

# 07. Assistência Hospitalar

Milton Roberto Laprega

Juan Stuardo Yazlle Rocha

## **Resumo**

Embora a assistência hospitalar beneficie aproximadamente apenas dez por cento da população, sua importância pode ser avaliada sabendo que ela “consome” aproximadamente metade dos recursos destinados à assistência à saúde. Isto ocorre porque as pessoas que procuram a assistência hospitalar são portadoras de problemas de difícil diagnóstico, tratamento ou requerem cuidados especiais de assistência. É por isso também que os hospitais concentram os recursos humanos, instrumentais e equipamentos mais diferenciados, o que lhes permite atender essa demanda diferenciada.

## **Introdução**

O Hospital é considerado, pela maioria dos estudiosos, como um dos equipamentos sociais mais complexos. Em primeiro lugar porque é visto como o local privilegiado para restaurar a saúde dos indivíduos. Essa questão em si já traz algumas dificuldades. Como restaurar a saúde se o estado de saúde é o resultado final de um processo multidimensional? Qual grau de intervenção é possível e quais são suas limitações? Qual o papel do hospital? Essas questões são bastante importantes e foram encaradas de formas diferentes ao longo da história. Mudou a compreensão sobre saúde, doença e assistência, mudou o papel dos hospitais.

As principais mudanças, entretanto, ocorreram a partir da segunda metade do século XX. As transições demográfica e epidemiológica mudaram o perfil das necessidades de saúde e da demanda hospitalar. Foi um período de rápida acumulação de capital no setor saúde em nível internacional com desenvolvimento dos conhecimentos científicos e tecnológicos, acompanhados de especialização e fragmentação do atendimento médico. Em associação a essas variáveis, aumentaram os custos da assistência médica.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>1</sup> mudou também o comportamento dos usuários que se transformaram de pacientes que solicitavam misericórdia, para clientes, cidadãos com plenos direitos à saúde. As necessidades percebidas pela população sofrem influência da falta de clareza em relação ao papel do hospital e demais unidades de saúde, além da indução de necessidades pelas indústrias de medicamentos, equipamentos e insumos. Com isso a exigência de serviços de boa qualidade aumentou muito nos últimos anos obrigando os hospitais a um esforço acentuado em busca da qualidade tendo que oferecer serviços mais sofisticados, tratamentos de ponta, hotelaria de primeira, etc., etc.

Outro aspecto relevante é a relação entre médicos e gerentes dos hospitais e gestores do sistema de saúde. Os médicos entraram nos hospitais a partir do final do século XVIII e durante o século XIX. Passaram a usuários da estrutura dos hospitais e, muito frequentemente, em contradição com as direções dessas entidades. Como diz o relatório da OPAS, quando prescreve, o médico assina um cheque e o gestor intervém na qualidade de atendimento quando autoriza ou não seu pagamento. Estabelece-se assim uma contradição entre dirigentes dos serviços e sistemas de saúde e aqueles que executam os atendimentos, gerando conflitos bastante frequentes.

Em resumo, mudou o perfil epidemiológico da população, mudaram a demanda e as exigências. A população procura serviços de saúde em geral subfinanciados, com problemas gerenciais e distribuídos de maneira desigual no território nacional, regulados por uma política de saúde em transição e em fase de implantação, marcada por interesses contraditórios entre usuários, profissionais, empresários e políticos.

### **Serviços do hospital**

O recurso símbolo do hospital é representado pelos leitos das enfermarias – Clínica Médica, Cirurgia (incluindo Cabeça e Pescoço) Ginecologia, Moléstias Infecciosas, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, Berçários, etc. onde os pacientes internados permanecem em observação durante os processos de diagnóstico, tratamento e recuperação. O custo elevado da assistência hospitalar está concentrado nestes pacientes que dispõem além do alojamento e a alimentação adequada aos seus problemas de saúde, os outros recursos representados pelos serviços de apoio diagnóstico e de tratamento:

- Laboratórios de exames: sangue, urina, fezes, etc.
- Laboratórios de imagens: raios-X, ultra-som, tomografias computadorizadas, ressonância magnética.
- Banco de Sangue e Hemoterapia
- Medicina Nuclear
- Centro Cirúrgico
- Centro Obstétrico (salas de parto)
- Centro de Recuperação (pós-cirurgias)
- Unidades de Terapia Intensiva: Geral, Renal, Cardiologia, Neonatal.
- Unidades de Transplantes: Renal, Medula Óssea
- Unidades de Queimados
- Unidades Metabólicas
- Unidade Semi Intensiva

Estes serviços de atividades finais só podem funcionar com a existência de serviços de apoio como: Administração, Lavanderia, Farmácia, Nutrição, Arquivo Médico, Centro de Processamento de Dados. Ambos, por sua vez, recebem apoio dos centros de infraestrutura: Engenharia, Higiene e Limpeza, Transportes, Marcenaria, etc.

### **Quando surgiram os primeiros hospitais?**

As raízes mais remotas das instituições hospitalares encontram-se no Egito e na Índia. Na Índia, os documentos mais antigos disponíveis datam de 1500 A.C e estão impregnados da visão religiosa de cura. Mais tarde, por volta do século VI antes de Cristo, por influência do budismo foram construídos hospitais, tendo Sidarta Gautama, o Buda, recomendado a existência de um médico para cada dez cidades<sup>2</sup>.

Para Souza Campos<sup>2</sup>, na Grécia, no período anterior a Hipócrates, floresceram os templos dedicados a Esculápio. Embora tivessem uma configuração bastante diferente dos nossos hospitais, alguns autores colocam nesses templos as raízes de sua criação. Os templos eram construídos em locais saudáveis, ao lado de florestas e de fontes de águas cristalinas e o tratamento era feito por sacerdotes que orientavam os enfermos, oravam e prescreviam tratamentos com banhos e ervas, acompanhados do sacrifício de animais.

Esse modelo espalhou-se pela Grécia, alcançou o Egito influenciando a construção dos templos de Serapis e Isis<sup>2</sup>, e no terceiro século antes de Cristo chegou a Roma<sup>3</sup> onde os Valetudinari foram os primeiros hospitais militares, dedicados a soldados, atletas, gladiadores e escravos<sup>2</sup>.

Durante a Idade Média<sup>4</sup> predominou a visão religiosa no desenvolvimento dos hospitais. Nessa época, na Europa, a hospitalidade era tida como uma obrigação, um dever e um privilégio. Os primeiros hospitais cristãos não eram como os hospitais que conhecemos hoje, mas sim estabelecimentos para acolher e nutrir peregrinos e viajantes, muitos dos quais enfraquecidos ou doentes<sup>3</sup>. A caridade era um dos princípios que estimulava a criação de hospitais e durante o final da Antiguidade e a Idade Média a igreja esteve diretamente envolvida em sua criação, o que pode ser demonstrado pela resolução do Concílio de Nicéia no ano de 325 D.C. que determinou aos bispos a criação de um hospital em cidades que tivessem catedrais.

Durante toda a Idade Média cresceu o número de hospitais, que tiveram diferentes tamanhos e duração; alguns eram especializados, porém a maioria servia para abrigar os necessitados, não somente doentes, mas também velhos e miseráveis. Com o tempo, um grande número de hospitais começou a praticar a caridade com maior discernimento, reservando seus leitos principalmente para pessoas doentes.

À medida que foi se implantando o modo de produção capitalista, com o desenvolvimento das cidades foi havendo um deslocamento da direção e controle para fontes seculares, para as municipalidades e estados absolutistas. Rosen<sup>4</sup> relata que começou a ser comum o aparecimento de desvios de dinheiro, abuso de poder por parte de autoridades eclesiásticas locais e isso foi usado como justificativa para tirar-lhes o poder. Os monges e freiras continuaram a agir como enfermeiros, mas sem ter mais a direção dos estabelecimentos.

Segundo Rosen<sup>4</sup>, foi “a grande explosão científica nos séculos XVI e XVII que estabeleceu a base para que a ciência fosse aplicada à medicina”. Nos séculos XVIII e XIX é que acontece a virada no papel do hospital, surgindo o hospital moderno, com o desenvolvimento da medicina. Para Foucault<sup>5</sup> o hospital se transforma num instrumento terapêutico no final do século XVIII.

Nos séculos XVII e XVIII a sociedade sofre profundas transformações políticas, no processo produtivo e nos aspectos sociais e culturais também. As ciências se desenvolvem, entre elas a biologia e os recursos para assistir as pessoas aumentam rapidamente. A doença passa a ser encarada como fato natural legitimando, portanto, a procura da cura que agora não é interpretada como contrariar a vontade de Deus. Assim nasceram as disciplinas e a medicina científica. Gradualmente os hospitais deixam de ser os locais de *ajuda a bem morrer* para se transformar em instituições onde se procura tratamento, alívio e/ou recuperação da saúde.

O trabalho na saúde também se transforma com a divisão do trabalho, novos procedimentos e recursos em instrumentais e equipamentos. Agora o profissional da saúde não pode carregar (e nem é proprietário) os meios de produção da saúde. O trabalho torna-se parcelado e alguém deve assumir a tarefa de coordenar e organizar a assistência; esse alguém será representado pelas instituições que possuem as instalações e equipamentos necessários para a assistência. Concentrar os recursos, organizar a prestação da assistência (dirigir o processo de trabalho) reunindo os profissionais, equipamentos e instalações adequados é a tarefa desempenhada pelo moderno hospital. Ele representa a “fábrica” da saúde, exercendo os mesmos papéis da fábrica que organiza a produção dos bens materiais. Mais ainda, hoje o hospital procura *assegurar serviços de assistência médica integral e dirigidos a toda a comunidade a que serve*<sup>6</sup>.

### **Assistência Hospitalar no Brasil – Das origens ao século XX**

Segundo Santos Filho<sup>7</sup>, as longas navegações acabaram por impor a necessidade de criar enfermarias nos portos para atender os viajantes que muito frequentemente chegavam doentes no Brasil. Foi dessa forma que começam a surgir, com estímulo da corte portuguesa, as enfermarias e bodegas junto aos colégios jesuítas, em que os próprios religiosos faziam as vezes de médicos, enfermeiros e boticários. Essas unidades permaneceram até meados do século XVIII, quando da expulsão da Companhia de Jesus do país.

Esse recurso, entretanto, não era suficiente. Seguindo o exemplo da Corte, começaram a ser criadas no Brasil sociedades civis, as Irmandades de Misericórdia que tinham uma ampla função baseada em postulados religiosos. Com o passar do tempo foi aumentando

a assistência hospitalar e foi se consolidando o nome de Santa Casa ou Hospital de Misericórdia, onde basicamente os pobres eram atendidos<sup>8</sup>.

No século XVIII surgiram também os primeiros hospitais militares e também hospitais de isolamento para hansenianos. É possível encontrar também relatos de enfermarias de outras ordens religiosas em conventos, mas com pequena expressão. Também alguns grandes fazendeiros custearam enfermarias em suas propriedades com a finalidade de tratar escravos e moradores, mas esta foi uma experiência bastante restrita, ocorrendo nos séculos XVIII e começo do século XIX<sup>9</sup>.

Durante todo o século XIX não houve uma grande modificação na assistência hospitalar no Brasil. É importante, no entanto, registrar a fundação das primeiras escolas médicas no país, que ocorreram após a vinda da família real, em 1808. Santos Filho<sup>10</sup> afirma que os primeiros cursos instalados foram de cirurgia, nos Hospitais Militares da Bahia e do Rio de Janeiro, depois transformados em Escolas de Medicina. Foi nesse século, entretanto, com as descobertas científicas do período, que ocorreram grandes transformações na qualidade do atendimento médico. Foram marcantes a introdução de novos métodos de enfermagem por Florence Nightingale após a Guerra da Criméia (1853-1856), a descoberta da assepsia, anestesia e dos Raios X.

Os hospitais para doentes mentais começaram a surgir também no século XIX nas maiores cidades do país, da mesma forma que outras associações beneficentes como a Sociedade Francesa de Beneficência e a Beneficência Portuguesa no Rio de Janeiro, a Sociedade Italiana de Beneficência em São Paulo. Também no século XIX instalaram-se pequenos hospitais chamados Casas de Saúde, de propriedade de médicos e por eles administrados.

### **Do século XX aos dias atuais**

No início do século XX a base da economia brasileira ainda era agrária, com predomínio da produção e exportação do café, do qual o Brasil era o maior produtor mundial. O país, entretanto, se urbanizava e industrializava. Cresciam nas cidades uma nova burguesia industrial vinculada ao capital financeiro, bem como as camadas médias e a classe operária influenciada pelos acontecimentos do outro lado do mundo. No

campo político a conjuntura do período é marcada pelo conflito entre essas classes sociais que acabou levando à Revolução de 30<sup>11</sup>.

No campo da saúde, até o início da década de 20 a política era voltada para o saneamento do meio ambiente e combate às endemias, particularmente nas cidades relacionadas à economia agroexportadora do café. Além disso, a assistência à saúde passa a ser encarada como uma estratégia de atração e retenção de mão de obra, com necessidade crescente, mas escassa na época<sup>12</sup>. É, portanto, subordinada ao imperativo da acumulação de capital. Como forma, a assistência à saúde continuava a ser feita nos moldes predominantes do século XIX e a assistência hospitalar era prestada de forma majoritária nas Santas Casas de Misericórdia e de maneira pontual em outras entidades filantrópicas ou Casas de Saúde privadas.

Em 1923, a reforma Carlos Chagas busca ampliar a cobertura do atendimento à saúde. É desse ano a promulgação da Lei Elói Chaves que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), mudando as regras da previdência no Brasil. A criação das CAPs é considerada um marco na história da previdência em nosso país e teve papel importante na expansão da cobertura de assistência médica. Como, entretanto, as CAPs eram constituídas por empresas, somente as de maior porte conseguiram se estruturar, permanecendo excluída a maioria da população, que continuava a utilizar os recursos limitados dos serviços públicos, os profissionais liberais e a medicina tradicional.

Com a revolução de 30 muda a correlação de forças no país. Segundo Braga<sup>12</sup> é a partir desse momento que se instaura um processo de industrialização ainda limitado pela insuficiência técnica e financeira e se criam condições para o surgimento de políticas sociais de corte nacional. Insere-se nesse contexto a política de saúde que se estrutura em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. Para o autor, o primeiro setor mantém-se predominante até meados dos anos 60 enquanto o previdenciário, que vinha se estruturando desde a década de 20, amplia-se no período, mas só vai ganhar impulso a partir do final da década de 50 e passa a ter papel decisivo a partir do golpe militar de 1964.

A transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (1934) foi uma evolução importante porque superou o limite estreito da oferta de serviços por apenas

algumas empresas e passou a ofertá-los por categorias. Esse movimento ampliou bastante a cobertura, mas atingiu apenas as categorias mais organizadas no país, exatamente aquelas mais importantes dentro do processo de acumulação capitalista. Muitos trabalhadores urbanos continuaram excluídos e praticamente todos os trabalhadores rurais.

O período de 1945 até o começo dos anos sessenta é conhecido como a fase do desenvolvimentismo no país, particularmente no governo Juscelino que se encerrou em 1961. Para Skidmore<sup>13</sup>, no final da década de 40 e durante os anos 50, o Brasil viveu uma explosão demográfica acompanhada de grandes desigualdades regionais. O período caracterizou-se por acentuada urbanização, que passou dos 30% em 1940 para próximo de 40% em 1950. Os trabalhadores chegavam às cidades e viviam de modo precário, frequentemente em favelas, com serviços insuficientes, como no caso da educação e saúde. Metade da população brasileira ainda vivia no campo, grande parte ainda sobrevivendo da agricultura de subsistência ou como meeiros, a maioria vivendo isolados e praticamente sem nenhuma assistência à saúde<sup>13</sup> que não fosse a da medicina tradicional. Nas cidades, **a assistência médica era oferecida pelas Santas Casas, mas há um acentuado processo de compra e construção de hospitais, ambulatórios e equipamentos por parte dos Institutos de Aposentadoria e Pensão**, que aumenta a oferta de serviços em relação ao período anterior, fenômeno que irá se acentuar após o golpe de 1964.

Já no período de 56 a 66, o financiamento do setor se baseia na previdência, a prestação de serviços é cada vez mais feita por instituições privadas, centrada em hospitais, onde a mão de obra é crescentemente especializada e há um grau acentuado de utilização de equipamentos e medicamentos especializados. Nesse período há um crescimento da importância da indústria de equipamentos e insumos, ao mesmo tempo em que aumenta a dependência externa<sup>13</sup>.

Segundo Braga<sup>12</sup> a evolução da assistência médica e do sistema previdenciário no Brasil pode ser compreendida pelas especificidades do desenvolvimento econômico brasileiro e internacional, pelo crescimento da massa de trabalhadores assalariados e seu nível de organização, pelo progresso tecnológico pós-guerra e com as necessidades de acumulação de capital na área da saúde e finalmente com o crescimento do sistema

previdenciário no país que é uma resposta a essas questões anteriores e que se coloca em condições de financiar o desenvolvimento da assistência à saúde no país.

Segundo o autor, na década de 60 desencadeia-se uma crise aguda no sistema de saúde. Aumenta a demanda em decorrência da urbanização acelerada, aumentam os custos da assistência à saúde em nível mundial em consequência dos avanços científicos e tecnológicos e com a centralização do atendimento em nível hospitalar sob comando da iniciativa privada que se expande rapidamente e sem controle por parte do Estado.

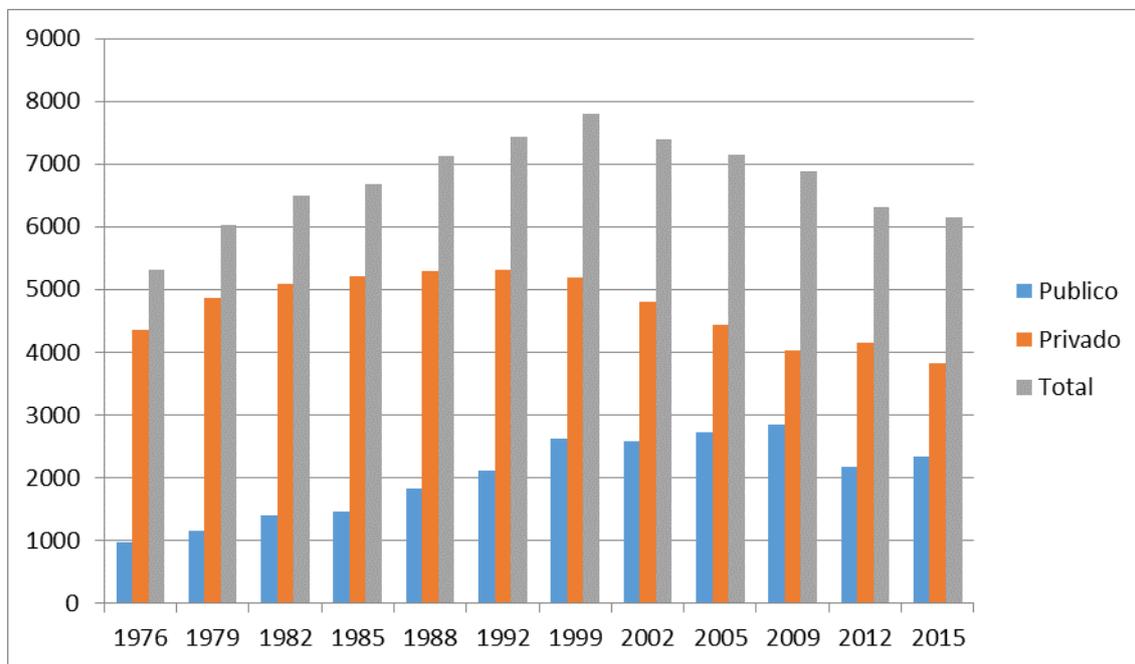
Em 1966 foram extintos os IAPs e foi criado o INPS em resposta à crise no setor saúde e foi implantada uma política de privatização da assistência através do financiamento da iniciativa privada. Com a centralização do poder e a exclusão dos trabalhadores da gestão do sistema, parte do dinheiro da previdência passou a ser utilizado para a execução de grandes obras de infraestrutura. A construção da Transamazônica é um exemplo frequentemente citado na literatura<sup>14</sup>.

Até meados dos anos 80 houve grande crescimento da demanda e ampliação acentuada da cobertura. Nesse período ocorreu importante especialização e incorporação de tecnologias médica, além do esvaziamento do papel filantrópico das Santas Casas<sup>14</sup>.

Esse modelo acaba levando o sistema de saúde a uma crise que desemboca no movimento sanitário e nas medidas racionalizadoras adotadas pelo regime militar com implantação das Ações Integradas de Saúde, iniciadas ainda no Governo Figueiredo, o SUDS (1987/1989) e finalmente o SUS (estabelecido pela Constituição de 1988, mas implantado a partir de 1990 com as Leis Orgânicas da Saúde), este últimos já com o regime democrático.

O Gráfico 7.1 mostra a evolução do número de estabelecimentos com internações no Brasil, no período de 1962 a 2015. Pode-se observar um rápido aumento do número total de leitos até meados dos anos 70, à custa principalmente dos estabelecimentos privados. Estes estabelecimentos continuam a aumentar em número, mas em ritmo menor até meados dos anos 80, a partir de quando se mantém em número relativamente estável até o final da década de 90. Desde então vem sofrendo uma forte retração. Já os estabelecimentos públicos aumentaram de maneira gradual em todo o período. Entre

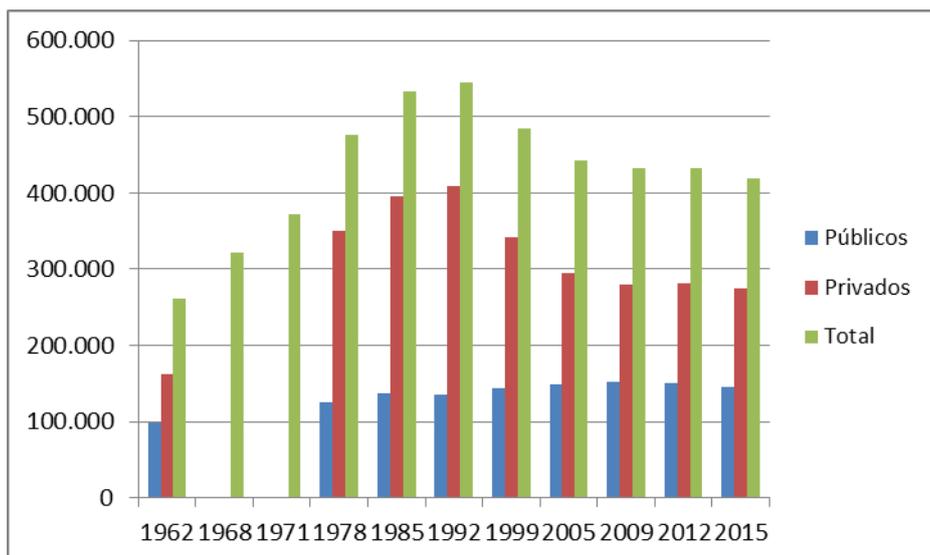
2005 e 2006 há uma queda brusca do número de estabelecimentos públicos, provavelmente relacionada a critérios diferentes utilizados pelas fontes dos dados. Essa ocorrência, no entanto, não altera a tendência delineada para o período.



Fonte: 1962 a 2005: IBGE; 2006 a 2014: DATASUS.

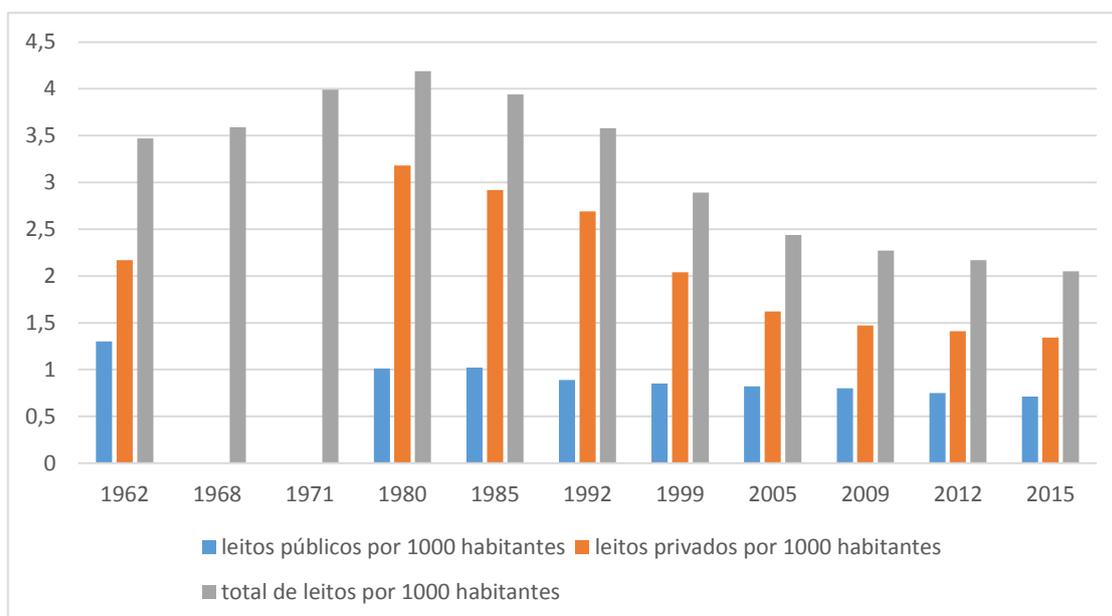
**Gráfico 7.1 - Estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa. Brasil, 1962 a 2015.**

Esse fenômeno pode ser também avaliado pela evolução do número de leitos (Gráfico 7.2). Pelos dados obtidos, entre 1992 e 1999 começa a haver a redução do número de leitos nos estabelecimentos privados, o que não ocorre nos públicos.



**Gráfico 7.2 - Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa. Brasil - 1962/2015.**

Quando se olha, entretanto, o número de leitos por 1000 habitantes (Gráfico 7.3), pode-se observar que a queda de leitos disponíveis começa a acontecer já na década de 80, inclusive para o setor público. Entre 1980 e 2009, o número de leitos totais caiu de 4,19/1000 habitantes para 2,27, variando de 3,18 para 1,47 entre os privados e de 1,01 para 0,8/1000 habitantes entre os públicos. Essa tendência permanece até o ano de 2015.



**Gráfico 7.3 - Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por mil habitantes e por esfera administrativa. Brasil - 1962/2015.**

Como explicar esse fenômeno? O sub-financiamento tem induzido a migração de leitos privados para os convênios de saúde e no setor público, apesar do aumento do número de estabelecimentos e no número de leitos, esse crescimento não tem acompanhado o aumento populacional.

Quando se analisa o número de leitos por 100 habitantes segundo macrorregiões do país pode-se constatar uma grande diferença em 1962, com predomínio nas regiões mais desenvolvidas, como o Sudeste e o Sul. A série estudada mostra que as regiões atingem seu número máximo em momentos diferentes, começando a cair mais precocemente no Sudeste e Norte, seguidos do Sul e Centro-Oeste, aparecendo por último a região Nordeste. Outro dado bastante interessante é a diminuição acentuada das diferenças regionais, coincidindo com o final da década de 80 e começo dos anos 90, período de transição para o Sistema Único de Saúde.

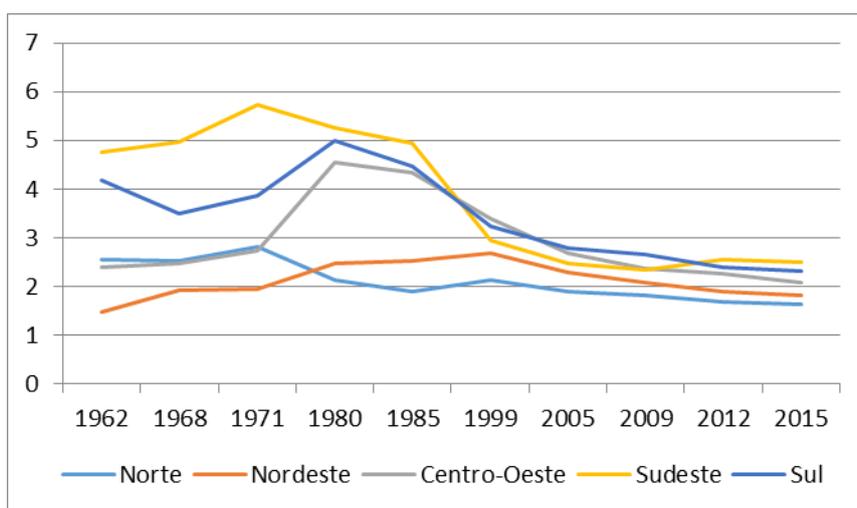


Gráfico 7.4 - Leitos por 1.000 habitantes segundo macrorregiões. Brasil, 1962 a 2015.

Para visualizar o desenvolvimento da assistência à saúde no período é interessante acompanhar o número de internações. Em 1970 o INPS registrou 2,8 milhões de internações. Em 1982 foram internadas 13,1 milhões de pessoas. A partir da metade dos anos 80 houve uma queda gradual, apesar do aumento da população. No final da década ocorreram 11,8 milhões de internações<sup>21</sup>. O Gráfico 7.5 apresenta as internações por

100 habitantes do Brasil e das macrorregiões, em anos selecionados do período de 1985 a 2015.

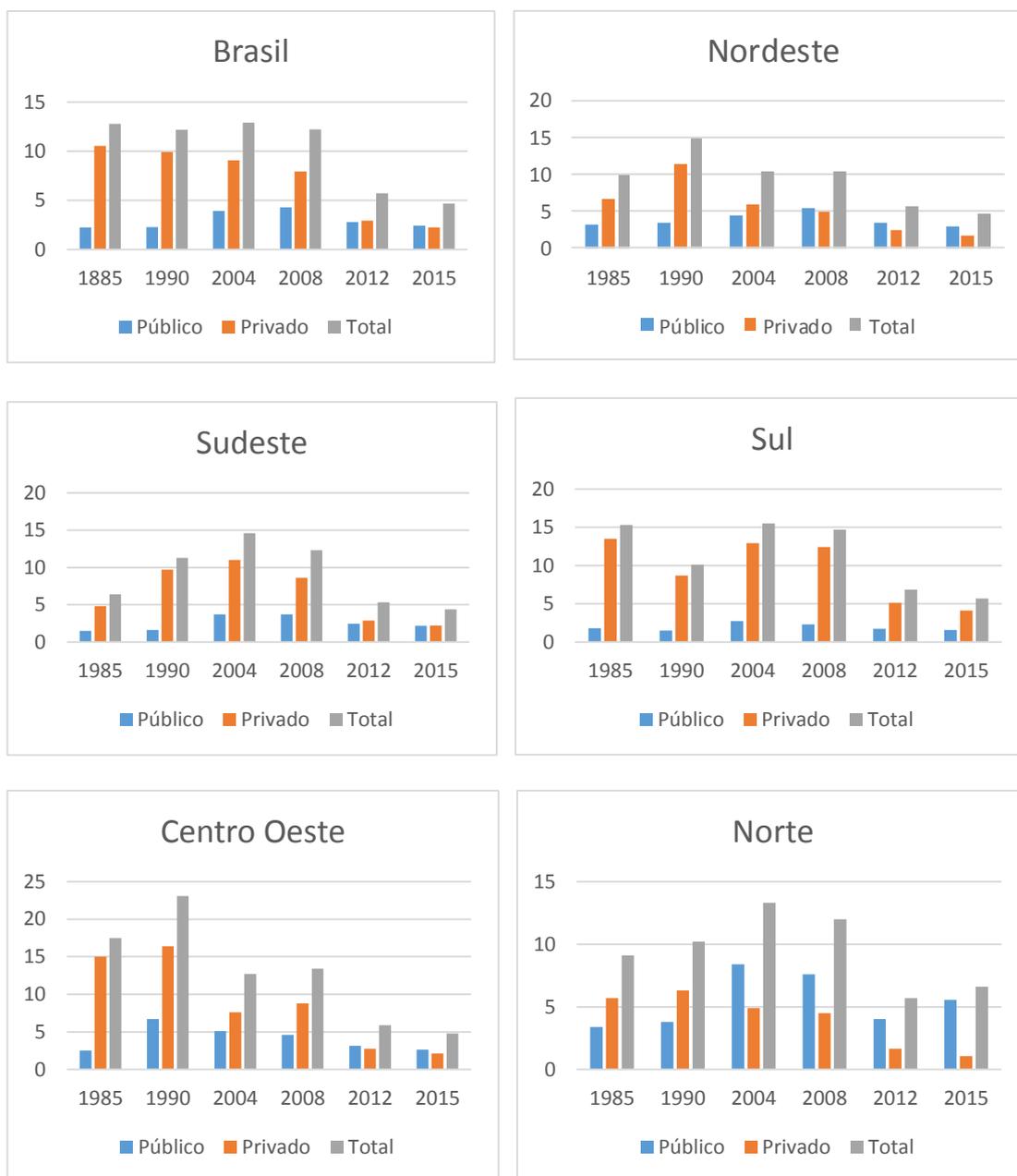


Gráfico 7.5 - Internações por 100 habitantes segundo esfera administrativa por regiões e para o país. Brasil, período de 1985 a 2015.

## **A situação atual do atendimento hospitalar no Brasil e a análise e as propostas do Ministério da Saúde**

No ano de 2004 o Ministério da Saúde publicou um documento de grande importância intitulado “Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira” que deve ser conhecido por todos os interessados no assunto. Nesse trabalho o Ministério faz um balanço rápido, porém bem elaborado, da situação dos hospitais no Brasil e lança as bases para a política brasileira de atenção hospitalar<sup>15</sup>.

Segundo os autores do documento, o país possui uma rede hospitalar bastante heterogênea, com distribuição desigual de recursos humanos e materiais, favorecendo grandes e médias cidades nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, sendo essa configuração resultante de um processo histórico com múltiplas dimensões que precisam ser consideradas para uma correta compreensão da realidade do setor, de seus problemas e possíveis soluções.

O Quadro 1 dá uma ideia bastante aproximada da distribuição dos hospitais no Brasil. Em primeiro lugar, pode-se observar que 76% dos estabelecimentos com internação tem até 50 leitos e 89% tem até 100 leitos. Existe hoje um consenso de que hospitais com menos de 100 leitos tem difícil viabilidade econômica.

Quadro 1 – Frequência de hospitais no Brasil, por faixa de leitos, em janeiro de 2011.

| Faixa de leitos | Unidades | Unidades acumuladas | %     | % Acumulada |
|-----------------|----------|---------------------|-------|-------------|
| 1 a 4           | 2810     | 2810                | 33,0  | 33,0        |
| 5 a 30          | 2463     | 5273                | 28,9  | 61,9        |
| 31 a 50         | 1253     | 6526                | 14,7  | 76,6        |
| 51 a 100        | 1096     | 7622                | 12,8  | 89,4        |
| 101 a 150       | 412      | 8034                | 4,8   | 94,2        |
| 151 a 200       | 207      | 8241                | 2,4   | 96,6        |
| 201 a 300       | 166      | 8407                | 1,9   | 98,5        |
| 301 a 400       | 71       | 8478                | 0,8   | 99,3        |
| 401 a 500       | 29       | 8507                | 0,3   | 99,6        |
| Maior que 500   | 32       | 8539                | 0,4   | 100,0       |
| Total           | 8539     |                     | 100,0 |             |

Fonte: Relatório de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, do ano de 2010.

Metade desses hospitais se encontra em municípios de menos de 30 mil habitantes (Quadro 2) o que dificulta o financiamento: os valores repassados pelo SUS são insuficientes, as Prefeituras Municipais tem baixa arrecadação e o numero de moradores com poder aquisitivo maior é relativamente pequeno. Aliados a essas questões, o crescimento desordenado, com incorporação não planejada de tecnologias duras e a política de financiamento dos hospitais aplicada em passado recente acabam por criar resultados pouco eficientes, com um setor hospitalar frequentemente em crise. Além disso, o Ministério da Saúde aponta para a dificuldade de fixação de médicos e demais profissionais da saúde e para a formação e fixação de gestores competentes.

Quadro 2 – Estabelecimentos de saúde segundo a população do Município. Brasil, 2004

| População         | Frequência | Frequência acumulada | %     | % acumulada |
|-------------------|------------|----------------------|-------|-------------|
| 0 a 5.000         | 326        | 326                  | 5,4   | 5,4         |
| 5.001 a 10.000    | 786        | 1.112                | 13,1  | 18,5        |
| 10.001 a 20.000   | 1.233      | 2.345                | 20,5  | 39,0        |
| 20.001 a 30.000   | 679        | 3.024                | 11,3  | 50,3        |
| 30.001 a 50.000   | 627        | 3651                 | 10,5  | 60,8        |
| 50.001 a 100.000  | 657        | 4.308                | 10,9  | 71,7        |
| 100.001 a 200.000 | 373        | 4.681                | 6,2   | 77,9        |
| >200.001          | 1.331      | 6.012                | 22,1  | 100,0       |
| Total             | 6.012      |                      | 100,0 |             |

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde in Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, Brasília, 2004.

Para o Ministério da Saúde existe uma crise real no sistema de atendimento hospitalar brasileiro, mas que não pode ser atribuída somente a questões financeiras. Existem também outras dimensões que precisam ser valorizadas na discussão desse assunto: aspectos financeiros (investimento e custeio), aspectos políticos, organizacionais (internos e externos), assistenciais, de formação profissional e aspectos sociais.

Os autores discutem que existem, de um modo geral duas perspectivas: a de manutenção e reprodução ou a de mudança e transformação do atual modelo. É preciso definir e implantar uma nova política de atenção hospitalar para o Brasil e com essa referência o MS aponta os principais problemas e determinantes do atual quadro da assistência hospitalar no país.

Os problemas apontados são os seguintes:

1: Insuficiência e má-distribuição dos leitos, com alta concentração nas regiões Sudeste e Sul, em alguns Estados e, no geral, nos municípios de grande porte da maioria dos Estados.

2: Políticas insuficientes e baixa capacidade de gestão da rede hospitalar por parte das instâncias governamentais e baixa capacidade gerencial dos estabelecimentos públicos e privados.

3: Recursos financeiros inadequados e insuficiência dos mecanismos de avaliação e controle.

4: Regionalização e hierarquização deficientes, com relações e papéis mal estabelecidos entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, com mecanismos frágeis de referência e contra-referência.

5: Incipiente controle sobre os atendimentos hospitalares, em relação ao perfil de necessidades de saúde da população bem como da efetividade dos serviços e satisfação dos usuários.

O que levou a esse conjunto de problemas? Refletindo sobre o assunto os autores apontam três fatores determinantes:

1) História do sistema de saúde brasileiro, responsável pela conformação do modelo médico-assistencial, que confere centralidade ao papel do hospital, a privatização da rede e a concentração territorial dos estabelecimentos, especialmente na região Sudeste.

2) Políticas desenvolvidas no período do SUS, como a adoção dos mecanismos de pagamento por procedimento, a desatualização progressiva dos valores pagos por procedimentos contratados, a

proliferação de hospitais de pequeno porte a partir do processo de descentralização, a incipiência do processo de avaliação e controle, a problemática dos recursos humanos, etc.

- 3) Problemas resultantes da conjuntura atual, como efeitos da política de financiamento adotado na área da saúde, dificuldades nas relações entre gestores dos diferentes níveis de governo, entre outras questões.

### **Qual o modelo de assistência hospitalar que queremos?**

Partindo da conceituação de modelo de atenção à saúde os autores do documento afirmam que o modelo hegemônico em nosso país é centrado nos médicos e nos hospitais, no conhecimento especializado e consumo de tecnologias de ponta, o que leva a um encarecimento da assistência à saúde, seguindo a mesma dinâmica capitalista da economia em geral.

O documento afirma que esse modelo é centrado no procedimento, onde o ato de assistir a saúde é confundido com a produção de consultas e exames, associado à crescente medicalização da sociedade e substituição de ações como o acolhimento e o vínculo com os usuários.

Segundo os autores o sistema de saúde atual se comporta como “uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam; e menos como um sistema onde o desenvolvimento harmonioso entre suas partes, cada qual com sua missão, contribua para o bom funcionamento do todo.”

Para os autores o desafio é reorganizar o sistema de forma integrada, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde. O novo papel dos hospitais só pode, portanto, ser definido junto com seu papel na rede de serviços de saúde e não de uma forma isolada a partir de interesses corporativos, econômicos ou políticos de segmentos da sociedade. Deve responder às necessidades globais da sociedade e, dentro das limitações tecnológicas de cada momento e da capacidade financeira do país, oferecer o melhor atendimento possível aos cidadãos, de forma eficaz, eficiente e efetiva.

Para os autores do documento a integralidade é um conceito central na discussão do papel do hospital. Conseguir essa abordagem é um desafio porque implica em superar a fragmentação dominante nessas instituições onde imperam as múltiplas especialidades e o enfoque voltado para o tratamento das doenças e não dos doentes e só pode ser atingido de forma multiprofissional, multidisciplinar e em rede com outras unidades do sistema de saúde.

Outra dimensão da integralidade desejada se dá na integração do hospital com os outros níveis do sistema de saúde. Todos conhecem as dificuldades nessa integração; não se integram as informações, estratégias, fluxos, equipamentos, etc. Frequentemente se tem notícias de exames duplicados, demoras no atendimento, histórias clínicas não compartilhadas, etc. Para os autores, atendimento integral implica o acesso a todas as tecnologias disponíveis e necessárias para cada caso além do adequado acolhimento e humanização no atendimento.

Para os autores “o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado concebida de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita.” “A forma mais tradicional de se pensar o hospital integrado no sistema de saúde é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Segundo essa concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência pós-atendimento. Certamente, já seria um ganho a implementação efetiva desses circuitos base-topo e topo-base, que, na prática, sabemos bem, nem sempre são muito bem sucedidos”.

### **Referências Bibliográficas**

- 1 - Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.
- 2 - Campos, E.S. História e Evolução dos Hospitais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Reedição de 1965.

- 3 - Organisation Mondiale de la Santé – OMS. Le rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé. Rapport Technique 122. Genève: OMS, 1957.
- 4 - Rosen, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- 5 - Foucault, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª. Edição, 1982.
- 6 - Nowinski, A., et al in: Sonis, A. Atención a la Salud. – Ed. Ateneo Buenos Aires - Cap. 8 - Administración Hospitalaria).
- 7 - Santos Filho, L. Assistência Hospitalar. In História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991. Vol.1.pag. 234-258.
- 8 - Silva, L. L. S. As “misturas do humano com o divino” na medicina popular do Brasil Colonial in Anais do II Encontro Internacional de História Colonial. Mneme: Revista de Humanidades, UFRN, v.9(24), set/out. 2008.
- 9 - Soares, M. de S. Médicos e mezinheiros na Corte imperial: uma herança colonial. In Hist. cienc. saude – Manguinhos, v.8(2) Rio de Janeiro: jul/ago.2001.
- 10 - Santos Filho, L. Medicina no Período Imperial. In História Geral da Civilização Brasileira.
- 11 – Basbaum, L. História Sincera da República. São Paulo: Alfa-Ômega, 3ª Edição. Vol. 2.
- 12 - Braga, J.C.de S., Paula, S.G. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- 13 – Skidmore, T. E. Uma história do Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- 14 – Ribeiro, Herval P. O Hospital: História e Crise. São Paulo: Cortez, 1993.
- 15 – Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.