

Assinatura do(a) pesquisador(a): Luciana Góis Vieira

Questionário

- 1) Como vê a mudança que ocorreu com a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde na gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula e como tem se adaptado ao cargo?

Vejo como positiva, pois a implantação da FHS
partiu do município que nos permitiu tratar a saúde
de igual maneira as outras necessidades dos cidadãos,
e assim um novo modelo de gerenciamento e
novas ferramentas foram criadas para a mel da
vida, nos participei desta mudança, assumi o
cargo já o HRP sendo parte da FHS.

- 2) Qual a dificuldade para se conduzir uma instituição de saúde em um País com tantas carências na área de saúde?

A política de saúde é bastante complexa e exige
uma atenção especial, pois em se tratando de
salvar vidas agilidade é essencial e muitas
vezes nos esbarraamos em processos burocráticos que
atrasam a resolutividade dos casos.

- 3) De que modo o Hospital Regional São Vicente de Paula é impactado pelo quadro de saúde no Estado de Sergipe?

Positivamente com a ampliação dos serviços
que são prestados a 16 municípios regionais e

negativamente quando esses mesmos municí-
pios não cumprem os acordos de colaboração/par-
ticípios e transferem toda responsabilidade para
o hospital, causando transtornos como a falta
de transporte.

- 4) Sabe-se que o trabalho em equipe é de extrema relevância para atingir metas. Dentro do Hospital Regional São Vicente de Paula relacionado à equipe multiprofissional existe interdisciplinaridade para uma melhor qualidade na saúde do usuário?

Temos uma variedade de categorias profissionais
atuando no HRP, que se complementam e tem um
único objetivo que é melhor atender e restabelecer
a saúde dos pacientes, dessa forma existe a inter-
disciplinaridade nos na maioria das vezes o
maestro dessa equipe são os médicos.

- 5) Qual a rotina da relação profissionais da saúde/hospital/paciente?

Recepção → classificação de risco / triagem → atendi-
mento médico → assistência de enfermagem →
alta hospitalar, ~~ou~~ internamento ou transfe-
rência, realização de exames.

- 6) Atualmente quais as prioridades institucionais?

Contratação de profissionais, visto que a demanda
tem crescido e as equipes estão deslocadas,
ampliação de leitos, aquisição de materiais e
equipamentos para uma melhor assistência.

- 7) Quais são as principais deficiências, atualmente, do Hospital Regional São Vicente de Paula?

Deficit de funcionários de todas as categorias
com exceção do serviço social e fisioterapia.
Precisa-se de reparos prediais e de manuten-
ção de equipamentos e materiais

- 8) Quantos pacientes são atendidos por dia? Qual o custo mensal do hospital?

- 9) Qual a importância do Serviço Social no apoio ao atendimento integrado do paciente?

A atuação do orientador social no HRP é de extrema
importância para garantia dos direitos dos pacientes,
seus familiares / acompanhantes, não só no que
diz respeito a saúde mas observando o paciente
como um todo, multiplicando as informações
e o caso os demais aspectos sociais através de
orientações e encaminhamentos.

- 10) O Hospital Regional São Vicente de Paula é referência no Baixo São Francisco e no Estado de Alagoas, na área de saúde. Quais os principais diferenciais da instituição?

O HRP é a maior regional do Estado, atendendo
milhares de pessoas, tem como diferencial a

variedade de profissionais, porta aberta para a
topédia, realização de cirurgias eletivas, aten-
dimento a gestante + RN na tentativa do parto
humanizado como prioriza o rede capuha.

QUESTIONÁRIO SOBRE OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO HOSPITAL REGIONAL
SÃO VICENTE DE PAULA

Idade _____ Sexo _____ Procedência _____

- 1) Antes de buscar atendimento no Hospital Regional São Vicente de Paula - Propriá, você utiliza primeiramente os Serviços das Unidades Básicas de Saúde do seu município?

SIM

NÃO

- 2) Utiliza os Serviços do Hospital Regional São Vicente de Paula – Propriá com frequência?

SIM

NÃO

- 3) Sabe diferenciar o que é a responsabilidade do Hospital de uma Unidade Básica de Saúde?

SIM

NÃO

- 4) O atendimento do Hospital Regional São Vicente de Paula – Propriá é satisfatório?

SIM

NÃO

- 5) Em algum momento, não houve atendimento por falta de profissional para prestar a devida assistência?

SIM

NÃO

- 6) Alguma vez o atendimento foi prejudicado por falta de medicamento?

SIM

NÃO

- 7) Houve alguma dificuldade relacionada ao transporte, quando foi recebido à alta?

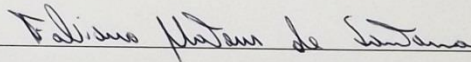
SIM

NÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que fiz a correção ortográfica e gramatical de TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO das alunas Iralda Martires da Costa, Katiane Victor de Oliveira e Luciana Gois Vieira acadêmicas do Curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes.

Propriá, 10 de Dezembro de 2014.



NOME

(Graduado em Letras- Português)

ESTADO DO CEARÁ
Universidade Estadual Vale do Acaraú

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 821, de 31.05.94 DOU 01.06.94



O Reitor da UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Licenciatura em Português, confere o título de Licenciado(a) a

Fabiano Mateus de Santana

e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Sobral-CE, 8 de Fevereiro de 2010.

Carlyene Correia
Diretor do Centro

Marina Paluina S. Magueta
Reitor

Fabiano Mateus de Santana
Diplomado (a)

Prof.ª Marylene Moreira
Diretor(a) do Centro de Letras e Artes - CLA

Prof.ª Dra. Maria Palmira Soares de Mesquita
Vice-Reitora

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAU-UVA
DEPARTAMENTO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO-DEG**

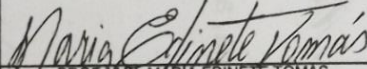
Nome do Diplomado: FABIANO MATEUS DE SANTANA
Nome pai: JOCIE VITOR DE SANTANA
Nome mãe: LUCINEIDE MATEUS DE SANTANA
Nacionalidade/Estado BRASILEIRO(A)/SERGIPE
Nascimento: 16/07/1987 **Identidade:** 22040358 **Org. Expedidor:** SSP-SE
Conclusão do Curso: 2009.1 **Data da Colação:** 25/09/2009
Número Registro: 429 **Livro:** 1 **Folha:** 216
Número do Processo: 429/10 **Data:** 08/02/2010

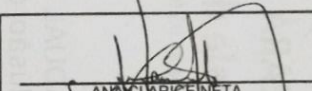
**Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Curso de Licenciatura em Português**

Reconhecido pelo(a) Parecer nº 0398/2006

D.O.E.: 19/09/2006

Sobral, 8 de Fevereiro de 2010


PROF.ª MS. MARIA EDINETE TOMÁS
PRO-REITORA ADJUNTA DE ENSINO DE
GRADUAÇÃO


ANACLETO BICEINETA
DIRETORA DA DIVISÃO DE ADMISSÃO,
MATRÍCULA E REGISTRO DE DIPLOMA

166835

ANJ
