

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Os Hospitais de Ensino no Brasil:
História e Situação Atual

Milton Roberto Laprega

Ribeirão Preto

2015

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Os Hospitais de Ensino no Brasil:
História e Situação Atual

Tese de Livre Docência apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Social

Milton Roberto Laprega

Ribeirão Preto

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Laprega, Milton Roberto

Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual

293 p. : il.; 30 cm.

Tese de Livre Docência apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Hospitais de Ensino: História. 2. Hospitais de Ensino: situação atual. 3. Hospitais de Ensino no Brasil.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Milton Roberto Laprega

Título do Trabalho: Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual

Tese de Livre Docência apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo,
Departamento de Medicina Social.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A todos que me ajudaram a chegar até aqui. Aos presentes e a aqueles que já se foram. Espero que eu tenha correspondido às expectativas. Nada que eu possa dizer ou aquilo que pude fazer pagará essa dívida.

Um agradecimento especial ao chefe do Departamento de Medicina Social, Afonso Dinis Costa Passos, que me incentivou a fazer este concurso.

RESUMO

Passados vinte e sete anos da promulgação da Constituição de 1988 o Sistema de Saúde no Brasil continua em crise. As queixas estendem-se por todo o território nacional e a todos os níveis de atendimento. Quais foram os principais avanços, os retrocessos e as dificuldades desse período? A maioria dos trabalhos publicados avalia que o saldo é positivo. Avançamos na cobertura de cuidados primários à saúde, mas pouco na questão da integralidade, o que se constitui no desafio do momento, que está sendo enfrentado com a construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde. Os Hospitais de Ensino tem um papel fundamental no Sistema de Saúde, com a missão de formar recursos humanos, construir o conhecimento por meio da pesquisa científica, desenvolver e testar novas tecnologias e fazer o atendimento dos casos de alta complexidade. O presente trabalho teve como objetivo analisar as características gerais do setor hospitalar brasileiro com foco na história, desenvolvimento e situação atual dos Hospitais de Ensino, utilizando como fontes de dados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Foram analisados 200 Hospitais cadastrados no primeiro trimestre de 2015 e como se trabalhou com a totalidade dos hospitais, não foi feita nenhuma inferência estatística. Os Hospitais de Ensino foram estudados em relação a sua estrutura, gestão, esfera administrativa, natureza jurídica, tipo de paciente, complexidade do atendimento, causas de internações e internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde sendo essas variáveis comparadas com os Hospitais não registrados como de Ensino. Analisou-se também a implantação da Política Nacional para Hospitais de Ensino e Filantrópicos. No último Capítulo foi feita a análise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, hospital do qual o autor foi seu Superintendente durante oito anos.

ABSTRACT

Twenty-seven years after the promulgation of the 1988 Brazilian Constitution, the Health System in Brazil is still in crisis. Complaints extend throughout the country and at all levels of care. What were the major advances, setbacks and difficulties of that period? The majority of published studies evaluating the balance is positive. We had good results in coverage of primary health care, but got little on the issue of integrality, which is the challenge of the moment, being faced with the construction of Regional Networks for Health Care. Teaching Hospitals have a key role in Health System, with the mission to train human resources, build knowledge through scientific research, develop and test new technologies and handle cases of high complexity. This study aimed to analyze the general characteristics of the Brazilian hospital sector focusing on the history, development and current situation of Teaching Hospitals, using as data sources the National Register of Health Establishments (CNES) and the Hospital Information System (SIH). 200 registered hospitals were analyzed in the first quarter of 2015 and as we worked with all the hospitals, no statistical inference was made. The Teaching Hospitals were studied regarding their structure, management, administrative, legal structure, patient type, complexity of care, hospitalization causes and hospitalizations for conditions sensitive to primary care to health. These variables were compared with the Hospitals registered as Non-teaching hospitals. The implementation of the National Policy for Teaching and Philanthropic Hospitals has also been analyzed. In the last chapter the analysis of the Hospital of the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo was made, hospital of which the author was Superintendent for eight years.

RESUMEN

Pasados veinte y siete años de la promulgación de la Constitución brasileña de 1988, el sistema de salud en Brasil sigue en crisis. Las quejas se extienden por todo el país y en todos los niveles de atención. ¿Cuáles fueron los avances, retrocesos y dificultades del periodo? La mayoría de los estudios publicados evalúan que el balance es positivo. Tuvimos buenos resultados en la cobertura de la atención primaria de la salud, pero poco éxito en la cuestión de la integralidad, que es el desafío del momento, que se enfrenta con la construcción de las Redes Regionales de Atención para la Salud. Los Hospitales de Enseñanza desempeñan un papel vital en el sistema de salud, con la misión de formar recursos humanos, construcción de conocimiento por la investigación científica, desarrollar y probar nuevas tecnologías y hacer el manejo de los casos de alta complejidad. Este estudio ha tenido como objetivo analizar las características generales del sector hospitalario brasileño y se centra en la historia, el desarrollo y situación actual de los Hospitales de Enseñanza, utilizando como fuentes de datos el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) y el Sistema de Información Hospitalaria (SIH). Se analizaron 200 hospitales registrados en el primer trimestre de 2015 y ya que ha trabajado con todos los hospitales, no hubo ninguna inferencia estadística. Los Hospitales de Enseñanza fueron estudiados en relación a su estructura, la gestión, administración, tipo de paciente, estructura legal, complejidad de la atención, las causas de hospitalización y las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria a la salud. En el proceso de discusión se ha hecho la comparación con los hospitales que no han sido registrados como de enseñanza y analizado la implantación de la Política Nacional hacia los Hospitales de Enseñanza y Filantrópicos En el último capítulo se hizo la discusión general del Hospital de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, el hospital donde el autor fue su superintendente durante ocho años.

LISTA DE FIGURAS

Figura	Descrição	Página
2,1	Pintura de feiticeiro na Gruta de Trois Frères	30
2.2	Crânio trepanado guardado no Museu Geológico de Lisboa	33
2.3	Região dos primeiros registros encontrados sobre o atendimento médico	35
2.4	Papiro de Ebers, que trata dos tumores	38
2.5	Esculápio	42
2.6	Hipócrates	44
2.7	Hôtel-Dieu (Hospital) de Beaune, França	48
3.1	Cirurgião fazendo pequena cirurgia em domicílio	57
3.2	Barbeiro. Aquarela de Debret	57
4.1	Estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa. Brasil, 1962 a 2014.	80
4.2	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa. Brasil - 1962/2009	82
4.3	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por mil habitantes e por esfera administrativa. Brasil - 1980/2009.	83
4.4	Porcentagens de internações por alta complexidade segundo regiões do Brasil no período de 2008 a 2014	84
4.5	Leitos por 1.000 habitantes segundo macrorregiões. Brasil, 1962 a 2009	85
4.6	Internações por regime publico ou privado no período de 2008 a 2014	85
4.7	Internações por 100 habitantes segundo esfera administrativa por regiões e para o país. Brasil, período de 1985 a 2008.	86
4.8	Porcentagens de internações privadas por regiões, no período de 2008 a 2014	86
4.9	Internações por regiões e esfera administrativa em valores absolutos. Período de 2004 a 2014	87
6.1	Leitos universitários por 1000 habitantes por Unidades da Federação	120

6.2	Associação dos leitos universitários por 1000 habitantes por Unidade da Federação com o IDH.	121
6.3	Distribuição do número de Hospitais de Ensino segundo o porte e a Região do país. Brasil, 2015	124
6.4	Hospitais de ensino por Esfera administrativa segundo Regiões do Brasil. Dados do primeiro trimestre de 2015	127
6.5	Percentual de Hospitais de Ensino segundo Esfera Administrativa e por Unidades da Federação	128
6.6	Natureza da organização segundo Regiões do país	130
6.7	Gestores dos Hospitais de Ensino segundo a Esfera Administrativa e Regiões do país. Brasil, 2015	132
7.1	Porcentagens de hospitais que fazem atendimento misto, SUS e não SUS, segundo Regiões do Brasil, 2015.	140
7.2	Frequência de hospitais que atendem exclusivamente SUS e os com atendimento misto, SUS e não SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, 2015.	141
7.3	Hospitais de Ensino classificados em faixas percentuais de leitos destinados ao SUS por Esfera Administrativa. Brasil, 2015	142
7.4	Porcentagens de leitos SUS nos Hospitais de Ensino por Unidades da Federação. Brasil, 2015	142
7.5	Tipo de demanda segundo regiões do Brasil. 2015	146
7.6	Tipo de demanda segundo esfera administrativa	147
7.7	Tipo de demanda em relação ao tipo de gestor. Brasil, 2015	147
7.8	Porcentagens de hospitais de ensino que atendem atenção básica e alta complexidade em seus ambulatórios, segundo regiões do Brasil, 2015	153
7.9	Percentual de HE por Níveis de complexidade de atividade ambulatorial e esfera administrativa	155
7.10	Percentual de HE por Níveis de Complexidade de internação e esfera administrativa	155
7.11	Níveis de complexidade no atendimento ambulatorial dos HEs de acordo com a gestão	156
7.12	Níveis de complexidade nas internações dos HEs de acordo com a gestão	157
7.13	Razão entre o valor médio das AIHs dos Hospitais de Ensino e os Hospitais Assistenciais para as regiões do Brasil e unidades da Federação.	159

7.14	Valor médio de AIHs segundo esfera administrativa e região	161
8.1	Proporção de crianças menores de 12 anos na população. Comparação com a proporção de internações em hospitais assistenciais e de ensino	165
8.2	Proporção de idosos (60 anos ou mais) na população. Comparação com o atendimento dessa população nos Hospitais assistenciais e de ensino	167
8.3	Razão de masculinidade nos Hospitais de Ensino e Hospitais assistenciais por Unidades da Federação. Comparação com os valores na população. Brasil, 2013.	169
8.4	Média de permanência das internações SUS em HEs segundo regiões do país e Unidades da Federação. 2013.	173
8.5	Razão entre as Médias de Permanência dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais assistenciais por regiões e Unidades da Federação. 2013	174
8.6	Tempo médio de permanência em dias segundo Esferas Administrativas, por Regiões do país. Comparação entre os Hospitais de Ensino e os Hospitais assistenciais. 2013.	175
8.7	Taxas de Mortalidade Hospitalar nos Hospitais de Ensino e nos Assistenciais segundo as Regiões do país	180
8.8	Razão entre a taxa de mortalidade dos Hospitais de Ensino e a taxa de mortalidade dos Hospitais assistenciais por regiões do país e Unidades da Federação	181
8.9	Proporção de internações por condições sensíveis a Atenção Primária. Comparação entre Hospitais assistenciais e Hospitais de Ensino por regiões do país	185
10.1	Leitos disponíveis no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, no período de 1956 a 2013.	220
10.2	Consultas realizadas no HCFMRP, nas unidades do Campus e UE. Período de 1960 a 2013.	223
10.3	Internações realizadas no HCFMRP nas unidades do Campus e UE. Período de 1960 a 2013.	224
10.4	Cirurgias realizadas no HCFMRP nos centros cirúrgicos das unidades do Campus e da UE. Período de 1960 a 2013.	225
10.5	Exames de laboratório realizados no HCFMRP, no período de 1956 a 2013. Campus e Unidade de Emergência.	225
10.6	Exames laboratoriais por consulta de pacientes ambulatoriais e internados no HCFMRP no período de 1960 a 2013.	227
10.7	Partos realizados no HCFMRPUSP no período de 1960 a 2013 e porcentagens de cesárias.	228

10.8	Alguns indicadores de desempenho do Hospital das Clínicas da FMRP-USP no período de 1960 a 2013.	230
10.9	Número de residentes e aprimorandos cursando os respectivos programas do HCFMRP-USP desde o ano de 1975.	233
11.1	Recursos financeiros da FAEPA, para custeio e investimento do HC. Diferença entre Receita e Despesa. Janeiro de 2000 a Setembro de 2004.	254
11.2	Representação gráfica da evolução orçamentária do HCFMRP com recursos do Tesouro do Estado. 2003 a 2010.	273
11.3	Receita SUS do HCFMRP no período de 2002 a 2010.	274

LISTA DE TABELAS

Tabela	Descrição	Página
4.1	Estabelecimentos hospitalares no Brasil segundo Regiões e Esfera Administrativa, Frequência e porcentagens nas linhas. Dezembro de 2014.	77
4.2	Estabelecimentos hospitalares no Brasil segundo Regiões e Esfera Administrativa. Frequência e porcentagens nas colunas. Dezembro de 2014	78
4.3	Estabelecimentos de saúde segundo a população do Município. Brasil, 2004	79
4.4	Frequência de hospitais no Brasil, por faixa de leitos, em março de 2012.	79
4.5	Número de internações por nível de complexidade para o Brasil, no período de 2008 a 2014.	83
5.1	Distribuição das Escolas Médicas por data de criação, Regiões e Dependência Administrativa	95
6.1	Distribuição dos Hospitais de Ensino segundo as Unidades da Federação, no primeiro trimestre de 2015.	118
6.2	Hospitais de ensino segundo as Regiões do país. Dados do primeiro trimestre de 2015.	119
6.3	Leitos universitários para cada 1000 habitantes por regiões do Brasil	119
6.4	Localização dos Hospitais de Ensino entre capital e interior segundo Regiões do país	121
6.5	Classificação dos HEs de acordo com o porte para o primeiro trimestre de 2015. Comparação com a distribuição dos hospitais brasileiros	122
6.6	Distribuição dos Hospitais de Ensino por portes e Regiões do país	122
6.7	Relação proporção encontrada / proporção esperada de hospitais de ensino segundo o porte, por regiões do Brasil. 2015.	123
6.8	Número médio de leitos por Hospital de Ensino e por Região. Brasil, 2015	124
6.9	Hospitais de ensino do Brasil segundo tipos de estabelecimento	124
6.10	Hospitais de Ensino segundo tipos de estabelecimento e porte	125
6.11	Distribuição dos Hospitais de Ensino em relação ao tipo de estabelecimento e a localização capital / interior.	125
6.12	Hospitais de ensino segundo Esfera Administrativa e Regiões	126
6.13	Hospitais de ensino do Brasil segundo a natureza da organização	129
6.14	Hospitais de ensino segundo a gestão. Brasil, 2015	131
6.15	Natureza da organização dos hospitais de ensino privados	133

6.16	Natureza de organização dos hospitais de ensino públicos segundo a esfera administrativa. Brasil, 2015.	134
7.1	Frequência de Hospitais de Ensino segundo o tipo de pacientes atendidos. Brasil, 2015	139
7.2	Hospitais de ensino no Brasil segundo tipo de demanda	146
7.3	Hospitais de ensino segundo níveis de complexidade atendidos em ambulatório. Brasil, 2015	152
7.4	Hospitais de ensino segundo níveis de complexidade em atividades de internação segundo as regiões do país	154
7.5	Valor médio das AIHS segundo regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais	158
7,6	Valor Médio da internação segundo regiões e esferas administrativas	160
7.7	Valores médios das AIHs de hospitais de ensino públicos e privados, por regiões do país	161
8.1	Pacientes internados nos HEs segundo regiões e fases do ciclo de vida. Brasil, 2015.	164
8.2	Razão de masculinidade. Comparação entre a população, hospitais assistenciais e hospitais de ensino. Brasil, 2013.	168
8.3	Média de permanência por regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Hospitais assistenciais. Brasil, 2013	172
8.4	Variação do Tempo Médio de Permanência e Parâmetros por especialidades de acordo com a Portaria 1101 de 12 de junho de 2002.	173
8.5	Tempo médio de permanência de Hospitais públicos e privados e razão TMP públicos/ TMP privados para Hospitais de Ensino e Hospitais Assistenciais. 2013.	176
8.6	Tempo médio de permanência de Hospitais de Ensino e Assistenciais e razão TMP HEs/ TMP H.As para hospitais públicos e privados. 2013.	177
8.7	Taxas de Mortalidade Hospitalar segundo regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Hospitais Assistenciais. Brasil, 2013.	178
8.8	Taxa de Mortalidade Hospitalar de pacientes SUS e convênios para o Brasil e Regiões	179
8.9	Taxas de mortalidade hospitalar por esfera administrativa e regiões. Comparação entre Hospital de ensino e hospital assistencial	182
8.10	Taxa de mortalidade hospitalar por regiões do país. Comparação entre hospitais de ensino públicos ou privados com hospitais assistenciais públicos ou privados. 2013.	183
8.11	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Comparação entre os Hospitais assistenciais e os de Ensino brasileiros no ano de 2013	184

8.12	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino no Brasil no ano de 2013	186
8.13	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na região Norte do Brasil no ano de 2013.	187
8.14	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na região Nordeste do Brasil no ano de 2013.	188
8.15	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Sudeste do Brasil no ano de 2013.	189
8.16	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Sul do Brasil no ano de 2013	190
8.17	Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Centro-Oeste do Brasil. 2013	190
8.18	Proporção de internações pelas principais Condições Sensíveis à Atenção Primária por regiões do Brasil. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais. 2013	191
9.1	Causas de internação segundo Capítulos da CID em porcentagens. Brasil, 2013	194
9.2	Diagnósticos por Capítulos da CID e regiões do Brasil, para todas as idades. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais. Porcentagens. 2013.	195
9.3	Cinco Capítulos da CID mais frequentes entre os pacientes internados em Hospitais Assistenciais nas Regiões do Brasil em 2013.	196
9.4	Cinco Capítulos da CID mais frequentes entre os pacientes internados em Hospitais de Ensino nas Regiões do Brasil em 2013,	196
9.5	Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino. Região Norte do Brasil. 2013.	199
9.6	Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Nordeste do Brasil. 2013.	200
9.7	Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Sudeste do Brasil. 2013.	202
9.8	Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Sul do Brasil. 2013.	203

9.9	Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Centro-Oeste do Brasil. 2013.	204
9.10	Causas de internação por fases do ciclo de vida e capítulos da CID para os hospitais de ensino e assistenciais. Brasil, 2015	205
9;11	Dez agrupamentos diagnósticos mais frequentes das internações de crianças. Comparação entre Hospitais assistenciais e de Ensino. Brasil, 2013	207
9.12	Dez diagnósticos mais frequentes das internações de idosos. Comparação entre Hospitais assistenciais e de Ensino. Brasil, 2013	210
9.13	Diagnóstico principal por Capítulos da CID em internação segundo o sexo nos Hospitais de Ensino e Assistenciais. Frequência de internações, ano de 2013.	212
9.14	Internações por Capítulos das CID para Hospitais Assistenciais e de Ensino, no ano de 2013, segundo o sexo. Porcentagens	213
10.1	Alunos de graduação dos diversos cursos da área da saúde formados até 2013,	232
10.2	Alunos de pós-graduação dos diversos programas das áreas básicas e clínicas da FMRP-USP, formados até 2014.	233
10.3	Trabalhos publicados e apresentados em Congressos no período de 1991 a 2012.	234
11.1	Reajustes obtidos no orçamento do Estado em recursos para custeio. Período de 2000 a 2004	248
11.2	Evolução orçamentária no período de 2003 a 2010. Recursos do Tesouro do Estado	273

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(IVH)	Índice de Valorização Hospitalar
a.C.	Antes de Cristo
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIHs	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde.
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CO	Centro-Oeste
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
d.C.	Depois de Cristo
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HA	Hospital Assistencial
HC	Hospital das Clínicas
HE	Hospital de Ensino
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
N	Norte
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
Oscip	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
Priv	Privado
PROHASA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
PROSUS	Programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde

PS	Pronto Socorro
Publ	Público
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASs	Redes de Atenção a Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
S	Sul
SE	Sudeste
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SNAS	<i>Secretaria Nacional de Assistência Social</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMH	Taxa de Mortalidade Hospitalar
TMP	Tempo Médio de Permanência
UF	Unidade da Federação

SUMÁRIO

Capítulo 1	Introdução	21
	A respeito do material e do método	25
Capítulo 2	Origem dos Hospitais – um pouco de história	28
	Como começou a Medicina?	28
	A Medicina na Antiguidade	34
	Mesopotâmia	34
	Sumérios	34
	Assírios e Babilônios	35
	A Medicina no Egito	37
	A Medicina na Índia	39
	A Era Clássica	41
	Grécia	41
	Roma	44
	Idade Média	45
	A formação da medicina hospitalar moderna	49
Capítulo 3	Os primeiros hospitais no Brasil e a formação da rede hospitalar brasileira	52
	Atenção à saúde nos primeiros anos de colonização	55
	O Surgimento das Santas Casas	60
	Do século XX aos dias atuais	61
	A Previdência Social e a Assistência Médica no Brasil	65
Capítulo 4	O setor hospitalar brasileiro na atualidade	71
	O documento “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira”	75
	Características do Setor Hospitalar Brasileiro	77
	A situação atual do atendimento hospitalar no Brasil e os relatórios mais recentes sobre a atenção hospitalar.	87
Capítulo 5	Os Hospitais de Ensino no Brasil	93
	A Constituição da Rede de Escolas Médicas e Hospitais de Ensino	93
	Os Hospitais de Ensino no período pós-expansão acelerada. As crises recorrentes.	101

	O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. A proposta de 2004.	105
	Que impacto essas medidas tiveram nos Hospitais de Ensino?	114
Capítulo 6	Quadro geral dos Hospitais de Ensino no Brasil	118
Capítulo 7	Características dos atendimentos nos Hospitais de Ensino	139
	Oferta e demanda do atendimento hospitalar	143
	Níveis de complexidade	151
	O valor médio das AIHs como indicador da complexidade do atendimento	157
Capítulo 8	Internações pelo Sistema único de Saúde	163
	O que a AIH nos revela	163
	Análise das internações segundo o sexo	168
	Média de permanência	170
	Taxa de mortalidade hospitalar	177
	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	183
Capítulo 9	Causas de internação segundo Capítulos da CID	192
	Causas de internação segundo fases do ciclo de vida	205
	Causas de internação segundo o sexo e Capítulos da CID	212
Capítulo 10	O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	216
	Alguns dados sobre o HC da FMRP-USP. Em relação à assistência	220
	Indicadores de Desempenho	229
	Ensino e Pesquisa	232
	Evolução para o Complexo Hospitalar do HC	235
Capítulo 11	O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Oportunidades e Entraves para o Cumprimento da Missão	241
	Fatos e Projetos da Gestão 2003 – 2010	242
	Algumas questões estruturais	274
Capítulo 12	Considerações Finais	279
	Referências Bibliográficas	285

Capítulo 1

Introdução

No capítulo “A medicina na sociedade moderna” de seu livro “Das Tripas Coração: uma breve história da medicina”, Porter (2004) começa com as seguintes palavras:

“Ao longo de quase toda sua história, a medicina ocidental foi um negócio em pequena escala, baseado no contato direto entre uma pessoa doente e um amador ou profissional da cura, legítimo ou charlatão. Em sua maioria, os que a exerciam eram autônomos e a relação médico-paciente envolvia uma transação voluntária, particular e confidencial. Outros estabelecimentos de cura, como as instituições beneficentes para pacientes externos e os santuários religiosos davam grande importância ao toque pessoal”.

“Tudo isso mudou. A moderna assistência médica transformou-se num colossal indústria de serviços dos setores estatal e privado; em muitos países ela absorve uma parcela maior do produto interno bruto do que qualquer outra área ... Os críticos chamam-na de instituição fora de controle, ou ao mínimo, menos movida pela necessidade dos pacientes do que pelo lucro e pelo poder profissional. O toque pessoal, tão essencial à cura, perdeu-se, ao que afirmam milhões de pessoas que, por sua vez, perderam a confiança na medicina científica ocidental”.

A veracidade dessas afirmações no Brasil pode ser constatada pelas notícias que proliferam na mídia diariamente revelando o descontentamento da população com os serviços de saúde. As queixas estendem-se por todo o território nacional e dizem respeito a todos os níveis de atendimento do sistema de saúde. O que aconteceu? Qual a origem e a natureza dessa crise?

Passados vinte e sete anos da promulgação da Constituição de 1988 é preciso fazer uma avaliação. Quando uma porção expressiva da sociedade brasileira lutou por uma reforma sanitária, o fez porque havia uma crise no setor saúde. O modelo até então implantado era centrado nos hospitais e excludente uma vez que era voltado para a população previdenciária. A rede básica de saúde era diminuta, desarticulada e com baixa resolubilidade. As ações de promoção e prevenção eram separadas das atividades curativas e eram

executadas em unidades diferentes e até com gestão diferente. Reabilitação praticamente não existia. E quanto aos hospitais, que vinham de um período de injeção de recursos subsidiados nas décadas de 60 e 70, começavam a sentir sua falta com a crise na previdência. Como não havia regulação, funcionavam com portas abertas e em geral sofriam com superlotação. Os Hospitais de Ensino obedeciam a uma lógica diferente: desvinculados da previdência, atuavam de maneira isolada, comandados por docentes divididos em departamentos e setores especializados e que tinham como foco o ensino e pacientes de interesse científico. Os gestores não conversavam entre si e o órgão financiador, a previdência social, passava por grave crise financeira.

O modelo assistencial implantado ajudou a gerar a crise, que provocou descontentamento, que mobilizou a sociedade, que lutou pela Reforma Sanitária.

Sou da geração que vivenciou esse processo. Quando nossa delegação deixou Ribeirão Preto rumo a Brasília para participarmos da 8ª Conferência Nacional de Saúde o entusiasmo era grande. Havia no país uma conjuntura favorável à redemocratização e à conquista de direitos sociais. A bandeira que sintetizava o espírito do movimento era “a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”.

Quando a Assembleia Nacional Constituinte aprovou em 1988 a nova Constituição do Brasil acreditamos que o Capítulo da Seguridade Social inaugurava uma nova era na organização do sistema de saúde brasileiro. A partir de então estavam sacramentados na lei máxima da nação os princípios doutrinários e organizativos para a constituição de um sistema de saúde mais justo e abrangente.

Vinte e sete anos se passaram e o que mudou? A Saúde está em crise. Mas a Saúde estava em crise 30 anos atrás! Valeu a pena o esforço? Quais foram os avanços, os retrocessos, as dificuldades desse período? Qual a conjuntura atual de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil e quais são as perspectivas tendo em vista que estão em tramitação no Congresso Nacional medidas que se definitivamente aprovadas levarão a uma descaracterização do modelo proposto em 1988? Duas emendas constitucionais

são particularmente preocupantes; a que autoriza a entrada de capitais estrangeiros no mercado de planos de saúde e a obrigação das empresas brasileiras de pagar planos de saúde para seus empregados, ficando o SUS reservado para aposentados, desempregados, empregadas domésticas.

A maioria dos trabalhos publicados avalia que o saldo é positivo. Avançamos muito na extensão da cobertura com unidades básicas de saúde e desde 1994 com a implantação da estratégia de saúde da família. Avançamos bastante também na regulamentação do sistema, com o estabelecimento de um modelo técnico e um arcabouço legal com potencial para se construir um sistema de saúde adequado às necessidades da população brasileira.

Em relação à integralidade avançamos pouco e diria que é o desafio do momento, que só será realizado com a regionalização, com a estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e o oferecimento dos serviços de média e alta complexidades de forma racional e articulada. Para isso é preciso reorganizar a oferta dos atendimentos especializados e promover a integração do setor hospitalar de forma eficiente e efetiva. Aqui se situa nossa principal fragilidade.

Sofremos um revés na questão do financiamento. Perdemos os recursos da CPMF que não foram repostos, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 não trouxe dinheiro novo e corremos um sério risco de vermos o SUS ser transformado em um SUS para os pobres. A entrada do capital internacional no atendimento à saúde é uma ameaça que precisa ser levada a sério.

Os hospitais estão em crise. A rede hospitalar é formada por grande número de unidades de pequeno porte, em municípios pequenos, com baixas taxas de ocupação e pouco viáveis economicamente. Houve inclusive a redução do número de leitos per capita em todas as regiões do país.

A construção de um sistema universal de saúde num país como o nosso é uma tarefa diuturna e gigantesca que precisa ser executada em várias frentes. O passo à frente do momento atual é qualificar a atenção básica, construir uma rede de média complexidade e integrar os hospitais em Redes Regionais de

Atenção à Saúde, tudo isso garantidos por um financiamento estável e revalorizado.

Não é objetivo de este trabalho estudar e discutir de forma aprofundada essas questões que serão abordadas apenas para ajudar a compreensão do foco principal que é o estudo dos Hospitais de Ensino do Brasil, que fiz motivado pela minha experiência como Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no período de 2003 a 2011.

Nesse longo e às vezes desgastante período de oito anos tive a oportunidade de vivenciar na pele as dificuldades de gerenciar um hospital de porte especial em meio a necessidades crescentes de saúde e recursos sempre insuficientes, tendo que negociar com gestores federais, estaduais e municipais, com o Ministério Público, o Poder Legislativo, e com o público interno como funcionários, docentes dos vários departamentos da Faculdade, alunos, fornecedores e prestar contas à população e à mídia.

Confesso que quando resolvi fazer o concurso de livre docência minha motivação inicial era escrever sobre o HC de Ribeirão Preto, mas quando comecei a estudar os Hospitais de Ensino do Brasil para construir o cenário, uma referência geral para a análise, o cenário ganhou vida e se transformou no **objetivo principal** deste trabalho. A sistematização do que aprendi nestes anos de Superintendência sobre o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto deverá ser objeto de estudo de caso posterior, que pretendo realizar assim que terminar o presente trabalho. Para esta tese, dedico o espaço dos dois Capítulos finais para descrever alguns aspectos do HCFMRP com o objetivo de servir de exemplo para a análise que fazemos dos Hospitais de Ensino do Brasil.

A respeito do material e do método

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, a respeito da origem, distribuição e características relacionadas com a estrutura e funcionamento dos hospitais brasileiros cadastrados como de Ensino no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no primeiro trimestre de 2015.

Foram Identificados 200 Hospitais de Ensino cadastrados e em funcionamento. Para compor a relação dos hospitais estudados foi utilizada uma lista disponível no próprio site do CNES e uma lista de Hospitais de Ensino filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) onde encontramos HEs que não constavam da lista do CNES. No caso destes últimos fizemos nova busca e quando encontramos o cadastro no CNES e estava registrado que tinham funções de ensino, foram incluídos na relação. Foram excluídos os hospitais cadastrados no CNES que possuíam uma observação de que não exerciam atividades de ensino.

Do CNES levantamos as seguintes variáveis: Estado, Município, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão, natureza da organização, atividade de ensino, tipo de prestador, atividade ambulatorial, atividade de internação, atendimento SUS/não SUS, fluxo, mantenedora, salas de pequena cirurgia e cirurgia ambulatorial no ambulatório, salas de pequena cirurgia e cirurgia ambulatorial no centro cirúrgico, salas de cirurgia e salas de parto no centro obstétrico, leitos SUS e não SUS, leitos de CTI SUS e não SUS, número de médicos e número de outros funcionários.

Outra fonte de dados importante foi o arquivo das AIHS de onde tiramos os dados de internações do ano de 2013 por sexo, idade, esfera administrativa, condições sensíveis à atenção primária e internações por Capítulos e agrupamentos da CID, para os hospitais de ensino e para os não de ensino, que chamamos de **hospitais assistenciais**.

Isso não quer dizer que os HEs não façam assistência nem que os Assistenciais não façam ensino. Essa denominação foi utilizada por questão de facilidade. Reservou-se o termo hospital geral para aqueles classificados como

tal no CNES e que significam não especializado, por oposição aos especializados.

Para análise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foram levantados os dados dos Relatórios de Gestão, dos Relatórios Anuais de Atividades e os volumes anuais de Dados Estatísticos que são publicados por sua Assessoria Técnica.

Foram estudados todos os 200 hospitais cadastrados, razão pela qual não fizemos inferência. Os dados foram tabulados em planilhas Excell, e analisados com o auxílio dos softwares Epi-Info e Tabwin 3.2.

Os resultados com suas análises foram então apresentados nos seguintes capítulos:

Capítulo 1 – **Introdução**, com a motivação, justificativas, objetivos, material e métodos utilizados.

Capítulo 2 – **Origem dos Hospitais – um pouco de História**

Capítulo 3 – **Os primeiros hospitais no Brasil e a formação da rede hospitalar brasileira**

Capítulo 4 – **O setor hospitalar brasileiro na atualidade**

Capítulo 5 – **Os Hospitais de Ensino no Brasil**. A Constituição da Rede de Escolas Médicas e Hospitais de Ensino

Capítulo 6 – **Os Hospitais de Ensino no Brasil**. Características da estrutura.

Capítulo 7 – **Características dos atendimentos nos Hospitais de Ensino**.

Capítulo 8 – **Internações pelo Sistema Único de Saúde**. O que a AIH nos revela

Capítulo 9 – **Causas de internação segundo Capítulos da CID**.

Capítulo 10 - **O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

**Capítulo 11 – O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Oportunidades
e Entraves para o Cumprimento da Missão**

Capítulo 12 – Considerações finais

Capítulo 2

Origem dos Hospitais – um pouco de História

Como começou a medicina?

As doenças precederam o homem, assim como o atendimento nos campos, florestas, cavernas, domicílios, precedeu o atendimento hospitalar.

A origem do atendimento médico remonta a momentos longínquos perdidos num tempo do qual temos somente registros indiretos obtidos do estudo de fósseis, objetos e sítios arqueológicos. É necessário conhecer como os homens viviam e adoeciam para compreender a origem da medicina. Provavelmente seu início se deu em múltiplos locais e em momentos diferentes.

Segundo Magner (1992), estudos com fósseis sugerem que o gênero *Homo* surgiu de um ancestral comum com os macacos cerca de cinco milhões de anos atrás, no continente africano. Desde então milhões de anos se passaram, diversas espécies apareceram e foram extintas, como o *Homo habilis*, o *erectus*, o *ergaster*, o *neanderthalensis*, etc. Trabalhos recentes sugerem que o *Homo Sapiens* surgiu pelo menos há cerca de 200 mil anos. (National Science Foundation, February 16, 2005).

Do ponto de vista histórico, a pré-história se inicia com as origens do homem e termina no ano 4.000 a.C. Para efeito de classificação denominou-se de Paleolítico ou Idade da Pedra Lascada, o período que se iniciou cerca de 2,5 milhões a.C., quando os antepassados do homem começaram a produzir os primeiros artefatos em pedra lascada e que durou até cerca de 10.000 a.C., quando houve a chamada Revolução Neolítica, iniciada pela descoberta e introdução da agricultura.

Segundo Jaguaribe (2001), no Paleolítico ocorreram grandes glaciações com períodos de baixas temperaturas intercalados com longos períodos mais

quentes, que começaram aproximadamente há 600.000 anos e se prolongaram até perto do ano 10.000 a.C.

Os ancestrais do homem viviam em cavernas para se proteger do frio intenso e se alimentavam basicamente de caça, uma vez que outros alimentos eram raros e difíceis de encontrar. Premidos pela necessidade de sobrevivência desenvolveram instrumentos para caça e para a vida diária e ao mesmo tempo começaram a se organizar em grupos estabelecendo laços de cooperação e solidariedade. Os primeiros instrumentos eram feitos em madeira, osso ou pedra lascada.

É sabido que a economia caçadora / coletora não cria vínculos com a terra e nem com uma região específica. Quando os alimentos começam a rarear ou quando aparece um novo grupo disputando alimentos, os homens migram procurando um novo local para se estabelecer, de novo temporariamente. Tornam-se então, nômades.

Na pré-história viviam provavelmente pouco, em pequenos grupos, expostos ao clima, à escassez de alimentos, ao confronto com animais peçonhentos ou de grande porte e a grupos rivais. Não deviam, portanto, ser obesos e nem portadores de doenças crônico-degenerativas (do ponto de vista populacional). Como os grupos eram pequenos e não havia adensamento populacional, a probabilidade de epidemias era remota uma vez que os agentes patogênicos necessitam de uma população de suscetíveis para se perpetuar. Os humanos dessa época não criavam animais, o que diminuía o risco de se contaminar com zoonoses. Nos períodos glaciais o contato com animais era ainda menor devido à sua baixa densidade populacional. Deviam ser frequentes a desnutrição e os ferimentos.

Como os homens primitivos interpretavam suas doenças, suas mortes? O que podiam fazer para proteger sua saúde e o que faziam?

Segundo Jaguaribe (2001), no final do Paleolítico Inferior (que se encerrou há aproximadamente 300.000 anos), os homens de Neanderthal começaram a sepultar seus mortos nas cavernas ou em suas proximidades e enterravam

alimentos e armas junto aos corpos, provavelmente acreditando em uma vida após a morte e no sobrenatural.

Segundo Margotta (1996) alguns problemas de saúde enfrentados pelo homem primitivo tinham causas óbvias e tratamento empírico relativamente fácil. Outras condições, entretanto, eram incompreensíveis. Suas causas foram então atribuídas a demônios ao mesmo tempo em que se acreditava que divindades eram responsáveis pelas coisas boas que aconteciam. Com essa interpretação, como combatiam as doenças? Fazendo rezas e sacrifícios e ensaiando o uso de ervas e outros produtos naturais.

Margotta afirma que

”Assim surgiram os feiticeiros, que alegavam possuir conhecimento sobre as estrelas, as ervas curativas e os venenos; diziam ter o poder de aplacar a fúria dos demônios. A medicina evoluiu de práticas instintivas e empíricas”.

Na gruta de Trois Frères, na França foram encontradas inscrições de um homem usando uma máscara de veado, com data estimada de 17 a 20 mil anos atrás. As máscaras “eram usadas para afugentar os demônios causadores de doenças e para impressionar o paciente, despertando-lhes a fé nas fórmulas mágicas, sempre acompanhadas de rituais dramáticos, e no remédio administrado” (Porter, 2004).



Figura 2.1- Pintura de feiticeiro na Gruta de Trois Frères
Fonte: Enciclopédia Britânica

A passagem do período Paleolítico para o Neolítico foi gradual e ficou conhecida como a Revolução Neolítica em função das inovações tecnológicas e da mudança radical no estilo de vida.

Segundo o autor, as principais alterações foram:

- A crosta terrestre aquece, aumentando o nível dos mares e resultando em alterações climáticas.
- Formam-se grandes rios e desertos, além de florestas temperadas e tropicais.
- Animais de grande porte desaparecem e dão origem à fauna que conhecemos hoje.
- A vida vegetal modifica-se, favorecendo a sobrevivência humana.
- Dão-se grandes conquistas técnicas do homem que, aliadas às transformações do ambiente, permitem ao ser humano controlar gradativamente a natureza.
- O homem aprende aos poucos a reproduzir plantas, domesticar animais e estocar alimentos.
- A agricultura e a domesticação de animais favorecem um sensível aumento populacional em algumas regiões.
- Ampliam-se as conquistas técnicas, como a produção de cerâmica.
- Os povos aprendem aos poucos como se organizar e trabalhar em sistemas cooperativos.

Com o desenvolvimento da agricultura o nomadismo foi abandonado e os grupos humanos se fixaram no território com a população crescendo rapidamente.

As pessoas abrigavam-se em cavernas ou choupanas feitas de galhos e cobertas de folhas. A sociedade era formada por pequenos clãs e a família já tinha alguma importância. Os homens dominavam o fogo, possuíam uma linguagem rudimentar. É possível encontrar nos sítios arqueológicos indícios de rituais funerários e do desenvolvimento das primeiras práticas de magia.

Com o tempo, desenvolveram técnicas de cultivo e começaram o armazenamento de alimentos. Desenvolveram também a cerâmica, a foice, o arado, a roda e a tecelagem, entre outras invenções importantes.

Com a evolução cultural, os seres humanos mudaram o ambiente de uma forma sem precedentes. O lixo começou a se acumular, as águas começaram a ficar poluídas. A domesticação dos animais, o domínio da agricultura, a criação

de assentamentos densamente povoados, a mudança no modo de vida gerou novos padrões de doenças.

Habitações permanentes, jardins e plantações são nichos para parasitas, insetos, roedores. Comida armazenada apodrece, atrai pestes, torna-se contaminada. Além disso, a produção de calorías por unidade de terreno é maior com a agricultura, levando a população a um aumento de seu consumo.

Porter (2004) admite, como Magner (1992), que o advento da agricultura trouxe junto o perigo das doenças infecciosas, trazendo para os humanos agentes patogênicos que eram exclusivos de animais. Porter dá alguns exemplos: a tuberculose e a varíola do gado bovino, as gripes, de porcos e aves, o sarampo, do gado e dos cães, etc.

Como essas populações explicavam as doenças? Como as tratavam?

Como o conhecimento sobre a natureza ainda era rudimentar, excetuando-se as causas óbvias, as demais permaneciam incompreensíveis, predominando o pensamento mágico. Segundo o autor, “Na medicina primitiva, o sobrenatural é envolvido em todos os aspectos da doença e da cura.... a mágica é essencial à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença”. Explicando a causalidade, “a doença que não tem uma causa imediata óbvia pode ser causada por fantasmas, espíritos, deuses, feitiçaria, bruxaria ou a perda de uma das almas especiais do indivíduo”.

Segundo Porter (2004), com o desenvolvimento do novo modo de vida ocorreu “a formação de comunidades mais organizadas e permanentes ... com seus dirigentes, suas leis e suas hierarquias sociais e, mais tarde, seus tribunais e funcionários. Entre outros ofícios e posições surgiram os especialistas na cura.”

Vários achados arqueológicos dessa época revelam a ação deliberada de homens no tratamento de doenças ou ferimentos.

Impressiona o relato do autor de que já existiam trepanações feitas com pontas afiadas de pedra e sílex e evidências de que os pacientes sobreviveram. É provável que tenham sido feitas para aliviar a dor, ou para epilepsia, ou expulsar um demônio.



Figura 2.2 - Crânio trepanado guardado no Museu Geológico de Lisboa
Referências: Ruy Vieira, História da trepanação craniana,
suplemento do jornal Notícias Médicas nº2835.

Trepanações foram encontradas em vários sítios arqueológicos Neolíticos, no Peru, Europa, Rússia e Índia. Portanto esse achado é muito disseminado para ser casual. Como explicar essa ocorrência em locais diversos na mesma época e por que eram feitas essas trepanações? Os achados sugerem curadores contemporâneos fazendo trepanações por motivos mágicos e razões práticas.

Evidências no Peru apontam seu uso para remoção de fragmentos ósseos ou aliviar a dor, aliviar a pressão do cérebro em casos de traumatismos cranianos. O ato era precedido da mastigação de folhas de coca pelo paciente e pelo cirurgião.

Outro achado interessante desse período é o de fosseis com indícios de fraturas de fêmur consolidadas e do uso de talas. O curador teria no começo intenção de curar ou apenas de aliviar a dor? Possivelmente os homens descobriram que imobilizar melhorava a dor e então, com o uso da tala, perceberam aos poucos que ajudava no tratamento.

Em resumo, na pré-história há uma mudança importante das condições e do modo de vida, o que modifica o perfil epidemiológico. Predomina a interpretação mística do processo saúde-doença e surgem as primeiras evidências de uma ação terapêutica praticada pelos homens que vão se

tornando, com o passar do tempo, indivíduos especializados em cura. Em seu arsenal terapêutico colecionam rezas, sacrifícios, plantas, instrumentos rudimentares com os quais executam alguns procedimentos cirúrgicos. A relação entre o curador e o enfermo é individual e não existem condições objetivas para a existência de hospitais.

Com a evolução da humanidade e o avanço no conhecimento do mundo natural e social, melhora o atendimento à saúde dos homens, mas não à custa da substituição do pensamento mágico. O mundo pré-histórico vai sendo substituído pelo mundo da antiguidade, com a medicina se estabelecendo nos templos e santuários.

A Medicina na Antiguidade

Mesopotâmia

Sumérios

Os registros mais antigos sobre a medicina foram localizados na Suméria, conhecida por ser o berço do desenvolvimento da escrita no IV milênio a.C. Lá foram encontradas placas de argila com o que foram considerados “tratados médicos completos”.

Os sumérios descreviam o sangue como fonte das funções vitais e o fígado como seu centro de distribuição. Ao fígado era atribuído o papel de berço da vida. Os sumérios acreditavam na astrologia e procuravam estabelecer a relação entre os astros, as estações do ano e a saúde humana (Margotta, 1996).

As causas das doenças podiam ser naturais como o frio, a poeira, o mau cheiro ou sobrenaturais como a possessão por demônios ou um castigo dos deuses. Doentes, os sumérios deveriam procurar um adivinho de onde era encaminhado para um sacerdote exorcista ou um sacerdote médico.

Eram então prescritos remédios preparados com substâncias vegetais, animais e minerais. Entre as substâncias minerais empregadas podemos citar o cloreto de sódio e o nitrato do potássio; do reino animal empregava-se, por

exemplo, o leite e a pele de serpente, etc. A maioria dos remédios era extraída dos vegetais.

Convém notar que essas práticas terapêuticas eram geralmente misturadas com fórmulas mágicas e encantamentos.



Figura 2.3 – Região dos primeiros registros encontrados sobre o atendimento médico
Fonte: <http://evolucaomedicina.blogspot.com.br/2009/12/medicina-na-mesopotamia.html>

A civilização suméria durou até cerca de 2350 a.C quando foi subjugada pelos acádios, povo de origem semita que conquistou a Suméria e participou da fundação do Império Babilônico.

Assírios e babilônios

Os assírios e os babilônios mantêm a mesma concepção que os sumérios. O aparecimento de doenças está relacionado com os pecados dos homens e da nação.

Segundo Morgotta “O rei do mundo demoníaco, deus da morte e da destruição, era Nergal. Sempre que ele visitava a humanidade era anunciado por Nasutar, o temível demônio das pestes” Nasutar, por sua vez, tinha demônios lacaios como o que produzia icterícia e o que produzia tuberculose, que tinham a função de punir a humanidade.

Como a população enfrentava esses demônios e recuperava sua saúde?

Campos (1965) afirma que textos médicos e paramédicos foram encontrados em milhares de peças de argila gravadas com escrita cuneiforme. Mais de um milhar dessas peças completas ou de fragmentos descrevem casos clínicos e terapêuticos ou estabelecem prognósticos. Encontram-se prescrições, formulários e até tratados, compostos de várias peças.

Cabia aos sacerdotes médicos praticar rituais de exorcismo e expiação para prevenir ou curar as doenças. Mas segundo relato do autor, os médicos assírios e babilônios usavam além desses rituais, uma grande variedade de remédios derivados de flores, folhas, frutas, raízes, órgãos de animais e mesmo minerais como o ferro, cobre e alumínio. Já as cirurgias eram praticadas por homens do povo.

Campos (1965), em sua obra *História e Evolução dos Hospitais* afirma que na Babilônia, a prática da medicina começou no mercado. Citando Heródoto, relata como se dava esse processo:

“Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fôra eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia.”

Com o tempo avolumaram-se os estudos médicos que ganharam importância e versavam sobre antídotos e preparados vegetais e minerais usados na terapêutica.

Para Campos (1965), a profissão médica foi estabelecida naquela região do planeta tendo grande significado o Código de Hamurabi (2.250 a.C.) que regulamentou o ato médico estabelecendo remuneração e punições.

Campos reproduz um trecho desse Código que exemplifica essa regulamentação:

“A abertura de um abscesso no olho com lanceta de bronze, por exemplo, custava 10 “shekels” de prata para os ricos, 2 a 5 para os pobres. Se o paciente falecia ou perdia o órgão visual era o operador severamente castigado: tinha sua mão cortada, no caso do cliente rico e, no caso de um escravo, era obrigado a dar-lhe substituto quando morria ou metade do valor da operação, ocorrendo a inutilização do olho”.

Magner (1992), que cita o mesmo trecho, afirma que essa regulamentação era para os cirurgões. Os casos de “medicina interna”, sendo causados por fatores sobrenaturais, deveriam ser tratados pelos sacerdotes médicos com encantamentos e não estavam sujeitos a essa regulamentação, uma vez que o insucesso de um tratamento era também atribuído a fatores sobrenaturais, como por exemplo, um castigo pelos erros cometidos.

A Medicina no Egito

O estudo das múmias bem preservadas é uma fonte importante de informações sobre as doenças e os costumes da civilização egípcia. Junto das múmias eram enterrados seus pertences e era preparado um documento escrito, o Livro dos Mortos com informações sobre o falecido. Com seu estudo foi possível identificar com razoável segurança, informações sobre as doenças mais frequentes na civilização egípcia. Foram encontradas informações sobre malária, anemia, doenças parasitárias, traumas, defeitos metabólicos e genéticos, pneumoconiose pelo vento com areia do deserto, tuberculose e outras (Magner, 1992).

Segundo os egípcios os seres humanos nasciam sadios, mas eram suscetíveis a causas naturais e sobrenaturais. O corpo era ameaçado por mudança de temperatura, espíritos, fantasmas, venenos, bruxaria, vermes ou insetos.

Como era a medicina? Heródoto relata que era altamente especializada, embora nem todos fossem especialistas. Estabelecia-se uma divisão de trabalho e havia um encaminhamento entre eles. Praticamente cada órgão tinha um deus. Os sacerdotes se especializavam em um órgão ou doença.

Campos (1965) apresenta a opinião de Heródoto:

“a medicina no Egito está subdividida de modo que cada médico cura apenas uma enfermidade; o país está repleto de médicos dos quais uns são médicos dos olhos, outros da cabeça, outros dos dentes, outros do abdome e outros também para as moléstias invisíveis”.

Segundo Ackerknecht (1968) três tipos de curadores são descritos nos documentos egípcios: médicos, exorcistas e sacerdotes de Sekhmet, estes últimos especializados no tratamento de problemas dos vasos sanguíneos.

Outra fonte de informações são os papiros, dos quais os de Ebers e o de Edwin Smith são os mais conhecidos. O papiro de Ebers, datado de 1550 a.C., guardado em Leipzig, contém 108 páginas com 25 linhas aproximadamente cada uma e 875 prescrições sobre afecções diversas. Contém doenças mais frequentes, medicação e encantamentos. O de Erwin ensina a tratar feridas, fraturas e luxações.



Figura 2.4 - Papiro de Ebers que trata dos tumores

Fonte: http://it.wikipedia.org/wiki/Papiro_Ebers#/media/File:Ebers7766.jpg

Como exemplo da medicina Egípcia dessa época, reproduzimos o tratamento da Pelada, publicado por Lefebvre, mas trazido por Sournia (1992):

“Remédio para conjurar a pelada: “Ó tu luminoso, que não mudas de lugar, aquele que combate a culpa, Aton, toma cuidado com aquele que se tornou senhor do cimo da cabeça.”

“Estas palavras devem ser ditas sobre: ocre amarelo, colo-quinta, alabastro, grãos chamados olho-do-céu e mel. Reduzir a uma massa e aplicar sobre a cabeça”

Magner (1992) afirma que parece ser no Egito a **origem dos templos de dormir**, onde se fazia a chamada incubação terapêutica, em que os sacerdotes médicos combinavam o uso de banhos, isolamento, silêncio, sugestões, água sagrada, etc. Os sacerdotes sabiam distinguir as causas naturais das sobrenaturais, mas agiam usando recursos naturais e encantamentos de forma associada. Estes templos parecem ser, portanto, **embriões dos futuros hospitais**.

Concluindo, duas observações importantes são trazidas por Ackerknech (1968): a primeira é que a medicina egípcia contém uma quantidade expressiva de empirismo, que era desconhecida nas sociedades primitivas, denotando o começo de uma teoria racional da doença e a segunda, que os papiros mais novos tem conteúdo mais mágico do que os antigos o que faz pensar que a medicina egípcia regrediu com o declínio de sua civilização.

A Medicina na Índia

Margotta (1996) aponta que a medicina indiana pode ser dividida em três períodos. O primeiro começa por volta de 1500 a.C, época em que os livros de Veda foram escritos, entre os quais o Ayurveda que trata especificamente da medicina.

Sigerist (1961) escreve que entre 2.000 e 1.000 a.C. as pessoas viviam em povoados em casas de madeira. A agricultura e a criação de gado eram as principais ocupações. As famílias produziam os têxteis, ferramentas, armas e o que mais precisasse de essencial. Faziam também o comércio. Os principais alimentos eram leite, manteiga, grãos e carne de carneiros, cabras, e às vezes, cavalos.

Como era a medicina naquela época? É nos livros religiosos que encontramos as pistas sobre a visão médica e sua prática. A medicina era um ofício e seus ensinamentos eram passados de pai para filho, de mestre para aluno e só apareceram em livros séculos depois.

A medicina védica era arcaica: combinação de concepção e atos religiosos, mágicos e práticos. As doenças eram uma punição dos deuses que atuavam diretamente ou através de demônios. O tratamento consistia em aplacar a fúria dos deuses ou lutar contra os demônios. Um homem podia ficar doente devido à bruxaria e poderia sarar por meios mágicos. Tinham também conhecimento de drogas e outros conhecimentos racionais conseguidos empiricamente.

O segundo período, chamado de bramânico, começou por volta do século IX a.C. e marcou o apogeu da medicina indiana na antiguidade. São desse período Charaka e Susruta, dois médicos cujas obras influenciaram por longo período a medicina indiana.

Segundo Campos (1965), do mesmo modo que entre os outros povos antigos, continuava-se, na Índia, a prática da medicina dos milagres e encantamentos contra os demônios causadores das moléstias. Progrediu, porém, a cirurgia, que o autor considera o elemento característico da arte médica da época.

No exercício da prática cirúrgica o profissional hindu revestia-se de cuidados higiênicos, tomando um banho diário, usando roupas brancas aparando as unhas e cabelos. Não conheciam a ligadura dos vasos, mas eram exímios em numerosas cirurgias, como os de amputação, excisão de tumores, remoção de hérnias, extração de catarata, cirurgia plástica etc. Dispunham de mais de uma centena de instrumentos cirúrgicos.

Foi no período bramânico que surgiram os primeiros hospitais da Índia, fortemente estimulados pelo budismo. Siddhartha Gautama, seu fundador, construiu hospitais e nomeou um médico para cada dez cidades.

Campos traz uma referência sobre hospitais anexos aos mosteiros budistas no ano de 543 a.C. Na área de influência do budismo existem também relatos da existência de hospitais no Ceilão por volta de 437 a.C. (Mac Eachern, 1949)

Mac Eachern em seu livro *Hospital Organization and Management* faz um relato bastante interessante porque dá uma ideia de como funcionavam os hospitais:

Os mais destacados dos primeiros hospitais da Índia oriental foram 18 instituições construídas pelo rei Asoka cerca de 226 a.C. Eles são historicamente significantes porque possuem características similares a aquelas do hospital moderno. Os atendentes eram ordenados a dar cuidado atencioso aos doentes, fornecer a eles frutas frescas e vegetais, preparar os medicamentos, fazer massagem e manter seu próprio pessoal limpo.

As concepções e práticas do primeiro e segundo períodos persistiram durante séculos e, de certa forma marcam sua presença até os dias de hoje. Passaram, porém, para segundo plano com o início do terceiro período que começou em 664 d.C. após a conquista muçulmana da Índia, que introduziu a medicina árabe no país.

A Era Clássica

Grécia

A primeira fonte sobre a medicina grega são os escritos de Homero. Em sua época a medicina era exercida por profissionais pagos e não se baseava na magia, mas com o tempo foi se tornando cada vez mais uma função dos sacerdotes e deuses gregos que passaram a ser identificados com a cura. Asclépios (conhecido no Ocidente com o nome latino Esculápio) é um exemplo: não se sabe se existiu realmente e foi deificado, mas diz a lenda que teve vários filhos dedicados à medicina entre os quais se destacaram Panaceia e Hygia.



Figura 2.5 - Esculápio

A história da medicina grega pode ser dividida em três períodos: anterior a Hipócrates, hipocrático e aristotélico.

Foi na primeira fase, que vem dos tempos primitivos até o surgimento do Hipócrates que floresceram os templos dedicados a Esculápio.

Margotta (1996) afirma que os primeiros santuários a Esculápio foram construídos em torno de 770 a.C. e daí em diante seu número cresceu rapidamente. Não foram o local exclusivo para tratamento. O atendimento por médicos leigos continuava e quando não dava bons resultados, os cidadãos procuravam os templos.

Os templos eram construídos em colinas, ao lado de florestas e de fontes de água mineral puríssima. Cada um destes santuários tinha um altar. Os serviços eram ministrados por sacerdotes médicos.

Campos (1965) descreve assim as atividades nesses templos:

As práticas eram impregnadas de misticismo e superstição. Os enfermos submetiam-se, fora do templo, a uma dieta severa, obrigatória. Deviam abster-se de vinhos e certas iguarias. Purificavam-se com banhos, massagens e unções, antes de lhes ser permitido transpor os umbrais do santuário. Ouviam a narração dos feitos de Esculápio, do sucesso das

medicações empregadas no templo. Sacrificava-se um animal, geralmente cabra ou galo, oferecido pelo enfermo para tornar favorável o espírito da divindade. Seguiam-se preces fervorosas e cânticos compostos, segundo Platão, por poetas ligados ao culto de Esculápio. Vestidos de branco, passavam os enfermos a se submeterem a um rito especial de "incubação", que os levava ao sono. Deitavam-se sobre a pele do animal sacrificado e esperavam a visita do sacerdote que transmitia de viva voz, se o paciente estava acordado ou em sonho, se estava dormindo, a sugestão para o tratamento médico. Se o enfermo recuperava a saúde este fato era atribuído a um milagre, se morria, isto ocorria por ser indigno de viver. Além dos medicamentos (sal, mel, águas minerais), os enfermos eram submetidos a fisioterapia (banhos) e ginasioterapia. Havia bibliotecas, salas para os visitantes, para os sacerdotes, para seus auxiliares.

Margotta (1996) conta que o enfermo ao sair deixava uma oferenda em dinheiro e seu nome, doença e tratamentos registrados em uma placa votiva.

Hipócrates foi sacerdote médico em Cós e segundo alguns autores, sistematizou esta biblioteca de casos clínicos que é considerada como a fonte principal de onde o pai da medicina extraiu os elementos para sua obra médica.

Segundo Margotta, apesar da influência crescente da medicina leiga essas práticas alastraram-se pela Grécia no século V antes de Cristo e ficaram em uso até os séculos IV ou V d.C a partir de quando esses cultos fundem-se aos cultos dos santos da era Cristã.

Hipócrates inaugurou no século V a.C. uma nova era na medicina. Sua importância foi tamanha que é considerado até hoje o pai da Medicina. Com ele a medicina grega passou a ter orientação científica e ética, sem contudo eliminar as influências filosóficas e mágicas.

Deixou uma obra extensa – 72 livros, em que abandonando a cura milagrosa, assenta as bases da medicina atual sobre o método indutivo, a inspeção e a observação.

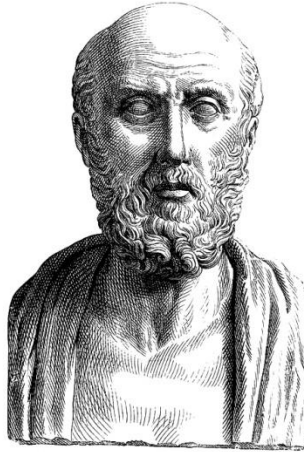


Figura 2.6 Hipócrates

Após a morte de Hipócrates houve uma tendência à estagnação e as doutrinas se transformaram em dogmas que influenciaram a prática médica por longo período na Idade Média.

Com Aristóteles continuaram os estudos de biologia e em sua época fundou-se Alexandria que teve grande importância no desenvolvimento do conhecimento na antiguidade. No período aristotélico ocorreram avanços importantes em anatomia e fisiologia. Nessa época muitos médicos gregos migraram para Roma e lá ajudaram a mudar a medicina.

Roma

A medicina dos primórdios de Roma era baseada em magia e religião. Segundo Pioreschi (2001), vários deuses romanos e gregos eram envolvidos na proteção contra doenças. O próprio Asclépios foi importado da Grécia e “naturalizado” com o nome de Esculápio embora houvesse em Roma uma resistência inicial contra os médicos gregos.

Vários nomes se destacaram na medicina romana, inclusive médicos gregos que migraram para Roma como Galeno, Sorano, Dioscórides, mas não serão objeto de atenção neste trabalho.

Abordaremos apenas os primeiros estabelecimentos que foram os embriões dos hospitais no Império Romano: os valetudinari e os asclepeions.

Os exércitos romanos exigiam cuidados médicos. Em certa época cada legião e cada navio de guerra possuíam o seu profissional. Os hospitais militares romanos tinham enfermarias que se comunicavam por corredores com um pátio central quadrangular. Possuíam cozinha e farmácia. Ruínas destas instituições romanas foram encontradas nas margens do Danúbio. Outras análogas foram observadas em Viena, na Suíça e na Alemanha.

Os “valetudinari” eram hospitais geralmente destinados a escravos. Um médico era encarregado dos cuidados profissionais. Outros valetudinários serviam os atletas, gladiadores feridos e mesmo às legiões militares, por meio de tendas dispostas junto aos acampamentos.

Os Asclepeions eram estabelecimentos nos moldes dos templos gregos e que eram utilizadas para tratamento de doentes. Em conjunto com os valetudinários **foram as primeiras organizações de assistência médica hospitalar na península itálica.**

Idade Média

A expansão do império romano e a intensificação do comércio trouxeram consigo grandes epidemias. Uma peste, provavelmente a varíola, matou cerca de cinco milhões de pessoas, um quarto dos habitantes das áreas atingidas, entre 165 e 180 d.C.

Como esta, várias epidemias ocorreram em todo o mundo colonizado de forma letal, quebrando as economias, arruinando nações durante séculos, impulsionadas pelo contato de populações contaminadas e populações suscetíveis. Milhões de pessoas morreram, populações foram dizimadas, um duro preço pago pelo processo migratório decorrente da expansão do comércio, da colonização de novos territórios.

Essas ondas de pânico e mortes ocorreram na Antiguidade, no mundo grego, em toda a Idade Média e continuam no mundo atual.

A primeira epidemia do Novo Mundo atingiu Hispaniola em 1493 e parece ter sido, segundo Porter (2004), a gripe suína trazida pelos porcos a bordo dos

navios de Colombo. A varíola chegou ao Caribe em 1518 em Hispaniola e de lá se espalhou para Porto Rico e Cuba. Em 1521 atingiu o México e matou metade dos astecas.

Durante séculos as epidemias vinham e iam embora sem que as populações tivessem qualquer meio efetivo de combate. Jenner descobriu a vacina contra a varíola no final do século XVIII e os antibióticos só foram descobertos no século XX.

Como era o atendimento médico nesse longo período da história da humanidade?

Segundo Porter (2004), o aparecimento de uma medicina secular veio com os médicos hipocráticos no mundo grego no século V a.C. e serviu para desacreditar os curandeiros tradicionais e os religiosos, promovendo teorias naturais sobre o processo saúde-doença e estimulando a busca por métodos terapêuticos também naturais. Os gregos podiam se tratar com médicos leigos ou procurar um dos templos de Esculápio. Havia essa opção, mas a morte de Hipócrates trouxe um recrudescimento das explicações místicas e dos tratamentos religiosos. Seus ensinamentos que eram embrião da medicina moderna tornaram-se dogma e foram repetidos de maneira acrítica por séculos afora.

Segundo Porter, com a cristianização do Império Romano, a medicina e a religião se fundiram e proliferaram os santuários cristãos de cura como na Grécia e da mesma forma que no mundo grego, cada órgão ou doença tinha um santo protetor e São Cosme e São Damião se tornaram os padroeiros da medicina.

Na verdade, de acordo com Campos (1965), “ocorreu esta circunstância com o paganismo; o politeísmo; o budismo, fundado no VI século antes de Cristo; o cristianismo; o maometanismo. Os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa. As seitas religiosas determinavam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, fossem construídas enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos”.

Segundo Porter (2004), após a conversão de Constantino, no século IV, surgiram hospitais gerais ligados a ordens religiosas. O decreto de Constantino em 335 depois de Cristo fechou as Asclepiéia e estimulou a criação dos hospitais cristãos (Campos, 1965).

Porter escreve que nos séculos medievais surgiram milhares desses hospitais gerais financiados por fiéis e dirigidos por monges e freiras. A maioria desses hospitais era de pequeno porte e de curta duração e tinham características totalmente diferentes do hospital da atualidade. Não eram essencialmente centros de cura, mesmo porque, como diz Porter, sua farmacopeia assemelhava-se a uma caixa de inutilidades. Sua função era acolher doentes, viajantes, mendigo e dar-lhes alimento, refugio e proteção.

Com o tempo, organizados por diferentes ordens religiosas foram sendo implantados hospitais desse tipo na Itália, França, Inglaterra, Alemanha.

É muito interessante a descrição que Campos (1965) traz e que foi estabelecida no Concílio de Aquisgrana:

O edifício devia ser colocado na vizinhança da catedral e dos conventos. Cada sala teria um altar. As camas dos enfermos seriam dispostas segundo uma posição capaz de permitir a observação dos ofícios divinos. Exigia-se uma grande importância para a capela e reserva de espaço para enterramento dos benfeitores e administradores da obra.

Castiglioni apud Campos conta que no ano de 1160 existiam sessenta instituições desse gênero somente em Bagdá.

Campos então transcreve um trecho do livro de Castiglioni que reproduzimos abaixo porque dá mais detalhes sobre a constituição desses hospitais:

“Optimos y perfectamente organizados eran los hospitales de Egipto. Los más célebres eran los de Bagdad, y muchos médicos de Persia y de España acudian a ellos para estudiar medicina: a menudo llevaban consigo nuevos medicamentos y preciosos escritos de medicina y de filosofía. Importa notar que desde los más antiguos tiempos era obligatorio para los estudiosos musulmanos hacer largos viajes y que la peregrinación a La Meca y a Medina, que los fieles debían emprender por los menos una vez en su vida, se ligaba a menudo con fines científicos.

Los hospitales estaban ya generalmente bien organizados: el de El Cairo, fundado en 1283, era considerado como ejemplar; había en el secciones especiales para heridos, para enfermos de los ojos, para febricitantes, en cuyas salas el aire se refrescaba con fuentes, salas para mujeres, cocinas, etc. El hospital era dirigido por un médico que tenía a otros médicos bajo su dependencia y cada día daba lecciones a los discípulos; había enfermeros de ambos sexos; una gran biblioteca y un orfanato estaban anexos al hospital, que formaba parte, como siempre en Oriente, de un conjunto de edificios erigidos en torno a la mezquita que constituía el centro. Los discípulos después de haber seguido las lecciones debían examinar antes médicos ancianos. Por consiguiente se puede considerar que, sin que se pueda hablar de una verdadera y propicia organización médica el ejercicio de la medicina se reservaba para aquellos que habían seguido un curso de estudios, aunque contemporaneamente, como ocurre hoy todavía, la medicina se venía ejerciendo abusivamente por empíricos y charlatanes”.

Durante toda a Idade Média os hospitais foram locais destinados aos pobres; os ricos se tratavam em casa. Eram tidos então como morredouros e não como locais dedicados à cura. Além do mais, como consequência da falta de conhecimentos e recursos eram bastante grandes as taxas de infecção hospitalar. Começou a crescer, portanto um questionamento: não estariam os hospitais disseminando as moléstias para a própria sociedade?



Figura 2.7 - Hôtel-Dieu (Hospital) de Beaune, França, Construído no século XV

Porter (2004) afirma que por volta de 1800, com o desenvolvimento de novas abordagens médicas, baseadas no exame clínico, na anatomia patológica e na estatística o hospital deixou de ser predominantemente um lugar de

caridade, assistência e convalescença e começou a se transformar na “usina médica” que veio a ser desde então.

Rosen (1979) afirma que à medida que as cidades europeias prosperavam e que a burguesia tinha riqueza e poder aumentados, as autoridades municipais tenderam a assumir o encargo das atividades da Igreja ou a suplementá-las. A partir do século XIII o hospital passou cada vez mais a estar sob direção secular e os monges e freiras foram deslocados das funções de direção e passaram a atuar como enfermeiros.

A formação da Medicina hospitalar moderna

Para concluir este capítulo vale a pena trazer a síntese feita por Foucault (1982).

Para esse autor, o hospital como instrumento terapêutico data do final do século XVIII. O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era concebido para curar. Houve, de fato, na história dos cuidados médicos no Ocidente, duas séries não superpostas: as séries médica e hospitalar. Para Foucault o hospital, nessa época, não é uma instituição médica e a medicina é uma prática não hospitalar.

Antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, de acolhimento, cuidados, mas também de exclusão daqueles que poderiam colocar em risco a saúde das pessoas e da sociedade. Foucault fala que o personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente, mas o pobre que está morrendo, a quem se tinha a obrigação, por caridade, de dar os últimos cuidados e a extrema-unção. Cumprindo essa missão quem trabalhava nos hospitais esperava conseguir sua própria salvação, O mesmo se pode dizer de setores enriquecidos que ajudavam a financiar esses estabelecimentos.

A medicina e a formação dos séculos XVII e XVIII eram individualistas e se davam fora do hospital. Com os baixos recursos terapêuticos a cura era, como diz Foucault, um jogo entre a natureza, a doença e o médico que tinha um papel de prognosticador e aliado da natureza contra a doença. O hospital e medicina permanecem separados até meados do século XVIII.

A transformação dos hospitais se deu em primeiro lugar em resposta aos efeitos negativos do hospital. Era verdade que as taxas de mortalidade hospitalar eram elevadas e isso era decorrente entre outras coisas, da desorganização e da distribuição racional dos espaços. Era comum encontrarem-se camas de internação coletivas, doentes infectados com não infectados, câmaras insalubres com pequeno volume de ar, falta de ventilação, etc. Era preciso mudar a imagem dos hospitais que eram considerados locais reservados para morrer e compensar o investimento feito por doadores civis.

Outra razão a considerar pode ser inferida do fato de que a reforma hospitalar começou com os hospitais da marinha. Descobriu-se que os hospitais situados próximos aos portos eram usados para guardar contrabando e, portanto se fazia necessário um maior controle de quem internava, porque internava e além do mais era sobretudo necessário cuidar da saúde das forças militares treinadas e equipadas a partir do final do século XVIII e começo do século XIX..

Outro fator não menos importante foi o desenvolvimento das ciências ocorrido no período e o crescente avanço da secularização do atendimento hospitalar que acompanhou o crescimento e o fortalecimento da burguesia.

Esse conjunto de fatores criou um cenário favorável à uma mudança de qualidade na organização dos hospitais.

Os monges e freiras deixaram as funções de direção e o poder foi deslocado para os médicos; introduziu-se a disciplina e o controle facilitados pelo uso dos registros médicos e da estatística hospitalar. Estudou-se e reorganizou-se os espaços, com definição de cubagem de ar para cada leito, iluminação, ventilação, disposição dos leitos, separação de doentes, proibição do leito coletivo, etc.

A formação da moderna medicina hospitalar, portanto, deveu-se à reorganização do espaço e à transformação que ocorreu na época do saber e da prática médica. A partir de então o hospital passa a ser um instrumento de cura. A abordagem mística não desapareceu continuando a existir de formas e intensidades diferentes dependendo do local, dentro e fora dos hospitais. Continua viva na cabeça da população de forma diferente dependendo do país,

região, idade, gênero, classes sociais. A diferença é que a hegemonia e o comando do hospital deslocaram-se para os médicos e rapidamente está se deslocando para empresários, médicos ou não, cujo objetivo principal já não é mais a cura dos pacientes, mas a realização do lucro.

Capítulo 3

Os primeiros hospitais no Brasil e a formação da rede hospitalar brasileira

Quando Cabral chegou ao Brasil em 1500, trouxe consigo navegadores experientes como Bartolomeu Dias e Nicolau Coelho, cerca de mil e quinhentos tripulantes entre soldados, frades franciscanos e outros. Acompanhava a expedição o físico Mestre João, o primeiro médico a pisar em território nacional. Cabral vinha representando os interesses da burguesia comercial que se fortalecia em Portugal, com o objetivo de descobrir e conquistar fontes de riqueza e estabelecer novas rotas comerciais. (Holanda, 1976).

Foram recebidos com desconfiança, mas sem hostilidade pelos indígenas. Trocaram presentes e estabeleceram o primeiro contato com uma civilização até então, ao que parece, intocada.

Pero Vaz de Caminha, escrivão da armada, fez o relato do primeiro encontro das duas civilizações em uma longa e detalhada carta a D.Manuel e concluiu bem impressionado:

Parece-me gente de tal inocência que, se nós entendêssemos a sua fala e eles a nossa, seriam logo cristãos, visto que não têm nem entendem crença alguma, segundo as aparências. E portanto se os degredados que aqui hão de ficar aprenderem bem a sua fala e os entenderem, não duvido que eles, segundo a santa tenção de Vossa Alteza, se farão cristãos e hão de crer na nossa santa fé, à qual praza a Nosso Senhor que os traga, porque certamente esta gente é boa e de bela simplicidade. E imprimir-se-á facilmente neles qualquer cunho que lhe quiserem dar, uma vez que Nosso Senhor lhes deu bons corpos e bons rostos, como a homens bons. E o Ele nos para aqui trazer creio que não foi sem causa. E portanto Vossa Alteza, pois tanto deseja acrescentar a santa fé católica, deve cuidar da salvação deles. E prazera a Deus que com pouco trabalho seja assim!

.....
Esta terra, Senhor, parece-me que, da ponta que mais contra o sul vimos, até à outra ponta que contra o norte vem, de que nós deste porto houvermos vista, será tamanha que haverá nela bem vinte ou vinte e cinco léguas de costa. Traz ao longo do mar em algumas partes grandes barreiras, umas vermelhas, e outras brancas; e a terra de cima toda chã e muito cheia de grandes arvoredos. De ponta a ponta é toda praia... muito chã e muito formosa. Pelo sertão nos pareceu, vista do mar, muito grande; porque a estender olhos, não podíamos ver senão terra e arvoredos — terra que nos parecia muito extensa.

Até agora não pudemos saber se há ouro ou prata nela, ou outra coisa de metal, ou ferro; nem lha vimos. Contudo a terra em si é de muito bons ares frescos e temperados como os de Entre-Douro-e-Minho, porque neste tempo d'agora assim os achávamos como os de lá. Águas são

muitas; infinitas. Em tal maneira é graciosa que, querendo-a aproveitar, dar-se-á nela tudo; por causa das águas que tem! Contudo, o melhor fruto que dela se pode tirar parece-me que será salvar esta gente. E esta deve ser a principal semente que Vossa Alteza em ela deve lançar. E que não houvesse mais do que ter Vossa Alteza aqui esta pousada para essa navegação de Calicute bastava. Quanto mais, disposição para se nela cumprir e fazer o que Vossa Alteza tanto deseja, a saber, acrescentamento da nossa fé!
(http://educaterra.terra.com.br/voltaire/500br/carta_caminha.htm).

Deixaram então os dois degredados nas terras recém-descobertas e seguiram a viagem com determinação de tomar posse daquela terra e domesticar aquela gente anexando-os ao território ultramarino de Portugal.

Nos anos seguintes várias expedições foram feitas, mas a colonização só se acelerou com o regime das capitanias hereditárias. Como chegavam os colonizadores?

Gurgel e Lewinsohn (2010) trazem um trecho dos Lusíadas, descrevendo a presença de escorbuto em longas viagens entre os tripulantes dos navios:

E foi, que de doença crua e feia,
A mais que eu nunca vi, desampararam,
Muitos a vida; e em terra estranha e alheia
Os ossos para sempre sepultaram
Quem haverá que, sem o ver, o creia?
Que tão disformemente ali lhe incharam
As gengivas na boca, que crescia
A carne e juntamente apodrecia?
Apodrecia co'um fétido e bruto
Cheiro, que o ar vizinho infeccionava:
Não tínhamos ali médico astuto,
Cirurgião sutil menos se achava:
Mas qualquer, neste ofício pouco instrutivo,
Pela carne já podre assim cortava
Como se fora morta; e bem convinha,
Pois que morto ficava quem a tinha.

Segundo as autoras, o progresso tecnológico que permitiu a construção de caravelas não foi acompanhado de boas condições de estocagem de água e alimentos a bordo e, dessa forma a era dos descobrimentos coexistiu com a má qualidade de higiene e saúde. Além do mais a saúde dos marujos já era

frequentemente precária na hora do embarque, uma vez que eram recrutados entre as camadas mais pobres da população.

Havia em Portugal na época das grandes navegações uma crise social com grande instabilidade o que levava à existência de uma população urbana marginalizada e faminta. Os camponeses expulsos das terras encontravam nas navegações uma oportunidade de sair da miséria. Os recrutados, portanto, tinham uma chance grande de serem desnutridos e doentes.

As viagens eram muito longas durando meses no mar e a alimentação era deficiente em vitamina C. As autoras trazem o relato de Jean-Pierre Kernéis:

Vasco da Gama deixou Lisboa em 8 de julho de 1497 com três caravelas. Dentro de 11 meses, após sete etapas horrendas e tendo sacrificado 120 de seus 160 marujos ao escorbuto, foi o primeiro a alcançar Calcutá no Oceano Índico. No dia 20 de setembro de 1519 Magalhães partiu ... com cinco caravelas; após 38 meses em alto mar, descobriu o Estreito que recebeu o seu nome; 247 dos seus 265 tripulantes foram vitimados pelo escorbuto.

O problema da higiene nos navios era grave. A água era armazenada em toneis de madeira que apodreciam, tornando-se uma fonte potencial de infecções gastro intestinais. Havia restrição aos banhos, à lavagem de roupa, o que favorecia o aparecimento de doenças de pele e de ectoparasitoses. Pratos e talheres não eram lavados e passavam de mão em mão.

As más condições de higiene associadas à má nutrição eram acompanhadas de elevadas taxas de morbidade e mortalidade e ao risco de contágio das populações indígenas suscetíveis a microorganismos até então inexistentes no território nacional.

Gurgel e Lewinsohn (2010) sugerem a probabilidade de ter ocorrido a bordo em várias expedições, casos de febre tifóide, variola, sarampo, difteria, caxumba, escarlatina, coqueluche, tétano e tuberculose. Eventualmente os tripulantes traziam a peste bubônica.

Os recursos de saúde presentes nas embarcações dependiam da importância das missões. Eram frequentes as viagens que contavam apenas

com um **barbeiro sangrador**, que por falta dos outros profissionais acabava assumindo toda a assistência médica da tripulação. Daí a importância das boticas de bordo que eram essenciais nas grandes travessias.

O encontro e a miscigenação desses colonizadores com a população nativa disseminou doenças como a varíola, para as quais não havia nenhuma imunidade prévia, frequentemente com resultados desastrosos. Do encontro das duas civilizações ocorreu uma mudança do perfil epidemiológico da população indígena e a exportação para a Europa de doenças antes desconhecidas.

Atenção à saúde nos primeiros anos de colonização

Para os índios a doença era resultante de um castigo ou provação. Na época do descobrimento nossos índios sofriam de parasitoses intestinais, dermatoses, afecções do aparelho respiratório como pneumonias, diarreias, febres inespecíficas, bócio, boubá, entre outras (Santos Filho, 1973). Sofriam também ferimentos causados por acidentes ou pelo contato com animais e outros índios.

O pajé, um misto de sacerdote, feiticeiro e curador, era o especialista nos cuidados à saúde. Ele ouvia, examinava, diagnosticava e fazia o tratamento que era uma mistura de procedimentos mágicos e substâncias extraídas das plantas. Quando era procurado por alguém doente, fazia uma anamnese com perguntas sobre o problema de saúde, palpava, chupava o local inflamado ou dolorido e pronunciava palavras mágicas. Costumava também usar fumaça para incensar o doente. Enfim, criava um espetáculo para impressionar os doentes e em seguida prescrevia seu tratamento (Santos Filho, 1977)

O pajé era temido e respeitado. Vivia isolado e treinava o seu sucessor. Era uma figura proeminente, detentor de grande poder e influenciava todas as decisões importantes na tribo. Por essa razão foi alvo de campanha cerrada de difamação por parte dos colonizadores, em especial pelos padres jesuítas a partir de 1540 quando foi fundada a Ordem da Companhia de Jesus.

Quanto aos brancos que aqui chegavam eram tratados nos navios e se necessário, nos primeiros anos eram acolhidos em casas particulares. Não existiam serviços de assistência médica. Os primeiros médicos vieram por iniciativa própria e se instalaram em cidades litorâneas por um período curto até que, por falta de condições, mudavam de cidade e depois para outra, em busca de melhores condições de trabalho. Ganhavam pouco e muitos voltavam para Portugal (Soares, 2001).

Esses médicos, chamados **físicos**, eram formados em escolas de medicina, mas tinham uma formação eminentemente teórica. Vieram também outros profissionais que atuavam em Portugal: o **cirurgião** que podia fazer amputações, reduzir fraturas e luxações, lancetar abscessos e tumores; o **barbeiro** que tinha autorização para arrancar dentes, sangrar e aplicar ventosas com uma indicação formal de um físico ou um cirurgião e por último o **boticário** que formulava medicamentos e os dispensava.



Figura 3.1 - Cirurgião fazendo cirurgia em domicílio.
Fonte: Revista FAPESP



Figura 3.2 - Barbeiro. Aquarela de Debret

Esses profissionais tinham que ter autorização para atuar, mas como os recursos eram muito limitados, com frequência as atuações se misturavam e nem sempre trabalhavam legalizados (Soares, 2001).

A oferta de profissionais e serviços de saúde só aumentou com a fundação da Companhia de Jesus em 1540 por Inácio de Loyola num contexto em que a Igreja Católica havia elaborado um projeto de cristianização com o objetivo de deter o movimento protestante (Calainho, 2005).

Os primeiros jesuítas chegaram em 1549. Aportando, imediatamente criavam uma escola, uma enfermaria e uma botica anexas. Alguns eram físicos, outros cirurgiões ou barbeiros, mas muitos aprendiam por aqui, com a prática.

Para os jesuítas, a doença era consequência do pecado ou artimanha do demônio e a cura dependia da vontade divina e mais importante eram os sacramentos.

As **boticas** eram instalações modestas onde os missionários distribuíam os medicamentos gratuitamente, salvo para os de melhor condição financeira. Eram dirigidas pelos inacianos, que se encarregavam também da distribuição dos medicamentos entre as boticas.

A atuação dos jesuítas tinha, portanto, um imperativo religioso, ideológico e uma motivação política. Viabilizar a colonização exigia ganhar a simpatia das populações indígenas e quebrar a influência dos pajés nas tribos.

Na opinião de Calainho,

Além de trabalharem incansavelmente na difusão da fé cristã, os jesuítas também foram uma grande âncora da saúde na colônia, atestada pela vastíssima documentação das correspondências que mantiveram com seus irmãos em Portugal e no Brasil. Alguns deles vinham de Portugal já formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta, João Gonçalves ou Gregório Serrão. Outros, em meio a obras e cartas, onde comentavam sobre a natureza colonial, dedicaram várias páginas à descrição de ervas e plantas curativas, inaugurando os primeiros escritos sobre a farmacopéia brasileira.

Os jesuítas foram os responsáveis pela assistência médica no século XVI no Brasil e nesse período enfrentaram grandes desafios como as epidemias de variola, que começaram em 1559 e devastaram a população. Em 1662 matou mais de 30 mil pessoas no litoral do Espírito Santo. Nas aldeias jesuíticas a perda foi de um terço.

Viotti (2012) em sua dissertação de mestrado conta que “Toda sorte de febres, disenterias, tétanos, bexigas, sarampos, males de Luanda e de Lázaro, pleurisias, obstruções, maculos ou achaques de bicho, fraturas, bronchoceles, tifos, tracomas, icterícias, infecções e tantas outras doenças foram corriqueiras e, em grande medida, fatais nos primeiros séculos de existência da colônia, acometendo do escravo ao governador” e os recursos de saúde existentes no Brasil eram limitados aos pajés para os índios, às enfermarias e boticas instaladas pelos jesuítas e aos físicos e cirurgiões barbeiros vindos de Portugal ou formados empiricamente no Brasil. Pouquíssimos eram os físicos formados na Europa e não os havia formados em nosso país, uma vez que era proibido o ensino universitário na colônia.

Por essa razão, importante papel tiveram os jesuítas, que até o século XVIII permaneceram em nosso país catequizando e tratando da saúde dos habitantes da colônia. Não foram suficientes e isso pode ser confirmado pelo surgimento das Santas Casas de Misericórdia, a partir de 1543 com a fundação da Santa Casa de Santos por Brás Cubas.

Os jesuítas cuidaram dos corpos e das almas, utilizando-se da farmacopeia lusa e descobrindo medicamentos oriundos de sua experiência com os povos indígenas do Brasil. Sua atuação, por essa razão, sofreu forte oposição pelos físicos formados nas universidades em Portugal. Viotti relata que em 1772 foi escrito um tratado com o objetivo de listar os malefícios da ação dos jesuítas onde era possível ler:

[...] a mesma Universidade [de Coimbra] foi tão admirada na Europa até o ano de mil quinhentos e cinquenta e cinco, no qual os denominados jesuítas, depois de haverem arruinado com os Estudos Menores com a ocupação do Real Colégio de Artes, em que toda a nobreza de Portugal recebia a mais útil, e louvável educação, passaram também a destruir os outros Estudos Maiores com o mau fim.

A crítica dos homens da ciência não foi apenas contra os religiosos. Ela se dirigiu também contra os homens e mulheres que praticavam uma medicina empírica. Não obstante essas contradições, a atenção à saúde em nosso país durante todo o período da descoberta até meados do século XVIII foi realizada pelos jesuítas e pelos físicos, cirurgiões barbeiros e boticários que existiram em nosso país e os casos que demandavam internação eram tratados nas enfermarias dos jesuítas ou nas poucas Santas Casas instaladas nos moldes existentes em Portugal.

O Surgimento das Santas Casas

A primeira Santa Casa foi fundada em 1543 por Brás Cubas em São Vicente com colaboração de moradores. Outras misericórdias foram surgindo: Salvador em 1549, Espírito Santo em 1551, Olinda e Ilhéus na década de 1560, Rio de Janeiro em 1582.

Para se ter uma ideia mais clara dos fundamentos que nortearam as Santa Casas é importante conhecer seus compromissos estruturantes. Faziam parte de sua missão as **sete obras espirituais**: ensinar os simples, dar bons conselhos a quem pede, castigar os que erram, consolar os desconsolados, perdoar aos que injuriaram, sofrer injurias com paciência e rezar pelos vivos e pelos mortos; e **sete obras corporais** – remir os cativos, visitar os presos, curar

os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos (Santos Filho,1977).

As Santas Casas eram, portanto, um lugar antes de tudo para bem morrer. Sua função principal era acolher os pobres, peregrinos e doentes. Seguiam os preceitos da Igreja Católica e estavam em conformidade com o movimento de criação de hospitais na Europa. Os ricos preferiam ser tratados em casa e isso só se reverteu depois das mudanças ocorridas no século XIX quando o hospital se transformou num instrumento de cura.

Durante todo o período do descobrimento ao começo do século XX esse foi o modelo de assistência médica implantado no Brasil.

No século XVIII surgiram os primeiros hospitais militares e hospitais de isolamento para hansenianos. É possível encontrar também relatos de enfermarias de outras ordens religiosas em conventos, mas com pequena expressão. Alguns grandes fazendeiros chegaram a custear 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.

Santos Filho (1973) conta que do ponto de vista epidemiológico o quadro nosológico do século XIX é parecido com o dos séculos anteriores e 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 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, também, 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 começam a instalar salas de cirurgia. Até então quase todos os atos cirúrgicos eram realizados em casa, sem anestesia. O autor relata que a

primeira cirurgia com anestesia do Brasil foi realizada com éter em 1847 no Hospital Militar do Rio de Janeiro. E ainda continuariam a ser feitas sem anestesia por muitos anos e também sem assepsia, uma vez que ainda não tinham sido feitas as descobertas que fundaram a bacteriologia.

Os hospitais para doentes mentais surgiram 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. Ainda no século XIX instalaram-se pequenos hospitais chamados Casas de Saúde, de propriedade de médicos e por eles administrados, mas que tiveram pequena expressão no período.

Do século XX aos dias atuais

O início do século XX é marcado por acontecimentos de grande importância na conjuntura internacional que tiveram desdobramentos internos na vida do país.

O primeiro deles diz respeito ao desenvolvimento **do capitalismo que desde o final do século XIX entra em sua fase monopolista** com a concentração do capital e a formação de trustes e cartéis. O desenvolvimento desigual típico da sociedade capitalista impõe a necessidade de uma redistribuição de mercados, territórios, zonas de influência. O colonialismo antigo, fundado na ocupação de territórios dá lugar ao neocolonialismo, com o domínio político e econômico baseado na aliança com as classes dominantes locais.

O segundo fator importante, e consequência do primeiro, foi a **Primeira Guerra Mundial**, no período de 1914-1918 em que milhões de vidas se perderam num conflito organizado para redividir o mundo.

O terceiro foi a **Revolução Russa de 1917** que lançou uma nova perspectiva para os povos colonizados de todo o mundo. Surgiram em vários países, inclusive no Brasil, partidos comunistas que organizaram movimentos de massa e pressionaram por melhores condições de vida.

O quarto fator, **a grande crise mundial** que viveu o mundo capitalista nos anos de 1929/30.

Por último, também de grande importância, pode ser relacionada a perda da hegemonia da Inglaterra e sua substituição pelos Estados Unidos como principal potência mundial (Basbaum,1997).

Esse conjunto de eventos modificou profundamente a conjuntura internacional, com reflexos diretos na conjuntura interna de nosso país.

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. Crescia nas cidades uma nova burguesia industrial vinculada ao capital financeiro, bem como as camadas médias e uma 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, que marcou a substituição da Inglaterra pelos Estados Unidos e da burguesia agrária pelo capital financeiro.

Esses primeiros 30 anos do século XX, segundo Basbaum foram anos de relativo progresso causado pela abolição da escravatura, ampliação do mercado interno, a industrialização estimulada pela guerra, a ampliação do mercado internacional do café.

Além dessas alterações vale destacar a fundação do Partido Comunista, a Semana de arte de 1922, a revolta de Canudos em 1897, a revolta do Forte de Copacabana em 1922 e a de São Paulo em 1924 que deu origem à coluna Prestes.

A população aumentou devido a um crescimento vegetativo e a imigração de italianos, portugueses e outros povos de uma Europa em crise atraídos pelo crescimento do mercado de trabalho na cafeicultura, Ocorreu também no período uma urbanização acelerada. O município de São Paulo, por exemplo, aumentou sua população 10 vezes no período de 1890 a 1920 (Basbaum, 1997).

Segundo Braga (1981) a saúde torna-se uma questão social nesse período com a economia cafeeira jogando um papel essencial.

Desse ponto de vista, para as classes dominantes, os problemas da saúde passam a ser:

- Endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos que surgem no processo de acumulação cafeeira;
- A estratégia de atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado, tendo em vista a escassez relativa de mão-de-obra e as condições de reprodução da força de trabalho.

Com isso são tomadas medidas para sanear o meio ambiente, concentradas nas grandes cidades e naquelas por onde se dava o escoamento da produção de café.

No começo do século passado o país sofria epidemias de cólera, febre amarela, varíola, febre tifoide, tuberculose e peste bubônica. Por essa razão Rodrigues Alves investiu em obras de saneamento do Rio de Janeiro e foram tomadas medidas de combate à malária. Em 1904 foi promulgada a lei da vacinação obrigatória contra a varíola e em 1908, Oswaldo Cruz iniciou o combate à febre amarela.

A política de saúde da época dava uma resposta às grandes epidemias e endemias, mas sua aplicação se restringia aos locais relacionados ao setor agroindustrial do café. Era, portanto, subordinada ao imperativo da acumulação de capital. Não havia nenhuma política proposta de organização de serviços de saúde voltados ao atendimento do indivíduo doente.

Como forma, a assistência à saúde continuava a ser feita nos moldes predominantes do século XIX e a assistência hospitalar era prestada majoritariamente pelas Santas Casas de Misericórdia e de maneira pontual em outras entidades filantrópicas ou Casas de Saúde privadas.

Muitos autores colocam o surgimento da Previdência no Brasil no ano de 1923, embora possam ser encontradas iniciativas localizadas na época do

Império. A implantação da Previdência é consequência de mudanças estruturais e conjunturais do país e ao mesmo tempo marca um momento de inflexão para o início de nova fase, de novo modelo da assistência médica.

Segundo Fleury e Oliveira (1986), vários fatores contribuíram para o surgimento da Previdência no Brasil.

O boom da economia cafeeira e as crises de superprodução que sofreu criaram a necessidade e as condições para a modernização da infraestrutura de transportes e de exportação. Por outro lado, os excedentes gerados na cafeicultura foram aplicados na diversificação do parque industrial, com fortalecimento de uma burguesia industrial de pensamento liberal em oposição ao pensamento conservador das classes dominantes da República Velha.

Junto com essa burguesia cresce e se fortalece uma classe operária composta em grande medida de trabalhadores estrangeiros o que explica nas palavras desses autores “que de maneira tão precoce, o nascimento de uma massa trabalhadora urbana no Brasil encontrasse formas de expressão tão agudas na política”.

Segundo os autores,

Os últimos anos da década de 10 correspondem ao auge da movimentação política das classes trabalhadoras na Primeira República. Sucedem-se as greves, que agora extrapolam o âmbito restrito de uma dada fábrica ou um dado ramo, para assumir também o caráter de greves gerais, como em 1917 no Rio e São Paulo, e em 1919 em São Paulo. Manifestações públicas de massa tornam-se comuns, em torno a temas que vão desde a alta dos preços até eventos políticos internacionais. Em 1918 os anarquistas chegam a desencadear um movimento insurrecional, no Rio de Janeiro, que visava o próprio Catete.

Os anos 20 são de grande instabilidade, o que traz para a ordem do dia a discussão das questões sociais ganhando importância o atendimento das demandas populares. Naquela conjuntura era importante fazer concessões às classes trabalhadoras de modo a reduzir as tensões sociais.

A Previdência Social e a Assistência Médica no Brasil

Em 1923, a reforma Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública e buscando ampliar a cobertura do atendimento à saúde. Essas medidas não foram efetivas com a responsabilidade sobre o saneamento e combate às doenças permanecendo em nível local.

É desse ano a promulgação da Lei Elói Chaves que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mudando as regras da previdência no Brasil. As CAPs previam os seguintes benefícios: assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral.

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.

Note-se que nos anos 20, como apontam Oliveira e Fleury, a Previdência Social era de natureza fundamentalmente privada, com o Estado permanecendo fora do sistema.

Em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde composto por dois departamentos, um de Educação e outro de Saúde. Em 1934 são criadas várias diretorias e serviços como a Diretoria de Assistência Hospitalar. É a partir desse momento que se pode identificar um relativo avanço da atenção a saúde para o interior do país.

Com a revolução de 30 muda a correlação de forças no país. Segundo Braga 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 recorte nacional.

Inserese 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.

No plano internacional, o período pós-segunda guerra mundial até meados dos anos 70 se caracterizou pela implantação dos Estados de Bem-Estar Social nos quais a saúde constituiu-se numa dimensão relevante. Para Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), grande parte dos países europeus reconhece a saúde como um direito de todos e implanta sistemas de saúde baseados nesse princípio, mas que se fundamentam na expansão da oferta de serviços com base num modelo centrado no atendimento hospitalar. Essa observação é bastante interessante porque demonstra que as transformações que ocorreram em nosso país nesse período não foram isoladas, mas fazem parte de uma reorganização política e econômica em nível mundial e estão relacionadas com o processo de acumulação de capital no setor de tecnologias duras na área da saúde.

Para esses autores, o desenvolvimento de novas tecnologias pelo esforço de guerra, a especialização e a construção de hospitais trouxeram considerável desenvolvimento à medicina, mas por outro lado foram responsáveis por grande aumento dos custos da assistência à saúde.

No final dos anos 70 a situação econômica difícil leva os governos a tomar medidas racionalizadoras na organização dos sistemas de saúde, à críticas ao modelo hospitalocêntrico e à promoção da Conferência de Alma Ata em 1978 e lançamento da proposta de “Saúde para todos no ano 2000”.

No Brasil, 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 (2003), 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 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.

Segundo Braga 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.

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 resposta à crise e com o sentido de expandir a cobertura assistencial e dar maior racionalidade administrativa, em 1966 foram extintos os IAPs e criado o INPS. A centralização da previdência gerou uma grande quantidade de recursos financeiros nas mãos do governo federal o que permitiu a implantação de uma política de privatização da assistência com o financiamento em larga escala para a 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.

Até meados dos anos 80 houve grande crescimento da demanda e ampliação acentuada da cobertura. Nesse período ocorreram importantes especialização e incorporação de tecnologias médicas, além de esvaziamento do papel filantrópico das Santas Casas (Ribeiro, 1993).

Sintetizando, com Braga, desde a criação da previdência mas particularmente após a segunda guerra mundial, foram ocorrendo modificações importantes nos institutos, com uma expansão acentuada da cobertura médica previdenciária acompanhada do agravamento da situação financeira. Com a intensificação do consumo de tecnologias de ponta, o centro da assistência médica deslocou-se para os hospitais.

As principais características desse modelo de acordo com Braga foram:

- financiamento com dependência crescente da arrecadação previdenciária;
- assistência cada vez mais prestada por instituições privadas;
- atendimentos centrados nos hospitais, com uso intensivo de equipamentos, fármacos e mão de obra especializada;
- cresce a importância da indústria de equipamentos e fármacos, aumentando a dependência externa.
- Alto e nem sempre racional consumo de tecnologias de ponta
- O setor saúde cresce muito mais rápido que o restante da economia.

Esse conjunto de fatores leva o sistema de saúde a uma crise com a previdência falida, hospitais endividados, população e profissionais da saúde descontentes. Tratava-se, portanto, de uma conjuntura em que todos queriam mudar.

Paim (1986), citando Teixeira, afirma que essa situação gerava contradições no próprio interior do Estado porque não era possível continuar a atender ao crescimento da demanda devido aos custos, não era possível controlar os custos devido a corrupção e não era possível fazer o planejamento e a racionalização do sistema já que os serviços estavam nas mãos da iniciativa privada. Não obstante essas contradições, o governo federal criou em 1981 o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) com representantes dos Ministérios, das Empresas e dos trabalhadores das Indústrias, do Comércio e da Agricultura e do Conselho Federal da Medicina com o objetivo de estudar e propor soluções para a assistência à saúde no âmbito da previdência, que acabou gerando o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, em 1982.

Em 1983 começam a ser implantadas as Ações Integradas de Saúde ainda sob o Governo Figueiredo e a partir de 1984 se espalham por todo o país. Em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foi criado por decreto e como estratégia de transição para a implantação do Sistema Único de Saúde e que iniciou a transferência para os Estados e Municípios dos serviços e estruturas de saúde ligados à Previdência. Em 1988 é criado o SUS que começa efetivamente a ser implantado a partir de 1990 com as Leis Orgânicas da Saúde.

Não faremos neste capítulo a discussão sobre o Sistema Único de Saúde e este tema só será abordado nos capítulos subsequentes de forma articulada com a questão central deste trabalho, os Hospitais Universitários. A história da implantação do SUS tem sido assunto de inúmeros trabalhos, inclusive de grande número de teses e dissertações da área de saúde coletiva.

Capítulo 4

O setor hospitalar brasileiro na atualidade

Em seu pronunciamento na mesa de abertura da 8ª. Conferência Nacional de Saúde o Doutor Carlyle Guerra de Macedo, Diretor – Geral da Organização Pan-Americana de Saúde assim se manifestou:

Neste País, em nosso País, não temos razões de estar orgulhosos com aquilo que temos feito com relação à saúde de nosso povo. Os modelos que adotamos ao longo de nossa história têm se manifestado ineficientes, incapazes de, inclusive, dar respostas mínimas aos problemas mais elementares. A ineficiência e fracasso dramaticamente se expressam nisso que hoje a consciência social do País considera dívida social acumulada com relação à saúde. Dívida social que se expressa na marginalização de quase 40% de nossos concidadãos; dívida social que se expressa em sofrimento e em mortes evitáveis com o conhecimento e a tecnologia que estão à nossa disposição.

De modo otimista, podemos estimar que pelo menos 300 mil brasileiros ainda morrem, cada ano, por causas e problemas que poderiam ser perfeitamente evitáveis se tão-só fossemos capazes de utilizar eficientemente os recursos de que dispomos hoje.

.....

Por isso é necessário mudar; por isso é necessário transformar, e a transformação necessária se pode expressar nisso que universalmente todos os povos e todos os governos do mundo unanimemente aceitaram como uma meta e como uma doutrina: saúde para todos.

.....
Companheiros e companheiras, será a reorganização dos serviços de saúde apenas mais um discurso dos muitos que temos tido, no processo histórico de desenvolvimento desses serviços neste País? Será a pretensão de levar saúde para todos em condições de equidade apenas uma utopia? Eu diria que não. Diria que é possível – e é possível na medida em que cada um de nós e todo o povo se comprometa e se dedique, cada um de nós se prepare para mobilizar os recursos que este País tem, que nossa sociedade tem, e utilizá-los adequadamente.....

Passados vinte e nove anos daquela histórica Conferência qual o balanço da implantação do SUS? Conseguiu-se caminhar na direção da meta de saúde para todos? Como evoluiu a atenção hospitalar? A reorganização dos serviços de saúde teve resultados concretos ou foi mais um discurso entre tantos como perguntava Carlyle em seu pronunciamento?

A literatura sobre o assunto é vasta. Menicucci (2009) fazendo um balanço de 20 anos do SUS afirma que sua implementação tem sido repleta de ambiguidades, avanços e dificuldades. A autora atribui à viabilidade política um peso fundamental na definição desse quadro, destacando um contexto nacional e internacional conservadores aliado à baixa mobilização popular que se seguiu após os primeiros anos de redemocratização. Aliado a isso aponta as restrições financeiras que funcionaram como um freio, limitando a ampliação dos serviços de saúde.

Segundo a autora, a reforma da saúde não conseguiu incorporar todos os cidadãos à assistência pública e nem romper com o padrão segmentado dos serviços de saúde. Nosso sistema, além de ser dual é alicerçado em grande parte nos serviços privados que se organizam com um propósito e uma lógica diferentes dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Apesar dessas restrições, entretanto, a autora reconhece que o sistema público vem se institucionalizando e que seu impacto na população é substancial destacando a ampliação da cobertura e do acesso, a implantação de novas

formas de gestão mais democráticas, a implantação da Estratégia de Saúde da Família, de redes regionais de serviços.

Outro artigo interessante foi publicado online na revista Lancet em maio de 2011 por Paim et al. em que os autores analisam o sistema de saúde brasileiro. Após uma discussão cuidadosa os autores concluem que nos últimos 20 anos houve avanços na implementação do SUS, como um processo de descentralização, ampliação do acesso para grande parte da população, cobertura universal de imunização e assistência pré-natal, expansão de recursos humanos e produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos no país. Como desafios os autores apontam a necessidade de reformular a estrutura de financiamento, a negociação dos papéis público e privado e a alteração do modelo assistencial para adequar ao novo perfil epidemiológico. Concluem que em última instância os desafios são políticos.

Outro trabalho que merece destaque é o relatório do Banco Mundial intitulado “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde”, publicado em 2013.

Após discutir as questões: “a construção do SUS transformou o sistema de saúde brasileiro?” e “a construção do SUS levou a melhores resultados?”, os autores concluem:

Nos últimos 20 anos, o Brasil observou melhorias impressionantes nos resultados da saúde, com reduções drásticas nos indicadores mortalidade infantil e aumentos na expectativa de vida. De igual importância é o fato de que as disparidades geográficas e socioeconômicas passaram a ser bem menos pronunciadas. Há bons motivos para se acreditar que as mudanças no SUS tiveram um papel importante nesse processo. A rápida expansão do atendimento no nível da atenção primária, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, contribuiu para a mudança dos padrões de uso do SUS, com uma parcela cada vez maior de primeiras consultas ocorrendo nos postos de saúde e em outras unidades de atenção primária. Também houve um crescimento geral na utilização dos serviços de saúde e uma redução na parcela de famílias que relatam problemas no acesso ao atendimento médico especializado por motivos financeiros. Em suma, a construção do SUS alcançou, pelo menos parcialmente, os objetivos de acesso universal e equitativo à assistência à saúde.

O que aconteceu com o setor hospitalar? Até que ponto mudaram suas características nesses anos de implantação do SUS?

A mídia tem veiculado constantemente notícias bastante preocupantes em relação aos hospitais anunciando o descontentamento da população, dos profissionais da saúde e dos gestores hospitalares. Têm sido frequentes as notícias de pacientes que morreram sem conseguir uma vaga para internação, denúncias de corrupção, de hospitais falindo, profissionais da saúde sem receber os salários, etc.

No dia 05/01/2015 o Jornal O Globo publicou uma longa matéria sobre a situação das Santas Casas e hospitais filantrópicos no Brasil, que respondem por 40% do atendimento SUS e detém cerca de 50% dos leitos públicos. A manchete do jornal é alarmante:

“Santas Casas e hospitais filantrópicos do país têm dívidas de pelo menos R\$17 bilhões. Apesar de Ministério da Saúde afirmar que elevou repasses, o valor do débito cresceu seis vezes nos últimos nove anos; atendimento está prejudicado”

Entrando na matéria, o Jornal traz as seguintes informações:

- 1- A Santa Casa de São Paulo suspendeu as consultas e cirurgias em 19 de dezembro de 2014 por tempo indeterminado. Atrasou o pagamento de funcionários e perdeu o serviço de limpeza por falta de pagamento da empresa terceirizada;
- 2- O Hospital São José de Criciúma informou que a partir do dia 22 de dezembro de 2014 só atenderia emergências;
- 3- A Santa Casa de Lagoa Santa, na região metropolitana de Belo Horizonte estava fechada desde abril de 2014;
- 4- A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas estima que cerca de 1700 dos 2100 hospitais associados operam no vermelho. A queixa é em relação aos valores da tabela de procedimentos. Segundo o presidente da entidade o déficit anual é de 5,1 bilhões.

Continuando a matéria, o jornal traz outras informações: em 2009 a Controladoria Geral da União encontrou falhas em licitações, superfaturamento, conluio entre empresas, equipamentos adquiridos, mas não encontrados, em 28 contratos firmados com seis Santas Casas.

Ouvindo o outro lado, o jornal anuncia que o Ministério da Saúde reconhece que a tabela de procedimentos está defasada e alega que vem fazendo reajustes. Segundo a matéria o Ministério afirma que os repasses cresceram 57% em quatro anos e que em 2014 essas entidades receberam 13,6 bilhões de reais. O principal reforço destina-se a um plano de incentivo, que representa 30% do total de verbas e está fora da tabela SUS. O MS alega que já reajustou cerca de mil procedimentos e implantou o PROSUS, programa de fortalecimento das Santas Casas, de outubro de 2013, que prevê a quitação dos débitos tributários dos hospitais que ampliem o atendimento. A estimativa é que os débitos somem mais de 15 bilhões de reais.

Outra notícia impactante sobre a situação das Filantrópicas do Rio Grande o Sul foi veiculada pelo jornal Zero Hora, de Porto Alegre, no dia 27 de fevereiro de 2015, como pode ser observado pela manchete e pelo olho da matéria:

“Santas Casas apelam para reunião com Sartori antes de paralisação”

“Sem o pagamento de recursos devidos pelo governo estadual, hospitais filantrópicos podem restringir atendimentos. Dívida de 2014 seria de R\$ 255 milhões, segundo Federação das Santas Casas.”

Esses dois exemplos são antes a regra que a exceção. Uma pesquisa mais cuidadosa vai revelar um quadro de grandes dificuldades por que passam nossos hospitais. O que aconteceu? Depois de 27 anos da promulgação da Constituição de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde, como explicar a crise dos serviços hospitalares?

O documento “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira”

No ano de 2004 o Ministério da Saúde publicou um importante documento intitulado “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira” contendo um

balanço rápido, porém bem estruturado da atenção hospitalar no Brasil em que fazia uma análise da situação naquele momento e discutia um pouco seus determinantes, e concluía com uma postulação de diretrizes gerais a serem seguidas na reformulação do sistema hospitalar brasileiro.

Segundo os autores do documento, o país possuía 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.

Para o Ministério da Saúde existia uma crise real no sistema de atendimento hospitalar brasileiro, mas que não podia ser atribuída somente a questões financeiras. Existiam também outras dimensões que precisavam ser valorizadas na discussão desse assunto como aspectos políticos, organizacionais (internos e externos), assistenciais, de formação profissional e aspectos sociais.

Para os autores 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.

Segundo o documento os fatores determinantes daquele quadro existente em 2004 eram os seguintes:

- 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.

A correção e a atualidade dessas conclusões podem ser verificadas pelas tabelas e gráficos apresentados a seguir.

Características do Setor Hospitalar Brasileiro

La Forgia e Couttolenc (2009) dividem o setor hospitalar em três subsetores: hospitais públicos federais, estaduais ou municipais; hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS e privados não financiados pelo SUS.

Analisando-se a tabela 4.1 pode-se observar que em dezembro de 2014 67,8 dos hospitais eram privados. Pode-se notar também a pequena expressão dos hospitais federais que se concentram na região sudeste e são representados em grande parte por hospitais de ensino de maior porte.

Tabela 4.1 – Estabelecimentos hospitalares no Brasil segundo Regiões e Esfera Administrativa, Frequência e porcentagens nas linhas. Dezembro de 2014.

Região	Federal		Estadual		Municipal		Privadas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Norte	9	1,9	87	18,3	126	26,6	252	53,2	474	100,0
Nordeste	22	1,2	198	11,0	620	34,5	957	53,3	1.797	100,0
Sudeste	41	1,8	152	6,7	293	12,9	1.782	78,6	2.268	100,0
Sul	18	1,6	34	3,1	192	17,6	846	77,6	1.090	100,0
Centro-oeste	10	1,3	28	3,5	240	30,3	513	64,9	791	100,0
Total	100	1,6	499	7,8	1.471	22,9	4.350	67,8	6.420	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Outra constatação interessante é a distribuição dos hospitais municipais que representam, no total, 22,9% dos estabelecimentos, com um peso maior no Nordeste (34,5%), no Norte (26,6%) e Centro-oeste (30,3%) e menor nas regiões mais desenvolvidas.

O contrário acontece com os hospitais privados que tem concentração maior nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 4.2 – Estabelecimentos hospitalares no Brasil segundo Regiões e Esfera Administrativa. Frequência e porcentagens nas colunas. Dezembro de 2014.

Região	Federal		Estadual		Municipal		Privadas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Norte	9	9	87	17,4	126	8,6	252	5,8	474	7,4
Nordeste	22	22	198	39,7	620	42,1	957	22,0	1.797	28,0
Sudeste	41	41	152	30,5	293	19,9	1.782	41,0	2.268	35,3
Sul	18	18	34	8,8	192	13,0	846	19,4	1.090	17,0
Centro-oeste	10	10	28	5,6	240	16,3	513	11,8	791	12,3
Total	100	100,0	499	100,0	1.471	100,0	4.350	100,0	6.420	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A Tabela 4.2 nos dá a distribuição com porcentagens nas colunas o que nos permite visualizar as seguintes informações: 41% dos hospitais federais estão no Sudeste, 42,1% dos municipais estão no Nordeste e 40,5 das privadas estão no Sudeste. Os Estaduais tem maior expressão no Nordeste e Sudeste.

Essa distribuição é coerente com o modelo misto de nosso sistema de saúde e com o histórico da constituição de nossa rede hospitalar. Ou seja, o capital privado com estímulo financeiro do Estado foi se instalando nas regiões

mais ricas, com maior potencial de realização do lucro e reprodução do capital, enquanto nas regiões mais pobres o poder público, especialmente o municipal, foi implantando pequenos hospitais de baixa eficiência e eficácia.

A Tabela 4.3 detalha a distribuição dos hospitais segundo a população dos municípios. Como se pode observar 50,3 % dos hospitais estavam localizados em municípios até 30.000 habitantes em 2004.

Como já foi abordado, além da frequência, esses hospitais estão em geral sob gestão municipal, são de pequeno porte, com baixa tecnologia incorporada, funcionando quase sempre com baixa taxa de ocupação e pequena resolutividade.

Tabela 4.3 – 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.

A Tabela 4.4 traz mais argumentos para a caracterização dessa realidade.

Tabela 4.4 - Frequência de hospitais no Brasil, por faixa de leitos, em março de 2012.

Faixa de leitos	Unidades	Unidades acumuladas	%	% Acumulada
1 a 4	2908	2908	34,0	34,0
5 a 30	2410	5318	28	63
31 a 50	1220	6538	14	77
51 a 100	1050	7588	12	89
101 a 150	397	7985	5	94
151 a 200	209	8194	2	96
201 a 300	188	8382	2	99
301 a 400	60	3442	1	99
401 a 500	25	8467	0	100
Maior que 500	35	8502	0	100

Total	8502	100
-------	------	-----

Fonte: Relatório de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Ano de 2012

Chama a atenção nesta tabela a menção a 2908 estabelecimentos com até 4 leitos. Trata-se provavelmente de unidades mistas com leitos de observação e não propriamente unidades hospitalares. Mesmo assim o Ministério da Saúde nos informa que 77% dos leitos, de observação ou internação estão em unidades de até 50 leitos, o que é considerado pela maioria dos autores, inviável economicamente. Esse, portanto, é um primeiro aspecto a considerar: por sua estrutura, trata-se de uma unidade que não tem viabilidade econômica por falta de escala, ou seja, por maior que seja o faturamento, ele não compensa a despesa fixa necessária para manter um hospital funcionando. Nasce então dependendo do subsídio do Estado, seja dos governos municipais, estaduais ou federal ou mesmo do apoio da comunidade.

Pelo porte e pela produção 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 acabaram 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 manutenção de gestores competentes.

Esse quadro, entretanto, é estático. O diagnóstico não é novo. Já estava presente nas discussões sobre a crise da medicina previdenciária e na raiz do movimento sanitaria. Vinte e sete anos de SUS alteraram o atendimento hospitalar no Brasil? É necessário analisar os dados ao longo do período.

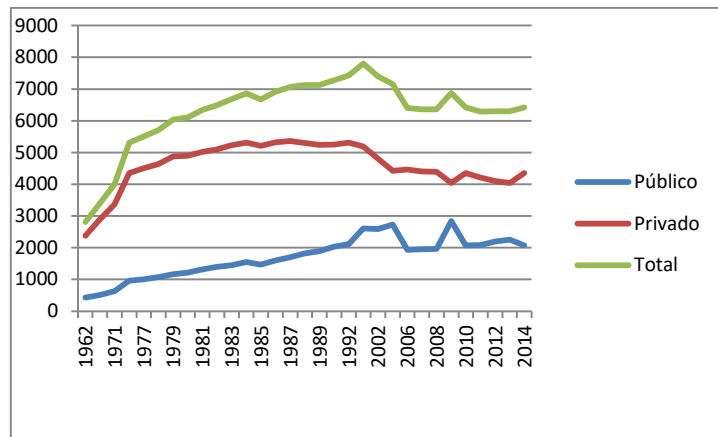


Figura 4.1 - Estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa. Brasil, 1962 a 2014. Fonte IBGE até 2009; de 2010 em diante, CNES-Datasus.

A Figura 4.1 mostra a evolução do número de estabelecimentos com internações no Brasil, no período de 1962 a 2014. Pode-se observar um rápido aumento do número até meados dos anos 70, à custa principalmente dos estabelecimentos privados. Nesse período os públicos também aumentam, mas em taxas menores. Esse padrão de crescimento é decorrente da política de saúde dos primeiros anos de governos militares que buscava a expansão de cobertura mediante o financiamento da iniciativa privada. Havia crédito disponível a juros baixos e em alguns casos a juro zero, o que levou ao fortalecimento do modelo hospitalocêntrico que enfrentamos até os dias de hoje.

Scorel (2008) caracteriza esse primeiro período como sendo de grande reestruturação do aparelho de Estado com aumento dos investimentos na infraestrutura e diminuição dos gastos com políticas sociais favorecendo a acumulação capitalista. Com a situação política interna domesticada, o capital estrangeiro entrou no país de forma a dar suporte ao crescimento econômico acelerado. Esse período ficou conhecido como o do milagre econômico em que o PIB cresceu 10% ao ano, mas que teve como companhia o endividamento externo.

No campo da Saúde em 1966 criou-se o INPS que unificou todos os IAPs e concentrou todo o poder político e financeiro nas mãos do governo federal. Foi uma medida também racionalizadora, mas não alterou o foco da atenção à saúde até então centralizada na previdência social. A partir daí o INPS priorizou a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos próprios e tornou-se o

grande comprador de serviços privados de saúde remunerando por Unidades de Serviços, o que mais tarde viria a ser considerado fator incontrolável de corrupção.

Oliveira e Teixeira (1986), analisando esse período citam três formas de implantação dessa política: o financiamento a juros bem baixos com recursos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), o Credenciamento de serviços privados pela Previdência Social e o Convênio com empresas para prestação de serviços médicos, modelo que levou ao desequilíbrio financeiro.

O ano de 1974 foi marcado pelo início da administração de Ernesto Geisel que tomou posse se comprometendo com uma distensão lenta e gradual e tomou medidas retificando o rumo da previdência e da saúde. Por essas razões 1974 é considerado o início de um novo período. Nesse ano foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e já a partir de 1976 é possível identificar no discurso e nas medidas de governo o reconhecimento da crise no setor saúde.

De acordo com Escorel a partir de 74 a previdência social manteve as mesmas características do período anterior, passando, entretanto a sofrer as consequências da contradição entre a expansão da cobertura e a compra de serviços do setor privado.

Voltando à Figura 4.1 a curva dos estabelecimentos públicos mantém um crescimento bastante regular até meados dos anos 2000, a partir de quando os valores oscilam em torno de valores próximos a 2000, mas é preciso fazer a ressalva de que utilizamos para esse período dados de outra fonte (CNES).

Já a curva dos estabelecimentos privados sofre uma mudança na inclinação em meados dos anos 70 passando a crescer mais lentamente até meados dos anos 80. A partir daí se estabiliza até o início dos anos 2000 quando sofre nova inflexão e começa a diminuir mantendo essa tendência até o final do período estudado.

Essas alterações no número de estabelecimentos são acompanhadas por mudanças no número de leitos e internações

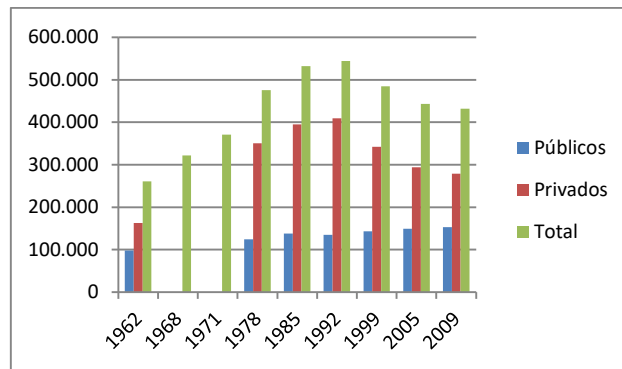


Figura 4.2 - Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa. Brasil - 1962/2009.

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.

Quando se olha, entretanto, o número de leitos por 1000 habitantes (Figura 4.3), 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.

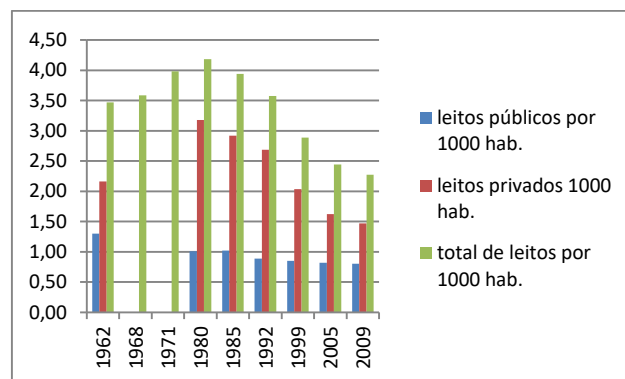


Figura 4.3 - Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por mil habitantes e por esfera administrativa. Brasil - 1980/2009.

Como explicar esse fenômeno? Em primeiro lugar a expansão da cobertura em atenção primária teve reflexos positivos nas condições de saúde da população e conseqüentemente na demanda aos serviços de saúde. Apesar de ser elevada a internação por doenças sensíveis à atenção primária à saúde o aumento das internações por casos de alta complexidade sugere que ocorreu

um encarecimento das internações causado pela mudança do perfil dos doentes (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 - Número de internações por nível de complexidade para o Brasil, no período de 2008 a 2014

Ano	Média Complexidade		Alta Complexidade		Total
	f	%	f	%	
2008	10.268.666	95,6	474.925	4,4	10.743.591
2009	10.608.013	95,3	520.796	4,7	11.128.809
2010	10.795.575	95,1	562.390	4,9	11.357.965
2011	10.654.070	94,4	627.501	5,6	11.281.571
2012	10.432.003	94,0	660.586	6,0	11.092.589
2013	10.470.891	93,5	726.269	6,5	11.197.160
2014	10.313.627	93,2	758.620	6,8	11.072.247

Esse aumento das internações de alta complexidade ocorreu em todas as regiões do país como pode ser verificado no gráfico abaixo sendo maiores os valores das regiões Sul e Sudeste.

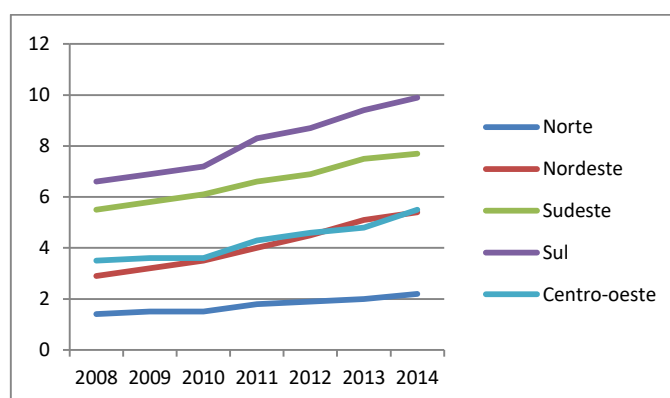


Figura 4.4 - Porcentagens de internações por alta complexidade segundo regiões do Brasil no período de 2008 a 2014.

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 do número de leitos, esse crescimento não tem acompanhado o aumento populacional.

Quando se analisa o número de leitos por 1000 habitantes segundo macrorregiões do país (Figura 4.5) 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. Pode-se observar que é nas regiões mais desenvolvidas, com maior presença da iniciativa privada que ocorre uma diminuição mais acentuada do número de leitos.

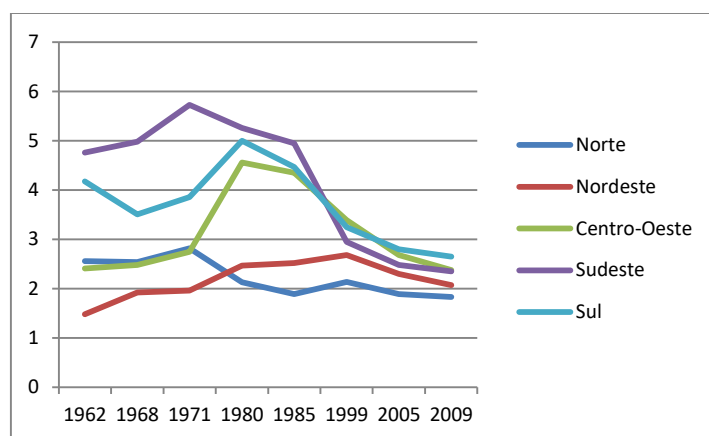


Figura 4.5 - Leitos por 1.000 habitantes segundo macrorregiões. Brasil, 1962 a 2009.

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.

A Figura 4.6 apresenta o número de internações no período de 2008 a 2014 para os hospitais públicos e privados, mostrando que a partir de 2013 o setor público já ultrapassa o privado. A Figura 4.7 apresenta os dados de internações para cada 100 habitantes por regiões do país.

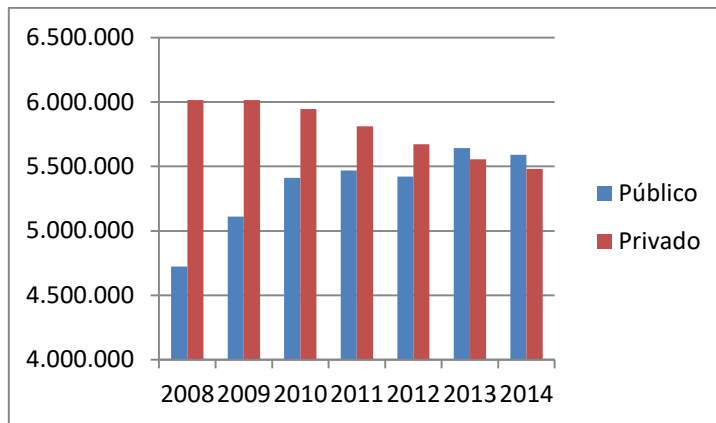


Figura 4.6 - Internações por regime publico ou privado no período de 2008 a 2014

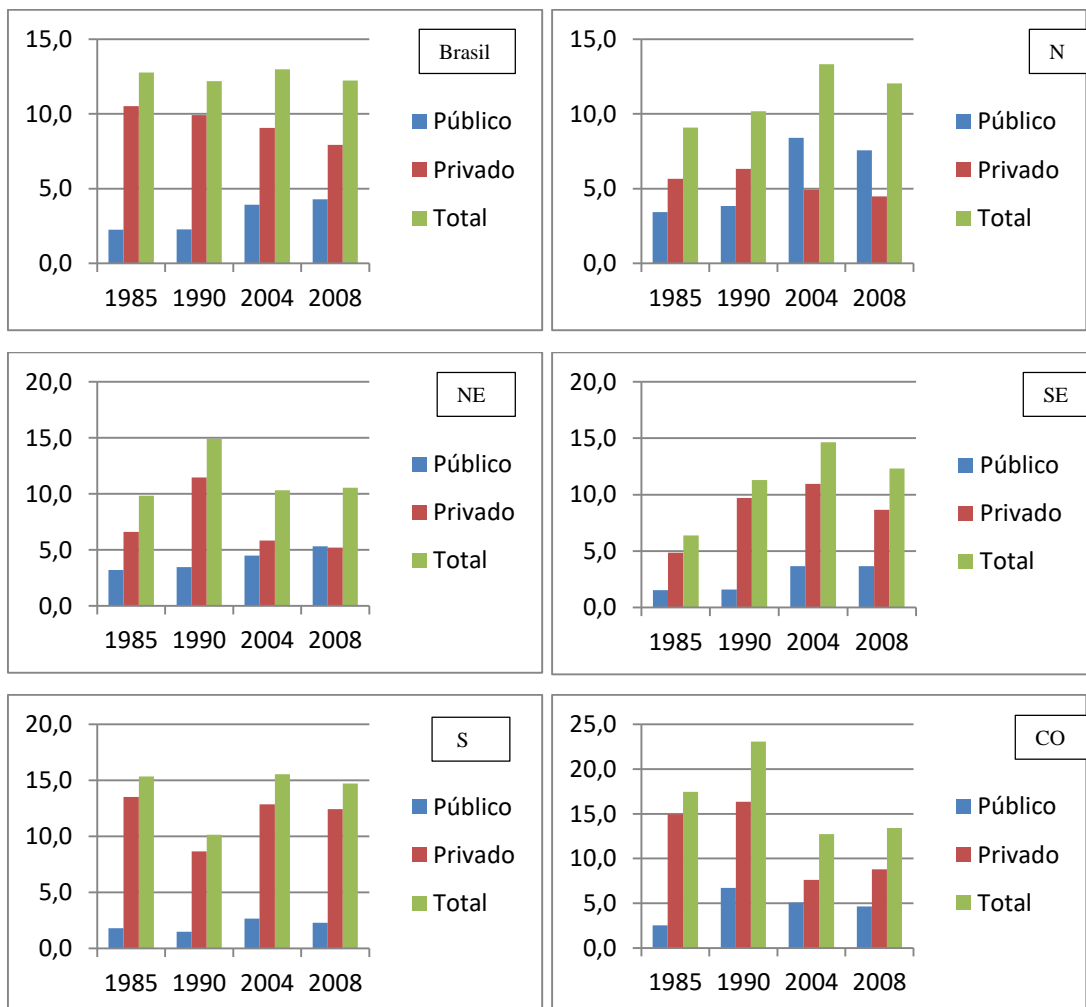


Figura 4.7 - Internações por 100 habitantes segundo esfera administrativa por regiões e para o país. Brasil, período de 1985 a 2008.

A Figura 4.8 apresenta a evolução das internações privadas em todo o país. Note-se que essas porcentagens caem em todas as regiões.

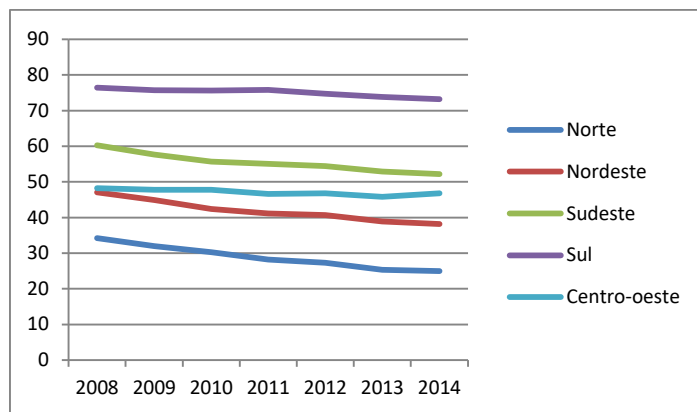


Figura 4.8- Percentagens de internações privadas por regiões, no período de 2008 a 2014

Por último, a Figura 4.9 traz a evolução das internações em valores absolutos por regiões e por esfera administrativa, para o período de 2004 a 2014.

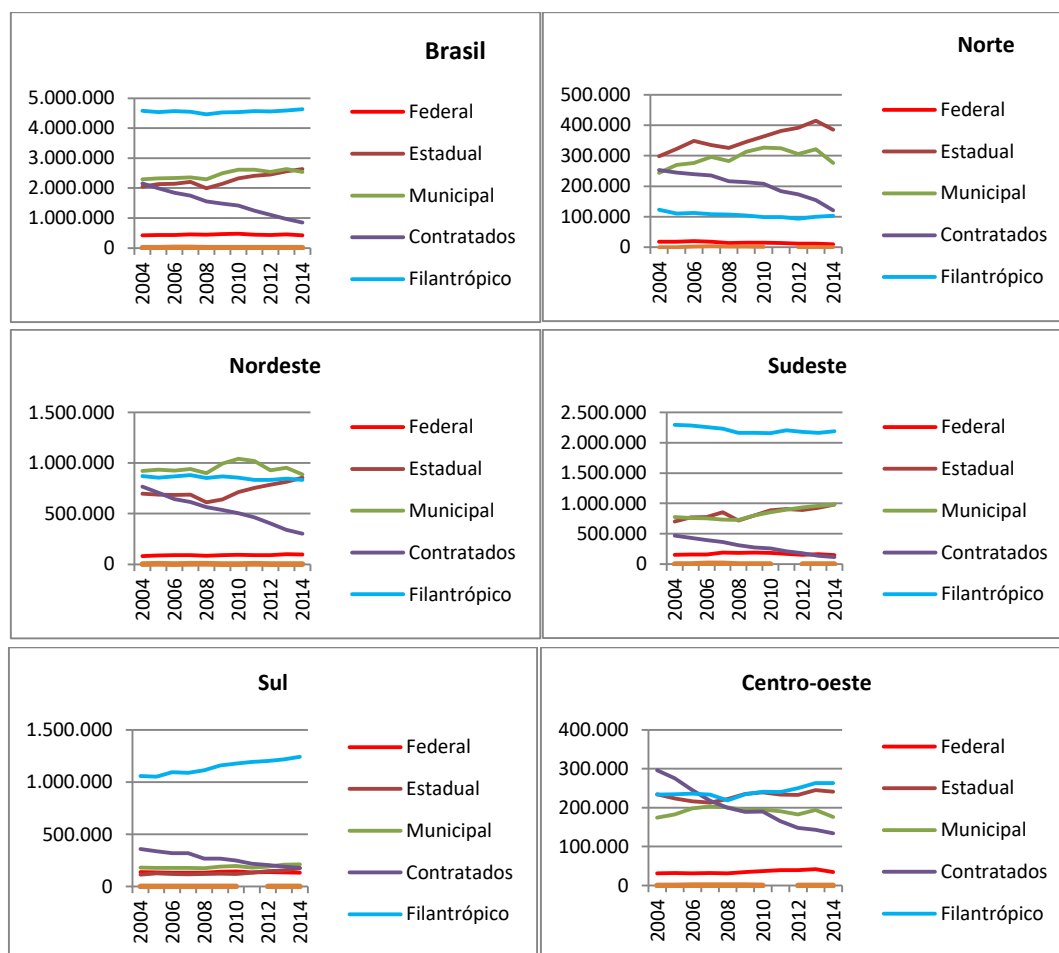


Figura 4.9 – Internações por regiões e esfera administrativa em valores absolutos. Período de 2004 a 2014.

A situação atual do atendimento hospitalar no Brasil e os relatórios mais recentes sobre a atenção hospitalar.

Os relatórios de gestão do Ministério da Saúde dos anos de 2011, 2012 e 2013 demonstram as medidas tomadas em relação aos Hospitais Universitários, aos Filantrópicos, Hospitais de Pequeno Porte e os Privados contratados pelo SUS.

Esclarecedoras são as conclusões do relatório de 2013 que trazemos em suas próprias palavras:

“A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de unidades bastante heterogêneas do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões sul e sudeste do país.”

“Há uma diversidade acentuada entre os hospitais brasileiros conveniados ao SUS, no que diz respeito à sua origem, tamanho, complexidade e desenho institucional. Soma-se a isso o fato de que a atenção hospitalar vem passando por profundas mudanças.”

Como se pode concluir, os problemas são semelhantes aos encontrados nos primeiros anos de implantação do SUS.

Apesar dos avanços na implantação do SUS, o modelo hegemônico em nosso país é ainda 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 lógica capitalista da economia em geral.

Segundo o documento 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.

Para seus 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 ...”

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 “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.”

Com esse diagnóstico e essa concepção, o Ministério da Saúde anuncia a publicação da Portaria GM/MS 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Segundo as palavras do relatório,

“As diretrizes contidas nessa política tratam dos eixos de atenção à saúde; gestão para a ampliação do acesso e qualidade da atenção nos hospitais; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento, contratualização de hospitais e responsabilidades dos gestores na PNHOSP. Trata-se de um conjunto de diretrizes que deverão balizar a gestão do conjunto de hospitais hoje existentes no SUS, a elaboração de diagnóstico da forma de atuação e papel da atenção hospitalar na rede de atenção, além do desenho de um Plano Diretor da Atenção Hospitalar no SUS.”

“Busca-se reorganizar a Atenção Hospitalar no SUS, fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, primar pelo uso racional de recursos, incorporar tecnologias em saúde e qualificar os processos de trabalho, para garantia do cuidado integral com resolutividade, em rede, e com participação social e transparência.”

A Portaria 3390/2013 “Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente

hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” e se aplica a todos os hospitais que atendem pacientes do SUS.

Partindo da conceituação de hospital e atribuindo a ele ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, estabelece em seu artigo 4º que

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

No parágrafo primeiro desse artigo complementa, estabelecendo que os hospitais deverão atuar de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS.

Em seu Capítulo II, a Portaria define as seguintes diretrizes:

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e

XIV - monitoramento e avaliação.

Com base nessas diretrizes a Portaria organiza a proposta em sete eixos estruturantes: assistência, gestão, formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho, financiamento, contratualização e as responsabilidades das diversas esferas de gestão.

Em relação ao eixo da assistência, de forma resumida, a Portaria propõe sua organização a partir das necessidades da população com atendimento multiprofissional, linhas de cuidado e regulação do acesso de forma integrada com os demais pontos de atenção da RAS.

Em relação à gestão propõe o uso e cumprimento de metas, eficiência e transparência na aplicação dos recursos e planejamento participativo e democrático.

Em relação à formação estabelece que:

Art. 23. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores.

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde.

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Quanto ao financiamento, será tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão e explicitado no instrumento formal de contratualização e mediado por metas quanti e qualitativas de assistência, gestão e ensino e pesquisa.

Como se pode ver, a Portaria 3390/2013 aperfeiçoa e normatiza o arcabouço técnico e legal da Política de Atenção Hospitalar para o Brasil, definindo melhor as articulações com as RASs. Uma vez implantadas suas deliberações, sem dúvida ajudará a rede hospitalar a cumprir sua missão. O grande problema, no entanto, é que a reorganização da atenção à saúde no Brasil, nos moldes propostos pela norma dar-se-á no campo da política real, dependerá dos embates cotidianos e diversificados entre necessidades e recursos, o novo e o velho, conjunturas e estruturas internacional, nacional, regionais e municipais, interesses contraditórios, muitas vezes de motivação pessoal, capacitação técnica, liderança, etc.

A realidade é que mais uma vez os hospitais estão atravessando um período de crise. O quadro geral da rede hospitalar é complexo. Como sair da crise e garantir a atenção integral à saúde da população brasileira oferecendo serviços de boa qualidade para os que necessitam de atenção contínua em regime de internação?

A solução não será simples e aprendi que quando nos deparamos com problemas complexos com múltiplas possibilidades de resolução, na dúvida, **o melhor é se agarrar aos Princípios**. Neste primeiro semestre de 2015, o SUS está sofrendo um ataque frontal com a abertura do atendimento médico ao capital estrangeiro e proposta de emenda constitucional obrigando as empresas

brasileiras a pagar planos de saúde para seus trabalhadores. É hora de defender o SUS, defender os seus Princípios. Só assim poderemos nos assegurar de que mais uma vez, uma proposta extremamente bem elaborada e avançada em termos internacionais, não se transforme numa peça de museu, ou em mais um discurso entre tantos como falava Carlyle em seu pronunciamento na 8ª Conferência.

Capítulo 5

Os Hospitais de Ensino no Brasil

A Constituição da Rede de Escolas Médicas e Hospitais de Ensino.

Os últimos anos do século XVIII e o começo do século XIX foram de grande importância na história do mundo ocidental. Em 1789 ocorrera a revolução francesa que levou ao poder uma burguesia que vinha acumulando forças e visava derrubar o antigo regime para liberar as forças produtivas e consolidar sua hegemonia que já se dava no campo econômico.

Napoleão Bonaparte surgiu nesse processo e em 1799 liderou um golpe de Estado (Golpe de 18 de Brumário), tomando o poder e com isso abrindo o caminho para a formação do Primeiro Império em 1804 e o início do período de expansão napoleônica (Mendes Jr, Roncari e Maranhão, 1977).

Nos anos seguintes desencadeou uma guerra contra os países da Europa que tinha duplo objetivo: guerra contra um mundo decadente, da aristocracia feudal, e contra a Inglaterra, país que já havia feito sua revolução industrial e que disputava a hegemonia do mundo burguês ocidental.

Em 1807 os exércitos franceses já haviam derrotado todos os países da Europa, com exceção da Inglaterra de quem sofreu uma derrota na batalha de Trafalgar em 1805, quando teve sua esquadra destruída pelo Almirante Nelson (Gomes, 2008).

Tentando derrotar a Inglaterra, Napoleão decretou, em 1806, o Bloqueio Continental, que determinava o fechamento dos portos aos produtos britânicos. Segundo Gomes (2008), todos os países obedeceram, exceto Portugal o que provocou sua invasão pelas tropas napoleônicas e a fuga da família real para o Brasil, em 1807.

Em novembro de 1807 a encurralada família real fugia atabalhoada de Portugal com uma comitiva de cerca de 15 mil pessoas. Enquanto isso, em sua terra natal a população resistia como podia a uma invasão de um pouco mais de mil soldados famintos e maltrapilhos das tropas francesas (Mendes Jr, Roncari e Maranhão, 1977).

Esses fatos tiveram extraordinária importância para nosso país, por dar-nos o status de nação soberana, mesmo antes da separação de Portugal (Mendes Jr, Roncari e Maranhão, 1977). Para esses autores esse pode ser considerado o marco inicial da formação do Estado nacional brasileiro preparando o terreno para nossa independência anos depois.

Em fevereiro de 1808 D. João criou na Bahia a primeira escola médica do Brasil. Até então todos os médicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros, a maioria formados na península ibérica.

Nos primeiros anos, até 1815 as aulas eram dadas no Hospital Real Militar e a partir de dezembro desse ano **passaram para o Hospital de Misericórdia**, inaugurando assim uma tendência que perdurou até meados do século XX. Nesses quase 150 anos as Santas Casas de Misericórdia funcionaram como Hospitais de Ensino neste país.

Em abril de 1808 foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro que em abril de 1813 se transformou na Academia Médico-Cirúrgica, também instalada no Hospital de Misericórdia (Santos Filho, 1991). Em 1832 as Academias foram transformadas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.

Nos primeiros anos de funcionamento dessas escolas o ensino era prático e bastante rudimentar, ministrado por médicos importados da Europa que ensinavam medicina com base em tratados europeus. Nesse período,

segundo Santos Filho (1991), a Medicina evoluiu lentamente, valendo-se da observação à beira do leito, com pequenos avanços em relação aos períodos anteriores. Para os autores, o atendimento sanitário e hospitalar ficaram estacionários, com os hospitais funcionando como depósitos de doentes.

Em 1898 foi criada a terceira escola de medicina no país em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Clemente, 1998) e a partir de então foram sendo instaladas novas faculdades de medicina com atividades práticas em hospitais filantrópicos.

Veras, Ribeiro e Lima (1983) fazem uma boa síntese da evolução das escolas médicas no Brasil. Para esses autores, até o final da Primeira República, funcionavam no Brasil apenas 12 escolas de medicina, todas ligadas ao poder público.

A partir de 1930 até 1965 foram criadas 28 escolas, na maioria ligadas ao governo federal e que, segundo os autores, são hoje as maiores escolas, que foram distribuídas de forma equilibrada. É também nesse período que surgem 10 escolas particulares, iniciando os investimentos da iniciativa privada na educação médica.

No curto período seguinte, de 1966 a 1970, ocorre, segundo esses autores, uma explosão do ensino médico com aumento de 75% no número de escolas médicas, com concentração nas regiões Sul e Sudeste e 83,3% da iniciativa privada.

De 1971 a 1983 ocorreu uma diminuição da fundação de escolas novas. Os autores colocam esses dados em uma tabela que reproduzimos aqui.

Tabela 5.1. Distribuição das Escolas Médicas por data de criação, Regiões e Dependência Administrativa

Data de criação	Brasil			Regiões											
	Tot	Públ	Priv	Norte/C-Oeste			Nordeste			Sudeste			Sul		
				Tot	Públ	Priv	Tot	Públ	Priv	Tot	Públ	Priv	Tot	Públ	Priv
Total	76	36	40	6	6	-	12	10	2	43	13	30	15	7	8
1908 a 1930	12	12	-	2	2	-	3	3	-	5	5	-	2	2	-
1932 a 1960	19	13	6	-	-	-	6	6	-	8	4	4	5	3	2
1961 a 1965	9	5	4	1	1	-	-	-	-	6	3	3	2	1	1

1966 a 1970	30	5	25	2	2	-	3	1	2	19	1	18	6	1	5
1971 a 1981	6	1	5	1	1	-	-	-	-	5	-	5	-	-	-

Fonte: Veras, Ribeiro e Lima (1983)

Alguns aspectos chamam a atenção na Tabela 5.1. Em primeiro lugar, o grande número de escolas fundadas no curto período de 1966 a 1970: foram 30 escolas, das quais 25 eram privadas; o segundo ponto é a concentração na região Sudeste.

Veras, Ribeiro e Lima (1983) analisando esses dados identificam duas tendências gerais: a privatização e a concentração regional. E sobre a rápida expansão do período de 1966 a 1970 comenta que a Comissão Ministerial do Ensino Médico dividiu as escolas em dois grupos: o primeiro, formado por escolas isoladas, particulares, com professores em tempo parcial, fora dos grandes centros **com hospitais não adaptados para o ensino** e o segundo, das escolas incorporadas às universidades, mantidas pelos governos federal ou estadual, com professores em tempo integral e programas de pesquisa e pós-graduação, em grandes centros urbanos e **com hospitais adaptados ao ensino**.

Sobre o crescimento do número de escolas médicas no Brasil, o livro Médicos e Ensino da Medicina no Brasil de Ernesto Lima-Gonçalves (2002) faz um resumo bastante interessante oferecendo um quadro semelhante da evolução das escolas e dos hospitais de ensino.

Lima-Gonçalves chama o período que vai até 1920 de **primeiros tempos**, que contou com a fundação de mais seis escolas distribuídas de maneira equilibrada entre as regiões do país. No período seguinte, de 1921 a 1960, chamado de **momento intermediário**, foram criadas 20 escolas, 16 das quais começaram funcionar após 1950. Nesse período começa a se delinear uma distribuição desigual no território nacional, com progressiva concentração de escolas na Região Sudeste, que ganhou nove das 20 criadas.

O terceiro período foi curto (1961 a 1975), mas pródigo, com a criação de 44 novas escolas. Por esse motivo foi denominado de **a explosão**. O Sudeste

recebeu mais 27, 13 das quais foram instaladas no Estado de São Paulo, algumas em cidades que, segundo o autor, não tinham o menor significado populacional ou econômico mas talvez tivessem peso político importante.

O quarto período foi chamado pelo autor de **tempos recentes** (1976 a 1999). Neste período houve uma redução do ritmo de criação de escolas, mas mesmo assim foram criadas mais 19, das quais dez vieram para o Sudeste. Em 1999 o Brasil já tinha 92 escolas médicas, das quais 50 localizadas na região Sudeste.

Onde era feito o ensino prático da medicina?

Na maior parte desse longo período histórico o atendimento médico era feito nos hospitais filantrópicos ou por indivíduos com formação acadêmica ou não, que cuidavam dos doentes em domicílios e mais para o final do século XIX em raras clínicas privadas espalhadas pelo país. Não havia rede de postos de saúde até muito recentemente do ponto de vista histórico.

Os primeiros Centros de Saúde surgem nos Estados Unidos em torno de 1910 e são trazidos para o Brasil no início dos anos 20 por Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, bolsistas brasileiros da Fundação Rockefeller e que voltam ao Brasil quando terminam seu doutorado na escola de saúde pública de John Hopkins (Mello e Viana, 2011). Sua criação foi oficializada pela primeira vez no Brasil em 1925, no Estado de São Paulo e nos anos seguintes espalhou-se para outros Estados.

Segundo esses autores, a proposta dos Centros de Saúde era inovadora, mas no Estado de São Paulo já existiam, desde o final da década de 1910, postos de higiene construídos em parceria com a Fundação Rockefeller que se propunham a combater a ancilostomose, o tracoma e a malária.

De qualquer forma, as primeiras unidades de saúde pública nascem no Brasil já separadas da chamada medicina curativa, que segue sendo feita majoritariamente dentro dos Hospitais Filantrópicos ou privados.

O ensino da medicina era então feito dentro dos hospitais por duas razões principais: não havia uma rede de unidades básicas de saúde e a formação do

médico era essencialmente curativa e especializada, influenciada pelo Relatório Flexner. Em quais hospitais?

Zollner e Sousa (2011) afirmam que até o início da Segunda Guerra Mundial, as Faculdades de Medicina usaram as Santas Casas como local de ensino para seus alunos.

Lima-Gonçalves (2002) também faz uma periodização na **cronologia de criação das Santas Casas**: 1543 a 1900, 1901 a 1970 e 1971 a 1999 (ano de referência do estudo, publicado em 2002).

No primeiro período foram criadas 103 Santas Casas, 73 localizadas na Região Sudeste. É interessante observar que essa distribuição é semelhante à das escolas médicas, sugerindo que ambas tem a mesma determinação social,

No segundo período foram criadas 126 Santas Casas, 102 no Sudeste e no terceiro período foram fundadas 155 com 124 no Sudeste do Brasil. Em síntese, no final do período examinado, em 1999, existiam no país 430 Santas Casas, das quais, 337 (75%) estavam situadas no Sudeste brasileiro.

Qual o papel das Santas Casas no ensino médico e de outros profissionais da saúde brasileiros?

O estudo de Lima-Gonçalves (2002) revelou que as Santas Casas participaram do ensino médico de 51 das 92 escolas médicas então existentes no país (55%). E as outras escolas? Porque surgiram os hospitais de ensino próprios das Faculdades e Universidades?

O Relatório Flexner exerceu importante influência na reorganização dos cursos de medicina e no atendimento médico hospitalar, preparando o caminho, como opina Clemente (1998) para a construção pelo MEC de hospitais de ensino “cuja instalação e manutenção só os cofres da União, na época, poderiam suportar”.

Com o passar do tempo, segundo Clemente, a parceria entre as Faculdades de Medicina e as Santas Casas foi ficando insustentável. As diferenças de propósitos, a necessidade de incorporação de novas tecnologias, por parte das Faculdades de Medicina e a resistência a elas, por parte das

Santas Casas foram criando nas lideranças do ensino médico, a necessidade de ter seus próprios hospitais.

Para Zollner e Sousa (2011), as relações entre as duas instituições eram informais, sem grande compromisso por parte das universidades; os alunos se ausentavam nas férias criando problemas de continuidade no seguimento dos doentes. Após o término da Segunda Guerra, as Faculdades começaram a construir seus próprios hospitais.

Segundo Clemente (1998),

“A conveniência de assumir toda a responsabilidade da administração e as divergências de orientação verificadas com frequência no convívio entre a Faculdade de Medicina e as organizações beneficentes, constituem a razão principal, a motivar desde longa data, as autoridades de ensino médico no sentido de pleitearem a criação de instituições hospitalares diretamente subordinadas às escolas médicas, a serem mantidas com recursos do orçamento da Educação”. (Documentos do Ensino Médico – 1982 – MEC).

Que hospitais de ensino foram construídos? Ligados a quais Faculdades ou Universidades?

Já foi dito anteriormente que no período de 61 a 75 houve uma “explosão” na criação de Escolas Médicas. Esse crescimento acelerado do número de escolas se deveu principalmente à abertura de Escolas Médicas isoladas, de iniciativa privada, fenômeno que estava inserido no contexto das escolas de nível superior nos primeiros anos do regime militar.

Martins (2009), estudando o ensino superior no Brasil nesse período, afirma que a reforma educacional introduzida nos anos de 1968/69 produziu efeitos paradoxais no ensino superior brasileiro. Teve o efeito benéfico de modernizar as universidades federais e determinadas instituições estaduais e confessionais eliminando as cátedras, introduzindo o regime departamental, institucionalizando a carreira acadêmica com legislação sobre o ingresso e a progressão docente. Criou também uma política nacional de pós-graduação.

Essa mesma reforma, no entanto, abriu caminho para a expansão de escolas privadas isoladas, sem atividades de pesquisa, voltadas para a

formação profissionalizante. Segundo Martins, as escolas que surgiram após 1968 são qualitativamente diferentes das existentes pré-reforma que eram bastante próximas do ensino público. A nova escola busca o lucro rápido obtido pelas demandas do mercado educacional.

Para Martins (2009),

“O período de 1945-1965 se destacou por um crescimento acelerado do ensino superior público, sendo que, durante esse intervalo de tempo, suas matrículas saltaram de 21 mil para 182 mil estudantes. Nesse momento, ocorreu o processo de federalização de instituições estaduais e privadas, que foram integradas às nascentes universidades federais, por meio de entendimentos com os mantenedores de instituições privadas, de modo que a absorção de suas faculdades resultasse benéfica para eles. No período em foco, a participação do setor privado manteve-se estável, absorvendo 44% do total das matrículas” (Vasconcelos, 2007; Cunha, 2004).

Em relação à reforma de 1968/69, no entanto, a Equipe de Assessoria do Ensino Superior, apesar do discurso contrário a escolas isoladas, abriu brechas para a presença do setor privado na expansão de vagas de ensino superior, permitindo a existência de estabelecimentos isolados em caráter excepcional o que acabou justificando a rápida expansão de escolas privadas no ensino superior brasileiro.

Entre 1967 e 1980 as matrículas no ensino público cresceram de 88 mil para cerca de 500 mil alunos (crescimento de 453%) enquanto no ensino privado saltaram entre 1965 e 1980, de 142 mil para 885 mil, passando a responder por 64% das matrículas, quando no período anterior eram responsáveis por 44% do total.

O crescimento do número de Faculdades de Medicina e respectivos hospitais de ensino não foi, portanto, um fato isolado; é recente e foi o resultado de uma política de Estado. Os dados apresentados até agora revelam que no início da década de 50 existiam apenas 13 escolas de medicina no país e que no curto espaço de tempo até 1971 foram criadas 55 novas escolas. Nesse período foram construídos alguns hospitais de clínicas vocacionados para o ensino e vinculados diretamente a Universidades ou Faculdades isoladas, mas na maioria dos casos optou-se pela vinculação mediante contratos ou convênios

com hospitais públicos federais, estaduais ou municipais e privados sem fins lucrativos já existentes.

Os Hospitais de Ensino no período pós-expansão acelerada.

As crises recorrentes.

O Brasil chegou ao final da década de 70 e aos primeiros anos da década de 80 em uma crise econômica, política e social. O governo militar estava se dissolvendo e o povo em mobilização crescente queria a redemocratização do país como forma de conquistar melhores condições de vida. Esse processo levou a uma retirada organizada dos militares do poder, com convocação da Assembleia Nacional Constituinte, votação da nova Constituição de 1988, eleições indiretas para presidente da República e posteriormente realização de eleições diretas.

O setor saúde também estava em crise e participou desse processo mobilizando representantes dos mais variados segmentos e apesar do resultado ter sido aquém do esperado pelo movimento sanitarista, foi o setor que conseguiu maiores avanços, aprovando uma proposta de sistema de saúde bastante avançada em relação aos outros países.

O sistema de saúde no Brasil era centrado nos médicos, no atendimento hospitalar, fragmentado, distribuído desigualmente no território nacional.

Os hospitais traziam em sua realidade a história de sua constituição. Eram e ainda são, um conjunto não articulado de unidades heterogêneas em relação ao tamanho, serviços oferecidos, esfera e modalidade administrativa, distribuição territorial, gestão, funcionamento, resultados, financiamento, etc.

Dentro desse conjunto, **os hospitais de ensino constituem uma realidade ainda mais complexa.** Trazem para o cenário as variáveis relacionadas com o estabelecimento de ensino. Como exemplo, podemos citar a autonomia universitária e a cátedra, que foi substituída pela departamentalização, que dão poder aos docentes para atender a quem bem entender fugindo aos protocolos clínicos e de encaminhamento. Foram e são esses docentes os que mais resistiram à integração com o SUS, tornando a relação com os gestores conflituosa e criando um clima de desconfiança mútua.

A autonomia universitária foi muitas vezes utilizada para justificar um isolamento confortável e resistir à abertura dos serviços ao atendimento das necessidades da população. É sempre mais cômodo fazer o controle da porta de entrada, só deixar entrar os casos “de interesse científico” e publicar os papers tão valorizados na avaliação e promoção dos docentes.

Apesar dessas características, os Hospitais de Ensino, cada um a sua maneira, foram ficando cada vez mais dependentes dos recursos financeiros da Previdência Social e nesse período, dos anos 70 aos anos 80 entraram também em crise. Havia terminado o curto período de abundância de recursos disponíveis para a expansão dos serviços médico-hospitalares e de estabelecimentos de ensino.

Até a assinatura do convênio do MEC com a Previdência Social em 1974, os Hospitais de Ensino Federais tinham como financiamento a orçamentação integral pelo Ministério da Educação, desvinculado da produção de serviços. Não havia um sistema que vinculasse os recursos ao cumprimento de metas assistenciais de ensino ou de pesquisa.

A crise econômica da década de 80 resultou em retração de recursos destinados aos hospitais de ensino pelo MEC, além de terem sido muitas vezes responsabilizados pela crise financeira das universidades por serem as unidades de custo mais elevado.

Chioro (2004) ressalta que o Ministério da Educação, ao se desobrigar da reposição automática da força de trabalho dos hospitais universitários, fez também com que estes comprometessem grande parte de suas receitas com pagamento de pessoal.

A partir de então algumas medidas foram sendo tomadas para socorrer os Hospitais de Ensino. Dentro do contexto da reforma sanitária os HEs passaram a ser reconhecidos como estratégicos para a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e como retaguarda terciária, oferecendo serviços de alta complexidade.

A primeira delas foi o estabelecimento do Índice de Valorização de Desempenho (IVD) em 1987, através de Portaria Interministerial assinada pelos

ministros da Educação e da Previdência e Assistência Social para os Hospitais Universitários e de Ensino cobertos pelo Convênio MEC/MPAS em vigência.

A cada Hospital era atribuído um Índice de Valorização Hospitalar de acordo com a complexidade, resolutividade e integração à rede, acrescido de um Índice Adicional de Valorização que dependia das atividades do hospital.

Para Cunha, Santos e Coelho (1991), a reclassificação dos hospitais universitários ocorrida em 1984 e a criação do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) em 1985, que foi acrescido do Índice de Valorização do Desempenho em 1987, significaram, para os HUs, alternativa de saneamento da crise pela qual vinham passando no período uma vez que a internação hospitalar tinha valores adicionais de até 130% de seu valor original.

Esses índices, no entanto, tiveram vida curta. Em primeiro lugar porque eram aplicados somente aos HEs vinculados ao convênio do MEC com a Previdência. Além disso, e mais importante, foi a criação do SUDS, como estratégia de transição para o Sistema Único de Saúde e a aprovação em 1988 da nova Constituição do Brasil e suas leis orgânicas em 1990.

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990/MS estabeleceu em seu Art. 45º que: Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990 apud Carmo, 2006).

Ou seja, a Constituição e as leis orgânicas definem os HEs como parte integrante do SUS mediante convênio, sem perder sua autonomia e independente das instituições a que estejam vinculados.

Além do mais, estava em curso o processo acelerado de transferência de todo planejamento e controle da assistência médica até então centralizada na Previdência para o Ministério da Saúde. As unidades assistenciais já haviam sido transferidas para as Secretarias Estaduais de Saúde. Os Índices de Valorização tornaram-se, portanto, obsoletos.

Em janeiro de 1991 é publicada a Portaria MS/SNAS nº15 que extingue esses índices a partir de novembro daquele ano e cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) atribuível a Hospitais Universitários reconhecidos pelo MEC, funcionando há mais de 5 anos e integrados a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade do Ministério da Saúde como centro de referência nacional (Wanderley e Moreira, 2012).

Em 1994, a Portaria conjunta nº01 do MEC/MS estabelece os itens de classificação dos Hospitais de Ensino integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) para a concessão do FIDEPS e os respectivos percentuais de adicional, que variavam entre 25 a 75% sobre o faturamento de AIHs. Para ter direito ao FIDEPS era necessário que o hospital dedicasse ao SUS pelo menos 70% de seus leitos, participasse do sistema de referência e contra referência e estivesse integrado ao planejamento local e estadual de saúde.

Em agosto de 1999 a portaria GM/MS nº 1127/99 estabeleceu que o incentivo deixaria de ser um percentual do faturamento AIH, passando a ser um valor fixo calculado sobre a série histórica do repasse FIDEPS dos últimos meses, condicionado à assinatura de um contrato de gestão. O Artigo 6 dessa portaria em seu parágrafo 1º estabeleceu que o contrato deveria expressar metas gerais e específicas, volume de serviços, humanização, redução de filas entre outros fatores. Em dezembro desse mesmo ano outra portaria muda o termo Contrato de Gestão para Contrato de Metas estabelecendo que os hospitais que não tivessem o contrato de metas assinado até abril de 2000, teriam seu FIDEPS suspenso (Carmo, 2006).

Do ponto de vista financeiro, a implantação do FIDEPS ajudou os hospitais beneficiados nos primeiros anos, mas foi gradualmente se desvalorizando. Além disso, na avaliação do Ministério da Saúde (Wanderley e Moreira, 2012), como não houve uma fiscalização efetiva, ocorreram vários casos de hospitais que recebiam o FIDEPS e não tinham atividades de ensino e pesquisa, bem como casos de recebimento de valores desproporcionais às atividades efetivamente exercidas.

Encerrando sua avaliação sobre o FIDEPS o Ministério publica:

“O objetivo de todas essas medidas era o de ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas aí realizadas. No entanto, os recursos do FIDEPS não serviram para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais, uma vez que nunca foram utilizados para essa finalidade e terminaram sendo incorporados ao custeio dos hospitais em uma tentativa de contornar problemas de financiamento de natureza variada.
“

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino

A proposta de 2004

A história recente dos Hospitais de Ensino no Brasil tem sido marcada pela sucessão de crises que os afetam em várias dimensões: na eficácia assistencial do modelo; na eficiência econômica da utilização dos recursos; na escassez e na incerteza quanto ao aporte de recursos, tanto para custeio como para investimentos; na qualidade e na humanização do cuidado; nas práticas de ensino e no perfil do profissional formado, etc. (Vasconcelos, 2004).

Apesar das sucessivas medidas tomadas para apoiar os Hospitais de Ensino, eles continuavam em crise nos primeiros anos da década de 2001 a 2010.

Qual o papel dos HEs em relação à atenção à saúde, ao ensino e pesquisa? Qual a expectativa dos Ministérios da Saúde e da Educação em relação a esses hospitais? Quais as medidas que poderiam ser tomadas para tirá-los desse estado crônico de crises? Qual era a natureza real dessas crises enfrentadas pelos Hospitais de Ensino?

Wanderley e Moreira (2012) afirmam que existem outras dimensões da crise, como as de caráter estrutural, organizativa e de gestão havendo a necessidade de se desenvolver políticas específicas para o setor, que fossem além dos problemas mais imediatos financeiros e de pessoal, como é o caso da definição do papel e do nível de complexidade desses hospitais junto aos sistemas locais de saúde.

Essas e outras questões precisavam ser discutidas. Havia uma crise real e uma pressão política importante. A Associação Brasileira de Hospitais

Universitários e de Ensino (ABRAHUE) fez um trabalho intensivo de articulação e mobilização de deputados e senadores pertencentes à Frente Parlamentar da Saúde e juntos conseguiram envolver os Ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e Planejamento e após várias reuniões esse trabalho foi recompensado pela publicação da **portaria interministerial 562 de 2003 que criou uma Comissão Interinstitucional** encarregada de estudar a situação dos Hospitais universitários e de ensino e propor uma nova política para o setor (Lampert et al, 2013).

Essa Comissão estabeleceu uma pauta ampla de discussão e vem se reunindo desde então, atualmente com menor frequência, mas já nas primeiras reuniões apresentou proposta de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, utilizando como estratégias a certificação e a contratualização, medidas que vem sendo implantadas desde 2004 e que discutiremos a seguir.

A **certificação** é o processo de reconhecimento do caráter de Hospital de Ensino, da explicitação pelos parceiros de que um determinado hospital tem características que o qualificam como hospital de ensino. Feito o diagnóstico e identificado os serviços oferecidos pelo hospital, a certificação prepara o caminho para a **contratualização** de metas que o hospital deve cumprir para bem atender as necessidades de serviços de saúde de uma determinada região. Dessa forma estabelece-se o vínculo e o compromisso com o Sistema Único de Saúde de uma dada região. A certificação e a contratualização são, portanto, mecanismos, formas, estratégias para integração do Hospital de Ensino ao Sistema Único de Saúde.

O ponto de partida, portanto, é: qual o papel do Hospital de Ensino? Quais características o Hospital de Ensino deve ter para ser certificado? Que metas colocar no contrato?

Em abril de 1994 o Institute for Health Policy Studies se reuniu em Paris para importante seminário com a colaboração da Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de discutir o papel dos hospitais de ensino nos sistemas de saúde.

Segundo as conclusões do relatório, a OMS por mais de 10 anos negligenciou o papel dos hospitais universitários, concentrando-se no primeiro nível de referência, por estar mais próximo da atenção primária à saúde. Para os organizadores do seminário, entretanto, os hospitais de ensino são componentes fundamentais do serviço de saúde de um país, estando no limite de financiamento da saúde, representando um gasto que países em desenvolvimento têm dificuldade de financiar.

O documento é importante porque representa a primeira posição da OMS sobre o assunto definida com a participação de representantes de 22 países.

Após ampla discussão que começou com o relato da situação dos Hospitais de Ensino nesses países, o seminário conceituou esses hospitais e fez um conjunto de recomendações.

Textualmente,

“Um Hospital de Ensino é um centro para atenção complexa à saúde caracterizado pelo:

- importante papel que joga em prover atenção terciária;
- envolvimento em ensino e pesquisa relacionados ao tipo de cuidado que dispensa;
- a alta concentração de recursos que atrai.”

Em relação à atenção à saúde todos os participantes acordaram que a função primordial dos Hospitais de Ensino é cuidar dos doentes, atividade que consome virtualmente todo o orçamento, sobrando poucos recursos para o ensino e a pesquisa. Para os participantes da reunião, o cuidado é essencialmente curativo, mas os hospitais deveriam também se preocupar com a prevenção, durante o atendimento de cada caso ou participando de medidas coletivas voltadas para a população local, como em Screenings, educação popular, etc.

Após longa discussão prevaleceu a opinião de que o Hospital de Ensino deve se ocupar exclusivamente dos atendimentos complexos de nível terciário enquanto os tratamentos mais simples devem ser responsabilidade dos níveis primário e secundário. Os participantes compartilharam a opinião de que os

sistemas de saúde por mais diversos que sejam devem desejar que cada nível de atendimento seja o mais efetivo possível.

Quanto à qualidade, os participantes referiram que não existe comprovação de que o atendimento nos Hospitais de Ensino é melhor que a dos outros níveis do sistema, mas os HEs têm a responsabilidade de estabelecer padrões de qualidade e protocolos de atendimento, além do papel fundamental de treinamento de recursos humanos para a saúde.

Outra questão fundamental é o acesso a atendimentos complexos a todos que necessitam, devendo estar disponíveis em quantidade suficiente e acessíveis geograficamente. Para garantia desse acesso é necessário um sistema de referência e contra referência e um bom sistema de regulação.

Em relação ao **ensino**, os participantes concordaram e recomendam que deva ser oferecido em todos os níveis do sistema de saúde para evitar uma formação enviesada. O papel do Hospital de Ensino é importante por duas razões:

“- é no Hospital de Ensino que os estudantes aprendem a performance, a operação e o uso de novas tecnologias. É aqui que eles são iniciados nos novos conceitos diagnósticos e terapêuticos que constituirão a medicina de amanhã.

- todos os médicos necessitam ter um certo conhecimento prático dos tratamentos complexos.”

Finalmente, quanto à pesquisa, os pontos de vista dos participantes foram conflitantes, uma vez que nos países em desenvolvimento não foi considerada essencial e em países desenvolvidos boa parte dela é feita nas Universidades, em Institutos de Pesquisa. A pesquisa mais adequada é a clínica e para isso deve se buscar fontes extras de financiamento.

Esta é a conceituação sobre os Hospitais de Ensino no ano de 1994 publicada em um documento apoiado pela OMS, dez anos antes do documento de reestruturação dos Hospitais de Ensino no Brasil! É interessante notar mais uma vez que os acontecimentos em nível nacional não são independentes dos que ocorrem no plano internacional.

Em 2012 o Ministério da Saúde publica o documento “A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: Uma análise do processo de implantação da contratualização”.

Sobre a conceituação de Hospital de Ensino, o documento utiliza a referência de Medici (2001).

Segundo esse autor, o hospital universitário é uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, de uma faculdade de medicina, por exemplo; (b) por prover treinamento universitário na área da Saúde; (c) por ser reconhecido, oficialmente, como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; e (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Além dessas características os Hospitais de Ensino, pela interdependência que tem com os departamentos acadêmicos, tem o papel de centro de pesquisa clínica. Os docentes, lotados em departamentos que muitas vezes se subdividem em setores especializados, controlam as agendas de consultas, internações e cirurgias tendo em suas mãos o poder sobre a assistência médica dentro do Hospital.

Não existe uma linha de mando entre a alta administração dos hospitais e os docentes da escola de medicina. Daí decorre com frequência uma relação conflituosa em que a direção do hospital tem que fazer uma dupla negociação: com os gestores do SUS e com o corpo docente, cada um com uma perspectiva diferente em relação à assistência, ao ensino e ao valor que é dado à pesquisa.

Tendo essa análise e esses conceitos qual foi a estratégia delineada pela Comissão Interinstitucional e acatada pelo governo federal?

No dia 15 de abril de 2004 os Ministros da Educação e da Saúde assinam a **Portaria Interministerial nº 1000** que dispõe sobre a certificação dos

Hospitais de Ensino. Logo no preâmbulo, em seus considerandos, a portaria deixa claro os princípios que a norteiam bem como seus compromissos:

- autonomia universitária e indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão;
- os campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, desde a promoção junto às coletividades, às unidades ambulatoriais e hospitalares;
- contemplar, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde;
- necessidade de garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, oferecidos pelos Hospitais de Ensino, mediante a atuação Inter profissional para a proteção e o desenvolvimento da autonomia da população usuária;
- necessidade de promover a melhoria na condução dos serviços de saúde por meio da gestão qualificada e da integração dos Hospitais de Ensino às demais ações e serviços do Sistema Único de Saúde;
- Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (Artigo 45 da lei 8080/1990).

Com esses considerandos, os Ministérios da Saúde e da Educação acatam as sugestões da Comissão Interinstitucional e propõem a certificação dos Hospitais de Ensino como parte do processo de redefinição da política para o setor.

Para efeito desta Portaria estabelece em seu artigo primeiro que Hospitais de Ensino são Instituições Hospitalares gerais ou especializadas que sirvam de campo para atividades curriculares na área da saúde e sejam propriedade ou conveniadas com Instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas.

Finalizando, em seu artigo 6º, são estabelecidos em uma lista extensa, os requisitos obrigatórios para a certificação que apresentamos de maneira resumida abaixo:

1 – abrigar as atividades curriculares do internato da totalidade de estudantes de um curso de medicina e de outro curso de graduação da área da saúde. Os hospitais especializados que disponham de curso de pós graduação strictu sensu reconhecido pela CAPES está dispensado das imposições anteriores.

2 – abrigar programas de residência médica, regularmente credenciados com no mínimo 10 vagas de R1 em áreas de atenção básica. Os especializados terão de abrigar pelo menos 10 vagas de R1 na especialidade, ficando dispensados de oferecer as de atenção básica.

3 – garantir acompanhamento docente para alunos de graduação e preceptoria para residentes.

4 – abrigar atividades regulares de pesquisa.

5 – instalações adequadas ao ensino.

6 – possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde

7 – Comissões de ética em pesquisa, de documentação médica e estatística e de óbitos, vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde.

8 – programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais.

9 – participar das políticas prioritárias do SUS

10 um mínimo de 70% dos leitos ativos e dos procedimentos ao SUS. Os públicos compromisso de aumentar gradativamente até atingir 100% em 4 anos.

11 – manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados.

12 dispor de unidade de atendimento as urgências.

13 – aderir a politica nacional de humanização.

14 – nos públicos implantar o Conselho Gestor

15 – dispor de estrutura mínima de gestão hospitalar

Essa portaria é seguida de outras que complementam o processo e que estão na íntegra nos Anexos.

Em 27 de maio de 2004 é assinada a Portaria Interministerial nº **1005/MEC/MS**, que define os documentos necessários para a certificação e cria e designa a Comissão de Certificação que é interministerial e conta com membros das Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 2004 são assinadas ainda quatro portarias relacionadas a esse processo: as portarias 1006 de 27 de maio, 1.702 e 1703, de 17 de agosto e a 2.352, de 26 de outubro.

A **Portaria 1006/MEC/MS** cria em seu artigo primeiro o Programa de Reestruturação dos **Hospitais de Ensino do Ministério da Educação** no Sistema Único de Saúde - SUS.

Estabelece em seu artigo 2º que o Programa pressupõe as seguintes ações estratégicas que deverão estar pactuadas com o gestor e especificadas em contrato com estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar:

I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;

II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;

III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e

IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde.

Estabelece ainda que as metas deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de

Acompanhamento de Contratos e no seu Artigo 4º define os componentes dos recursos financeiros necessários à implantação do Programa:

I - recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;

II - o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, a partir da data da publicação desta Portaria;

III – o fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS;

IV – o programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde;

V - recurso de incentivo à contratualização do Ministério da Saúde; e

VI - quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada.

Ainda como parte da portaria, é publicado um anexo que traz o **Termo de Referência para Contratualização entre Hospitais de Ensino e Gestores de Saúde** que se destina a descrever as diretrizes gerais da relação entre as partes e que deverão ser divididas em: I- Diretrizes para a estratégia de atenção à saúde; II – Gestão hospitalar; III – Formação e educação; IV – Pesquisa e avaliação tecnológica em saúde e V – Recursos financeiros.

Em relação aos recursos financeiros estabelece um componente variável, um percentual a ser pactuado sobre o valor fixo de custeio, a título de incentivo ao cumprimento das metas. Essa regra vale apenas para a média complexidade com a alta complexidade e os procedimentos estratégicos continuando a ser pagos por produção, mediante contrato.

Em 17 de agosto são assinadas duas Portarias: a 1702/GM e a 1703/GM.

A **1702** é semelhante à 1006, criando o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Da mesma forma que a 1006, estabelece um valor variável no financiamento, mas define que será estabelecido no mínimo,

o percentual de 10% do valor do custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento das metas, percentual que deverá ser revisto e acrescentado anualmente em no mínimo 5% até se chegar à proporção de 50% dos recursos previstos na orçamentação global mista.

A **Portaria 1703/GM** de 17 de agosto de 2004 destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino públicos e privados e estabelece que cada estabelecimento receberá recursos adicionais equivalentes a 26% do faturamento médio dos procedimentos de média complexidade referentes ao primeiro quadrimestre de 2004, excluídos os estratégicos. A Portaria estabelece ainda que 85% desse recurso será liberado automaticamente e 15% dependerá da avaliação de desempenho no cumprimento das metas. O Anexo dessa Portaria traz uma matriz de avaliação com definição de indicadores, descritores, parâmetros, ponderação e critérios.

A **Portaria 2352/GM** de 26 de outubro de 2004 reproduz o que foi estabelecido na 1703 para os Hospitais de Ensino ligados ao Ministério da Educação e que não haviam sido beneficiados por ela.

Por último, em outubro de 2007 é publicada a **Portaria interministerial 2.400/MS/MEC** que é uma reedição de portarias anteriores atualizando os requisitos para certificação de Hospitais de Ensino, incluindo nos Anexos o fluxo a ser obedecido, os documentos necessários e o número mínimo de vagas exigidas para a entrada de novos residentes.

Que impacto essas medidas tiveram nos Hospitais de Ensino?

Wanderley et al (2012b) fizeram um estudo quanti-qualitativo, aplicando um questionário semiestruturado em uma amostra de Hospitais de Ensino, de Hospitais Filantrópicos e de gestores de sistemas de saúde, com o objetivo de estudar as modificações ocorridas com a certificação e contratualização.

Analisando os resultados os dirigentes dos hospitais e os gestores têm percepções semelhantes sobre a contratualização. A primeira conclusão é que

este processo está em curso havendo muito ainda que melhorar e que o tempo de implantação é curto para se avaliar. Há evidências de que ocorreu um aumento da produção dos serviços de média e alta complexidade e uma diminuição na produção de serviços de atenção básica pelos hospitais.

O estudo não encontrou evidências de melhorias na estruturação gerencial e assistencial dos hospitais contratualizados havendo uma concordância sobre a necessidade de maior profissionalização na gestão dos hospitais, existindo um forte potencial de introduzir melhorias significativas.

Outro estudo avaliando a contratualização foi conduzido por Lima e Rivera em 2012. Os autores fizeram um estudo exploratório com quatro casos, utilizando-se dados do CNES e do SIH e SIA além de entrevistas com os gestores e diretores desses hospitais.

Os resultados encontrados revelaram que todos diminuíram os procedimentos de atenção básica e aumentaram os de média complexidade ambulatorial. Em três hospitais o tempo médio de internação diminuiu e em outros três decresceu a taxa de mortalidade. Não houve, contudo, a percepção, por parte dos dirigentes, do papel da contratualização nas mudanças ocorridas nesses hospitais.

Segundo os autores desse trabalho é frágil a associação entre a contratualização e as práticas assistenciais, gerenciais e a inserção do hospital na rede, parecendo que melhor influência teve a certificação que induziu algumas mudanças.

O trabalho, no entanto apontou opiniões e propostas dos dirigentes dos hospitais entrevistados que podem ajudar a compreender e aperfeiçoar o processo de reestruturação dos Hospitais de Ensino. Foi destacada, por exemplo, a existência de uma debilidade gerencial importante e levantada a necessidade de modificar o Plano Operativo Anual, colocando-se metas mais ousadas além de abordar a dimensão econômico-financeira e a questão da qualidade do atendimento.

Existe uma avaliação geral positiva em relação ao processo de reestruturação em curso, mas uma dificuldade importante são os orçamentos

que são considerados subestimados em parte devido à inexistência de sistemas adequados de custos.

Além desses aspectos já levantados, os dirigentes hospitalares apontam a necessidade de rever as práticas de monitoramento e avaliação, reestruturar os sistemas de informação, ampliar o sistema de incentivos fazendo-os chegar aos gestores e equipes e fazer pactuações e contratos internos, com os profissionais dos hospitais.

Em 2008 o Ministério da Saúde promoveu um encontro com participação de mais de 150 representantes de secretarias estaduais e municipais, Fiocruz, Confederação das Santas Casas, Conass e Conasems intitulado “Análise dos Processos de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos do SUS – Dificuldades, Perspectivas e Propostas” com o objetivo de avaliar o processo de reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos iniciado em 2004. Os relatórios desse encontro foram publicados em 2010 pelo Ministério da Saúde.

Em seu pronunciamento a representante do MS inicia perguntando se houve alteração na produção dos hospitais contratualizados e sobre isso faz logo uma ressalva afirmando que não há respostas definitivas e que naquele momento só era possível uma visão geral e preliminar.

O período é realmente muito curto para se formar uma avaliação aprofundada e conclusiva sobre o processo. Naquele momento, muitos hospitais ainda estavam se certificando e não havia um processo sistematizado de avaliação.

Os dados preliminares levantados pelo MS demonstram segundo a expositora, que houve variações nos procedimentos de média e alta complexidade, bem como nos estratégicos. Os de média e alta complexidade aumentaram enquanto os estratégicos diminuíram.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais, enquanto para os hospitais brasileiros em geral houve um acréscimo da produção de atenção básica, nos hospitais de ensino e nos filantrópicos contratualizados houve uma diminuição.

Analisando alguns indicadores clássicos com a taxa de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de cesárias, média de cirurgias por salas, entre outros, os resultados indicam que os HEs estão mais próximos dos valores esperados o que a expositora atribui em parte à influência do processo de contratualização por metas.

A Política de reestruturação dos HEs e Filantrópicos já tem 11 anos de implantação e requer, pela importância, uma avaliação continuada. A proposta é bastante interessante porque parte de uma conceituação de Hospital de Ensino e de seu papel no SUS, envolve o reconhecimento de sua estrutura, processos e resultados pelos gestores, exige a definição de metas quanti e qualitativas vinculadas ao financiamento e torna transparente e democrática sua gestão. A proposta, como foi delineada tem forte poder de indução para integrar os Hospitais de Ensino nas Redes Regionais de Atenção à Saúde racionalizando os atendimentos e ajudando a ajustar a oferta de serviços às necessidades de saúde da população.

Restam duas questões a serem respondidas:

- 1- O aporte financeiro trazido pela certificação / contratualização foi suficiente para tirar os Hospitais de Ensino das crises recorrentes?
- 2- Como fazer para a Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino ser incorporada e assumida pelos gestores estaduais e municipais e principalmente pelas direções e funcionários dos hospitais?

Capítulo 6

Quadro geral dos Hospitais de Ensino no Brasil

No primeiro trimestre de 2015 estavam cadastrados no Brasil 200 hospitais com atividades de ensino. A Tabela 6.1 apresenta sua distribuição revelando que os Estados com maior concentração encontram-se nas Regiões Sul e Sudeste do país.

Tabela 6.1 - Distribuição dos Hospitais de Ensino segundo as Unidades da Federação, no primeiro trimestre de 2015.

Unidades da Federação	f	%
Alagoas	2	1,0
Amazonas	4	2,0
Bahia	8	4,0
Ceará	10	5,0
Distrito Federal	5	2,5
Espírito Santo	2	1,0
Goiás	4	2,0
Maranhão	1	0,5
Mato Grosso	2	1,0
Mato Grosso do Sul	2	1,0
Minas Gerais	19	9,5
Pará	5	2,5
Paraíba	2	1,0
Paraná	15	7,5
Pernambuco	8	4,0
Piauí	3	1,5
Rio de Janeiro	29	14,5
Rio Grande do Norte	4	2,0
Rio Grande do Sul	19	9,5
Santa Catarina	7	3,5
São Paulo	48	24,0
Sergipe	1	0,5
Total	200	100,0

A Tabela 6.2 apresenta os dados consolidados por regiões. A Região Sudeste abriga sozinha 49,0% dos Hospitais de Ensino cadastrados no CNES. Se somarmos com a Região Sul, as duas juntas detém 69,5% dos HEs. A criação de uma taxa do número de hospitais pela população mostra bem claramente

essas diferenças. O Sudeste, que detém o maior número de HEs, não é o maior em relação à população.

Tabela 6.2 - Hospitais de ensino segundo as Regiões do país. Dados do primeiro trimestre de 2015.

Região	h	%	Estimativa populacional – 2012*		h.k/p*
			p	%	
Norte	9	4,5	16.347.807	8,4	0,5
Nordeste	39	19,5	53.907.144	27,8	0,7
Centro oeste	13	6,5	14.423.952	7,4	0,9
Sudeste	98	49,0	81.565.983	42,0	1,2
Sul	41	20,5	27.731.644	14,3	1,5
Total	200	100,0	193.976.530	100,0	1,0

*onde h= nº de hospitais, p= população estimada e k = 1.000.000 habitantes
Fonte: Datasus

Será necessário, porém, levar em consideração o número de leitos, o que faremos a seguir (Tabela 6.3).

Tabela 6.3 – Leitos universitários para cada 1000 habitantes por regiões do Brasil.

Região	Hospitais		População	Total de leitos Universitários por Região	Taxa por 1000 hab.
	f	%			
Norte	9	4,5	16.347.807	2.070	0,13
Nordeste	39	19,5	53.907.144	13.686	0,25
Centro oeste	13	6,5	14.423.952	4.150	0,29
Sudeste	98	49,0	81.565.983	29.598	0,36
Sul	41	20,5	27.731.644	14.580	0,53
Total	200	100,0	193.976.530	64.084	0,33

A Tabela 6.3 não só confirma a distribuição desigual dos hospitais de ensino, com acentua as diferenças. A Região Sul tem quatro vezes o número de leitos por 1000 habitantes que a Região Norte.

A Figura 6.1 apresenta a distribuição de leitos universitários por mil habitantes por Unidades da Federação. As Unidades com maior concentração

são o Rio Grande do Sul e o Distrito Federal, seguidos por São Paulo e Pernambuco. Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins não tinham, por ocasião da pesquisa, hospitais de ensino cadastrados no CNES.

Leitos por habitantes

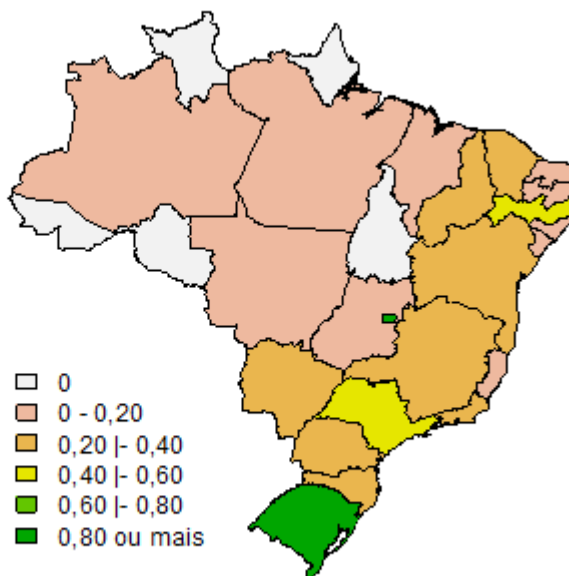


Figura 6.1 – Leitos universitários por 1000 habitantes por Unidades da Federação.

Além da distribuição desigual dos HEs e dos leitos universitários em relação às Unidades da Federação, na maior parte delas esses leitos estão concentrados nas capitais. A Tabela 6.4 nos mostra que para o Brasil como um todo, 63% dos leitos estão nas capitais e 37% no interior.

Por essa Tabela pode-se observar que 95,9% dos HEs localizados em cidades do interior estão das Regiões Sudeste e Sul do país. Considerando-se o Norte, Nordeste e Centro-Oeste, todas as três Regiões tem seus Hospitais de Ensino em sua maioria localizados nas Capitais. A Região Norte (a que tem menor percentual) tem 88,9% de suas unidades de ensino nas capitais. A Região Sudeste tem 50,0% na Capital e 50,0% no Interior enquanto o Sul apresenta, respectivamente, 46,3% e 53,7%.

Tabela 6.4 - Localização dos Hospitais de Ensino entre capital e interior segundo Regiões do país.

Região	Capital	Interior	TOTAL
--------	---------	----------	-------

	f	%	%	f	%	%	f	%	%
Norte	8	88,9	6,3	1	11,1	1,4	9	100,0	4,5
Nordeste	37	94,9	29,4	2	5,1	2,7	39	100,0	19,5
Centro Oeste	13	100,0	10,3	0	0,0	0,0	13	100,0	6,5
Sudeste	49	50,0	38,9	49	50,0	66,2	98	100,0	49,0
Sul	19	46,3	15,1	22	53,7	29,7	41	100,0	20,5
TOTAL	126	63,0	100,0	74	37,0	100,0	200	100,0	100,0

Essa distribuição no espaço tem a ver com a concentração de recursos financeiros e poder político. As regiões mais ricas do país têm mais Escolas de Medicina e mais Hospitais de Ensino. A Figura 6.2, mostra a associação do IDH cheio e de seus componentes com o número de leitos universitários por 1000 habitantes;

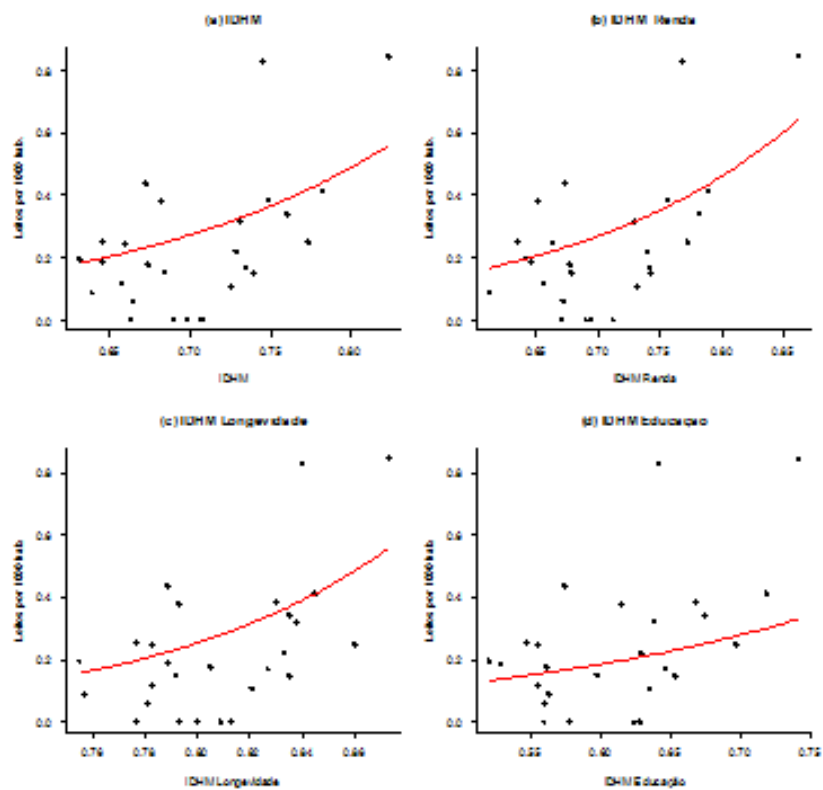


Figura 6.2. Associação dos leitos universitários por 1000 habitantes por Unidade da Federação com o IDH.

Analisando-se os HEs segundo o número de leitos e utilizando a classificação proposta pelo Ministério da Saúde em que são considerados de

pequeno porte os hospitais com até 50 leitos, médio porte, de 51 a 150 leitos, grandes, com 151 a 500 leitos e hospitais de porte especial com 501 leitos ou mais, temos a seguinte distribuição para o país (Tabela 6.5):

Tabela 6.5 - Classificação dos HEs de acordo com o porte para o primeiro trimestre de 2015. Comparação com a distribuição dos hospitais brasileiros.

Porte do hospital	Hospitais de Ensino		Hospitais Assistenciais	
	f	%	f	%
pequeno	4	2,0	6538	76,9
médio	36	18,0	1447	17,0
grande	125	62,5	482	5,7
especial	35	17,5	35	0,4
Total	200	100,0	8.502	100,0

É bastante interessante essa comparação, mostrando que os hospitais de ensino são, no conjunto, de portes maiores que os hospitais não cadastrados como de ensino. Os HEs tem porte pequeno em 2% dos hospitais enquanto os Hospitais assistenciais são pequenos em 76,9% das vezes. Somente 5,7% dos hospitais assistenciais são de grande porte, enquanto os de ensino correspondem a 62,5%. Notar que os 35 hospitais de porte especial cadastrados no Brasil, são todos Hospitais Universitários.

Tabela 6.6 - Distribuição dos Hospitais de Ensino por portes e Regiões do país.

Região	Pequeno			Médio			Grande			Especial			TOTAL		
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Norte	0	0,0	0,0	3	33,3	8,3	5	55,6	4,0	1	11,1	2,9	9	100,0	4,5
Nordeste	0	0,0	0,0	7	17,9	19,4	24	61,5	19,2	8	20,5	22,9	39	100,0	19,5
Centro oeste	0	0,0	0,0	1	7,7	2,8	10	76,9	8,0	2	15,4	5,7	13	100,0	6,5
Sudeste	4	4,1	100,0	19	19,4	52,8	59	60,2	47,2	16	16,3	45,7	98	100,0	49,0
Sul	0	0,0	0,0	6	14,6	16,7	27	65,9	21,6	8	19,5	22,9	41	100,0	20,5
TOTAL	4	2,0	100,0	36	18,0	100,0	125	62,5	100,0	35	17,5	100,0	200	100,0	100,0

A Tabela 6.6 e a Figura 6.3 apresentam a distribuição dos HEs por portes e Regiões do Brasil. Os quatro hospitais de pequeno porte estão na Região

Sudeste. A Região Norte tem 33,3% de seus hospitais de ensino em porte médio, seguida pela Região Sudeste, com 19,4%. O Norte é a região com maior proporção de hospitais de menor porte e a com menor proporção de unidades de porte especial. Para analisar se existe uma diferença entre as regiões em relação ao porte dos hospitais é interessante comparar a distribuição de hospitais no Brasil por regiões com as distribuições por regiões dentro de cada porte.

Tabela 6.7 – Relação proporção encontrada / proporção esperada de hospitais de ensino segundo o porte, por regiões do Brasil. 2015.

Região	% encontrada / % esperada por portes				% esperada*
	Pequeno	Médio	Grande	Especial	
Norte	0,00	1,84	0,89	0,64	4,5
Nordeste	0,00	0,99	0,98	1,17	19,5
Centro oeste	0,00	0,43	1,23	0,88	6,5
Sudeste	2,04	1,08	0,96	0,93	49
Sul	0,00	0,81	1,05	1,12	20,5

*esperada caso não houvesse diferenças de porte

A Tabela 6.7 dá uma ideia clara das diferenças regionais quanto ao porte dos hospitais. O índice igual a um significa que as proporções encontradas nos portes são as mesmas da distribuição dos hospitais por regiões, ou seja, não existem diferenças regionais em relação aos portes.

Analisando os dados, podemos concluir que os hospitais de ensino de pequeno porte só existem na Região Sudeste. Os de médio porte têm uma concentração acima do esperado no Norte e uma baixa concentração no Centro-Oeste. Os de grande porte têm concentração acima do esperado no Centro-Oeste e os de porte especial tem proporção acima do esperado no Nordeste e no Sul.

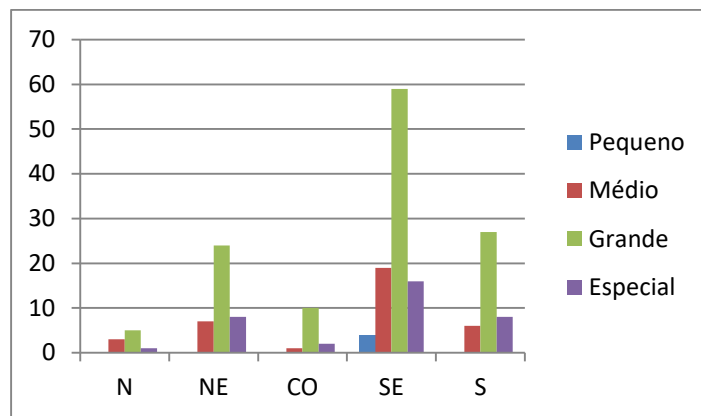


Figura 6.3 – Distribuição do número de Hospitais de Ensino segundo o porte e a Região do país. Brasil, 2015.

Outra maneira de analisar o porte dos HEs por região é o cálculo do número médio de leitos por hospital (Tabela 6.8). As Regiões Sul e Nordeste tem número médio de leitos por HE maior.

Tabela 6.8 – Número médio de leitos por Hospital de Ensino e por Região. Brasil, 2015

Região	Média de leitos por HE
Norte	230
Nordeste	360
Centro-oeste	319
Sudeste	305
Sul	364

A Tabela 6.9 traz os HEs classificados segundo o tipo de estabelecimento. De acordo com os dados do CNES, 76,5% dos HEs são cadastrados como hospitais gerais e 23,0% são especializados.

Tabela 6.9 - Hospitais de ensino do Brasil segundo tipos de estabelecimento

Tipo de estabelecimento	f	%
Hospital geral	153	76,5
Hospital Especializado	46	23,0
Pronto Socorro Especializado	1	0,5
Total	200	100,0

A Tabela 6.10 mostra alguns dados interessantes: 97,% dos hospitais de porte especial são gerais. Já os hospitais de grande porte são especializados em 20,0% dos casos, os médios são especializados em 47,2% e os pequenos em 75,0%. Daí é possível concluir que quanto menor o porte, maior é proporção de hospitais especializados. Esses dados nos trazem uma outra explicação para a localização dos hospitais de ensino de pequeno porte na Região Sudeste do país. O atendimento de especialidades pode ser feito em setores do hospital geral que, em se tratando de um Hospital de Ensino abriga várias delas ou em hospitais de porte menor com uma especialidade, dependendo da demanda e dos recursos disponíveis.

Tabela 6.10. Hospitais de Ensino segundo tipos de estabelecimento e porte

Porte	Hospital Especializado		Hospital Geral		PS Especializado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Especial	1	2,9	34	97,1	0	0,0	35	100,0
Grande	25	20,0	99	79,2	1	0,8	125	100,0
Médio	17	47,2	19	52,8	0	0,0	36	100,0
Pequeno	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0
TOTAL	46	23,0	153	76,5	1	0,5	200	100,0

Em relação à localização capital / interior existe uma diferença nítida entre os tipos de estabelecimentos, com os HEs especializados situando-se em 84,8% dos casos, nas capitais, enquanto os HEs gerais situam-se 56,2 nas capitais e 43,8% no interior (Tabela 6.11).

Tabela 6.11 – Distribuição dos Hospitais de Ensino em relação ao tipo de estabelecimento e a localização capital / interior.

Tipo de estabelecimento	Capital		Interior		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Hospital Especializado	39	84,8	7	15,2	46	100,0
Hospital geral	86	56,2	67	43,8	153	100,0
PS Especializado	1	100,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	126	63,0	74	37,0	200	100,0

Quanto à esfera administrativa (Tabela 6.12) os Hospitais de Ensino podem ser agrupados em municipais, estaduais, federais e privados guardando com as instituições às quais pertencem diferentes tipos de natureza jurídica.

Tabela 6.12 - Hospitais de ensino segundo Esfera Administrativa e Regiões

Região	ESFERA														
	Municipal			Estadual			Federal			Privada			TOTAL		
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Norte	0	0	0	6	66,7	9,4	2	22,2	3,6	1	11,1	1,4	9	100,0	4,5
Nordeste	0	0	0	17	43,6	26,6	15	38,5	27,3	7	17,9	10,0	39	100,0	19,5
Centro oeste	0	0	0	6	46,2	9,4	4	30,8	7,3	3	23,1	4,3	13	100,0	6,5
Sudeste	11	11,2	100,0	27	27,6	42,2	24	24,5	43,6	36	36,7	51,4	98	100,0	49,0
Sul	0	0	0	8	19,5	12,5	10	24,4	18,2	23	56,1	32,9	41	100,0	20,5
TOTAL	11	5,5	100,0	64	32,0	100,0	55	27,5	100,0	70	35,0	100,0	200	100,0	100,0

A Esfera Administrativa diz respeito à vinculação de origem do hospital, ou seja, a quem pertence. Dessa forma temos entre os 200 HEs cadastrados, 11 municipais, 64 estaduais, 55 federais e 70 privados. A Tabela 6.12 mostra as diferenças regionais para esta variável. Assim, todos os hospitais municipais (5,5%) estão localizados no Sudeste, o que é compreensível devido ao custo elevado da atenção hospitalar. No outro extremo, os hospitais de ensino privados estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste do país. Na região Sul atingem a proporção de 56,1% em relação às outras Esferas administrativas e no Sudeste também são a maioria, com 36,7%. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste a maioria dos HEs é Estadual.

A Figura 6.4 permite uma visualização melhor desses dados. A Figura 6.5 apresenta a distribuição percentual das Esferas Administrativas por Unidades da Federação.

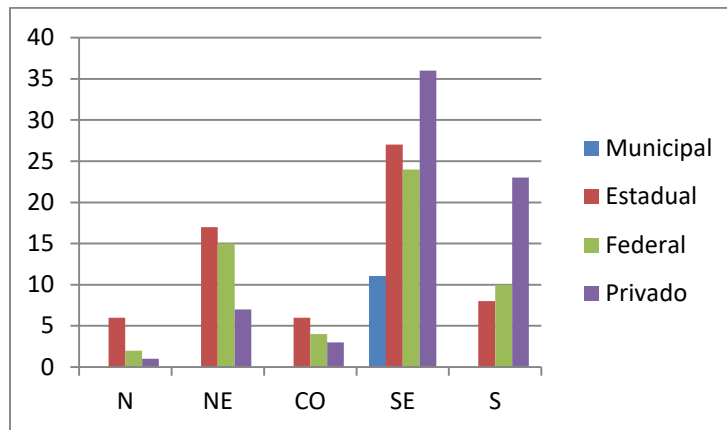


Figura 6.4 - Hospitais de ensino por Esfera administrativa segundo Regiões do Brasil. Dados do primeiro trimestre de 2015.

Outra coisa é a inserção do hospital no sistema de saúde, que pode ser analisada pela definição de a qual gestor está submetido, qual o seu papel no sistema, qual o fluxo dos pacientes, qual o grau de complexidade que se espera que atenda, etc.

Essas variáveis devem ser analisadas em conjunto e sua combinação resulta numa grande diversidade de situações que se estabelecem singularmente em todo território nacional desenhando um quadro complexo e heterogêneo sendo esta uma das dimensões que dificultam a implantação do Sistema Único de Saúde.

Dessa combinação resultam quadros singulares de oportunidades e dificuldades administrativas, de valores e composição das receitas financeiras, de políticas de recursos humanos, de interesses, objetivos e metas muitas vezes contraditórios.

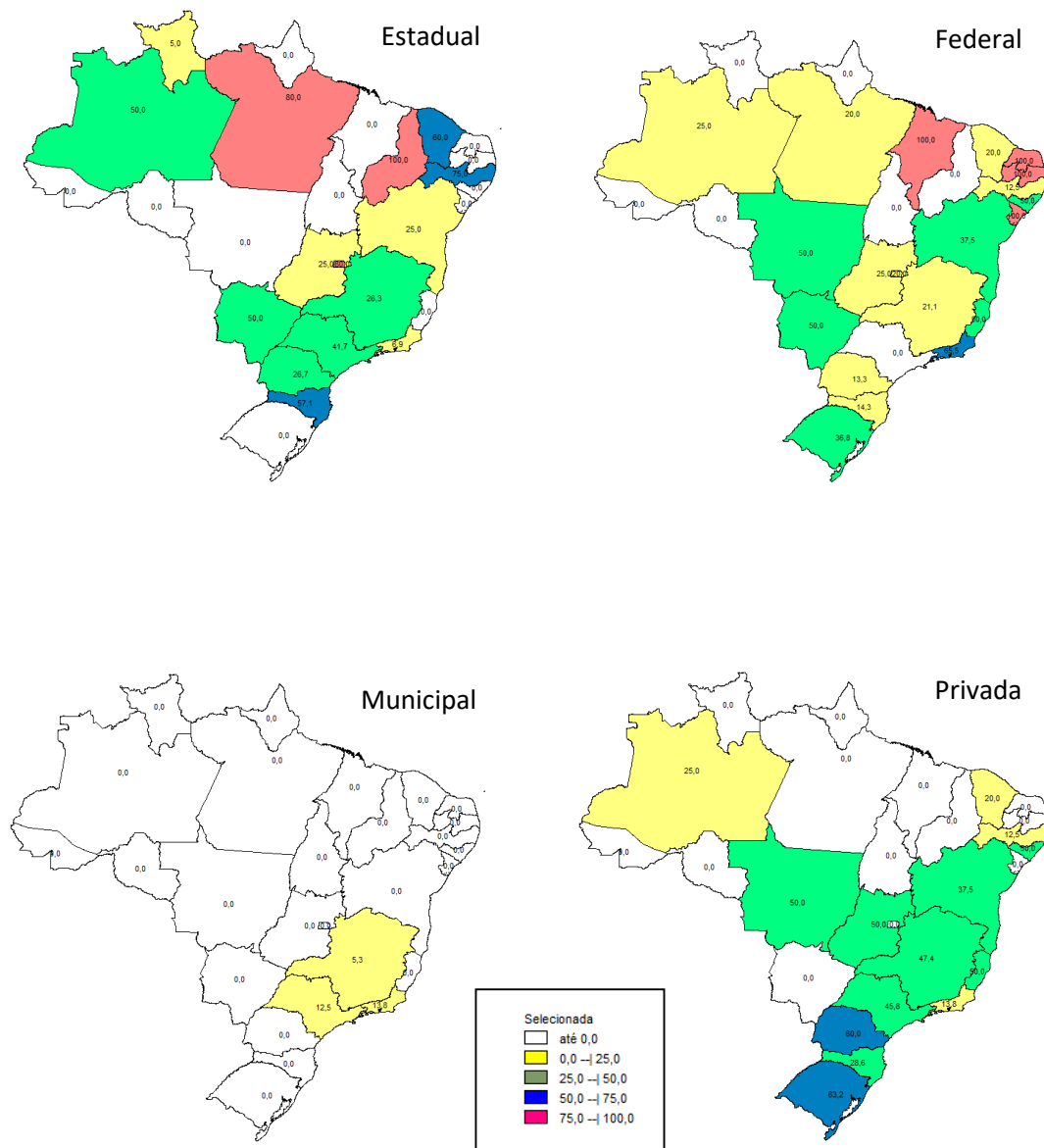


Figura 6.5 – Percentual de Hospitais de Ensino segundo Esfera Administrativa e por Unidades da Federação

A Tabela 6.13 nos dá a distribuição dos Hospitais de Ensino segundo a natureza jurídica da organização. Pode-se observar que 32% dos hospitais estão submetidos à logica da administração privada, tendo, portanto, mais autonomia, porém respondendo aos ditames do mercado. Neste grupo estão os chamados hospitais beneficentes, a maioria submetidos à gestão municipal, atendendo a um mix de pacientes SUS e não SUS.

Tabela 6.13 - Hospitais de ensino do Brasil segundo a natureza da organização

Natureza da organização	f	%
Administração direta da saúde	61	30,5
Administração direta de outros órgãos	18	9,0
Administração indireta - Autarquias	28	14,0
Administração indireta - Empresa Pública	3	1,5
Administração indireta - Fundação Pública	18	9,0
Administração indireta - Organização Social Pública	2	1,0
Entidade beneficente sem fins lucrativos	62	31,0
Empresa Privada	2	1,0
Fundação Privada	6	3,0
Total	200	100,0

As fundações privadas incluem aquelas sem fins lucrativos como as chamadas Fundações de Apoio, criadas por docentes com a finalidade de facilitar o processo administrativo, dando maior autonomia em nível local. 39,5% são hospitais de administração direta pelas secretarias da saúde municipais ou estaduais, pelo Ministério da Saúde, Educação, etc. e são o grupo com menor autonomia, por dependerem sempre de uma decisão a nível mais central da cadeia de comando.

Entre esses dois extremos existem formas de organização criadas com o objetivo de aperfeiçoar o processo administrativo, com graus variados de sucesso como aqueles apresentados pela implantação de OSS no Estado de São Paulo em funcionamento já há alguns anos, com bons resultados, mas que carecem ainda de uma avaliação mais detalhada em longo prazo.

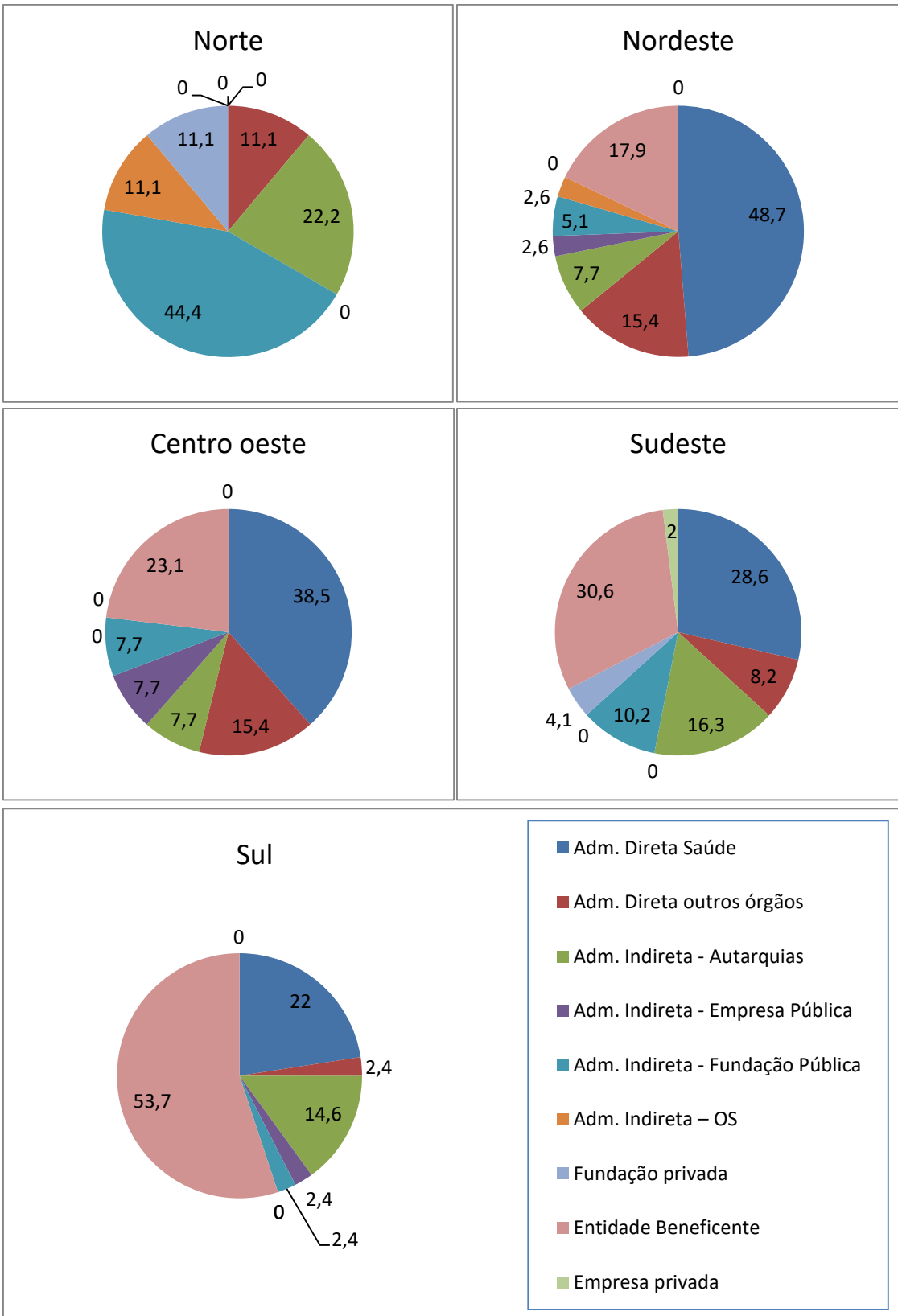


Figura 6,6 – Natureza da organização segundo Regiões do país.

A Figura 6.6 retrata a distribuição da Natureza da organização dos HEs nas Regiões do país, mostrando que é bastante diferente de Região para Região. Pela importância que tem a Natureza da organização na gerência de cada unidade hospitalar, é necessário que se faça estudos específicos para explicar essas diferenças.

A Região Norte, por exemplo, que tem 9 Hospitais de Ensino, dos quais 6 são da Esfera Estadual, 2 Federais e 1 Privado, não tem nenhum hospital com administração direta da saúde (MS, SES, SMS). Tem um HE sob administração direta de outros órgãos (MEC), duas autarquias, 3 fundações públicas, uma OS e uma fundação privada. Aqui é preciso lembrar que as autarquias, as fundações públicas e as OS foram criações destinadas a dar maior autonomia administrativa às instituições públicas, objetivo nem sempre atingido,

O Nordeste é a Região com maior porcentagem de administração direta pela saúde enquanto no Sul, mais de 50% dos HEs estão em entidades beneficentes. Outro aspecto interessante é que é o Sudeste que apresenta maior número de modalidades diferentes de natureza administrativa. Observando a porcentagem de natureza privada da organização, temos que o Norte apresenta 11,1%, o Nordeste 17,9, o Centro oeste 23,1, o Sudeste 36,7 e o Sul, 53,7%.

Quanto à gestão, os municípios são os gestores de 56,0% dos hospitais de ensino enquanto em 14,5% dos casos a gestão é dupla, combinando os gestores federal, estadual com o municipal e a esfera privada (Tabela 6.14).

Tabela 6.14 - Hospitais de ensino segundo a gestão. Brasil, 2015.

Gestão	f	%
Municipal	112	56,0
Estadual	59	29,5
Dupla	29	14,5
Total	200	100,0

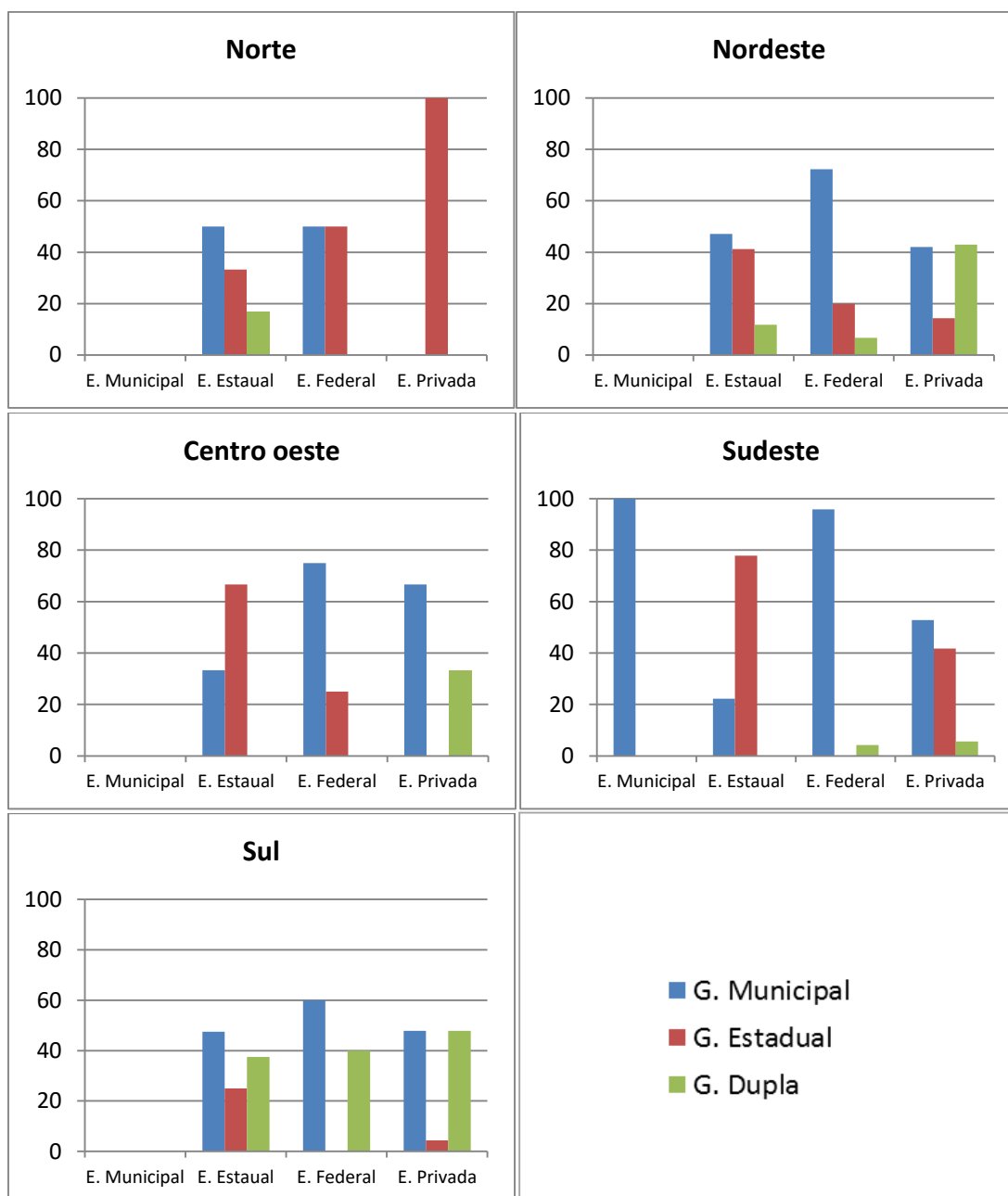


Figura 6.7 – Gestores dos Hospitais de Ensino segundo a Esfera Administrativa e Regiões do país. Brasil, 2015.

A Figura 6.7 traz novos elementos para a discussão. Antes de entrar na análise por Região, vamos dar uma olhada geral, no conjunto, por esfera administrativa.

A Esfera municipal só tem representação na Região Sul e estão todos sob gestão municipal, A Esfera estadual está presente em todas as Regiões e pode-se notar que o Estado mantém ainda a gestão em todas elas e detém a gestão da maioria das unidades hospitalares no Centro oeste e no Sudeste os Hospitais de Ensino federais estão todos sob gestão do Município, do Estado ou Dupla.

Os HEs da Esfera privada estão sob gestão municipal, estadual ou dupla, sendo a categoria com mais gestão dupla.

Esses dados podem ser analisados também por região. No Norte a gestão estadual é a mais importante, talvez por uma maior fragilidade dos municípios. No Sudeste a gestão está dividida entre o Estado e os Municípios, com poucos casos de gestão dupla e no Sul, onde as Filantrópicas são a maioria dos HEs, a gestão dupla é bastante frequente e praticamente toda a gestão está dividida entre a municipal e a dupla.

Essas diferenças são interessantes e merecem ser objeto de estudo em projetos futuros.

Por último neste capítulo, vamos analisar a relação entre a esfera administrativa e a natureza da organização.

Existem 70 hospitais de ensino privados, dos quais 62 são entidades beneficentes sem fins lucrativos, 6 são fundações privadas e 2 empresas privadas (Tabela 6.15)

Tabela 6.15 – Natureza da organização dos hospitais de ensino privados

Natureza da organização	N	%
Empresa privada	2	2,9
Fundação privada	6	8,6
Entidade beneficente sem fins lucrativos	62	88,6
Total	70	100,0

Em relação aos públicos (Tabela 6.16), 11 são municipais, situados no Sudeste, mais da metade com administração direta da Saúde, 27,3% de fundações públicas e 18,2% de autarquias. Os HEs estaduais são administrados diretamente pela saúde em 59,4% dos casos, por autarquias em 21,9%, 14,1% por fundações públicas e 3,1% das vezes por organizações sociais. Quanto aos federais os 32,7% de administração direta de outros órgãos correspondem aos Hospitais de Ensino ligados ao Ministério da Educação.

Tabela 6.16 – Natureza de organização dos hospitais de ensino públicos segundo a esfera administrativa. Brasil, 2015.

Natureza da organização	Municipal		Estadual		Federal		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Administração Direta da Saúde	6	54,5	38	59,4	17	30,9	61
Administração Direta de Outros Órgãos	0	0	0	0	18	32,7	18
Administração indireta – Autarquias	2	18,2	14	21,9	12	21,8	28
Administração indireta – Empresa Pública	0	0	1	1,6	2	3,6	3
Administração indireta – Fundação Pública	3	27,3	9	14,1	6	10,9	18
Adm. indireta – Organização Social Pública	0	0	2	3,1	0	0	2
Total	11	100,0	64	100,0	55	100,0	130

Como se pode concluir, existe uma heterogeneidade de situações em relação à gestão e natureza jurídica dos estabelecimentos. O mais frequente, entretanto, é a gestão municipal ou dupla e como natureza jurídica as entidades beneficentes sem fins lucrativos (88,6%) para os hospitais da esfera privada; para os hospitais da esfera pública a maioria dos hospitais das três esferas públicas é de administração direta, exatamente a modalidade mais amarrada entre as existentes.

Qual a influência da gestão e da natureza jurídica no atendimento hospitalar?

Segundo Nogueira (2010), “há um setor da gestão pública do SUS devido ao qual o sistema parece acumular mais problemas do que qualidades: é o da gerência de suas unidades assistenciais, constituídas pelos hospitais e ambulatorios” que segundo o autor “estão longe de exibir desempenho adequado em termos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados”.

Segundo Nogueira, as principais deficiências estão relacionadas com a área de suprimento de medicamentos, gestão de pessoas e equipamentos e insumos médicos, problemas identificados em avaliação realizada pelo Banco Mundial e que podem ser explicados de maneira sintética por:

- 1) reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta;
- 2) limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos;

- 3) falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente;
- 4) dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

Vários trabalhos tem discutido a crise do setor hospitalar brasileiro e, apesar de uma polêmica existente em torno do assunto, a maioria identifica dois aspectos fundamentais: há um sub-financiamento e uma gestão inadequada do sistema de saúde, de serviços e recursos. Decisões equivocadas em relação aos sistemas de saúde tem implicação direta no atendimento hospitalar, mas essa questão não será tratada neste trabalho.

Vamos focar na gestão do serviço, ou na conceituação definida pelo SUS, na gerência e, no escopo deste trabalho, na gerência hospitalar.

A situação é diferente se se trata de hospital público ou privado. Nos privados, a utilização do hospital para o ensino é regida por um contrato entre o estabelecimento de ensino e o hospital. A escola não dirige o hospital e neste caso podem ocorrer problemas devido a entendimentos e interesses diferentes e até mesmo contraditórios. Nesta modalidade a autonomia do estabelecimento de ensino é baixa tendo que se adaptar às condições oferecidas pelo hospital. Em compensação a autonomia administrativa do hospital é alta.

Os hospitais públicos podem ser próprios da Universidade ou Faculdade ou serem vinculados ao ensino mediante convênio. Neste caso podem ser palco dos mesmos problemas da modalidade anterior. A diferença fundamental, entretanto, é que estão sujeitos a normas do direito público o que lhes confere uma autonomia bastante restrita, uma baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles formais e sem qualidade e influências políticas externas (Santos, 2006).

Em todos os casos a competência do gerente é fundamental. Nos hospitais de ensino é comum o dirigente ser um professor da Faculdade de Medicina que na maioria das vezes não tem uma formação específica para gestão. É preciso profissionalizar a gestão.

A tarefa de se construir um Sistema Único de Saúde integrado com participação das três esferas de governo e pela sociedade civil, dentro dos princípios doutrinários e organizativos, com gestão democrática, tem colocado um desafio para os gestores. Como fazer a gestão do sistema, com um arcabouço jurídico obsoleto? Como gerenciar uma estrutura complexa como um hospital universitário e que deve estar articulado com o sistema de saúde? Como compatibilizar uma estrutura administrativa arcaica com a necessidade de se submeter a planos e programas de saúde decididos por colegiados intergestores?

Essa peculiaridade do SUS exige a construção de um novo modelo de gestão pública, voltada ao controle de resultados capaz de responder às demandas sociais de nosso País. As modalidades tradicionais não conseguem mais dar resposta para as necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro.

Os modelos gerenciais utilizados na administração pública seguem o disposto no Decreto lei 200 de 1967 e na lei 4320, de 1964 ambos do período em que o país vivia uma ditadura militar e eram baseadas no espírito da desconfiança e buscavam o controle do processo e não do resultado esperado. A legislação trabalhista vigente se baseia em princípios aprovados na época da ditadura Vargas. Esse conjunto de leis é fragmentado e é considerado inadequado á realidade nacional atual o que tem motivado a procura de novas alternativas jurídico-institucionais para a atuação governamental, sobretudo nas áreas de educação e saúde (CONASS, 2015).

Nos 200 hospitais de ensino estudados, 79%, considerando-se toda a esfera pública em conjunto, são de administração direta, exatamente a forma mais engessada de modalidade: o quadro de pessoal é constituído por pessoal de carreira, em cargos criados por lei e ocupados por concurso público, a remuneração se sujeita ao limite estabelecido na Constituição, a contratação é subordinada à lei de responsabilidade fiscal. Do ponto de vista administrativo, o orçamento é estabelecido na lei orçamentária anual, deve obedecer às regras de licitação e são fiscalizados pelo Tribunal de Contas. Os hospitais de ensino sob esse regime não tem autonomia para contratar, e não tem autonomia

orçamentária e financeira, dependendo dos órgãos superiores para gerenciar os hospitais.

Os modelos de atuação direta definidos pelo Decreto-Lei 200 de 1967 são: autarquias, consórcios públicos; fundações públicas de direito público e de direito privado; empresas públicas e sociedades de economia mista.

O segundo grupo por ordem de frequência é o das autarquias, no caso dos hospitais as autarquias administrativas. Criadas com o intuito de descentralizar a administração de estruturas complexas, mantém no entanto, características que limitam sua autonomia, como quadro de pessoal definido por lei, submissão ao regime das licitações e aos demais regramentos orçamentários e financeiros. Tem, entretanto, poder para regular, normatizar, fiscalizar, atividades que não existiam na administração direta (Brasil, Conass, 2015).

As demais formas de atuação direta do poder público, mas com administração indireta foram disciplinadas também em 1967 e conferem maior autonomia aos hospitais universitários. No entanto, ocorrem em frequência menor e não existem estudos comparativos demonstrando que a gerência dessas unidades é mais eficiente que as modalidades de administração direta e autarquias.

Os modelos de gerência de atuação indireta do Poder Executivo são aqueles em que a atuação pública se dá por meio da celebração de contrato ou outro tipo de ajuste com terceiros, com o objetivo de viabilizar a prestação de serviços de saúde aos cidadãos. Nesse caso, o que se gerencia não é o exercício da competência pública, ou seja, a prestação de serviços à população. Gerencia-se o contrato ou ajuste e os resultados por ele produzidos. A gerência dos serviços é privada e cabe ao particular que contratou com o Setor Público (Conass, 2015). Entre os modelos de atuação indireta existem experiências mais recentes como o das Organizações Sociais (OS), o das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e das fundações de apoio entre outros, que foram sendo criadas como alternativa aos modelos tradicionais com o objetivo de garantir maior autonomia na gestão hospitalar.

As Organizações Sociais tem sido implantadas no Estado de São Paulo com bons resultados, mas há necessidade de acompanhamento por um tempo

mais prolongado para se concluir se são realmente superiores às demais modalidades.

Capítulo 7

Características dos atendimentos nos Hospitais de Ensino

Dos 200 Hospitais de Ensino, 139 atendem exclusivamente pelo SUS. Entre os 61 que atendem também pacientes não SUS (Tabela 7.1) a maioria é representada pelos hospitais beneficentes e apenas alguns da esfera pública. Poucos são os hospitais privados que atendem exclusivamente SUS.

Essa informação precisa ser mais bem estudada porque a Portaria nº 1000 que iniciou o processo de reestruturação dos HEs em 2004 determina que os Hospitais Públicos devam ter 100% de seus leitos e procedimentos dedicados ao SUS em 4 anos enquanto os privados são obrigados a reservar aos pacientes SUS um mínimo de 70% de seus leitos ativos.

Tabela 7.1 – Frequência de Hospitais de Ensino segundo o tipo de pacientes atendidos. Brasil, 2015

Tipo de pacientes	f	%
Exclusivo SUS	139	69,5
SUS e não SUS	61	30,5
Total	200	100,0

Quais são esses hospitais e onde estão localizados? Qual a esfera administrativa desses Hospitais? Estão atendendo não SUS dentro dos limites impostos pela Portaria?

Para análise e discussão dessas questões importantes utilizamos os dados cadastrais do CNES com relação ao tipo de pacientes atendidos, tipo de demanda e grau de complexidade e fizemos o cruzamento dessas variáveis com a esfera administrativa e a gestão do sistema de saúde. Além dessas variáveis decidimos levantar o custo médio das AIHS como forma de avaliar indiretamente o grau de complexidade do atendimento hospitalar. Para essa análise e discussão utilizamos os dados de internações SUS, contidos nas AIHS.

A Figura 7.1 nos mostra a distribuição dos hospitais com atendimento misto em relação às regiões do país mostrando que estão concentrados no Sudeste e no Sul.

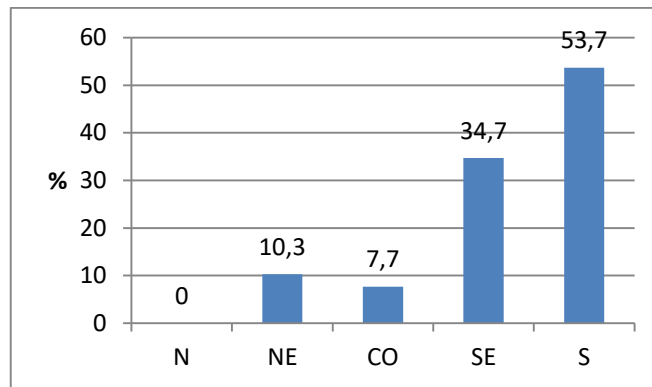


Figura 7.1 - Porcentagens de hospitais que fazem atendimento misto, SUS e não SUS, segundo Regiões do Brasil, 2015.

As regiões Sul e Sudeste têm as maiores porcentagens de hospitais com atendimento misto: 53,7 e 34,7% respectivamente. Quais são esses hospitais?

Uma primeira aproximação pode ser obtida da Figura 7.2. Segundo os dados cadastrais do CNES são apenas 6 (um Federal e cinco Estaduais) os Hospitais de Ensino Públicos que atendem pacientes não SUS em todo o Brasil. Os outros 65 casos de atendimento misto estão concentrados nos Hospitais Privados conveniados ou contratados pelo SUS. Esse resultado, entretanto, merece ser considerado com cuidado, uma vez que o número de hospitais públicos com atendimento misto parece pequeno. Um exemplo desse possível viés pode ser o HC de Ribeirão Preto: seu atendimento é majoritariamente SUS, mas sua fundação de apoio mantém 26 leitos em mais de 800 em que faz internações de pacientes particulares e convênios. Além disso, faz atendimento ambulatorial. O Incor em São Paulo faz também atendimento misto. Quais os critérios utilizados pelo CNES para inserir o estabelecimento no grupo que faz atendimento SUS e não SUS? Quantos hospitais de ensino existem no Brasil com fundações de apoio? São somente 6 (ver capítulo 6)?

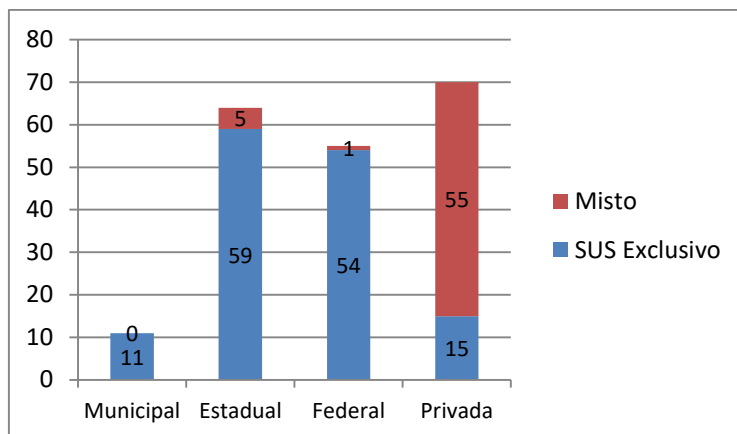


Figura 7.2 - Frequência de hospitais que atendem exclusivamente SUS e os com atendimento misto, SUS e não SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, 2015.

Um segundo ponto a analisar é identificar se os hospitais de ensino estão cumprindo as exigências da Portaria 1000. Analisando os dados da Figura 7.3 observa-se que 27,1% dos hospitais privados não oferecem o número mínimo de leitos exigidos. Quanto aos públicos, deveriam destinar 100% de seus leitos ao SUS no prazo de 04 anos. Ainda não chegaram aos 100%, 43,6% dos Federais, 64,1% dos Estaduais e 36,4% dos Municipais apesar da Portaria já ter 10 anos de vigência.

Entre os públicos são os municipais que tem mais hospitais 100% SUS, seguidos pelos federais com 54,5% e os estaduais com 35,9%. Chama a atenção o fato de que 20% dos hospitais particulares atendem exclusivamente pacientes do SUS.

Esses dados revelam as dificuldades em se cumprir a Portaria. Questões relacionadas ao financiamento dos hospitais, arranjos internos refletindo a correlação de forças entre grupos de profissionais, especialmente os médicos, tem contribuído para retardar a implantação da nova política para os Hospitais de Ensino.

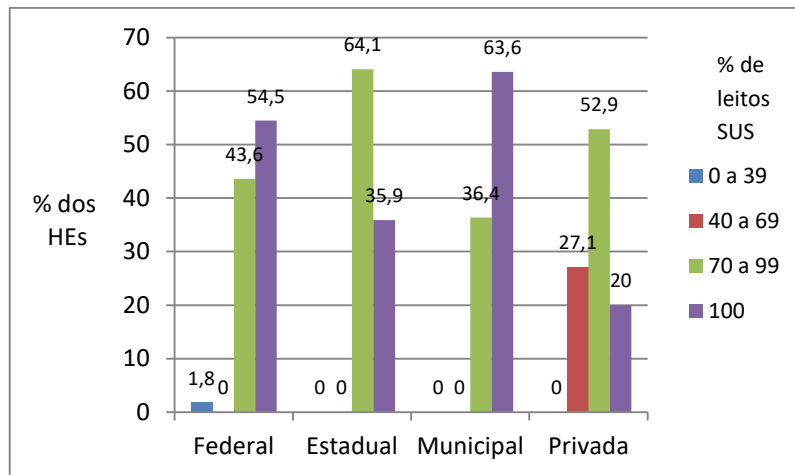


Figura 7.3 – Hospitais de Ensino classificados em faixas percentuais de leitos destinados ao SUS por Esfera Administrativa. Brasil, 2015.

É preciso, no entanto, verificar as porcentagens médias de leitos SUS por Unidades da Federação (Figura 7.4). O Estado de Alagoas é o que tem menor porcentagem de leitos SUS, 67,1% enquanto o Mato Grosso do Sul e Sergipe são os únicos que atingem a marca de 100%. As outras Unidades da Federação variam com valores relativamente próximos entre si, dividindo-se em dois grupos: o primeiro formado pelo Amazonas, Mato Grosso, Distrito Federal, todos os Estados do Nordeste, com exceção de Alagoas e Sergipe, mais Minas Gerais e Rio de Janeiro, do Sudoeste, com porcentagem de leitos variando entre 90,7 e 99,2 e o segundo grupo, formado pelo Pará, Goiás, Espírito Santo e São Paulo, do Sudeste e os Estados do Sul do país, com médias entre 80,0 e 89,9%.

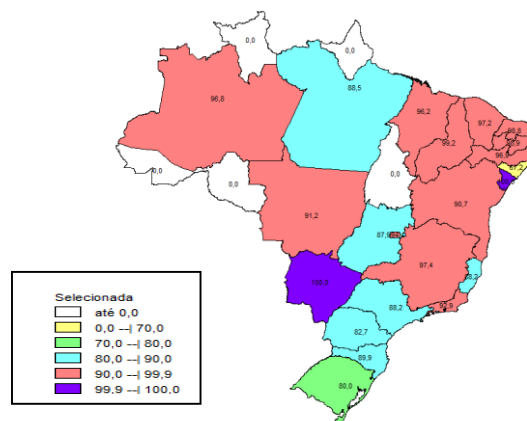


Figura 7.4 – Porcentagens de leitos SUS nos Hospitais de Ensino por Unidades da Federação. Brasil, 2015.

Como irá evoluir a implantação dessa política? É difícil fazer prognósticos. Atualmente está em curso um movimento de transformar o SUS em um sistema de baixo custo, para setores marginalizados da população. A abertura do setor suplementar ao capital estrangeiro e a proposta do presidente da Câmara dos Deputados de emenda constitucional obrigando as empresas a pagar plano de saúde para seus trabalhadores tem potencial para modificar profundamente o SUS que conhecemos abandonando seus princípios doutrinários.

A resolução dessa contradição entre as concepções de “Saúde como direito do cidadão e dever do Estado” e Saúde para a população marginalizada e complementar à iniciativa privada não está definida e dependerá da capacidade de articulação e luta dos vários setores da sociedade brasileira em defesa de seus interesses sociais e de classe.

Oferta e Demanda de atenção hospitalar

Antes do início da implantação do SUS os hospitais de ensino eram unidades isoladas, de portas abertas. Atendia-se a todos, independente do diagnóstico e da gravidade. Era comum o cenário de salas de espera superlotadas, pacientes deitados em macas ou no chão. Uma vez atendidos, não havia para onde mandar esses pacientes, que eram em geral absorvidos pelos ambulatorios, que por sua vez ficavam lotados de casos simples que poderiam ser resolvidos na atenção primária.

Esse quadro continua bastante comum e com frequência é denunciado pela mídia. Como explicá-lo e quais as medidas que vem sendo tomadas para a reorganização do sistema? Como está a situação dos Hospitais de Ensino em relação a esses atendimentos?

Yunes conceitua demanda como “*a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias*” e discute que tem dois aspectos desse conceito que merecem a atenção; a questão do desejo - “a demanda está baseada em uma estrutura de preferências” e a restrição orçamentária.

A demanda de serviços de saúde se enquadra nesse raciocínio mas tem particularidades que convém apontar. Yunes cita Kenneth Arrow como um clássico na economia da saúde com seu artigo *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* publicado na revista THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW em 1963.

Nesse trabalho Arrow apresenta uma lista de algumas características da atenção médica que a distingue de outros produtos ou serviços do mercado, entre as quais destacamos:

- a) A natureza da demanda: na saúde é irregular e imprevisível. Os serviços médicos, com exceção dos serviços preventivos, só trazem satisfação no evento de doenças. Além disso, como a doença ataca a integridade pessoal, há um forte potencial de perda da capacidade de julgamento racional por parte do consumidor.
- b) Confiança no médico: Na atenção médica a atividade do médico e o produto coincidem e há uma relação assimétrica entre o profissional e o usuário. Não há como testar o produto antes de consumi-lo e não existem garantias de que numa segunda oportunidade a satisfação será semelhante. O usuário tem que confiar em que o médico está fazendo o melhor possível.
- c) Incerteza com relação ao produto: não há como garantir o sucesso do tratamento;
- d) Condições relacionadas com o suprimento do profissional médico, como regramentos para o início do trabalho, duração e custo da especialização médica, etc.

Em suma, demanda e oferta estão relacionadas e se condicionam reciprocamente, numa atividade em que a produção e o consumo se dão ao mesmo tempo com a atividade médica em uma consulta, cirurgia ou algum procedimento.

Yunes discute a seguir as diferenças entre demanda e necessidade. Para o autor, necessidade é "aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita *deva ser* (ênfase nossa) consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis

quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente", enquanto demanda é o desejo de consumir algum tipo de atendimento médico.

O problema é que existem inúmeros fatores que interferem entre o estabelecimento de uma condição que gere a necessidade de algum tipo de atendimento à saúde, a demanda aos serviços e o consumo. O resultado prático é a desorganização do sistema, o baixo rendimento, atores descontentes, necessidades insatisfeitas, serviços superlotados com problemas triviais.

Simons (2008) estudando a demanda em unidade de emergência em Alagoas considera que um dos argumentos para a demanda excessiva é que a maior parte dos atendimentos é decorrente de problemas simples que poderiam ser atendidos em unidades de menor complexidade. Os serviços de urgência/emergência acabam atendendo "casos de urgência propriamente dita, casos percebidos como urgências, casos não atendidos na atenção básica e especializada e as urgências sociais" com consequências negativas para o atendimento.

O que mudou com o SUS? Como estão estruturados esses hospitais em relação ao tipo de demanda?

A expectativa é que sirvam de referência terciária para o sistema de saúde e para isso é fundamental uma regulação organizada, que no limite dê acesso a esses hospitais apenas a casos referenciados, exceto as urgências /emergências evitando a utilização inadequada dos recursos. Na prática essa organização é variável e depende do grau de organização dos serviços de nível primário e secundário, Então esse mix de demanda espontânea, espontânea e referenciada ou só referenciada depende do grau de maturidade de implantação do sistema de saúde em nível local e regional e deve variar de região para região, o que procuraremos analisar mais adiante.

Não vamos, no âmbito deste trabalho, estudar a demanda propriamente dita, o que poderia ser feito com uma amostra dos atendimentos. Em relação a essa variável vamos analisar a informação contida no CNES sobre o atendimento ofertado pelos hospitais. Quando falamos em demanda espontânea ou referenciada significa que os hospitais atendem um, outro ou ambos os tipos

de demanda. Para apresentar esses dados de forma clara, chamaremos a demanda espontânea combinada com a referenciada de demanda mista.

Tabela 7.2 - Hospitais de ensino no Brasil segundo tipo de demanda

Tipo de demanda	f	%
Demanda espontânea	7	3,5
Demanda espontânea e referenciada	178	89,0
Demanda referenciada	15	7,5
Total	200	100,0

A Tabela 7.2 nos mostra que 92,5% dos HEs atendem demanda espontânea e 96,5% atendem demanda referenciada, incluindo aqueles casos de demanda mista. Existem 7 HEs (3,5%) que atendem apenas demanda espontânea.

Quando se analisa por regiões, a Região Norte difere das demais regiões por apresentar a maior proporção de hospitais que só atendem demanda espontânea e só demanda referenciada. A Figura 7.5 mostra isso claramente. As outras regiões têm cerca de 90% de seus HEs atendendo demanda mista.

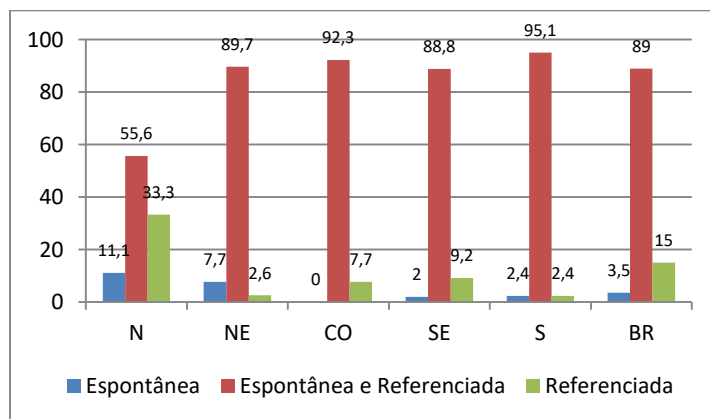


Figura 7.5 – Tipo de demanda segundo regiões do Brasil. 2015.

Analisando a demanda em relação à Esfera Administrativa, constata-se que todos os hospitais de ensino municipais atendem demanda mista. As outras esferas possuem hospitais dos três tipos, sendo que são os estaduais os que

apresentam maior proporção de demanda espontânea e referenciada isoladas (Figura 7.6).

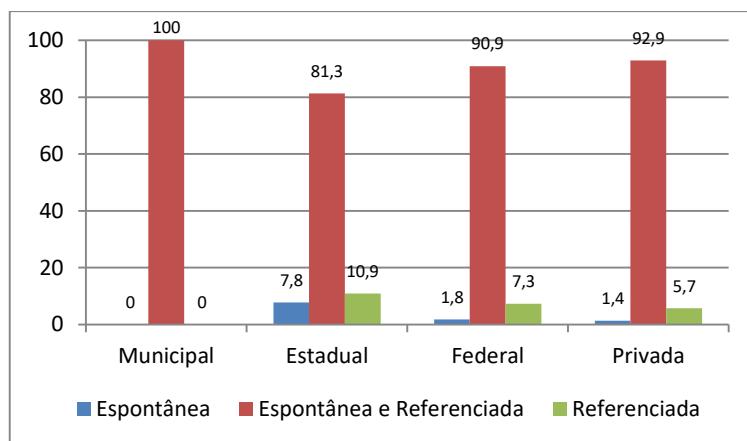


Figura 7,6 – Tipo de demanda segundo esfera administrativa

Quanto ao gestor, a modalidade gestão dupla não tem nenhum HE com demanda exclusivamente referenciada e a estadual é a que apresenta a maior proporção de atendimento à demanda dessa categoria (Figura 7.7).

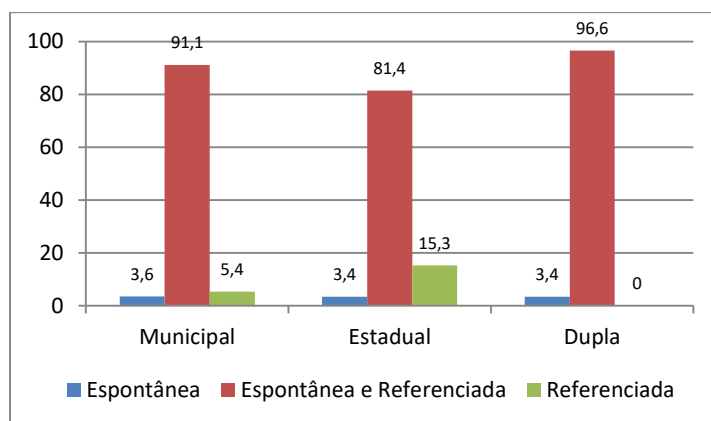


Figura 7.7 – Tipo de demanda em relação ao tipo de gestor. Brasil, 2015.

Comparando os três tipos de gestão, não fica clara a diferença entre os tipos de demanda, mas é de se destacar os 15,3% de hospitais que só fazem demanda referenciada e que estão sob gestão estadual. Os HEs municipais só

tem 5,4% em demanda exclusivamente referenciada. Isso é esperado em relação à gestão municipal, uma vez que os municípios sofrem pressão direta da população para um atendimento de portas abertas.

Qual é a proposta do Ministério da Saúde para tratar dessa questão?

A Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) e traz elementos importantes para essa discussão.

Logo no início, em seus considerandos indica que:

“o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade”.

Em seguida estabelece entre as diretrizes:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado

Essa Portaria é completada com a nº 3390 de 30 de dezembro de 2013 que “Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”.

Reproduzindo apenas alguns trechos, temos:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Art. 2º As disposições desta Portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho

da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

Art. 10. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver.

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas.

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

Resumindo, os Hospitais de Ensino ainda estão distantes da proposta de organização do fluxo de atendimentos. As portarias que regulam a organização dos hospitais e sua inserção no SUS determinam que os quadros agudos devam

ser atendidos em todos os pontos da rede, mas reiteram que a demanda aos hospitais deva ser regulada. O que o SUS preconiza é que a rede acolha a demanda espontânea, mas trabalhe para discipliná-la, fazendo com que haja uma hierarquia nesse atendimento e que ele seja regulado em nome da eficiência e da efetividade. Desse ponto de vista temos ainda muito que caminhar. O próximo passo é estudar os atendimentos por níveis de complexidade.

Níveis de complexidade

Estudar a oferta de serviços de média e alta complexidade é de fundamental importância por pelo menos duas razões: a primeira e mais forte delas é que nossa Constituição definiu como princípio que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e isso implica na universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência e a segunda é o custo dos atendimentos mais complexos que é alto e vem aumentando a cada ano. Para dar um exemplo, em 2005 o governo federal gastou R\$12,82 bilhões com média e alta complexidade, valor que foi o dobro do que se gastou com atenção básica naquele ano: R\$6,06 bilhões (BRASIL, CONASS, 2007)

Organizar as Redes Regionais de Saúde é o desafio do momento. Já foi dito neste trabalho que avançamos bastante na extensão da cobertura em atenção primária, especialmente com a implantação da estratégia de saúde da família. Precisamos agora construir e garantir a integralidade e esta só se consegue em redes, da promoção à reabilitação, da atenção primária aos níveis mais complexos de atendimento. Isto significa encontrar uma solução para os problemas de financiamento e gestão e integrar os hospitais e outros estabelecimentos que concentram os recursos tecnológicos necessários para os atendimentos de média e alta complexidade. Entre eles os Hospitais de Ensino são os estabelecimentos com maior densidade tecnológica.

A integração dos hospitais nas Redes Regionais de Saúde não será tarefa fácil, especialmente a disponibilização dos atendimentos de alta complexidade que tradicionalmente foram comprados da iniciativa privada ou de hospitais universitários com base na oferta desses serviços e não nas necessidades da

população, o que gerou distorções importantes como a distribuição regional desigual com excesso de oferta em alguns centros e regiões inteiras desguarnecidas (BRASIL, CONASS, 2007).

Os Hospitais de Ensino devem ser integrados às Redes Regionais de Saúde e servir de retaguarda para os casos mais complexos atendidos pelo Sistema de Saúde. Faz parte de sua missão e esse papel está previsto nos documentos que normatizam o SUS.

Os 200 Hospitais de Ensino cadastrados em 2015 estão fazendo atendimentos de média e alta complexidade?

A fonte de dados que utilizamos foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e se baseia nas informações oferecidas pelos Hospitais. O estudo das internações a partir do banco de dados das AIHs deverá ser objeto de futura pesquisa.

Quanto ao nível de complexidade, 58,3% dos HEs fazem atenção básica em seus ambulatórios (Tabela 7.3), o que não deveria acontecer, pois essa é uma tarefa dos municípios através da rede de atenção primária à saúde e da estratégia de saúde da família. Faremos posteriormente o cruzamento desses atendimentos com a esfera administrativa, a gestão e dados das internações com o objetivo de entender melhor esse processo.

Tabela 7.3 - Hospitais de ensino segundo níveis de complexidade atendidos em ambulatório. Brasil, 2015.

Nível de complexidade	f	%
Básica	2	1,0
Básica e média	10	5,0
Básica, média e alta	104	52,3
Média	3	1,5
Média e alta	80	40,2
Total	199	100,0

A Figura 7.8 mostra os atendimentos de baixa e alta complexidades nas regiões brasileiras.

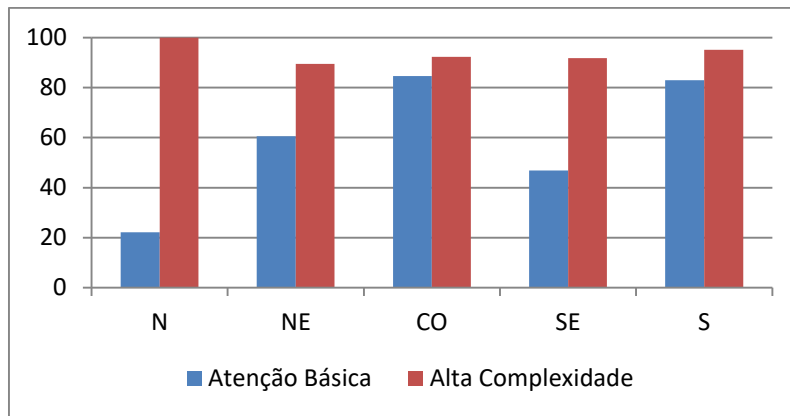


Figura 7.8 - Porcentagens de hospitais de ensino que atendem atenção básica e alta complexidade em seus ambulatórios, segundo regiões do Brasil, 2015

O Norte e o Sudeste são as regiões com menor número de hospitais de ensino que atendem atenção básica em seus ambulatórios, seguidas pela ordem, pelo Nordeste, o Sul e o Centro oeste. A atenção básica dentro desses hospitais provavelmente é um reflexo da incapacidade da rede primária em absorver essa demanda. Essa questão precisa ser mais bem estudada e se constitui em um bom objeto de pesquisa embora complicado em virtude das dificuldades em se obter informações de atendimentos ambulatoriais.

Quanto aos pacientes internados, pode-se observar que 7,5% dos hospitais só fazem atendimento de média complexidade e 4.0% só fazem de alta. A Tabela 7.4 nos mostra também que 92,4% dos HEs fazem internações de alta complexidade o que sem dúvida é esperado. Quais são os hospitais que só atendem média complexidade?

Tabela 7.4 - Hospitais de ensino segundo níveis de complexidade em atividades de internação segundo as regiões do país

Região	Níveis de complexidade da atividade de internação
--------	---

	Média		Média e Alta		Alta		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	1	11,1	8	88,9	0	0,0	9	100,0
Nordeste	5	12,8	32	82,1	2	5,1	39	100,0
Centro oeste	0	0,0	11	84,6	2	15,4	13	100,0
Sudeste	7	7,2	87	89,7	3	3,1	97	100,0
Sul	2	4,9	38	92,7	1	2,4	41	100,0
TOTAL	15	7,5	176	88,4	8	4,0	199	100,0

Analisando por regiões observamos que o Norte e o Nordeste têm as maiores proporções de atendimento exclusivo de atendimentos de média complexidade. A região Centro-Oeste tem as maiores proporções de atendimento exclusivo de alta enquanto as regiões Sudeste e Sul tem maiores proporções de atendimentos de média e alta complexidades combinados.

Existem diferenças quanto à esfera administrativa e a gestão?

A Figura 7.9 mostra que sim em relação aos atendimentos ambulatoriais. Os Hospitais municipais fazem atenção básica e média complexidade em 9,1% dos casos, atenção básica, média e alta complexidades em 45,5% e só atendem media em alta em outros 45,5%. A característica mais marcante dos estaduais é o amplo predomínio dos que fazem só média e alta complexidade. Em relação aos hospitais federais e privados, o predomínio é dos que fazem básica, média e alta complexidade. Temos ainda que os hospitais privados são os únicos que só fazem atenção básica em seus ambulatórios e em relação ao atendimento exclusivo de média complexidade, essa modalidade aparece como exceção nas esferas estadual, federal e privada, não ocorrendo na municipal.

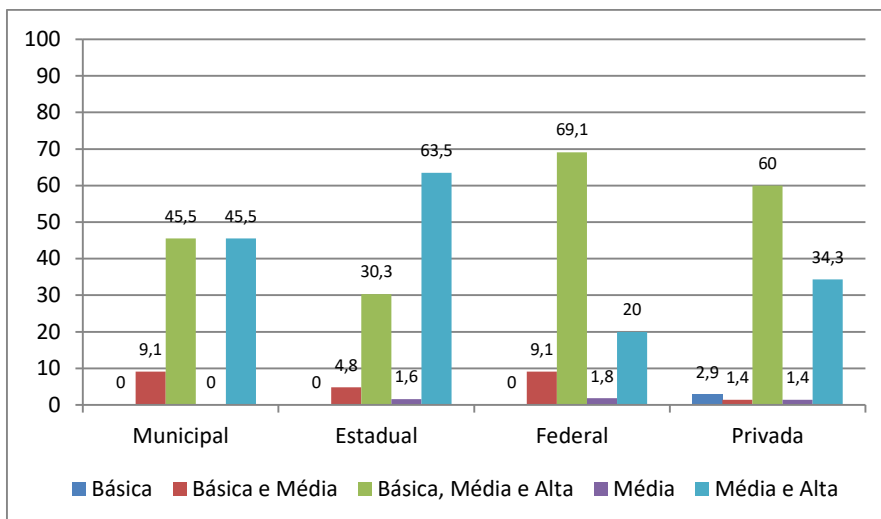


Figura 7.9 – Percentual de HE por Níveis de complexidade de atividade ambulatorial e esfera administrativa

Quanto às internações (Figura 7.10), todos os HEs municipais fazem média e alta complexidade e nenhum hospital privado faz exclusivamente alta complexidade. A categoria média e alta complexidades é largamente predominante em todas as esferas administrativas.

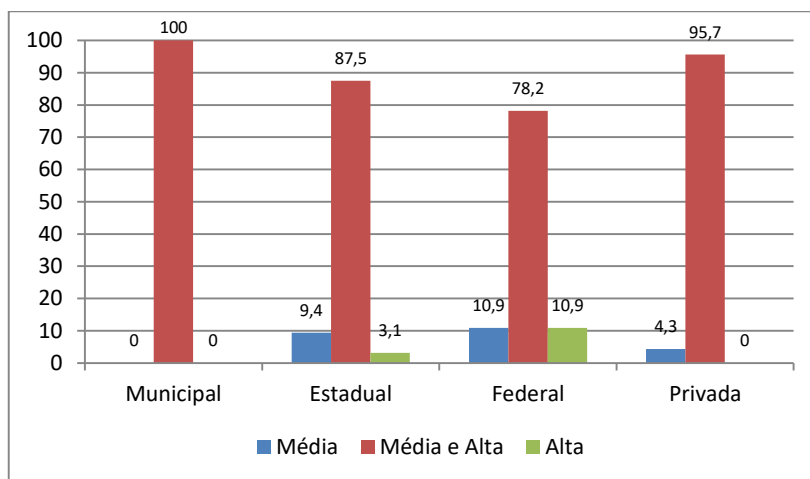


Figura 7.10 – Percentual de HE por Níveis de Complexidade de internação e esfera administrativa

As figuras 7.11 e 7.12 apresentam os níveis de complexidade dos atendimentos ambulatoriais e de internação de acordo com a gestão.

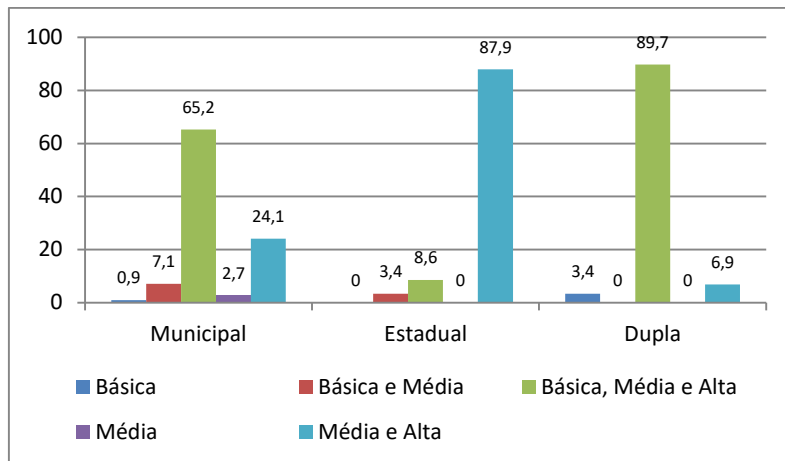


Figura 7.11 – Níveis de complexidade no atendimento ambulatorial dos HEs de acordo com a gestão.

Quanto ao atendimento ambulatorial a maioria dos HEs sob gestão municipal fazem atenção, média e alta complexidades, o mesmo acontecendo com os hospitais sob gestão dupla, que na maioria dos casos tem o município como coparticipante. Os hospitais sob gestão estadual fazem majoritariamente média e alta complexidades. Isso revela atitudes diferentes dos gestores que precisam ser melhor investigadas. Levando-se em conta os princípios organizativos do SUS e a proposta da constituição de redes de atenção a saúde, a atenção básica é função de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família que estão sob gestão dos municípios. O adequado, portanto, seria retirar dos HEs a atenção básica, medida que não tem sido tomada pelos gestores municipais de acordo com as informações registradas no CNES. É necessário fazer um estudo específico desse processo para identificar tendências. Os municípios estão retirando gradualmente os atendimentos básicos dos HEs sob sua gestão ou ao contrário, esses atendimentos fazem parte do modelo implantado?

Em relação aos pacientes internados não é possível identificar grandes diferenças de perfil, com os três tipos de gestão apresentando atendimentos de média, média e alta ou só alta complexidade. Os HEs sob gestão estadual tem uma porcentagem um pouco maior de estabelecimentos que fazem média e alta complexidades em relação a aqueles sob gestão municipal ou dupla. Os HEs sob gestão municipal apresentam proporção maior de média complexidade em

relação aos outros tipos de gestão, enquanto são os sob gestão dupla que tem a maior proporção de hospitais com internação exclusiva de alta complexidade.

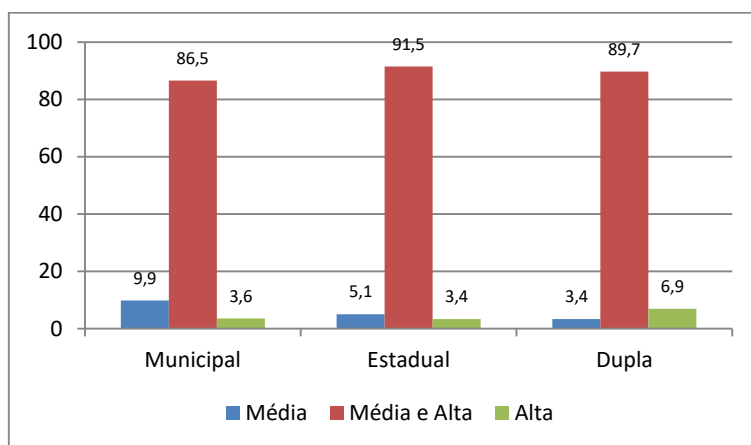


Figura 7.12 - Níveis de complexidade nas internações dos HEs de acordo com a gestão.

Até o momento descrevemos e discutimos o número e a distribuição dos HEs, o número de leitos e distribuição, classificação por portes, os tipos de estabelecimentos, a esfera administrativa, gestão e natureza da organização.

Apresentamos também os dados relativos ao tipo de acesso e os níveis de complexidade oferecidos pelos HEs. Todos esses dados tiveram como fonte os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No próximo capítulo faremos a descrição e discussão das internações de pacientes pelo Sistema Único de Saúde com base nos registros das AIHS. Antes, porém, faremos uma breve e específica incursão no terreno do financiamento dos Hospitais de Ensino, com o levantamento dos valores médios das AIHs como indicador indireto da complexidade dos casos internados e para tentar responder à pergunta: os hospitais de ensino são mais caros que os demais?

O valor médio das AIHs como indicador da complexidade do atendimento

A Tabela 7.5 apresenta os valores médios de AIH dos Hospitais de Ensino e os Assistenciais por regiões e Unidades da Federação. Como se pode observar existe apenas um caso, o de Sergipe, em que os valores médios de AIH dos HEs é menor do que dos Hospitais Gerais. A razão HE/HA varia de 0,8, do Estado de Sergipe a 2,8, do Estado do Pará, o que desde logo permite

concluir que para o SUS, os Hospitais de Ensino são mais caros que os não cadastrados como de ensino.

Tabela 7.5 – Valor médio das AIHS segundo regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais.

Região e UF	Valor médio de Internação HA	Valor médio de Internação HE	Razão HE/HA
Região Norte	647,75	1647,54	2,5
Amazonas	667,09	1586,63	2,4
Pará	605,36	1675,87	2,8
Região Nordeste	821,71	1823,41	2,2
Maranhão	673,28	1983,62	2,9
Piauí	700,61	1152,86	1,6
Ceará	754,89	2028,33	2,7
Rio Grande do Norte	1112,45	1258,42	1,1
Paraíba	980,02	1089,30	1,1
Pernambuco	978,60	1764,53	1,8
Alagoas	881,32	2253,41	2,6
Sergipe	962,62	804,89	0,8
Bahia	757,59	2045,86	2,7
Região Sudeste	1027,78	1970,31	1,9
Minas Gerais	1078,36	1989,00	1,8
Espírito Santo	1065,95	1615,08	1,5
Rio de Janeiro	1054,61	1484,49	1,4
São Paulo	987,50	2066,02	2,1
Região Sul	1112,19	2025,33	1,8
Paraná	1140,93	2104,43	1,8
Santa Catarina	1325,98	1656,09	1,2
Rio Grande do Sul	923,09	2066,23	2,2
Região Centro-Oeste	927,34	1461,04	1,6
Mato Grosso do Sul	986,21	1369,28	1,4
Mato Grosso	780,94	2118,04	2,7
Goiás	979,94	1907,20	1,9
Distrito Federal	930,77	1164,97	1,3
Brasil	932,57	1919,37	2,1

Os cartogramas da Figura 7.13 mostram a razão valor médio HE/ valor médio HA por regiões e por unidades da Federação dão uma visão mais nítida das diferenças.

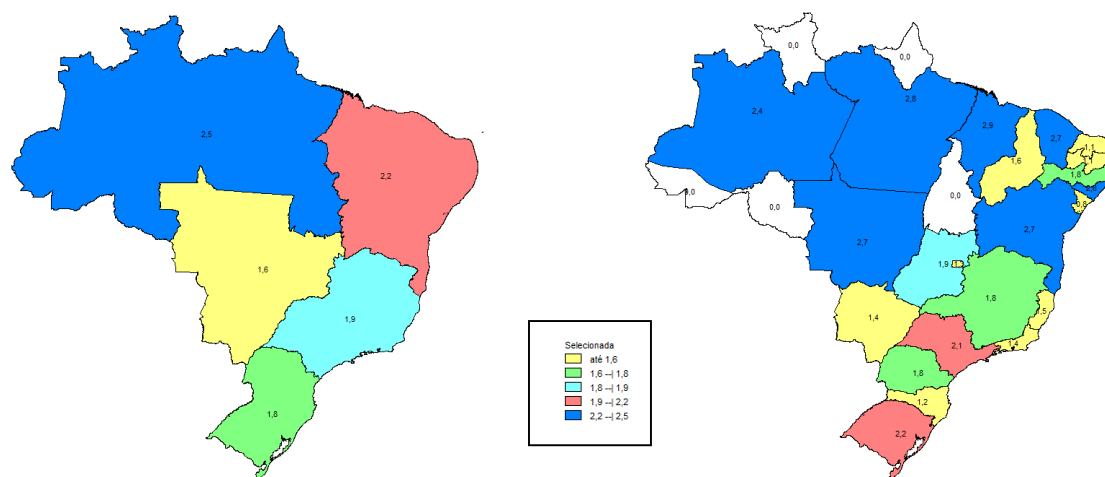


Figura 7.13 – Razão entre o valor médio das AIHs dos Hospitais de Ensino e os Hospitais Assistenciais para as regiões do Brasil e unidades da Federação.

As regiões Norte e Nordeste são as que apresentam maior diferença entre valores médios de AIH: 2,5 e 2,2 vezes respectivamente. O Centro-Oeste é a que tem a menor, mas mesmo assim o valor médio da AIH dos hospitais de ensino é 60% maior dos que os hospitais assistenciais.

O cartograma por unidades da federação mostra as diferenças dentro das regiões. O Nordeste, por exemplo, tem Estados nas faixas de maior e menor valores. O Sudeste, quando desmembrado em suas Unidades mostra o Rio de Janeiro e o Espírito Santo nos estratos de menor razão ao mesmo tempo em que as AIHs dos HE de São Paulo se revelam enquadradas na faixa de 1,9 a 2,2 vezes, com valor médio 2,1 vezes maior que o dos Hospitais assistenciais.

Resta comparar o valor das internações dos hospitais públicos com a dos privados. A Tabela 7.6 apresenta esses resultados para o Brasil e Regiões classificados por Esfera administrativa.

Tabela 7.6 - Valor Médio da internação segundo regiões e esferas administrativas

Região e Esfera administrativa	Valor médio/ internação
Região Norte	1647,54
Federal	1165,60
Estadual	1543,33
Filantrópico	4337,89
Região Nordeste	1823,41
Federal	1792,44
Estadual	1803,62
Filantrópico	1877,52
Região Sudeste	1971,31
Federal	2105,14
Estadual	2049,55
Municipal	1208,25
Filantrópico	2039,99
Região Sul	2025,33
Federal	1638,93
Estadual	1473,62
Filantrópico	2363,21
Região Centro-Oeste	1483,61
Federal	1326,10
Estadual	1246,46
Filantrópico	2468,26
Brasil	1916,28
Federal	1798,97
Estadual	1826,86
Municipal	1208,25
Filantrópico	2136,26

A Região onde a AIH é mais cara é no Sul. Analisando os dados da Tabela 7.6 com a Figura 7.14 é possível concluir que isso se dá devido ao valor das AIHs dos hospitais privados, uma vez que os valores dos estaduais e federais são menores do que o Sudeste e o Nordeste, por exemplo. As AIHs dos HEs privados são mais caras em todas as regiões em relação às outras esferas administrativas, com exceção do HEs federais e estaduais do Sudeste dos quais tem um valor um pouco menor. Chama a atenção a grande diferença de valores entre o público e o privado na Região Norte. Outra característica interessante de destacar é que se retirarmos os valores do privado e analisarmos apenas o público, o Sudeste tem as AIHs mais caras, o que de certa forma é compatível com a densidade tecnológica dos serviços de saúde da Região.

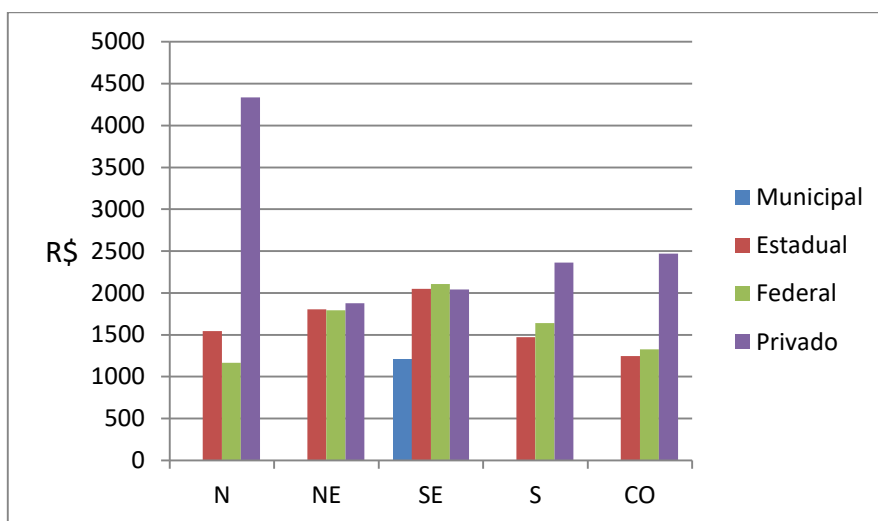


Figura 7.14 - Valor médio de AIHs segundo esfera administrativa e região

Essa questão pode ser melhor visualizada com a consolidação dos dados dos hospitais de ensino em públicos e privados:

Tabela 7.7 – Valores médios das AIHs de hospitais de ensino públicos e privados, por regiões do país.

Região	Valor médio das AIHs (R\$)		Diferença %
	Públicos	Privados	
Norte	1354,46	4.337,89	220,27
Nordeste	1798,03	1877,52	4,42
Sudeste	1.628,90	2039,99	25,24
Sul	1556,28	2363,21	51,85
Centro-Oeste	1286,28	2468,26	91,89

Em todas as regiões a internação no hospital privado é mais cara que no público. Uma pequena diferença no Nordeste, de 4,42% e a grande diferença no Norte em que o valor da AIH dos privados é 22,27% a dos hospitais públicos. Como explicar essa diferença? Os hospitais privados fazem internações de casos bem mais complexos do que os públicos? É de conhecimento corrente que os Estados do Sudeste concentram os hospitais de ensino com maior densidade tecnológica e, no entanto o valor médio das AIHs é quase metade da do Norte Para desvendar esse mistério é necessário que se faça uma auditoria

nessas contas. O que acontece nas internações dos HEs do Norte que as encarece tanto? Por que as internações dos Hospitais de ensino privados do Norte são as mais caras, em média, do país?

Capítulo 8

Internações pelo Sistema Único de Saúde.

O que a AIH nos revela

Para completar a descrição geral dos Hospitais de Ensino do Brasil analisaremos algumas variáveis relacionadas com o perfil do paciente e as internações. Para cumprir este objetivo utilizamos as AIHs de 2013 e as separamos em dois grupos: Hospitais de Ensino (HE) e Hospitais não credenciados como de ensino, que chamamos de Hospitais Assistenciais (HA).

O primeiro aspecto a ser considerado é a idade, analisada segundo as fases do ciclo de vida. Para efeito deste trabalho as internações serão agrupadas em quatro grupos: crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Cada fase da vida tem um perfil particular de morbidade e mortalidade que depende de um amplo conjunto de determinações e varia com a região, com a época, com as características biológicas e sociais dos indivíduos, das famílias, das classes sociais, da sociedade.

Dentro dos objetivos deste trabalho, no entanto, faremos a análise das internações segundo o sexo, idade e causas mais frequentes de internação procurando verificar se existem diferenças com as internações dos hospitais que não são de ensino.

A Tabela 8.1 mostra a proporção de pacientes internados em Hospitais de Ensino segundo as fases do ciclo de vida nas macrorregiões do Brasil.

e fases do ciclo de vida. Brasil, 2015.

Região	% Crianças <12 anos	% Adolescentes 12 a 17 anos	% Adultos 18 a 59 anos	% Idosos 60 anos ou +
Norte	11,3	6,3	63,7	18,7
Nordeste	18,1	6,1	53,4	22,3
Sudeste	13,6	4,8	55,3	26,3
Sul	14,6	5,2	54,9	25,2
Centro-Oeste	18,4	5,0	56,3	20,3
Brasil	14,9	5,2	55,1	24,7

Começamos pelas crianças. As regiões com menores proporções de crianças internadas são, em ordem crescente, o Norte, o Sudeste e o Sul. O Sudeste e o Sul já eram esperados pelo fato de serem regiões com maior desenvolvimento econômico e social, melhores condições de saneamento e menor fecundidade. São regiões bastante adiantadas na transição demográfica e epidemiológica, condições que geram um impacto no perfil de demanda aos serviços de saúde. Olhando para o outro lado da Tabela pode-se observar que são essas regiões que tem maiores porcentagens de internações de idosos.

A Região Norte tem características diferentes. Tem as porcentagens mais baixas de internação de crianças e de idosos. É uma região mais atrasada em relação às transições demográfica e epidemiológica, tem IDH mais baixo de o Sul e o Sudeste, saneamento pior, e o esperado seria uma proporção maior de crianças e menor de idosos. A maior proporção de internados se dá entre os adultos, o que ocorre porque o intervalo dessa faixa etária é bem maior que as outras e também porque sendo um valor relativo, aumenta quando diminuem as outras proporções. Uma hipótese para explicar essas proporções é a questão do acesso, que é bastante dificultada na Região Norte. Apesar dos HEs estarem localizados nas capitais, esses hospitais atendem toda a Região e esse fator pode estar contribuindo para a baixa proporção de internações de crianças e idosos.

Para analisar melhor esse fenômeno, construímos cartogramas comparando a distribuição percentual das internações de crianças e idosos na população, com a dos internados nos Hospitais de Ensino e nos outros Hospitais do país, excetuando-se os HEs (Figuras 8.1 e 8.2)

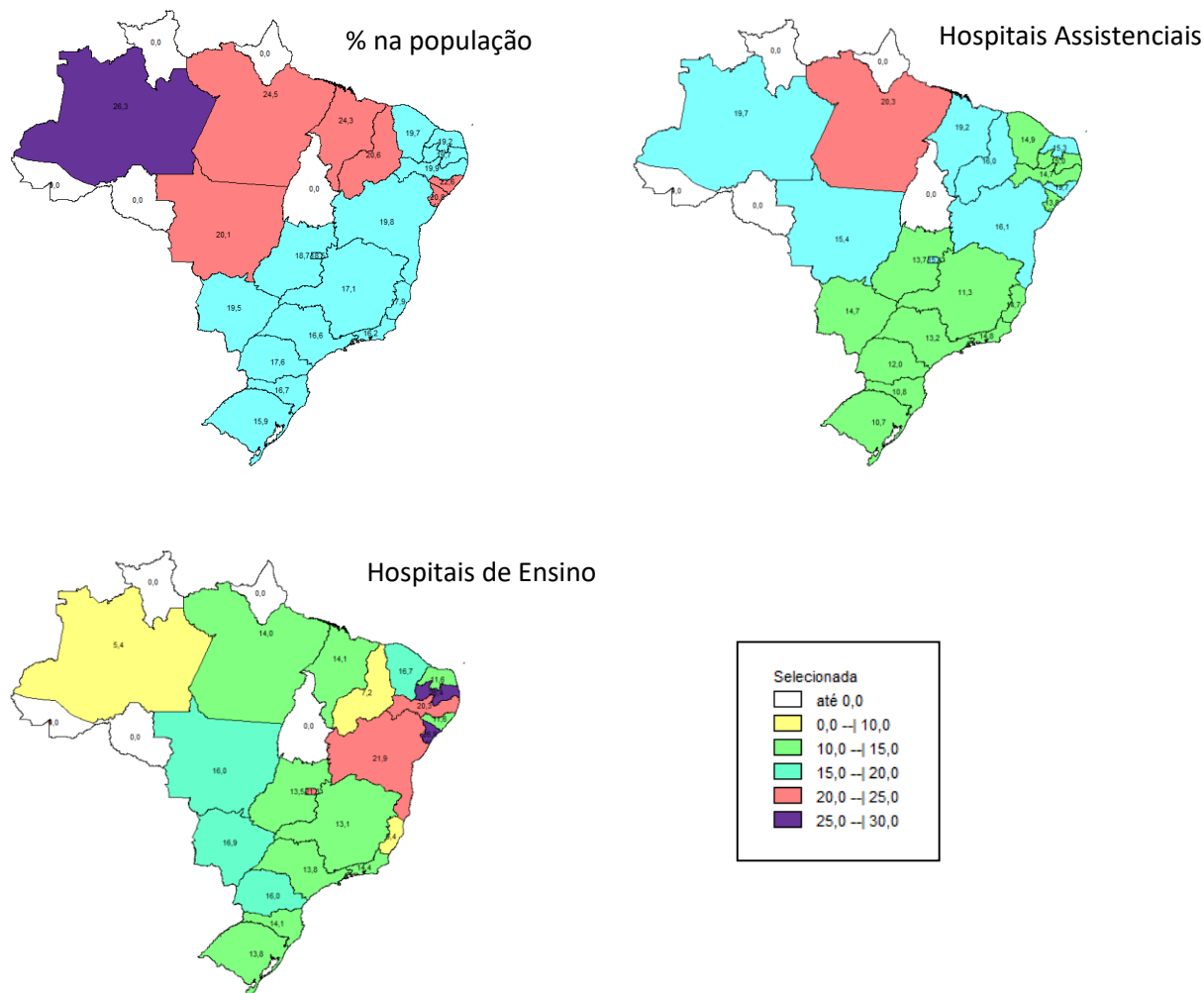


Figura 8.1 – Proporção de crianças menores de 12 anos na população. Comparação com a proporção de internações em hospitais assistenciais e de ensino.

Foram estabelecidas seis faixas de proporções. Analisando na Figura 8.1 o cartograma referente à distribuição etária da população, observamos que as Unidades da Federação foram classificadas em três das categorias; o Amazonas, com 26,3% de sua população com menos de 12 anos; Pará, Piauí, Maranhão, Sergipe, Alagoas e Mato Grosso, variando entre 20,1% e 24,5%; todos os Estados do Sul e do Sudeste e os Estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Bahia, variando entre 15,9 e 19,9%.

Esses dados, quando confrontados com a Tabela 8.1, já permitem concluir que a proporção de crianças internadas entre todos os internados é

menor que a proporção de crianças na população. Portanto, a distribuição por faixas etárias dos internados não é a mesma da população.

Como é a distribuição por idades nos hospitais brasileiros? Os Hospitais de Ensino são diferentes dos Hospitais que não são de ensino?

O cartograma que representa os Hospitais Assistenciais mostra que em todas as Unidades da Federação a proporção de crianças internadas é menor que a proporção dessa faixa etária na população.

Os Hospitais de Ensino têm proporções de internação de crianças menores que sua ocorrência na população, com exceção dos Estados da Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Bahia e Distrito Federal onde são maiores.

Quando comparados com os Hospitais Assistenciais, os HEs tem proporção maior de crianças na maioria das Unidades da Federação. É menor nos Estados do Amazonas e Pará, em Alagoas, Rio Grande do Norte, Piauí e Maranhão, em Goiás e no Rio de Janeiro e Espírito Santo. A explicação dessas diferenças exigiria uma investigação dirigida, fora dos objetivos deste trabalho.

A outra faixa etária que discutiremos é a de idosos, definidos como 60 anos ou mais. As proporções de idosos na população e nas internações em hospitais de ensino ou não foram divididas em seis faixas: de zero, para as Unidades da Federação que não possuem HEs, até 10% e daí em diante de 5 em 5 até 30%.

A Figura 8.2 apresenta esses achados. Pelos critérios estabelecidos as Unidades da Federação podem ser classificadas em dois grandes grupos, de acordo com a proporção de idosos na população: o primeiro com as Unidades das Regiões Sul, Sudeste e o Nordeste, com exceção do Maranhão, Alagoas e Sergipe, variando de 10,3% na Bahia a 13,6% no Rio Grande do Sul; o segundo grupo, com as UFs da Região Norte, Centro-Oeste mais o Maranhão Alagoas e Sergipe, com valores variando entre 6,0% no Amazonas e 9,8% no Mato Grosso do Sul.

Os cartogramas dos Hospitais de Ensino e dos demais hospitais do Brasil mostram claramente que em ambas as categorias, a proporção de idosos

apresentaremos mais a frente, ajudarão a explicar o perfil desses hospitais e Estados e identificar suas semelhanças e diferenças.

Análise das Internações segundo o sexo

Outra variável interessante é o sexo dos pacientes internados que será analisado utilizando como indicador a razão de masculinidade. A Tabela 8.2 apresenta a razão de masculinidade para a população, para os internados em hospitais assistenciais e os internados nos hospitais de ensino.

Tabela 8.2 – Razão de masculinidade. Comparação entre a população, hospitais assistenciais e hospitais de ensino. Brasil, 2013.

Região	População	Hospitais assistenciais	Hospitais de Ensino
Norte	101,9	58,9	67,8
Nordeste	95,3	61,2	72,3
Sudeste	94,7	71,1	82,3
Sul	96,3	78,0	77,7
Centro-Oeste	98,6	72,3	73,2
Brasil	96,0	67,9	78,4

Comparada com a população, a razão de masculinidade dos pacientes internados é bem menor para os dois grupos de hospitais.

Em relação aos hospitais assistenciais, a região com maior razão é o Sul com 78/100, o que significa que para 100 mulheres internadas, internam-se 78 homens. Essa diferença entre homens e mulheres é fato conhecido sendo atribuída a fatores relacionados com a inserção no mercado de trabalho e a outros de ordem cultural. As mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens, em todos os níveis de assistência. A questão que se coloca é: os Hospitais de Ensino são diferentes?

Pelos dados da Tabela 8.2 podemos afirmar que a proporção de homens internados nos HEs é maior em todas as regiões, exceto no Sul. Vamos dar uma olhada na distribuição por Unidades da Federação (Figura 8,3).

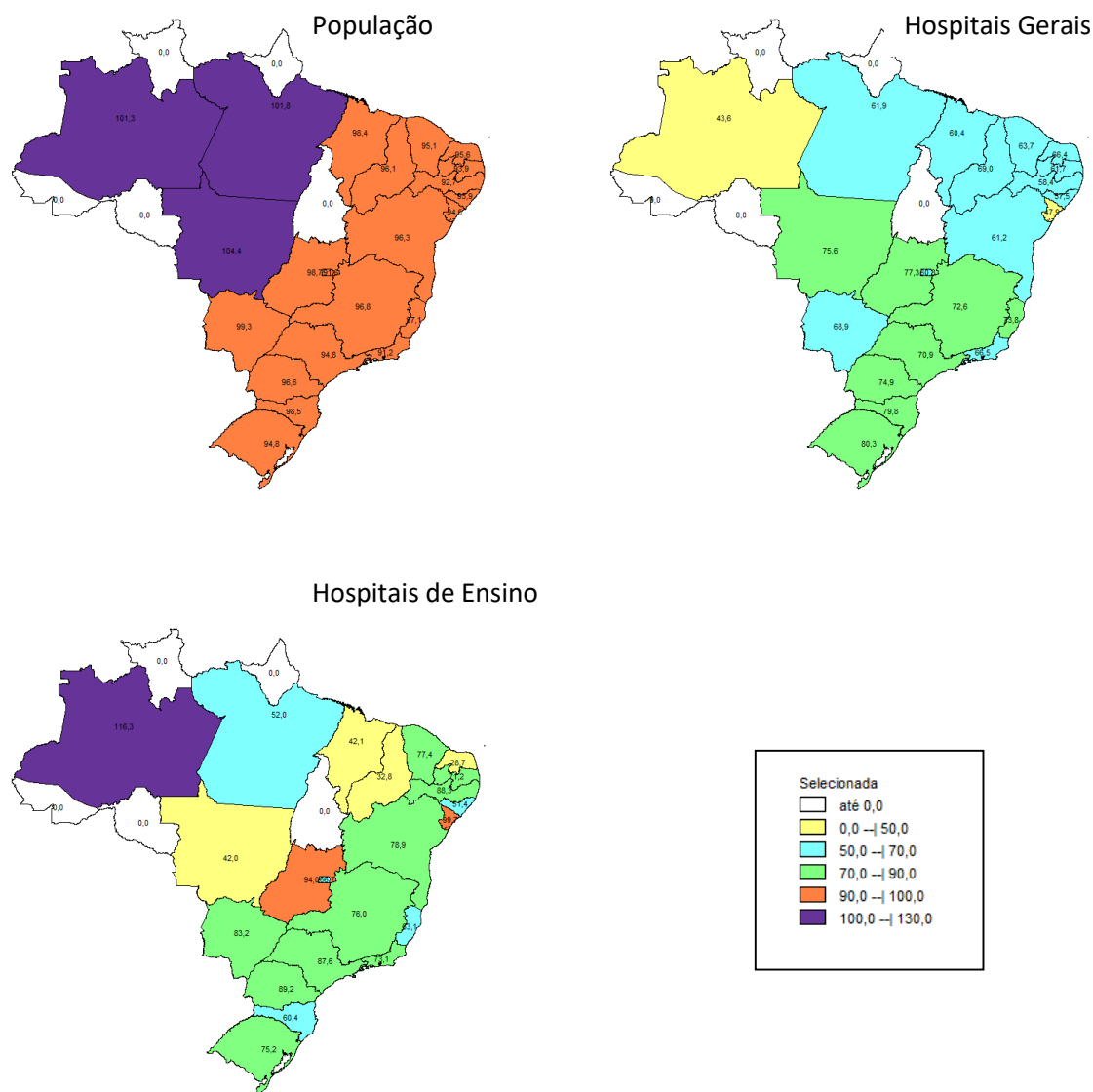


Figura 8.3 – Razão de masculinidade nos Hospitais de Ensino e Hospitais assistenciais por Unidades da Federação. Comparação com os valores na população. Brasil, 2013.

O primeiro mapa mostra a razão de masculinidade da população, que pode ser classificada em dois grupos: o primeiro, composto pelo Amazonas, Pará e Mato Grosso tem uma proporção de homens acima de 100%; o segundo grupo, formado por todos os outros Estados, tem porcentagens de homens variando entre 91,2 no Rio de Janeiro e 99,3 no Mato Grosso do Sul.

O segundo mapa mostra a razão de masculinidade para os internados nos hospitais que não são de ensino. Os resultados se agrupam em três faixas: os Estados do Amazonas e Sergipe, com menos de 50 homens para cada 100 mulheres, Pará, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e a Região Nordeste com

exceção de Sergipe com valores oscilando entre 50 e 70 e o grupo com maior razão de masculinidade, com valores entre 70 e 90, composto pelos Estados do Mato Grosso, Goiás e das Regiões Sul e Sudeste, com exceção do Rio de Janeiro,.

O terceiro mapa traz a razão de masculinidade para os internados nos hospitais de ensino. Os valores encontrados são maiores que os dos hospitais assistenciais na maioria dos Estados. São menores, no entanto, no Pará, Mato Grosso, em Santa Catarina e Rio Grande do Sul, nos seguintes Estados do Nordeste: Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e na Região Sudeste, no Espírito Santo.

São múltiplos os fatores que influenciam a demanda e a internação de homens e mulheres havendo a necessidade de um projeto de pesquisa específico para estudar esse tema.

Média de permanência

O tempo médio de permanência é um indicador tradicional do desempenho hospitalar e é considerado central na avaliação da eficiência desses estabelecimentos (La Forgia, 2009). Seus valores são resultado de um conjunto complexo de fatores entre os quais a complexidade do caso, a morbidade hospitalar, a estrutura do hospital, a qualificação do pessoal, a gestão da unidade, etc. Um tempo de permanência prolongado pode significar um caso grave que necessite um seguimento mais prolongado, mas pode significar também uma condução descompromissada ou incompetente do caso. Os Hospitais de Ensino são cheios de exemplos de casos de interesse científico que ficavam antes da integração ao SUS (e ainda ficam) um longo tempo internados para investigação.

O hospital moderno interna e mantém o paciente internado na medida certa, isto é, até um momento em que se curou ou pode ser seguido em casa com ou sem apoio de equipes de acompanhamento domiciliar. Prolongar uma internação sem necessidade encarece o atendimento e aumenta o risco do paciente. A tendência universal é desospitalizar. Outro aspecto importante na

gestão de leitos é que uma internação prolongada desnecessariamente limita a oferta de leitos e pode impedir a internação de outro paciente (La Forgia, 2009).

A ocorrência a de internações com duração abaixo do esperado pode, por outro lado, significar uma alta precoce, óbitos ou seleção de pacientes de menor complexidade em detrimento de casos mais graves que demandam internação e que, devido ao custo, acabam sendo impedidos de internar ou sendo triados para outras unidades hospitalares.

Desta forma é muito importante o acompanhamento do tempo médio de permanência, com indicador da relação de custo-benefício.

A Tabela 8.3 apresenta a média de permanência das internações dos hospitais assistenciais e de ensino para o ano de 2013. Os valores encontrados para o Brasil foram de 5,1 para os hospitais assistenciais e 6,7 para os hospitais de ensino. Considerando-se as Unidades da Federação, com exceção dos Estados do Paraná, Rio de Janeiro e Espírito Santo, em todos os outros permanência nos hospitais de ensino é maior que a dos hospitais cadastrados como assistenciais. Qual o tempo médio considerado normal para o momento atual?

Para o MS em 2002, o valor médio para os pacientes SUS era de 4,45 dias. A esse respeito La Forgia e Couttolenc (2009) fazem uma comparação com países da OCDE que no final dos anos 90 apresentavam a média de 7,8 dias de permanência, valor que os autores explicam pela proporção de idosos naqueles países.

Martins e cols (2004), em estudo realizado em Ribeirão Preto encontraram o valor de 4,352 dias em média de internação, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1998.

Tabela 8.3 – Média de permanência por regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Hospitais assistenciais. Brasil, 2013.

Região e UF	Média Permanência Hospital Assistencial	Média Permanência Hospital de Ensino	Razão Hospital Ensino/ Hospital Assistencial
Região Norte	4,0	8,7	2,2
Amazonas	4,6	7,9	1,7

Pará	3,3	9,1	2,7
Região Nordeste	4,6	7,5	1,6
Maranhão	4,3	8,4	1,9
Piauí	4,0	6,1	1,5
Ceará	4,4	8,4	1,9
Rio Grande do Norte	5,4	5,9	1,1
Paraíba	5,4	8,7	1,6
Pernambuco	5,1	6,5	1,3
Alagoas	5,4	5,9	1,1
Sergipe	4,6	8,4	1,8
Bahia	4,1	8,8	2,1
Região Sudeste	5,8	6,4	1,1
Minas Gerais	5,0	6,7	1,3
Espírito Santo	5,4	5,3	1,0
Rio de Janeiro	8,6	8,2	1,0
São Paulo	5,6	6,0	1,1
Região Sul	5,2	6,2	1,2
Paraná	5,1	4,4	0,9
Santa Catarina	5,0	5,9	1,2
Rio Grande do Sul	5,6	7,5	1,3
Região Centro-Oeste	4,7	6,9	1,5
Mato Grosso do Sul	4,4	7,1	1,6
Mato Grosso	4,3	6,7	1,5
Goiás	4,6	6,9	1,5
Distrito Federal	6,0	6,9	1,2
Brasil	5,1	6,7	1,3

Já a Portaria 1101/GM de 112 de junho de 2002 estabelece os parâmetros para o tempo médio de permanência para utilização na atividade de planejamento do SUS e fixa valores diferentes por especialidades (Tabela 8.4). A Portaria define os valores de 4,8 para Cirurgia, 5,2 para Clínica Médica, 3,0 dias para Obstetrícia e 6,0 para Pediatria. Essa mesma portaria informa que a “média de permanência hospitalar/Brasil/SUS/99 é de 5,98 dias, sendo a maior média registrada a do Rio de Janeiro com 8,92 dias e a menor a do Estado de Rondônia com 3,64 dias”.

Tabela 8.4 – Variação do Tempo Médio de Permanência e Parâmetros por especialidades de acordo com a Portaria 1101 de 12 de junho de 2002.

ESPECIALIDADES	VARIAÇÃO ENTRE REGIÕES/1999/AIH's PAGAS	PARÂMETRO
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8
Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2

Cuidados prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0
Obstétrica Parto normal e Cirúrgico	2,0 a 3,5	Média 3,0
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0
Psiquiátrica	31,6 a 52,7	Média 28,0
Hospital Geral		5,5
Hospital Psiquiátrico		40,0
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0
Tisiologia	16,1 a 30,6	Média 21,40
TBC		7,0
TBC C/ Lesões extensas		25,0
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

A Figura 8.4 representa o Tempo Médio de Permanência (TMP) por regiões e Unidades da Federação. No cartograma à esquerda as regiões estão classificadas em três grupos: o Sul e o Sudeste são as regiões com menor TMP, o Norte tem o maior TMP e o Nordeste e Centro-Oeste tem valores intermediários. Quando se desmembra as Regiões em suas Unidades da Federação, identifica-se os Estados de Alagoas, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina como aqueles com menor TMP do país no ano de 2013

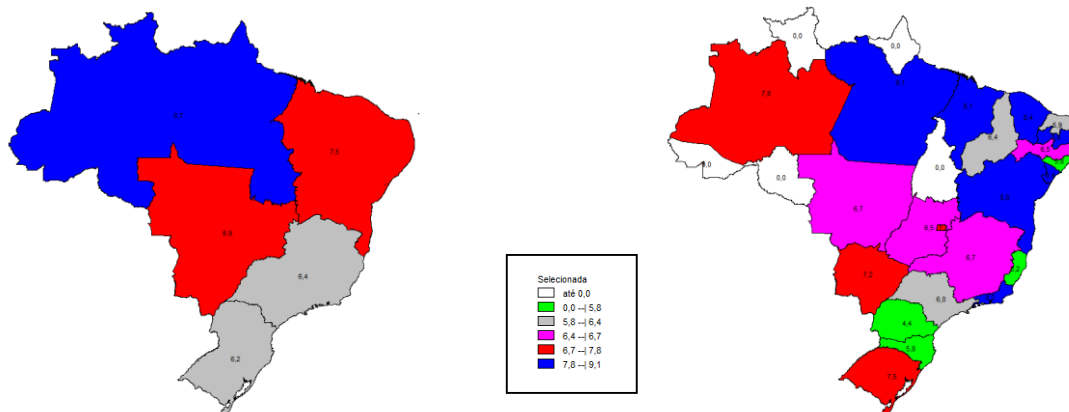


Figura 8.4 – Média de permanência das internações SUS em HEs segundo regiões do país e Unidades da Federação. 2013.

A comparação entre os hospitais de ensino e os assistenciais foi feita calculando-se a razão entre seus valores do tempo médio de permanência. Com exceção do Paraná, Rio de Janeiro e Espírito Santo em todos os outros Estados o TMP dos hospitais de ensino é maior.

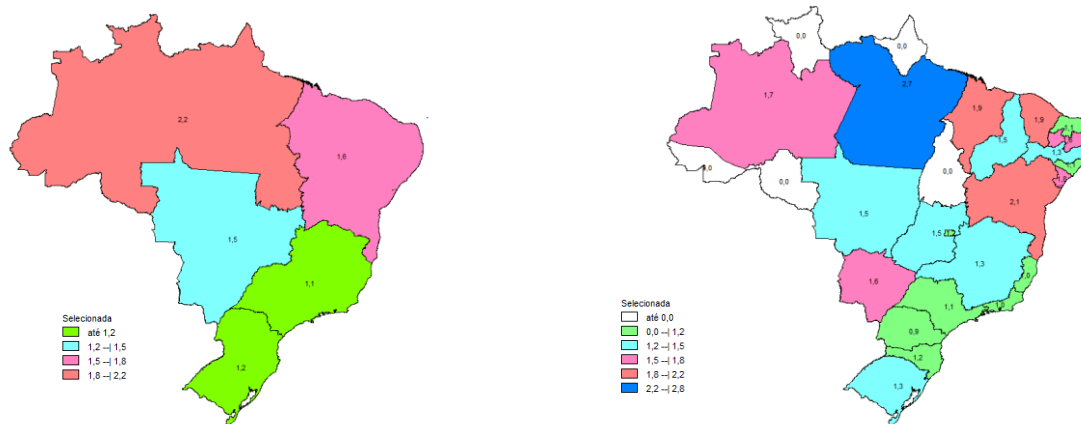
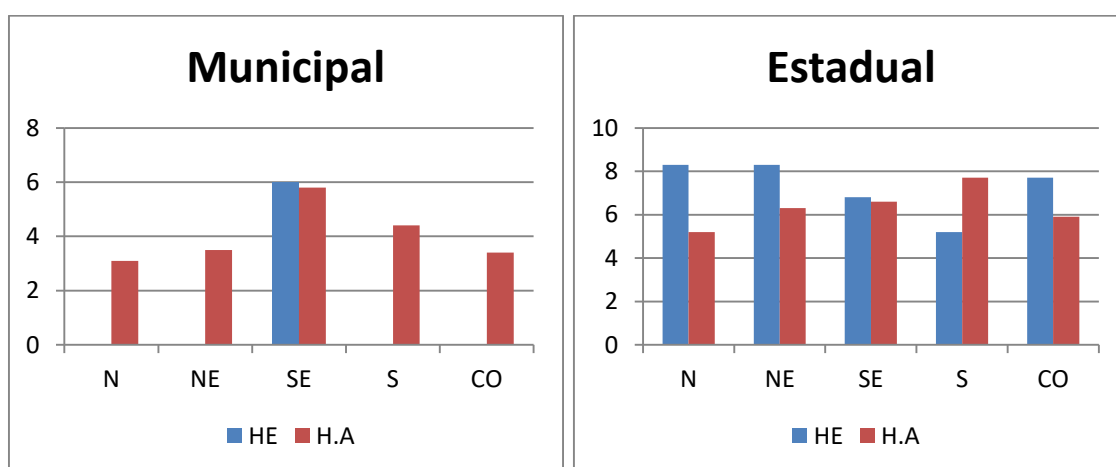


Figura 8.5 - Razão entre as Médias de Permanência dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais assistenciais por regiões e Unidades da Federação. 2013.

Para completar a análise do Tempo Médio de Permanência vamos dar uma olhada no seu comportamento segundo as esferas administrativas. Faz diferença o Hospital ser público ou privado? Ser municipal, estadual ou federal?



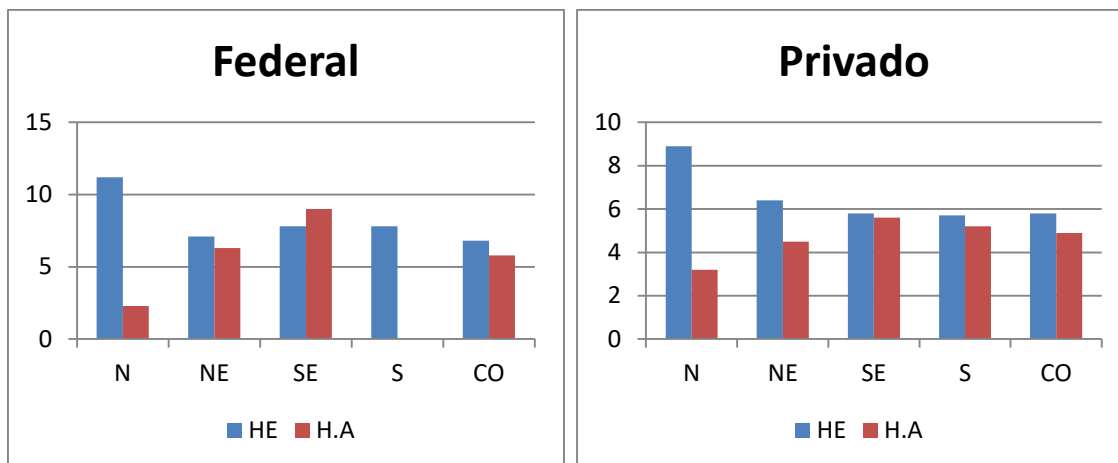


Figura 8.6 – Tempo médio de permanência em dias segundo Esferas Administrativas, por Regiões do país. Comparação entre os Hospitais de Ensino e os Hospitais assistenciais. 2013.

A Figura 8.6 compara os Hospitais de Ensino com os Assistenciais nas três esferas públicas e na esfera privada. Da esfera municipal já foi falado que os HES só existem na região Sudeste. De um modo geral seus hospitais assistenciais tem TMP menor que 4,0, o que sugere um nível de complexidade menor. La Forgia (2009) já havia encontrado esse resultado e conclui que os TMP menores estão relacionados a hospitais de menor porte e complexidade.

Analisando as esferas em conjunto pode-se concluir que, com exceção dos HES estaduais no Sul e os Federais no Sudeste, em todos os outros casos a média de permanência é maior nos hospitais de ensino que nos assistenciais.

Outra conclusão possível é que é na Região Norte que ocorrem as maiores diferenças entre os TMP dos HES e os Hospitais assistenciais, região onde ocorre também a maior diferença entre os valores médios de AIHS.

Concluindo, as Tabelas 8.5 e 8.6 fazem o cruzamento por regiões, do público versus privado utilizando a razão público/privado como indicador e apresentando a entrada de dados de duas formas diferentes.

Tabela 8.5 – Tempo médio de permanência de Hospitais públicos e privados e razão TMP públicos/ TMP privados para Hospitais de Ensino e Hospitais Assistenciais. 2013.

Regiões	Hospital de Ensino			Hospital Assistencial		
	Público	Privado	Pub/Priv	Público	Privado	Pub/Priv
Norte	8,7	8,9	1,0	4,2	5	0,8

Nordeste	7,9	6,4	1,2	4,6	5,9	0,8
Sudeste	6,9	5,8	1,2	5,9	5,3	1,1
Sul	6,8	5,7	1,2	5,9	5,9	1,0
Centro-Oeste	7,4	5,3	1,4	4,6	4,9	0,9
Brasil	7,2	5,8	1,2	5,1	4,9	1,0

Comparando os HEs públicos com os privados, vemos que com exceção do Norte, nas demais regiões a média de permanência do público é 20% maior em quatro regiões e 40% em uma delas, na região Centro-Oeste. Nos assistenciais a tendência é oposta; O Sudeste tem média de permanência dos públicos 10% maior, no Sul os valores são iguais e nas demais regiões o TMP é maior nos hospitais privados.

Por outro lado, quando se compara diretamente os Hospitais de Ensino com os Assistenciais tanto entre os públicos como entre os privados, em todos os casos, com exceção da região Sul para os hospitais privados, os Hospitais de Ensino tem média de permanência maior e em todas as regiões a razão TMP HEs/TMP HAs é maior entre os públicos que entre os privados.

Tabela 8.6 – Tempo médio de permanência de Hospitais de Ensino e Assistenciais e razão TMP HEs/ TMP H.As para hospitais públicos e privados. 2013.

Regiões	Público			Privado		
	HE	H.A	HE/H.A	HE	H.A	HE/H.A
Norte	8,7	4,2	2,1	8,9	5	1,8
Nordeste	7,9	4,6	1,7	6,4	5,9	1,1
Sudeste	6,9	5,9	1,2	5,8	5,3	1,1
Sul	6,8	5,9	1,2	5,7	5,9	1,0
Centro-Oeste	7,4	4,6	1,6	5,3	4,9	1,1
Brasil	7,2	5,1	1,4	5,8	4,9	1,2

Taxa de mortalidade hospitalar

A taxa de mortalidade é um dos indicadores utilizados na avaliação da qualidade hospitalar. Sofre influência de vários fatores como a distribuição dos pacientes por faixas etárias, a complexidade dos atendimentos, a quantidade e a qualidade de recursos humanos, equipamentos e materiais de consumo, a política de altas, os recursos financeiros, entre outros, o que torna a interpretação complexa, exigindo análise cuidadosa para se tirar conclusões.

Rotta (2004) pondera que a análise desse indicador deve ser feita em série histórica da mesma instituição ou se for compará-lo com outros hospitais, só fazê-lo com hospitais bem parecidos.

Fazendo revisão sobre a matéria essa autora elencou alguns trabalhos os valores encontrados para a taxa de mortalidade hospitalar em momentos e circunstâncias diferentes. Rotta cita o trabalho de West em 1988 nos EUA em que calculou o valor de 2,7 para a TMH daquele país. Cita também o trabalho de Ibañez et al.(2001). que avaliou os hospitais gerenciados por Organizações Sociais no Estado de São Paulo no período de 1999 a 2001 onde encontrou taxas variando de 2,4 a 6,9.

Em novembro de 2012 o Boletim da ANS publicou alguns dados sobre a taxa de mortalidade hospitalar: nos hospitais de pacientes agudos do complexo hospitalar do HC da FMUSP a taxa variou de 3,4 a 5,3% no período de 2007 a 2011; em Londrina, no Hospital Universitário a taxa foi de 4,7% no período de 2006 a 2008; no hospital universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro a taxa foi de 6,8 em 2011 e em 2012 a Associação Nacional de Hospitais Privados divulgou um estudo feito com 39 hospitais em 2011 encontrou valores de 1,8.

Utilizando dados mais recentes a PROHASA em seu boletim Indicadores Prohasa nº 69 divulgou para o primeiro trimestre de 2013 os valores médios da taxa de mortalidade institucional de 3,2 para janeiro, 3,15 para fevereiro e 3,14 para março.

Tabela 8.7 – Taxas de Mortalidade Hospitalar segundo regiões e Unidades da Federação. Comparação entre Hospitais de Ensino e Hospitais Assistenciais. Brasil, 2013.

Região e UF	Taxa de Mortalidade HA (a)	Taxa de Mortalidade HE (b)	Razão b/a
Região Norte	2,0	5,5	2,76
Amazonas	2,0	3,7	1,81
Pará	1,7	6,5	3,91
Região Nordeste	3,0	5,0	1,67
Maranhão	2,0	2,3	1,15
Piauí	2,7	1,8	0,67
Ceará	2,1	7,0	3,27
Rio Grande do Norte	3,6	1,8	0,50
Paraíba	4,1	5,0	1,23
Pernambuco	3,5	5,0	1,43
Alagoas	3,7	4,8	1,32
Sergipe	3,7	3,0	0,80
Bahia	3,1	4,6	1,50
Região Sudeste	4,8	4,9	1,02
Minas Gerais	4,4	4,1	0,93
Espírito Santo	3,5	2,6	0,73
Rio de Janeiro	6,3	6,0	0,96
São Paulo	4,7	5,1	1,09
Região Sul	4,2	4,3	1,01
Paraná	3,9	3,7	0,96
Santa Catarina	3,8	4,7	1,24
Rio Grande do Sul	4,9	4,6	0,92
Região Centro-Oeste	3,0	4,0	1,34
Mato Grosso do Sul	3,2	5,9	1,83
Mato Grosso	3,3	3,9	1,19
Goiás	2,7	4,1	1,50
Distrito Federal	2,9	3,0	1,04
Brasil	3,7	4,7	1,27

A Tabela 8.7 traz as taxas de mortalidade hospitalar dos hospitais assistenciais e ensino bem como a razão HE/H.A. A mortalidade hospitalar é maior na maioria dos HEs, com exceção do Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe no Nordeste, de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro no Sudeste e do Rio Grande do Sul e Paraná na região Sul.

Os maiores valores da razão HE/H.A são encontrados no Pará, com a taxa de mortalidade dos hospitais de ensino 3,91 vezes maior que a dos hospitais assistenciais e do Ceará, com 3,27 vezes maior. Os menores valores foram os do Rio Grande do Norte e do Piauí com 0,50 e 0,67 respectivamente.

A Tabela 8.8 apresenta os dados de 2011 divulgados pela ANS com os valores da taxa de mortalidade hospitalar para os pacientes internados pelo SUS e pela Saúde Suplementar e os compara com dados de nossa pesquisa sobre os hospitais assistenciais e os de ensino.

Tabela 8.8 - Taxa de Mortalidade Hospitalar de pacientes SUS e convênios para o Brasil e Regiões.

Região	AIH*	CIHA*	H.A**	HE**
Norte	2,20	1,89	2,0	5,5
Nordeste	3,04	2,22	3,0	5,0
Sudeste	4,98	2,11	4,8	4,9
Sul	4,35	2,08	4,2	4,3
Centro-Oeste	3,23	1,25	3,0	4,0
Brasil	3,94	2,09	3,7	4,7

Fonte: *ANS, 2011; ** dados do autor, 2013

Analisando inicialmente as duas primeiras colunas podemos constatar que as taxas de mortalidade são maiores para os pacientes SUS em todas as regiões. Qual é a explicação? Está nas diferenças certamente existentes entre os pacientes SUS e os da Saúde Suplementar? Está na diferença de acesso entre os dois grupos? Na gravidade com que chegam aos hospitais? Ou em fatores relacionados com a estrutura e o funcionamento dos hospitais?

A TMH dos hospitais assistenciais em 2013 é semelhante à de 2011, com pequenas variações. Nas duas séries de dados, as maiores taxas estão no Sudeste e no Sul, exatamente as regiões mais desenvolvidas do país e com maior concentração de recursos tecnológicos. Embora seja necessário realizar estudo específico para compreender melhor esse fenômeno, não há razão para supor que os atendimentos no Sul e Sudeste sejam de pior qualidade que os de outras regiões do país. É mais provável que essa diferença seja devida a uma maior complexidade dos casos internados em decorrência do perfil epidemiológico e da concentração de tecnologias da saúde.

Quanto aos pacientes da Saúde Suplementar, as diferenças são menores, resultando numa série mais homogênea e isso também pode ser devido a diferenças nas pessoas, das doenças ou nos serviços.

Os Hospitais de ensino têm taxas de mortalidade maiores que os assistenciais em todas as regiões e são mais altas no Norte e Nordeste, seguidas pelo Sudeste. A região Sul vem a seguir com 4,3% de TMH e a menor taxa está no Centro-Oeste. Ora, embora todos os hospitais desta série sejam Hospitais de ensino é provável que o Sul e o Sudeste sejam as regiões com maior densidade tecnológica.

Esses dados demonstram a correção da observação de Rotta sobre a complexidade da análise deste indicador e a sugestão de se fazer comparações com hospitais semelhantes. Ao comparar hospitais deve-se ao menos fazer uma descrição detalhada de suas estruturas e processos para explicar a diferença de resultados.

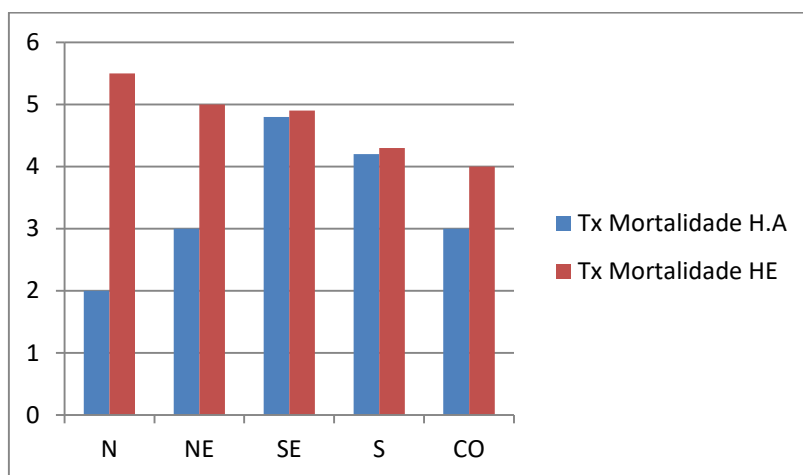


Figura 8.7 – Taxas de Mortalidade Hospitalar nos Hospitais de Ensino e nos Assistenciais segundo as Regiões do país.

As Figuras 8.7 e 8.8 ajudam a visualizar a distribuição da Taxa de Mortalidade Hospitalar por regiões e unidades da federação.

Analisando as duas figuras em conjunto podemos concluir que as Regiões Sul e Sudeste tem as menores diferenças entre os hospitais de ensino e os assistenciais e o Norte e Nordeste tem as maiores. Será preciso estudar com detalhes esses hospitais para conseguirmos explicar essas diferenças. Será que a concentração tecnológica é diferente? O perfil de pacientes internados é diferente? Os hospitais assistenciais do Norte e Nordeste estariam selecionando pacientes para internar com o objetivo de evitar custos excessivos?

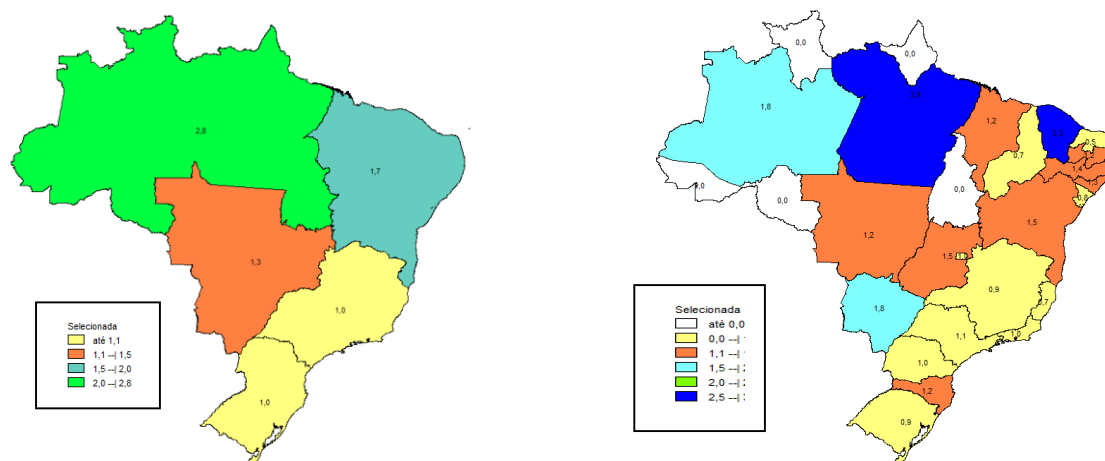


Figura 8.8 - Razão entre a taxa de mortalidade dos Hospitais de Ensino e a taxa de mortalidade dos Hospitais assistenciais por regiões do país e Unidades da Federação.

A Tabela 8.9 compara as Taxas de mortalidade hospitalar dos hospitais de ensino com os assistenciais segundo esferas administrativas nas regiões do país. Olhando as taxas para o Brasil como um todo se pode observar que apenas os hospitais federais têm taxa de mortalidade hospitalar maior para os hospitais assistenciais. Nas outras esferas públicas e na privada a taxa média é maior nos hospitais de ensino. Essa superioridade das taxas dos hospitais assistenciais se deve à superioridade nas regiões do Nordeste, Sudeste e Sul.

Entre os hospitais filantrópicos a taxa de mortalidade é maior nos hospitais de ensino em todas as regiões. E em relação aos estaduais as taxas são maiores nos hospitais de ensino nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Tabela 8.9 – Taxas de mortalidade hospitalar por esfera administrativa e regiões. Comparação entre Hospital de ensino e hospital assistencial.

Esfera administrativa	Taxa de mortalidade Hospitalar - HE	Taxa de mortalidade Hospitalar - HA
Região Norte	5,6	2,0
Federal	7,9	0,3
Estadual	5,4	3,2
Municipal	-	1,5
Filantrópico	3,8	0,9
Região Nordeste	5,0	3,0
Federal	2,7	9,6
Estadual	6,6	5,1
Municipal	-	2,0
Filantrópico	4,2	2,5
Região Sudeste	4,9	4,8
Federal	5,2	7,2

Estadual	4,6	5,3
Municipal	4,5	5,4
Filantrópico	5,2	4,4
Região Sul	4,3	4,2
Federal	4,0	4,5
Estadual	3,5	3,8
Municipal	-	4,3
Filantrópico	4,6	3,0
Região Centro-Oeste	4,1	3,7
Federal	3,9	3,5
Estadual	4,2	2,4
Municipal	-	3,0
Filantrópico	3,9	3,7
Brasil	4,7	3,7
Federal	4,2	6,3
Estadual	5,0	4,6
Municipal	4,5	3,3
Filantrópico	4,8	3,6

A Tabela 8.10 oferece uma visão sintética desse fenômeno comparando hospitais públicos e privados.

Tabela 8.10 – Taxa de mortalidade hospitalar por regiões do país. Comparação entre hospitais de ensino públicos ou privados com hospitais assistenciais públicos ou privados. 2013.

Região	Hospital de Ensino		Hospital Assistencial	
	Público	Privado	Público	Privado
Norte	5,7	3,8	2,4	0,9
Nordeste	5,3	4,2	3,3	2,5
Sudeste	4,7	5,2	5,4	4,4
Sul	3,9	4,6	4,0	4,3
Centro-Oeste	4,1	3,9	2,9	3,0
Brasil	4,7	4,8	3,8	3,6

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Segundo Alfradique (2009) o indicador Condições Sensíveis à Atenção Primária foi desenvolvido na década de 90 e representa um conjunto de

problemas de saúde que poderiam ser controlados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família levando a uma diminuição das internações.

O monitoramento dessas internações é importante porque ajuda a avaliar a qualidade da atenção primária à saúde, auxiliando no planejamento das ações do sistema melhorando sua eficiência, eficácia e efetividade. A internação de pacientes com problemas de saúde dessa lista não significa, porém, que a internação é desnecessária. Quer dizer que ela poderia ser evitada com uma ação efetiva em nível de atenção primária e a um custo menor, tendo em vista o custo elevado das internações hospitalares. Quando se trata da internação em um Hospital de ensino o problema é maior: os HE são mais caros e uma internação desse tipo pode estar tirando a vaga de um paciente com problemas de saúde de nível terciário que não poderia ser tratado em outro local.

Muitos trabalhos vêm sendo publicados recentemente sobre essa questão. Alfradique (2009) cita que em 2006 as Condições Sensíveis representaram 28,5% das internações, excetuando-se os partos. Essas internações correspondiam a uma taxa de 149,6 por 10 mil habitantes. Nesse ano as internações mais frequentes entre as Condições Sensíveis foram as gastroenterites com 23,2%, insuficiência cardíaca com 11,25, asma com 9,7, doenças das vias aéreas inferiores com 7,4, as pneumonias bacteriana com 7,4, as infecções do trato urinário com 7,2, as cerebrovasculares com 6,5 e a hipertensão com 5,2%. É interessante observar que os três primeiros diagnósticos perfazem o total de 44,1% das condições sensíveis.

Indo para nossos resultados, a Tabela 8.11 mostra as internações por Condições Sensíveis pelos 17 grupos da lista brasileira para os hospitais assistenciais e os de ensino. A análise comparativa das duas séries permite identificar suas diferenças, mas por hora vamos focar nos valores globais. As Condições Sensíveis correspondem a 22,4% dos hospitais assistenciais e a 12,6% dos hospitais de ensino.

Tabela 8.11 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Comparação entre os Hospitais assistenciais e os de Ensino brasileiros no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Básica	Brasil	
	HA	HE
1. Doenças preveníveis por imunização	1,0	2,8
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	18,9	3,7
3. Anemia	0,5	0,4
4. Deficiências nutricionais	2,3	0,8
5. Infecções ouvido, nariz e garganta	1,5	1,5
6. Pneumonias bacterianas	6,6	6,3
7. Asma	6,2	3,1
8. Doenças pulmonares	8,2	8,6
9. Hipertensão	4,1	2,5
10. Angina	4,0	14,1
11. Insuficiência cardíaca	10,6	13,1
12. Doenças cerebrovasculares	7,9	12,6
13. Diabetes mellitus	6,3	5,4
14. Epilepsias	1,8	4,8
15. Infecção no rim e trato urinário	11,2	8,4
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,6	5,0
17. Doenças Inflamatórias órgãos pélvicos femininos	1,3	1,6
18. Úlcera gastrointestinal	1,5	3,0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,6	2,4
Total de Sensíveis	22,4	12,6
Total Não Sensíveis	77,6	87,4

Essa diferença de valores entre os hospitais assistenciais e os hospitais de ensino permite levantar duas hipóteses: 1) as internações pelas condições sensíveis são de casos de menor complexidade e por isso estão indo para os hospitais não universitários, reforçando a ideia de que uma atuação efetiva das unidades básicas de saúde evitariam essas internações e 2) os hospitais de ensino estão atuando, pelo menos parcialmente, atendendo casos de maior complexidade, considerando que mesmo as condições sensíveis podem levar os pacientes quadros graves e complexos que exigem um nível terciário de atendimento.

A Figura 8.9 mostra a proporção de internações por Condições Sensíveis por regiões para os hospitais de ensino e os assistenciais.

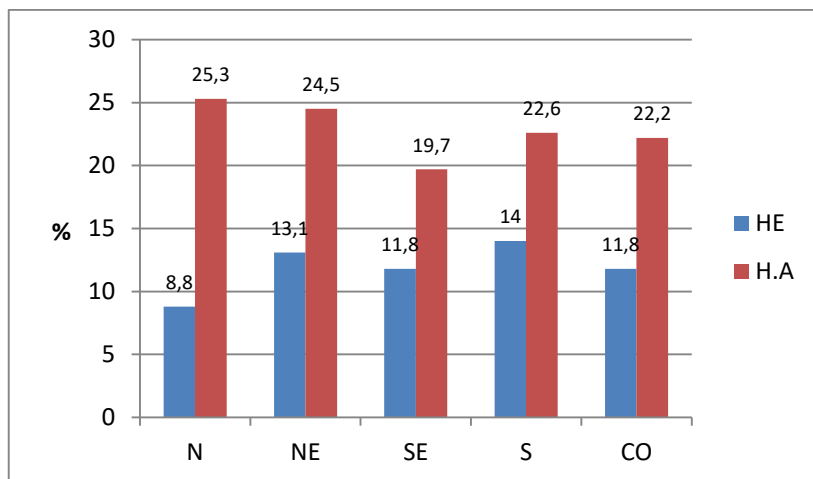


Figura 8.9 – Proporção de internações por condições sensíveis a Atenção Primária. Comparação entre Hospitais assistenciais e Hospitais de Ensino por regiões do país.

A diferença entre os hospitais de ensino e os assistenciais é grande em todas as regiões, sendo maior no Norte e Nordeste, seguidos pelo Centro-Oeste. A menor diferença é na região Sudeste. É preciso identificar quais são as diferenças entre as regiões. A proporção de condições sensíveis à atenção primária pode ser estudada em relação à idade, gênero, grupos de causas e outras variáveis. No âmbito deste trabalho vamos estudar apenas as internações pelas causas mais frequentes. As próximas tabelas, de 8.12 a 8.17 retratam as dez principais causas de internação por condições sensíveis para o Brasil e para cada região, que apresentamos a título de demonstração, mas que discutiremos apenas de forma geral com a finalidade de entender e confirmar as diferenças entre os hospitais assistenciais e os de ensino.

A Tabela 8.12 traz para discussão as dez causas mais frequentes de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária para o Brasil, no ano de 2013.

Tabela 8.12 – Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino no Brasil no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária - Brasil			
Hospitais Assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Gastroenterites Infecciosas e complicações	18,9	Angina	14,1
Infecção no rim e trato urinário	11,2	Insuficiência cardíaca	13,1

Insuficiência cardíaca	10,6	Doenças cerebrovasculares	12,6
Doenças pulmonares	8,2	Doenças pulmonares	8,6
Doenças cerebrovasculares	7,9	Infecção no rim e trato urinário	8,4
Pneumonias bacterianas	6,6	Pneumonias bacterianas	6,3
Diabetes mellitus	6,3	Diabetes mellitus	5,4
Asma	6,2	Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,0
Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,6	Epilepsias	4,8
Hipertensão	4,1	Gastroenterites Infecciosas e complicações	3,7

Comparando as duas séries as diferenças são bastante claras. Além da diferença nos valores globais de 22,4 para os hospitais assistenciais e 12,6 para os hospitais de ensino, existe uma marcante diferença entre os grupos mais frequentes encontrados em cada série.

Entre os hospitais assistenciais o grupo mais frequente é o da gastroenterites infecciosas e complicações, seguido pelas infecções do rim e trato urinário, enquanto nos hospitais de ensino é o da angina, seguido pela insuficiência cardíaca.

Comparando as porcentagens de doenças infecciosas e do aparelho circulatório, entre os hospitais assistenciais temos 41,3% de causas infecciosas e 22,6% do aparelho circulatório enquanto nos hospitais de ensino encontramos 23,4% de infecciosas e 39,8% de doenças do aparelho circulatório. Chama a atenção o grupo das gastroenterites que é responsável por 18,9% das internações por condições sensíveis nos hospitais assistenciais e 3,7% nos de ensino.

Esse quadro varia de região para região. A Tabela 8.13 apresenta os resultados para a Região Norte.

Tabela 8.13– Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na região Norte do Brasil no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária - Norte			
Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Gastroenterites Infecciosas. e complicações	26,6	Insuficiência cardíaca	25,2

Infecção no rim e trato urinário	14,4	Angina	19,2
Asma	7,1	Doenças preveníveis por imunização	12,6
Infecção da pele e tecido subcutâneo	6,9	Diabetes mellitus	7,2
Pneumonias bacterianas	6,3	Doenças cerebrovasculares	5,6
Doenças pulmonares	5,8	Doenças relacionadas ao. pré-natal e parto	5,3
Diabetes mellitus	5,3	Pneumonias bacterianas	4,1
Insuficiência cardíaca	5,2	Infecção no rim e trato urinário	4,1
Hipertensão	4,6	Infecção da pele e tecido subcutâneo	3,1
Doenças cerebrovasculares	4,6	Gastroenterites Infecciosas. e complicações	2,9

Na Região Norte 8,8% das internações dos Hospitais de Ensino são por condições sensíveis enquanto nos Hospitais Assistenciais esse número chega a 25,3. Como já foi dito o Norte tem a maior e a menor porcentagem de internações por condições sensíveis à atenção básica. O exame dos grupos de diagnósticos revela um comportamento simetricamente divergente: os Hospitais assistenciais tem proporção de 54,2% para doenças infecciosas e 14,4% para as do aparelho circulatório enquanto que os Hospitais de Ensino apresentam 26,6% de doenças infecciosas e 50,0% de doenças do aparelho circulatório. Chama a atenção nos HEs a troca de posição entre angina e insuficiência cardíaca. Enquanto a primeira em geral seja causada por doença aterosclerótica do coração, a insuficiência cardíaca tem etiologia mais ampla, sendo necessária uma investigação mais de perto para explicar essa alteração.

Tabela 8.14 – Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na região Nordeste do Brasil no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária - Nordeste			
Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Gastroenterites Inf e complicações	30,1	Doenças cerebrovasculares	17,3
Asma	8,8	Insuficiência cardíaca	12,6
Infecção no rim e trato urinário	8,7	Angina	10,1
Insuficiência cardíaca	8,3	Doenças pulmonares	7,5
Doenças cerebrovasculares	6,5	Pneumonias bacterianas	5,8
Diabetes mellitus	6,4	Infecção no rim e trato urinário	5,8
Pneumonias bacterianas	5,7	Diabetes mellitus	5,7

Hipertensão	5,0	Doenças preveníveis por imunização	5,5
Doenças pulmonares	4,9	Epilepsias	5,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,0	Gastroenterites Inf. e complicações	5,1

Na Região **Nordeste** os Hospitais de Ensino tem 13,1% de internações por Condições Sensíveis enquanto os Hospitais Assistenciais tem 24,5%. Analisando os grupos de diagnósticos, os HEs têm 40,0% de doenças do aparelho circulatório e 22,2% de Infecções enquanto os H.As tem 19,8 do aparelho circulatório e 48,5% de infecções.

A Tabela 8.15 retrata os grupos mais frequentes da região **Sudeste**, onde encontramos um padrão diferente. Não só os valores globais são mais próximos (HEs com 11,8% e H.As com 19,7%), como a distribuição por grupos de causas se aproxima. Os Hospitais Assistenciais têm entre as três primeiras causas, duas do aparelho circulatório: insuficiência cardíaca com 13,7% e doenças cerebrovasculares, com 9,9%. As gastroenterites que para o Brasil como um todo e para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste ocupam o primeiro lugar na lista, nas regiões Sul e Sudeste se deslocam para o quarto lugar. Na lista das 10 principais causas as doenças do aparelho circulatório somam 29,1% enquanto os HEs somam 37,9%.

Tabela 8.15 – Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Sudeste do Brasil no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária - Sudeste			
Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Insuficiência cardíaca	13,7	Insuficiência cardíaca	13,1
Infecção no rim e trato urinário	11,8	Doenças cerebrovasculares	12,6
Doenças cerebrovasculares	9,9	Angina	11,8
Gastroenterites Inf. e complicações	9,6	Infecção no rim e trato urinário	9,6
Doenças pulmonares	8,8	Doenças pulmonares	8,2
Pneumonias bacterianas	7,4	Pneumonias bacterianas	6,3
Diabetes mellitus	6,4	Diabetes mellitus	5,8
Angina	5,5	Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,7
Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,4	Epilepsias	4,6
Asma	4,1	Gastroenterites Inf., e complicações	3,6

Na região Sul (Tabela 8.16) os Hospitais de Ensino e os Assistenciais têm, respectivamente, 14,0 e 22,6% de internações por Condições Sensíveis e apresentam um perfil parecido com o do Sudeste. Os Hospitais assistenciais têm 30,3% de internações por doenças do aparelho circulatório e 30,8% por doenças infecciosas, enquanto os HEs têm 44,9% para o aparelho circulatório e 17,4% de infecciosas. Quanto às gastroenterites, pela primeira vez não aparecem entre as dez principais causas de internação dos Hospitais de Ensino.

A Tabela 8.17 apresenta os dados da Região Centro-Oeste, que tem um perfil mais parecido com as regiões Norte e Nordeste. Os Hospitais de Ensino apesar de terem como primeira causa de internação as insuficiências cardíacas, 40,8% de suas internações são por moléstias infecciosas enquanto os Hospitais Assistenciais têm 42,5%. Os HEs internam, no entanto, proporcionalmente mais doenças do aparelho circulatório (31,1%) que os H.As (21,1%).

Tabela 8.16 – Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Sul do Brasil no ano de 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária - Sul			
Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Doenças pulmonares	15,0	Angina	22,2
Insuficiência cardíaca	13,8	Insuficiência cardíaca	12,6
Infecção no rim e trato urinário	10,7	Doenças pulmonares	10,8
Gastroenterites Inf e complicações	10,6	Doenças cerebrovasculares	10,1
Doenças cerebrovasculares	9,7	Infecção no rim e trato urinário	8,1
Pneumonias bacterianas	6,9	Pneumonias bacterianas	5,3
Angina	6,8	Epilepsias	5,1
Diabetes mellitus	6,4	Asma	4,0
Asma	5,2	Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,0
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,6	Diabetes mellitus	3,9

Tabela 8.17 – Dez causas mais frequentes de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Hospitais assistenciais e de Ensino na Região Centro-Oeste do Brasil. 2013.

Grupos de condições sensíveis à Atenção Primária – Centro-Oeste			
Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Gastroenterites Infeciosas e complicações	16,4	Insuficiência cardíaca	12,9
Infecção no rim e trato urinário	14,4	Pneumonias bacterianas	12,7
Insuficiência cardíaca	9,7	Infecção no rim e trato urinário	9,9
Doenças pulmonares	8,9	Doenças cerebrovasculares	9,6
Pneumonias bacterianas	7,0	Angina	8,6
Doenças cerebrovasculares	6,5	Doenças pulmonares	6,8
Diabetes mellitus	6,2	Diabetes mellitus	6,2
Asma	5,4	Gastroenterites Infeciosas e complicações	5,3
Angina	4,9	Asma	4,6
Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,7	Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,3

A Tabela 8.18 faz uma síntese das tabelas anteriores.

Considerando-se a lista de Condições Sensíveis em Atenção Primária o grupo das moléstias infectocontagiosas é atendido preferencialmente nos Hospitais Assistenciais e é mais frequente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dentro deste grupo ocupam lugar de destaque as gastroenterites que são mais frequentes nessas regiões, principalmente no Norte e no Nordeste, regiões em que atingem proporções bastante elevadas.

No grupo das doenças do aparelho circulatório os Hospitais de Ensino tem proporções maiores que os Assistenciais em todas as regiões. A região com maior diferença entre as duas séries de hospitais é a Norte. Uma explicação hipotética para essa distribuição deve levar em conta uma incidência maior de doenças infecciosas, uma rede básica de serviços de saúde com baixa resolubilidade e cobertura e uma concentração de recursos humanos especializados e equipamentos nos hospitais de ensino.

O Diabetes Mellitus é uma doença de prevalência alta em todas as regiões e, com exceção do Norte, as proporções são maiores nos hospitais assistenciais. Por último, em relação à asma, essa doença aparece entre as dez principais condições sensíveis à atenção primária dos hospitais assistenciais em todas as

regiões, mas somente no Sul e Centro-Oeste nos Hospitais de Ensino, fato possivelmente relacionado com a natureza da doença e de seu tratamento.

Tabela 8.18 – Proporção de internações pelas principais Condições Sensíveis à Atenção Primária por regiões do Brasil. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais. 2013.

Região	M. Infecciosas		Ap, Circulatório		Diabetes Mellitus		Asma		Gastroenterite*	
	HE	HA	HE	HÁ	HE	HA	HE	HA	HE	HA
N	26,8	54,2	50,0	14,4	7,2	5,3	-	7,1	2,9	26,6
NE	22,5	48,5	40,0	19,8	5,7	6,4	-	8,8	5,1	30,1
SE	25,2	34,2	37,5	29,1	5,8	6,4	-	4,1	3,6	9,6
S	17,4	30,8	44,9	31,3	3,9	6,4	5,2	4,0	-	10,6
CO	32,2	42,5	31,1	21,1	6,2	6,2	4,6	5,4	5,3	16,4
BR	23,4	41,3	39,8	22,4	5,4	6,3	-	6,2	3,7	18,9

* Incluída nas Moléstias Infecciosas

Capítulo 9

Causas de internação segundo Capítulos da CID

Não pretendemos fazer um estudo aprofundado da morbidade hospitalar, o que por si só daria uma nova tese. O objetivo deste trabalho é traçar o perfil dos hospitais de ensino no Brasil e responder à seguinte questão: Quais os problemas de saúde que os HEs atendem? Seus pacientes são diferentes dos Hospitais Assistenciais? Existem diferenças regionais? Por fases do ciclo de vida? O objetivo, portanto, é descrever o Hospital de Ensino e não a morbidade da população ou mesmo a morbidade hospitalar.

Lebrão (1999) estudando os determinantes da morbidade hospitalar na região do Vale do Paraíba no período de 1975 a 1988 afirma que as modificações ocorridas “lembram o processo das transições demográfica e epidemiológica

ocorridas nos países desenvolvidos” e que essas transformações acabavam se refletindo nas hospitalizações. Naquele trabalho há 16 anos, constatou que ocorreu uma queda das doenças infecciosas e parasitárias e um aumento relativo das doenças crônico-degenerativas.

Houve então uma alteração devido às transições demográficas e epidemiológicas, mas outros fatores tiveram importância. Nesse período importantes modificações conjunturais e estruturais aconteceram no país como a ampliação da cobertura assistencial, a crise na Previdência, a redemocratização do país, e na saúde o início das ações integradas de saúde, a assembleia nacional constituinte, a aprovação do SUS e outros. Até que ponto esses múltiplos fatores influenciaram a oferta e a demanda dos hospitais?

Lebrão cita, por exemplo, a introdução das AIHS que interferiram no registro das informações levando a diagnósticos diferentes e conclui que “embora tenha havido, realmente, uma evolução epidemiológica e demográfica no Vale e no Estado que trouxeram uma mudança na utilização dos recursos hospitalares, pode-se dizer que, outros fatores influenciam a distribuição das causas das internações, seja por interesses econômicos, seja por inovações tecnológicas ou de conduta frente às doenças”.

Mathias e Soboll, em 1996, reconhecendo que os padrões de morbimortalidade da população estão em constante modificação salientam a importância de se estudar essas alterações “deram origem ao conceito de transição epidemiológica em que as doenças predominantemente agudas e quase sempre de alta letalidade, dão lugar às doenças crônicas, de longa duração, ocorrendo dessa maneira um acúmulo de doenças na população, particularmente em idades mais avançadas.”

Estamos estudando os Hospitais de Ensino no ano de 2015, portanto quase 20 anos depois. O que os dados revelam?

A Tabela 9.1 mostra as causas de internação por Capítulos da CID no ano de 2013 para o Brasil, para todas as faixas etárias.

Os Hospitais Assistenciais tem proporções maiores que os de Ensino nos Capítulos XV, da gravidez, parto e puerpério (21,8%), X, das doenças

respiratórias (12,9%), I, das doenças infecciosas e parasitárias (8,3%), IV, das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2,6%) e o Capítulo V, dos transtornos mentais e comportamentais (2,5%).

Os demais Capítulos são mais frequentes entre os Hospitais de Ensino. O Capítulo com maior proporção continua a ser o XV, com 15,9% dos casos. Esse achado confirma o encontrado em outros trabalhos publicados que colocam em primeiro lugar as internações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério (Mendes, 2013). Na sequência, em ordem decrescente temos o Capítulo IX, das doenças do aparelho circulatório, com 11,9%, o Capítulo II, das neoplasias, com 11,7%, o Capítulo XI, das doenças do aparelho digestivo, com 9,8% e o Capítulo XIX, com 9,6%, das lesões decorrentes das causas externas.

Tabela 9.1 – Causas de internação segundo Capítulos da CID em porcentagens. Brasil, 2013.

Capítulos da CID		HE	HA
		%	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,3	8,3
II	Neoplasias (tumores)	11,7	4,9
III	Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	0,8	0,8
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,7	2,6
V	Transtornos mentais e comportamentais	1,1	2,5
VI	Doenças do sistema nervoso	2,6	1,4
VII	Doenças do olho e anexos	1,5	0,7
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,4	0,1
IX	Doenças do aparelho circulatório	11,9	9,7
X	Doenças do aparelho respiratório	7,1	12,9
XI	Doenças do aparelho digestivo	9,8	9,2
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,3	2,0
XIII	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2,6	1,6
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	7,2	6,8
XV	Gravidez, parto e puerpério	15,9	21,8
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	2,8	1,9

XVII	Malformações congênitas deformid e anomalias cromossômicas	1,9	0,4
XVIII	Sintomas e sinais e achados anormais ex clín e laborat	1,8	1,3
XIX	Lesões envenenamentos e algumas out conseq causas externas	9,6	9,4
XXI	Contatos com serviços de saúde	1,9	1,8

Esses dados caracterizam perfis bem diferentes para os dois grupos de hospitais. Partindo do pressuposto que as internações hospitalares são um reflexo do que acontece na sociedade e considerando que o país atravessa um período de transição epidemiológica, é como se os Hospitais Assistenciais estivessem atendendo uma demanda pré-transição e os de Ensino, pós-transição.

Esses perfis diferentes são causados em primeiro lugar pelo perfil epidemiológico da população, mas também por características da oferta de serviços, pela diferença na distribuição e concentração de pessoal e tecnologias de saúde.

A Tabela 9.2 apresenta os diagnósticos de internação por Capítulos da CID para as regiões do país no ano de 2013. Para facilitar a análise, extraímos os cinco principais capítulos de cada grupo de hospitais, o que está representado nas Tabelas 9.3 e 9.4.

Tabela 9.2 – Diagnósticos por Capítulos da CID e regiões do Brasil, para todas as idades. Comparação entre Hospitais de Ensino e Assistenciais. Porcentagens. 2013.

Capítulos da CID 10	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste	
	HE	HA	HE	HA	HE	HA	HE	HA	HE	HA
I – Infeciosas	8,4	12,0	6,6	12,1	5,4	5,4	3,9	5,9	5,1	7,8
II – Neoplasias	10,8	2,2	11,4	4,6	12,3	5,5	11,4	6,2	9,2	4,1
III – Sangue	0,4	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0	0,7
IV – Endócrinas	1,2	2,1	2,0	2,7	1,7	2,8	1,6	2,4	1,8	2,8
V – Mentais	4,5	0,5	0,5	1,6	1,4	2,7	0,6	5,0	0,5	2,8
VI – S. Nervoso	1,1	0,8	3,3	1,0	2,4	1,5	2,4	2,0	2,5	1,5
VII – Olho	0,2	0,3	1,4	0,7	2,1	0,9	0,4	0,6	0,9	0,8
VIII – Ouvido	0,1	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1
IX – Circulatório	10,4	6,0	12,0	7,8	11,4	11,5	13,6	12,1	10,9	8,7
X – Respiratório	3,7	13,5	5,7	12,1	7,2	11,7	8,1	16,6	8,8	13,0
XI – Digestivo	14,7	7,9	9,9	8,6	9,3	9,8	10,1	9,8	11,2	9,0

XII – Pele	1,3	2,3	2,9	2,2	2,2	2,1	2,2	1,3	1,9	1,6
XIII - Osteomuscular	2,1	1,1	2,3	1,2	2,8	1,8	2,7	2,4	2,8	1,8
XIV – Geniturinário	6,2	7,7	6,8	6,2	7,4	7,0	6,6	6,4	8,7	7,2
XV – Gravidez	22,4	28,3	17,7	25,0	14,0	20,6	17,2	14,8	18,3	20,2
XVI – Perinatal	3,1	1,9	3,9	1,7	2,4	2,2	2,3	1,4	4,0	1,8
XVII – Congênitas	2,0	0,3	2,3	0,3	1,9	0,5	1,6	0,4	1,7	0,4
XVIII – Sinais e sintomas	0,6	0,9	1,9	1,3	1,9	1,4	2,0	1,0	1,6	1,4
XIX - Lesões	6,3	9,8	6,5	8,5	10,9	9,4	10,3	8,9	7,7	12,0
XXI - Contatos	0,7	1,7	1,9	1,4	2,0	2,1	1,8	1,7	1,0	2,1

A Tabela 9.3 traz os resultados dos Hospitais Assistenciais. Em todas as regiões, com exceção do Sul, o Capítulo mais frequente é o XV, da **gravidez, parto e puerpério** com maiores proporções no Norte e Nordeste. No Sul, este Capítulo está em segundo lugar, suplantado pelas doenças do aparelho respiratório. Comparando com os dados da Tabela 9.4, observamos que entre os HEs, o Capítulo XV é o mais frequente em todas as regiões, com proporções menores que os HAs em todas as regiões com exceção da região Sul. A frequência maior nos Hospitais Assistenciais é compreensível porque as questões relacionadas com a gravidez são geralmente de baixa ou média complexidades. Mas o que torna o Sul diferente?

Tabela 9.3 – Cinco Capítulos da CID mais frequentes entre os pacientes internados em **Hospitais Assistenciais** nas Regiões do Brasil em 2013,

Posição	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste	
	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%
1º	XV	28,3	XV	25,0	XV	20,6	X	16,6	XV	20,2
2º	X	13,5	I	12,1	X	11,7	XV	14,8	X	13,0
3º	I	12,0	X	12,1	IX	11,5	IX	12,1	XIX	12,0
4º	XIX	9,8	XI	8,6	XI	9,8	XI	9,8	XI	9,0
5º	XI	7,9	XIX	8,5	XIX	9,4	XIX	8,9	IX	8,7

Tabela 9.4 – Cinco Capítulos da CID mais frequentes entre os pacientes internados em **Hospitais de Ensino** nas Regiões do Brasil em 2013,

Posição	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste	
	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%	Capítulo	%

1º	XV	22,4	XV	17,7	XV	14,0	XV	17,2	XV	18,3
2º	XI	14,7	IX	12,0	II	12,3	IX	13,6	XI	11,2
3º	II	10,8	II	11,4	IX	11,4	II	11,4	IX	10,9
4º	IX	10,4	XI	9,9	XIX	10,9	XIX	10,3	II	9,2
5º	I	8,4	XIV	6,8	XI	9,3	XI	10,1	X	8,8

As internações por doenças do **aparelho respiratório** são importantes nos Hospitais Assistenciais com valores entre 12,1 e 13,5%. São as mais frequentes no Sul, estão em segundo lugar no Norte, Sudeste e Centro-Oeste e dividem o segundo lugar com o Capítulo I na região Nordeste. Entre os HEs são bem menos frequentes variando entre 3,7 e 8,8% só aparecendo entre as cinco principais causas na região Centro-Oeste, com 8,8%, em quinto lugar. Também neste capítulo os resultados coincidem com as expectativas, uma vez que as moléstias mais frequentes deste Capítulo são infecções respiratórias viróticas ou bacterianas. Por que no Sul a proporção de doenças respiratórias é maior? Eis outra questão interessante para se estudar. O ano de 2013 foi uma exceção ou essa é uma característica da região? Tem a ver com o clima? Acontece em algum período especial do ano?

Outro Capítulo importante é o XI, **das doenças do aparelho digestivo**, que aparece entre os cinco mais frequentes em todas as regiões nos dois grupos de hospitais, variando entre 7,9 e 14,7%. Os HEs têm maiores proporções em todas as regiões, exceto no Sudeste. Como é um Capítulo que tem diferenças pequenas entre os dois grupos de hospitais não é um bom parâmetro para discriminar as diferenças entre eles. Os agrupamentos mais frequentes, das hérnias, apendicites entre outros são, em geral, de resolução cirúrgica, necessitando de atendimentos de média complexidade, o que torna seu tratamento acessível a ambos os grupos de hospitais, mas dá a vantagem, talvez, aos Hospitais de Ensino que concentram maior quantidade de recursos tecnológicos e de especialidades médicas.

O **Capítulo XIX** também aparece entre os cinco mais importantes nos Hospitais Assistenciais, em todas as regiões (8,5 a 12,0%), e nos Hospitais de Ensino, apenas nas regiões Sul e Sudeste (10,3 e 10,9, respectivamente). Isso

não quer dizer que as internações pelo Capítulo sejam pouco importantes pois estão em sexto lugar na lista do Norte e em sétimo nas listas do Nordeste e Centro-Oeste. É um capítulo interessante para se estudar porque, sendo consequência de causas externas, as grandes diferenças regionais existentes em nosso país provavelmente produzirão perfis diferentes de internações por afecções deste capítulo.

O Capítulo II, **das neoplasias**, não aparece entre os cinco primeiros nos hospitais assistenciais, mas está presente em todas as regiões para os internados nos hospitais de ensino, variando entre 9,2% no Centro-Oeste (4º lugar) e 12,3% no Sudeste, em segundo lugar. Este Capítulo é um bom marcador, junto com o Capítulo IX, para avaliar as alterações decorrentes das transições demográfica e epidemiológica. Além disso, como necessitam de atendimentos de complexidade alta, são em geral seguidos em Hospitais de Ensino ou especializados.

O Capítulo IX, **das doenças do aparelho circulatório** estão entre as cinco primeiras nos Hospitais Assistenciais das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste com proporções que variam entre 8,7 e 12,1% e em todas as regiões no grupo dos Hospitais de Ensino, variando entre 10,4 e 13,6%. É interessante que nas regiões mais ricas do país os Hospitais Assistenciais já tenham as internações do aparelho circulatório entre os cinco capítulos mais importantes. Isso provavelmente se deve ao envelhecimento populacional, a mais alta prevalência desses problemas e a uma maior capacidade de investimento por parte dos Hospitais Assistenciais.

O Capítulo I, **das doenças infecciosas e parasitárias** aparece entre os cinco primeiros capítulos nos HAs das regiões Norte e Nordeste e somente na região Norte entre os hospitais de ensino. Neste caso, a incidência de doenças infecciosas e parasitárias é alta e os HEs acabam atendendo também. É necessário fazer um estudo específico para saber se existe diferenças entre os dois grupos de hospitais.

Sintetizando, a região **Norte** é a que tem perfil mais próximo do habitualmente encontrado no período pré-transição: deixando fora da análise o capítulo XV, no grupo dos hospitais assistenciais estão presentes os capítulos I

e X que juntos perfazem 25,5% dos casos e o capítulo XIX, com 9,8%. Nos hospitais de ensino dessa região estão presentes os esperados capítulo II e IX, mas ainda é possível ver a presença do Capítulo I.

Para termos um quadro mais completo é necessário olhar dentro dos Capítulos e ver quais as causas mais frequentes e quais as diferenças entre os hospitais assistenciais e os de ensino. Por exemplo, o Capítulo XV é o mais frequente nos dois grupos de hospitais. Existe alguma diferença entre eles ou os dois grupos atendem os mesmos problemas de saúde? Existe alguma diferença que aponte para maior especialização ou complexidade?

A Tabela 9.5 mostra os três agrupamentos mais frequentes nos principais Capítulos da CID dos Hospitais Assistenciais e de Ensino e logo de início chama a atenção a diferença de magnitude das frequências. A quantidade de internações no Norte é bem maior nos Hospitais Assistenciais. Vamos então ver os agrupamentos.

Na região Norte ambos os grupos de hospitais tem entre os cinco Capítulos mais frequentes, o XV, o XI e o I. O Capítulo XI, como se verá, apesar de frequente não discrimina os hospitais, quando se analisa por agrupamentos. Teríamos que pesquisar pela lista tabular de quatro caracteres, o que não faremos por não ser objetivo deste trabalho. Os Capítulos XV e o I apresentam diferenças: os HAs internam 169.479 partos enquanto os HEs apenas 2.542. Em compensação estes internam em primeiro lugar do Capítulo XV, 2.940 casos de gravidez que terminam em aborto. Em relação ao Capítulo I, os hospitais assistenciais internam doenças infecciosas intestinais, outras doenças bacterianas e febres por arbovirus e febres hemorrágicas virais, enquanto os hospitais de ensino internam HIV, outras doenças bacterianas e tuberculose.

Tabela 9.5 - Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino. Região Norte do Brasil. 2013.

Pos	Hospital assistencial			Hospital de ensino		
	Cap	Agrupamento	f	Cap	Agrupamento	f
1	XV	Parto	169.479	XV	Gravidez que termina em aborto	2.940
		Complicações do trabalho de parto e do parto	30.482		Parto	2.542
		Assist à mãe motivo feto cav amniót e prob relativo parto	22.857		Assist à mãe motivo feto cav amniót e prob relativo parto	2.493

2	X	Influenza [gripe] e pneumonia	74.141	XI	Transtornos vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	3.916
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	23.854		Hérnias	2.193
		Infecções agudas das vias aéreas superiores	9.610		Doenças do fígado	587
3	I	Doenças infecciosas intestinais	61.128	II	Neoplasias benignas	1.119
		Outras doenças bacterianas	25.616		Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	845
		Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	9.084		Neo malignas tecido linfático hematopoiético e correlatos	536
4	XIX	Traumatismos do cotovelo e do antebraço	12.832	IX	Doenças isquêmicas do coração	2.317
		Traumatismos da cabeça	12.185		Outras formas de doença do coração	1.909
		Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	10.848		Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	621
5	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	17.694	I	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	1.632
		Hérnias	17.604		Outras doenças bacterianas	1.340
		Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	11.478		Tuberculose	402

Os demais Capítulos contribuem para demarcar a diferença de perfil de morbidade entre os dois grupos de hospitais.

A Tabela 9.6 apresenta as internações por agrupamentos para a Região **Nordeste**, que tem em comum para os dois grupos de hospitais os Capítulos XV e XI. Além desses, os Hospitais Assistenciais tem os Capítulos I (doenças infecciosas e parasitárias), X (doenças do Aparelho Respiratório) e o XIX (lesões decorrentes das causas externas) entre os cinco com maior frequência e os Hospitais de Ensino, os Capítulos II, IX e XIV, das neoplasias, das doenças do aparelho circulatório e do aparelho geniturinário.

Tabela 9.6 - Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Nordeste do Brasil. 2013.

Pos	Hospital assistencial			Hospital de ensino		
	Cap	Agrupamento	f	Cap	Agrupamento	f
1	XV	Parto	445.771	XV	Parto	28.419
		Assistência à mãe mot feto cav amniótica e prob relacion parto	66.576		Edema proteinúria e transt hipert gravidez parto puerpério	12.998
		Gravidez que termina em aborto	59.900		Assistência à mãe mot feto cav amniótica e prob relacion parto	11.361
2	I	Doenças infecciosas intestinais	185.977	IX	Outras formas de doença do coração	13.299
		Outras doenças bacterianas	76.209		Doenças isquêmicas do coração	11.471

		Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	21.767		Doenças cerebrovasculares	8.059
3	X	Influenza [gripe] e pneumonia	178.536	II	Neoplasias [tumores] benignas(os)	7.879
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	77.888		Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	6.529
		Outras doenças do aparelho respiratório	17.905		Neo maligna tecido linfático hematopoiético e correlatos	4.890
4	XI	Hérnias	70.455	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	10.565
		Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	54.344		Hérnias	9.633
		Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	28.734		Outras doenças do aparelho digestivo	5.139
5	XIX	Traumatismos do cotovelo e do antebraço	34.941	XIV	Insuficiência renal	6.111
		Traumatismos da cabeça	32.237		Transt não-inflamatórios do trato genital feminino	5.298
		Traumatismos do joelho e da perna	29.942		Outras doenças do aparelho urinário	3.698

Os Hospitais Assistenciais do Nordeste tem, portanto, um perfil de atendimento de casos de menor complexidade como é o caso das infecções intestinais, as infecções respiratórias enquanto os Hospitais de Ensino internam proporções maiores das doenças crônico-degenerativas como as cardiovasculares, cerebrovasculares, as neoplasias, a insuficiência renal e, do Capítulo XV, os casos de eclampsia e pré-eclâmpsia.

É importante ressaltar que estamos falando da posição relativa dos agrupamentos dentro dos capítulos. Isso não quer dizer que um agrupamento proporcionalmente mais importante entre os Hospitais de Ensino não tenha importância entre os Hospitais Assistenciais e vice-versa. Estamos analisando apenas os três principais agrupamentos de cada capítulo. As internações por “Edema, proteinúria e transtorno hipertensivo da gravidez parto puerpério” constituem o quinto maior agrupamento entre os hospitais assistenciais, com 18.268 internações contra 12.998 dos hospitais de ensino. É por esta razão que a análise tem que ser cuidadosa e seguramente precisará ser melhor explorada em estudos com esse objetivo específico..

As **Regiões Sudeste e Sul** têm características diferentes das duas anteriores. Analisando-se inicialmente a região **Sudeste** (Tabela 9.7) vemos que ambos os grupos de hospitais têm entre os 5 principais capítulos da CID, o XV, o IX, o XI e o XIX, só diferindo no Capítulo X para os Assistenciais e o II para os

de Ensino. O Capítulo XI tem os mesmos agrupamentos e na mesma ordem para os dois conjuntos de hospitais.

O Capítulo IX tem algumas diferenças: os Hospitais Assistenciais tem, pela ordem, os agrupamentos de “outras formas de doenças do coração” e “doenças isquêmicas do coração” enquanto nos Hospitais de Ensino a ordem é inversa para os dois primeiros lugares. Essa diferença pode ter significado uma vez que entre outras formas de doença do coração encontramos os diagnósticos de insuficiência cardíaca, cardiomiopatias que podem, em casos menos graves, ser atendidos em hospitais de menor complexidade ao contrário das doenças isquêmicas do coração que, para os casos que exigem internação, necessitam de recursos mais sofisticados, leitos de CTI, etc. Os terceiros agrupamentos por ordem de frequência são “Doenças das veias, vasos e gânglios linfáticos” e “Doenças cerebrovasculares” para os Hospitais Assistenciais e os de Ensino, respectivamente. Doenças das veias incluem varizes de membros inferiores, hemorroidas, que tem alta prevalência e baixa complexidade enquanto as doenças cerebrovasculares apresentam um perfil de complexidade maior.

Tabela 9.7 - Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Sudeste do Brasil. 2013.

Pos	Hospital assistencial			Hospital de ensino		
	Cap	Agrupamento	f	Cap	Agrupamento	f
1	XV	Parto	414.468	XV	Parto	85.914
		Assistência à mãe motivo feto cavid amniót e prob rel parto	66.246		Gravidez que termina em aborto	15.762
		Gravidez que termina em aborto	61.508		Complicações do trabalho de parto e do parto	13.490
2	X	Influenza [gripe] e pneumonia	227.128	II	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	24.625
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	65.068		Neoplasias [tumores] benignas(os)	14.748
		Outras doenças das vias aéreas superiores	28.732		Neo maligno tecido linfático hematopoietico e correlatos	13.305
3	IX	Outras formas de doença do coração	110.289	IX	Doenças isquêmicas do coração	34.487
		Doenças isquêmicas do coração	81.465		Outras formas de doença do coração	30.877
		Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	66.651		Doenças cerebrovasculares	18.518
4	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	90.970	XIX	Traumatismos da cabeça	18.333

		Hérnias	79.196		Complicações cuidados médicos e cirúrgicos, NCOP	16.823
		Outras doenças dos intestinos	34.709		Traumatismos do joelho e da perna	15.618
5	XIX	Traumatismos do joelho e da perna	47.061	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	26.588
		Traumatismos da cabeça	39.762		Hérnias	20.631
		Traumatismos do cotovelo e do antebraço	38.307		Outras doenças dos intestinos	14.160

Quanto ao Capítulo XIX chama a atenção os agrupamentos das “Complicações dos cuidados médicos e cirúrgicos” que ocupa o terceiro lugar na ordem de frequências entre os Hospitais de Ensino. Entre os Hospitais Assistenciais, esse agrupamento ocupa o sétimo lugar. Essa diferença relativa pode ser atribuída ao atendimento de alunos, residentes em formação, etc.? Essa questão é bastante relevante e merece um estudo específico.

A Região Sul se comporta de forma semelhante ao Sudeste, com a diferença que os Hospitais Assistenciais têm as Doenças do Aparelho Respiratório como o Capítulo mais frequente. A semelhança entre as duas regiões reside nas características gerais dos Hospitais Assistenciais que tem já um perfil de atendimento mais avançado do ponto de vista das transições demográfica e epidemiológica.

Tabela 9.8 - Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Sul do Brasil. 2013.

Pos	Hospital assistencial			Hospital de ensino		
	Cap	Agrupamento	f	Cap	Agrupamento	f
1	X	Influenza [gripe] e pneumonia	126.708	XV	Parto	54.197
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	58.115		Gravidez que termina em aborto	7.771
		Outras doenças das vias aéreas superiores	17.669		Assistência à mãe motivo feto cavidade amniót e prob parto	7.001
2	XV	Parto	140.692	IX	Doenças isquêmicas do coração	34.487
		Complicações do trabalho de parto e do parto	17.409		Outras formas de doença do coração	30.877
		Gravidez que termina em aborto	16.242		Doenças cerebrovasculares	18.518

3	IX	Outras formas de doença do coração	52.710	II	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	11.897
		Doenças isquêmicas do coração	36.057		Neo maligno tecido linfático hematopoiético e correlatos	5.829
		Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	30.505		Neoplasias [tumores] benignas(os)	5.326
4	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	41.506	XIX	Traumatismos da cabeça	7.229
		Hérnias	30.246		Complicações cuidados médicos e cirúrgicos, NCOP	6.992
		Outras doenças do aparelho digestivo	16.813		Traumatismos do joelho e da perna	6.431
5	XIX	Traumatismos do joelho e da perna	18.219	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	13.789
		Traumatismos da cabeça	18.177		Hérnias	9.937
		Traumatismos do cotovelo e do antebraço	17.885		Doenças do apêndice	6.731

Por último, alguns comentários sobre a Região Centro-Oeste. A análise dos Capítulos e agrupamentos, a coloca numa posição intermediária entre as Regiões Norte e Nordeste e as Regiões Sudeste e Sul. Os Hospitais Assistenciais já internam as Doenças do Aparelho Circulatório entre os cinco principais Capítulos e os Hospitais de Ensino mantém as Doenças do Aparelho Respiratório entre os cinco primeiros

Tabela 9.9 - Internações mais frequentes por agrupamentos da CID. Comparação entre hospitais assistenciais e de ensino Região Centro-Oeste do Brasil. 2013.

Pos	Hospital assistencial			Hospital de ensino		
	Cap	Agrupamento	f	Cap	Agrupamento	f
1	XV	Parto	100.444	XV	Parto	14.621
		Assistência à mãe motivo feto cavid amniót e probl parto	12.333		Assistência à mãe motivo feto cavid amniót e probl parto	2.545
		Gravidez que termina em aborto	12.232		Gravidez que termina em aborto	2.130
2	X	Influenza [gripe] e pneumonia	56.989	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	4.127
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	19.378		Hérnias	3.218
		Infecções agudas das vias aéreas superiores	6.139		Outras doenças dos intestinos	1.650
3	XIX	Traumatismos do joelho e da perna	13.070	IX	Outras formas de doença do coração	4.973
		Traumatismos do cotovelo e do antebraço	11.344		Doenças isquêmicas do coração	3.406
		Traumatismos do punho e da mão	9.169		Doenças cerebrovasculares	2.132
4	XI	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	20.531	II	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	2.331

		Hérnias	13.849		Neoplasias [tumores] benignas(os)	2.166
		Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	8.569		Neo maligno tecido linfático hematopoiético e correlatos	1.369
5	IX	Outras formas de doença do coração	21.420	X	Influenza [gripe] e pneumonia	59.162
		Doenças isquêmicas do coração	12.606		Outras doenças das vias aéreas superiores	27.448
		Doenças cerebrovasculares	10.801		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	20.801

Causas de internações segundo fases do ciclo de vida

A Tabela 9.10 mostra os diagnósticos de internação por capítulos da CID e fases do ciclo de vida para os hospitais de ensino e os assistenciais no Brasil no ano de 2015. Esses dados exigem uma análise cuidadosa e detalhada tendo em vista sua importância e complexidade.

Tabela 9.10 – Causas de internação por fases do ciclo de vida e capítulos da CID para os hospitais de ensino e assistenciais. Brasil, 2015

Capítulos da CID X	<12 anos		12 a 17 anos		18 a 59 anos		60 anos ou mais	
	HE	HA	HE	HA	HE	HA	HE	HA
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,0	19,9	3,9	7,6	4,7	5,4	5,4	8,4
II Neoplasias (tumores)	5,6	1,1	7,8	1,7	10,9	4,9	18,0	8,0
III D. sangue órgãos hemat e transt imun.	1,6	0,8	1,4	0,7	0,6	0,6	0,6	1,3
IV Doenças endócrinas nutricionais e metab.	2,0	2,1	1,9	1,0	1,6	1,7	1,7	5,5
V Transtornos mentais e comportamentais	0,2	0,1	1,2	1,3	1,6	4,0	0,5	0,8
VI Doenças do sistema nervoso	3,9	1,4	2,9	1,0	2,2	1,2	2,4	1,7
VII Doenças do olho e anexos	0,9	0,2	0,9	0,2	1,0	0,4	2,9	2,1
VIII D. do ouvido e da apófise mastóide	0,9	0,3	1,0	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0
IX Doenças do aparelho circulatório	1,5	0,6	2,4	1,0	9,2	7,1	26,4	24,1
X Doenças do aparelho respiratório	19,7	36,6	5,5	7,5	3,6	5,5	7,7	17,5
XI Doenças do aparelho digestivo	10,1	6,1	8,1	6,9	9,6	9,8	10,5	10,2
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,0	2,6	2,8	1,9	2,2	1,8	2,0	2,1
XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjunt.	1,2	0,6	3,3	1,3	3,0	1,9	2,6	1,6
XIV Doenças do aparelho geniturinário	5,5	4,8	6,1	6,5	7,4	7,1	7,8	7,3
XV Gravidez parto e puerpério	0,0	0,0	31,7	45,7	25,9	33,8	0,0	0,0

XVI	Algumas afec originadas no período perin.	18,3	12,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
XVII	Malf cong deformid e anom. Cromossôm.	8,4	1,7	3,9	0,7	0,7	0,2	0,2	0,1
XVIII	Sint sinais e achad anorm ex clín e lab.	1,6	1,0	1,7	1,0	1,8	1,1	2,2	1,8
XIX	Lesões enven e out conseq c. externas	6,6	6,6	11,9	12,4	11,2	10,8	7,7	6,9

A análise pode ser feita pelos capítulos da CID, pelas fases do ciclo de vida ou pelo tipo de hospital, assistencial ou de ensino. Vamos começar a discussão a partir da idade, pelo grupo das crianças. Os diagnósticos mais frequentes de internação nos hospitais assistenciais são os do Capítulo X, das doenças do aparelho respiratório, com 36,6% dos casos. Olhando dentro do capítulo o agrupamento mais frequente é o da influenza e pneumonia (20,8%), seguido pelo grupo das doenças crônicas das vias aéreas inferiores (6,4%) (Tabela 9.10).

Os Hospitais de Ensino tem uma proporção alta de **doenças respiratórias** nessa faixa etária (19,7%), mas bem **abaixo dos hospitais assistenciais**. Compõem essa proporção 7,7% de gripe e pneumonia, 3,6% de outras doenças das vias aéreas superiores e 3,3% de outras infecções agudas das vias aéreas inferiores entre outras (Tabela 9.11).

A proporção de doenças respiratórias cai entre os 12 e 59 anos e volta a subir entre os idosos, quando nos hospitais assistenciais são responsáveis por 17,5% das internações contra 7,7% nos Hospitais de Ensino, só ficando abaixo das doenças do aparelho circulatório.

Esses achados são consistentes com a expectativa uma vez que as doenças mais comuns do aparelho respiratório são de baixa ou média complexidade. Os Hospitais de Ensino tem proporções menores que as dos hospitais assistenciais em todas as faixas etárias.

O **Capítulo I**, das doenças infecciosas e parasitárias está em segundo lugar (19,9%) na faixa etária dos menores de 12 anos entre os hospitais assistenciais. Como o Capítulo das Respiratórias, diminui as proporções entre os 12 e 59 anos e aumenta na faixa dos 60 anos ou mais, porém de maneira mais discreta que no capítulo anterior. Também neste Capítulo **os hospitais assistenciais têm proporções maiores que os de ensino** em todas as faixas

etárias. O exame das infecciosas por agrupamentos aponta as doenças infecciosas intestinais como o grupo de maior importância, com 12,5% entre os hospitais assistenciais, mas que não chega a entrar na lista dos 10 mais frequentes entre os hospitais de ensino.

Tabela 9.11 – Dez agrupamentos diagnósticos mais frequentes das internações de crianças. Comparação entre Hospitais assistenciais e de Ensino. Brasil, 2013

Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Influenza [gripe] e pneumonia	20,8	Influenza [gripe] e pneumonia	7,7
Doenças infecciosas intestinais	12,5	Transtorno respiratório e cardiovascular específico período perinatal	6,2
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	6,4	Transtorno relacionado com a duração gestação e crescimento fetal	5,1
Outras doenças bacterianas	4,2	Hérnias	4,2
Transtorno respiratório e cardiovascular período perinatal	3,7	Outras doenças bacterianas	4,0
Transtorno hemorrágico e hematológico feto e recém-nascido	3,1	Outras doenças das vias aéreas superiores	3,6
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	3,0	Transtorno hemorrágico e hematológico feto e recém-nascido	3,5
Outras doenças das vias aéreas superiores	2,9	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	3,3
Transtorno relacionado com a duração gestação e crescimento fetal	2,7	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2,6
Hérnias	2,6	Neoplasia maligna tecido linfático hematopoiético e correlatos	2,2

Dois outros Capítulos são importantes entre as crianças: o XVI, das **afecções originadas no período perinatal** e o XVII, das **malformações**

congenitas e anomalias cromossômicas. Nesses dois Capítulos os **Hospitais de Ensino têm maiores proporções que os assistenciais.** A Tabela 8.20 dá mais detalhes sobre essas diferenças. Entre os Hospitais de Ensino, os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal e os transtornos relacionados com a duração da gestação e crescimento fetal ocupam o segundo e o terceiro lugares, abaixo somente da gripe. Já entre os Hospitais Assistenciais esses grupos ocupam o quinto e sexto lugares.

Os Capítulos do Sistema Nervoso e Aparelhos Digestivo e Gêrito-urinário são mais frequentes nos Hospitais de Ensino. Resumindo, os Hospitais Assistenciais tem maior frequência de doenças do Capítulo 1 e do Capítulo X, das doenças respiratórias, estas com grande peso para a gripe, que por problema dos critérios de classificação pela CID não é incluída no capítulo das doenças infecciosas e parasitárias. Nos demais capítulos os Hospitais de Ensino tem maiores proporções, fato seguramente relacionado com a concentração de tecnologias e de especialidades médicas.

Nessa linha de raciocínio vale destacar as internações pelo Capítulo II, das Neoplasias, que tem proporções de 5,6 para os Hospitais de Ensino e 1,1 para os Hospitais Assistenciais, diferença que possibilita a inclusão das neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético e correlatos entre as dez principais causas de internação.

O grupo seguinte, dos adolescentes, tradicionalmente demanda menos os serviços de saúde e interna menos que as outras faixas etárias e a literatura tem demonstrado a importância da Gravidez na adolescência e das consequências de eventos decorrentes de causas externas. Os dados que coletamos no ano de 2013 corroboram esses achados da literatura. O grupo com maior frequência é o das internações do Capítulo XV, da Gravidez, parto e puerpério com as proporções de 45,7% nos Hospitais Assistenciais e 31,7% nos Hospitais de Ensino. O segundo grupo em frequência é o do Capítulo XIX que reúne as consequências de causas externas, com 12,4% para os Hospitais Assistenciais e 11,9% para os Hospitais de Ensino. Os demais capítulos tem comportamento semelhante ao grupo das crianças, com as internações por doenças infecto parasitárias mais frequentes nos hospitais assistenciais e os capítulos que

habitualmente necessitam de atendimentos mais especializados, ocorrendo com maior frequência nos hospitais de ensino.

Na faixa etária de 18 a 59 anos os capítulos mais importantes são, pela ordem, o XV, da gravidez, parto e puerpério, o XIX, das consequências das causas externas, o das neoplasias, o XI, das doenças do aparelho digestivo e o das doenças do aparelho circulatório. Os dados da literatura demonstram que começa a ocorrer um aumento dos casos de neoplasias e doenças do aparelho circulatório. Os Hospitais de Ensino tem maiores proporções de Neoplasias, doenças do aparelho circulatório e as consequências das causas externas enquanto os Hospitais Assistenciais tem maiores proporções de internações por doenças infecciosas, gravidez, parto e puerpério, doenças respiratórias e transtornos mentais.

Finalmente, entre os idosos, os grupos mais importantes são o das doenças do aparelho circulatório, neoplasias, digestivo, respiratório, geniturinário e consequência das causas externas e muito interessante é o fato de que, com exceção das neoplasias que tem proporções de 18,0 e 8,0 para os Hospitais de Ensino e os Assistenciais respectivamente, nos demais capítulos as diferenças entre os Hospitais de Ensino e os Assistenciais é pequena, sugerindo que para os idosos a questão da concentração de recursos humanos especializados e equipamentos de ponta não é muito levada em conta. A Tabela 9.12, no entanto, mostra a composição percentual das causas mais frequentes de internação nos Hospitais de Ensino e nos Assistenciais. Comparando as internações dos Hospitais de Ensino e dos Assistenciais, podemos observar que a causa mais frequente entre os assistenciais é a influenza, enquanto nos hospitais de ensino são as doenças isquêmicas do coração. Outra diferença importante é a presença das neoplasias dos órgãos digestivos entre as dez principais causas de internação dos hospitais de ensino, grupo que não aparece entre as dez primeiras dos hospitais assistenciais.

Analisando-se a partir dos Capítulos da CID, observamos que:

Capítulo I: em todas as faixas etárias são mais frequentes entre os hospitais assistenciais e tem as maiores proporções entre as crianças e os idosos.

Capítulo II, das neoplasias: aumenta com a idade, mas as proporções são bem maiores nos hospitais de ensino.

Capítulo III, do sangue e órgãos hematopoiéticos: as proporções variam entre 0,6 e 1,6%, são mais frequentes até os 17 anos nos HEs..

Capítulo IV, das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: tem frequência baixa, variando entre 1% e 5,5, com seu maior valor entre os idosos internados nos hospitais assistenciais.

Tabela 9.12 – Dez diagnósticos mais frequentes das internações de idosos. Comparação entre Hospitais assistenciais e de Ensino. Brasil, 2013

Hospitais assistenciais	%	Hospitais de Ensino	%
Influenza [gripe] e pneumonia	10,4	Doenças isquêmicas do coração	8,7
Outras formas de doença do coração	8,7	Outras formas de doença do coração	7,3
Doenças cerebrovasculares	5,1	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	4,6
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	4,6	Outras doenças bacterianas	4,2
Doenças isquêmicas do coração	4,6	Doenças cerebrovasculares	4,0
Outras doenças bacterianas	4,2	Influenza [gripe] e pneumonia	3,7
Diabetes mellitus	3,4	Doenças das artérias, das arteríolas e capilares	3,5
Doenças infecciosas intestinais	3,0	Transtorno vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	3,1
Transtorno vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	2,7	Insuficiência renal	2,0
Outras doenças do aparelho urinário	2,6	Hérnias	2,0

Capítulo V, dos Transtornos mentais, variam de 0,1 a 4,0% e, com exceção dos menores de 12 anos são mais frequentes nos Hospitais Assistenciais. A faixa etária com maior proporção é a dos adultos.

Capítulo VI, do Sistema Nervoso, varia de 1,0 a 3,9% com maiores proporções em menores de 12 anos e em idosos e predomínio dos Hospitais de Ensino em todas as faixas etárias.

Capítulo VII, do olho e anexos, varia de 0,2 a 2,9%, são mais frequentes em idosos e predominam nos Hospitais de Ensino em todas as faixas etárias.

Capítulo VIII, do ouvido e apófise mastoide, varia de zero a 1,0% e as proporções são maiores nos HEs em todas as faixas etárias.

Capítulo IX, das doenças do aparelho circulatório, cujo valor aumenta com a idade e em todas as faixas é maior entre os internados dos hospitais de ensino. As proporções variam entre 0,6 e 26,4%.

Capítulo X, das doenças respiratórias, variam de 3,6 a 36,6%, São mais frequentes em crianças, seguidas pelos idosos e tem valores maiores nos Hospitais Assistenciais em todas as faixas etárias.

Capítulo XI, das doenças do aparelho digestivo, com proporções que variam entre 6,1 e 10,5%. São mais frequentes nos internados dos hospitais de ensino com exceção dos adultos.

Capítulo XII, das doenças da pele, que variam entre 1,8 e 3,0%, são mais frequentes em menores de 12 anos e com exceção dos idosos, tem proporções maiores de internação nos Hospitais de Ensino.

Capítulo XIII, do sistema osteomuscular, varia de 0,6% para crianças em hospitais assistenciais a 3,3 % para adolescentes nos Hospitais de Ensino. As maiores proporções são entre os adolescentes, seguidos dos adultos e idosos.

Capítulo XIV, do aparelho geniturinário: mais frequente nos HEs, com exceção dos adolescentes. As proporções entre os idosos são maiores que nas outras faixas etárias.

Capítulo XV, da Gravidez, parto e puerpério, mais frequentes entre os adolescentes e adultos internados nos hospitais assistenciais.

Capítulo XVI, das afecções originadas no período perinatal, com valores de 18,3% nos Hospitais de Ensino e 12,4% nos assistenciais.

Capítulo XVII, das malformações congênitas, com proporções que variam entre 0,1 e 8,4%, são mais frequentes, pela ordem, nas crianças e adolescentes, faixas em que predominam nos Hospitais de Ensino.

Capítulo XVIII, das mal definidas, que apresentam proporções que variam entre 1,0 e 2,2%, são mais frequentes em idosos, o que é habitual e curiosamente nos Hospitais de Ensino, em todas as faixas etárias.

Capítulo XIX, das lesões e outras consequências das causas externas; variam de 6,6% para crianças internadas nos hospitais de ensino e nos assistenciais a 12,4% proporção para os adolescentes internados nos hospitais assistenciais. Nas faixas etárias de adultos e idosos, tem proporções maiores nos Hospitais de Ensino.

Causas de internações segundo o sexo e Capítulos da CID

A Tabela 9.13 apresenta as internações em números absolutos pelos Capítulos da CID para homens e mulheres em Hospitais Assistenciais e de Ensino. Considerando-se o total de internações, as mulheres internam mais que os homens nos dois grupos de hospitais. Analisando-se por Capítulos, para os Hospitais de Ensino as mulheres internam mais que os homens nos Capítulos II,III,IV,VI,VII,VIII,XIV,XV e XXI.

Tabela 9.13 – Diagnóstico principal por Capítulos da CID em internação segundo o sexo nos Hospitais de Ensino e Assistenciais. Frequência de internações, ano de 2013.

Diagnóstico Principal	HE		HA	
	Masc	Fem	Masc	Fem
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	65408	50449	378320	373435
II. Neoplasias (tumores)	110724	142622	175307	264239
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8082	8649	32385	39332
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15614	21722	110261	126109
V. Transtornos mentais e comportamentais	13643	9793	148477	80166
VI. Doenças do sistema nervoso	27390	27993	62006	59763
VII. Doenças do olho e anexos	15256	16206	30689	35485
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4158	4540	4650	5124
IX. Doenças do aparelho circulatório	137602	121219	427590	447027
X. Doenças do aparelho respiratório	84131	70157	607506	554842
XI. Doenças do aparelho digestivo	109895	103177	421577	406857
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26698	23293	99462	78168

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	30525	26732	82130	64701
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	65354	89636	223933	387128
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	345009	0	1960889
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31313	28790	85462	81705
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	23559	17464	21312	15839
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	21052	19010	60384	53413
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	142598	66248	593655	249237
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	290	204	1981	1001
XXI. Contatos com serviços de saúde	18427	21669	76295	85296
Total	951719	1214582	3643382	5369756

Em relação aos Hospitais Assistenciais, a frequência de internações em números absolutos para as mulheres é maior nos Capítulos II, III, IV, VII, VIII, IX, XIV, XV E XXI.

Excluindo-se o Capítulo XIV e calculando-se as proporções, os resultados são apresentados na Tabela 9.14.

Tabela 9.14 - Internações por Capítulos das CID para Hospitais Assistenciais e de Ensino, no ano de 2013, segundo o sexo. Porcentagens.

Diagnóstico Principal	H. Assistenciais		H. Ensino	
	M	F	M	F
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,4	11,0	6,9	5,8
II. Neoplasias (tumores)	4,8	7,8	11,6	16,4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitário	0,9	1,2	0,8	1,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,0	3,7	1,6	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	4,1	2,4	1,4	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1,7	1,8	2,9	3,2
VII. Doenças do olho e anexos	0,8	1,0	1,6	1,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1	0,2	0,4	0,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	11,7	13,1	14,5	13,9
X. Doenças do aparelho respiratório	16,7	16,3	8,8	8,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	11,6	11,9	11,5	11,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,7	2,3	2,8	2,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2,3	1,9	3,2	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,1	11,4	6,9	10,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,3	2,4	3,3	3,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,6	0,5	2,5	2,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,7	1,6	2,2	2,2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	16,3	7,3	15,0	7,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,1	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	2,1	2,5	1,9	2,5

Vamos analisar apenas os Capítulos mais relevantes. Existem diferenças que são bastante pequenas e que podem ser devidas ao acaso e que poderiam se modificar de um ano para outro. Não trabalhamos com amostra, mas com dados de todas as internações SUS dos dois grupos de hospitais. Portanto, a diferença existiu, mas pode ter sido causada por circunstâncias particulares que não se repetem sistematicamente.

Existem diferenças relacionadas ao grupo de hospitais e diferenças relacionadas ao sexo. Vamos então analisar por Capítulos.

As **doenças infecciosas e parasitárias** são mais frequentes nos Hospitais Assistenciais para ambos os sexos e as razões para essa diferença já foram discutidas. Com relação às diferenças entre os sexos, elas são pequenas nos dois grupos de hospitais, com as internações de mulheres um pouco mais frequentes nos Hospitais Assistenciais.

As **neoplasias** têm proporcionalmente mais internações nos HEs para os homens e mulheres e nos dois grupos de hospitais as mulheres apresentam frequência de internações significativamente superior: 142.622 contra 110.724 nos hospitais assistenciais e 264.239 contra 175.397, nos Hospitais de Ensino ou em números relativos, 7,8 contra 4,8% nos HAs e 16,4 contra 11,6% nos HEs.

As **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas** são mais frequentes nos HAs para ambos os sexos e entre as mulheres nos dois grupos de hospitais.

As proporções de internações por **transtornos mentais** são maiores para os homens tanto no grupo dos hospitais assistenciais quanto no dos hospitais de ensino.

As doenças do **sistema nervoso** proporcionalmente são mais internadas nos hospitais de ensino, mas a diferença entre homens e mulheres é bastante discreta com valores maiores para as mulheres.

As **doenças do aparelho circulatório** são importantes nos dois grupos de hospitais e para ambos os sexos. Não há um predomínio claro de um sexo

sobre o outro uma vez que as internações de mulheres são mais frequentes nos hospitais assistenciais e menos nos hospitais de ensino.

O Capítulo X, das **doenças do aparelho respiratório**, também é bastante frequente para ambos os sexos, sendo maior para os homens. As proporções de internações nos hospitais assistenciais é praticamente o dobro daquelas dos hospitais de ensino.

As internações por **doenças do aparelho digestivo** são frequentes para ambos os grupos de hospitais e ambos os sexos, com ligeiro predomínio do sexo feminino.

O Capítulo das **doenças do aparelho geniturinário** apresenta diferenças nítidas entre os sexos sendo bem mais frequente entre as mulheres.

Os **Capítulos XVI e XVII** tem pequena expressão no montante de internações, que são mais frequentes nos Hospitais de Ensino, mas sem predomínio claro de um sexo sobre o outro.

Finalmente, o **Capítulo XIX**, das consequências das causas externas, tem o dobro de internações de homens que de mulheres.

Para concluir pode-se afirmar que as questões gerais associadas aos grupos de hospitais, como a complexidade, por exemplo, ou ao perfil epidemiológico, são válidas para ambos os sexos. Existem, porém diferenças sexo dependentes como por exemplo, é o caso dos capítulos das neoplasias, das doenças endócrinas, da nutrição ou metabólicas, as geniturinárias e as consequências das causas externas, todas mais frequentes no sexo feminino.

Capítulo 10

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi criada pela Lei Estadual nº 161, de 24 de setembro de 1948 e estruturada pela **lei 1467** de 26 de dezembro de **1951**. Segundo Lacaz e Mazzieri (1995) sua criação se deu a partir de uma conjuntura favorável devido à mobilização local, ao interesse da Universidade em criar novo curso de Medicina e ao apoio do Governo do Estado e se concretizou a partir de um parecer da Comissão de Ensino e Regimento do Conselho Universitário da USP cujo relator foi o professor Zeferino Vaz e que recomendava sua imediata implantação.

A lei nº 1467 foi aprovada pela Assembleia Legislativa e trazia definições importantes, entre as quais destacamos:

- os docentes deveriam trabalhar em **tempo integral** e a eles foi facultado o direito de atender à **clínica civil** no Hospital das Clínicas da Faculdade.
- a criação da **Escola de Enfermagem**.
- a criação do **Centro de Saúde**, anexo à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- e em seu artigo 17: “A Reitoria da Universidade de São Paulo providenciará o **início imediato do plano de construção** dos edifícios do bloco de laboratórios, **do Hospital das Clínicas**, da Escola de Enfermagem, do Centro de Saúde da Faculdade e da Casa do Estudante, utilizando verbas consignadas no orçamento da Universidade”.

- no artigo 18 “Fica a Reitoria da Universidade de São Paulo **autorizada a** receber, para a instalação da Faculdade, doações e subvenções de entidades públicas e particulares, bem como **estabelecer**, para o mesmo fim, **convênios com instituições hospitalares e de ensino do município de Ribeirão Preto**”. (grifos nossos)
- define o ano de 1952 para o início do curso de medicina e dá um prazo de 60 dias para o Poder Executivo expedir o Regulamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovado pelo Conselho Universitário.

Dez dias depois da promulgação da lei pelo Governador Lucas Nogueira Garcez, Zeferino Vaz tomava posse como primeiro diretor da nova escola que teve sua **aula inaugural em 10 de maio de 1952**.

Em 1955 dois eventos definiram os rumos da FMRP e de seu Hospital das Clínicas.

No dia 9 de abril, segundo Santos, foi assinado **convênio entre a Universidade de São Paulo e a Fundação Sinhá Junqueira**, que cedeu por vinte anos um prédio em construção, que seria sua maternidade. O edifício foi concluído com recursos do Governo do Estado de São Paulo, começou a funcionar em julho de 1956 (Santos, s.d.) e foi a sede do Hospital das Clínicas até a inauguração do HC Campus em 1978.

Em 23 de dezembro foi promulgada pelo Governador Jânio Quadros a lei nº 3274 que

“Institui em **entidade autárquica** o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e dá outras providências”.

Logo no artigo primeiro, parágrafo único, determinava que

“A tutela dispensada pelo Estado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto será exercida por intermédio da Universidade de São Paulo, salvo no que respeita à atividade econômico-financeira, tomada de contas e inspeção da contabilidade, que ficarão a cargo da Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda”.

Ou seja, quando a lei dá a tutela à Universidade define claramente que o comando técnico e administrativo é da Universidade e que o Hospital das Clínicas tem como objetivos prioritários a pesquisa e a formação de recursos humanos para a saúde.

No artigo terceiro, ditava:

“Para a realização de suas finalidades, poderá o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto receber, para administrar e manter, mediante convênio, instituições hospitalares do município de Ribeirão Preto, com seus respectivos edifícios e instalações”.

Com esse artigo a lei autoriza o convênio que já havia sido assinado com a Fundação Sinhá Junqueira e no artigo 26 especifica:

“Até sua instalação definitiva em prédio próprio, o Hospital terá sede e funcionará no edifício da Maternidade "Sinhá Junqueira", em Ribeirão Preto”.

Em 06 de novembro de 1969 é publicado o Decreto-lei nº 7 do Governador Abreu Sodré, que dispunha sobre entidades descentralizadas e modifica o entendimento da relação do Hospital das Clínicas com a USP. Reproduzimos aqui alguns artigos de interesse para a discussão:

Art. 1º - O Estado descentralizará os serviços que, por sua natureza ou finalidade, justifiquem autonomia técnica, administrativa, ou financeira.

Art. 2º - A descentralização se efetivará mediante a constituição de:

I - autarquias;

II - empresas públicas e empresas em cujo capital o Estado tenha participação majoritária, pela sua Administração centralizada ou descentralizada.

III - fundações.

Art. 4º - As entidades descentralizadas deverão vincular-se diretamente ou por intermédio de outra entidade também descentralizada, à Secretaria de Estado cujas atribuições se relacionem com a atividade principal que lhe cumpra exercer.

Art. 5º - Incumbe à Secretaria de Estado a que estiver vinculada a entidade descentralizada o controle de resultados de sua atuação, especialmente quanto ao atendimento das finalidades e objetivos institucionais e à sua situação administrativa.

O ponto central que queremos destacar no momento é a vinculação da autarquia à Secretaria de Estado cujas atribuições se relacionem com a atividade principal que lhe cumpra exercer. Embora seja facultado a uma entidade descentralizada estar vinculada a outra entidade descentralizada como seria a USP, parece que o Executivo tem outra interpretação, pois em 1971 o Governador Abreu Sodré por meio de outro decreto, o de número 52641, de 03 de fevereiro aprova o Regulamento de adaptação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto ao Decreto-lei Complementar nº 7, que em seu artigo primeiro determina:

“O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, a que se referem a Lei nº [1.467](#), de 26 de dezembro de 1951, e a Lei nº [3.274](#), de 23 de dezembro de 1955, é entidade autárquica com personalidade jurídica própria, sede e foro na Cidade de Ribeirão Preto, com autonomia administrativa e financeira dentro dos limites traçados pelo Decreto-lei Complementar nº 7, de 6 de novembro de 1969.”

E em seu parágrafo primeiro,

§ 1º - O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto **associa-se para fins didáticos** à Universidade de São Paulo.

Com essa medida o HC passou a ser **associado para fins didáticos** e não mais **tutelado** pela USP. Nos anos seguintes outras alterações do Regimento foram publicadas vinculando o hospital à Secretaria de Governo e posteriormente, à Secretaria de Estado da Saúde.

Nos seus 60 anos de história o HC da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo cumpriu seu papel de apoio ao ensino e à pesquisa e cuidou da saúde de milhões de pessoas de uma ampla região. Nestes 60 anos a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que começou suas aulas clínicas nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, viu o HC surgir em 1956 em prédio cedido pela Fundação Sinhá Junqueira, sua ampliação, a construção

do HC Campus e mais recentemente a constituição de um Complexo Hospitalar, com a incorporação de novas unidades.

Ao longo desse período o HC foi produto de seu tempo. Passou por diferentes etapas de organização dos serviços de saúde no Brasil e sua estrutura, seus processos e seus resultados são reflexos de cada um desses momentos. No âmbito deste trabalho faremos uma rápida passagem pelos principais períodos históricos utilizando periodização proposta por Rodrigues et al (2015), mas concentrando a discussão no momento atual.

Alguns dados sobre o HC da FMRP-USP

Em relação à assistência

A figura 10.1 mostra o número de leitos do HCFMRP-USP desde sua fundação até o ano de 2013, destacando três momentos de grande importância e que tiveram influência decisiva na história do hospital: o início do funcionamento do HC Campus em 1978, a adesão ao SUS em 1989 e o início da regulação médica em 1999. Esses eventos dividem a história do HCFMRP-USP, como propõem Loutençon-Rodrigues e colaboradores, em quatro períodos bem delimitados.

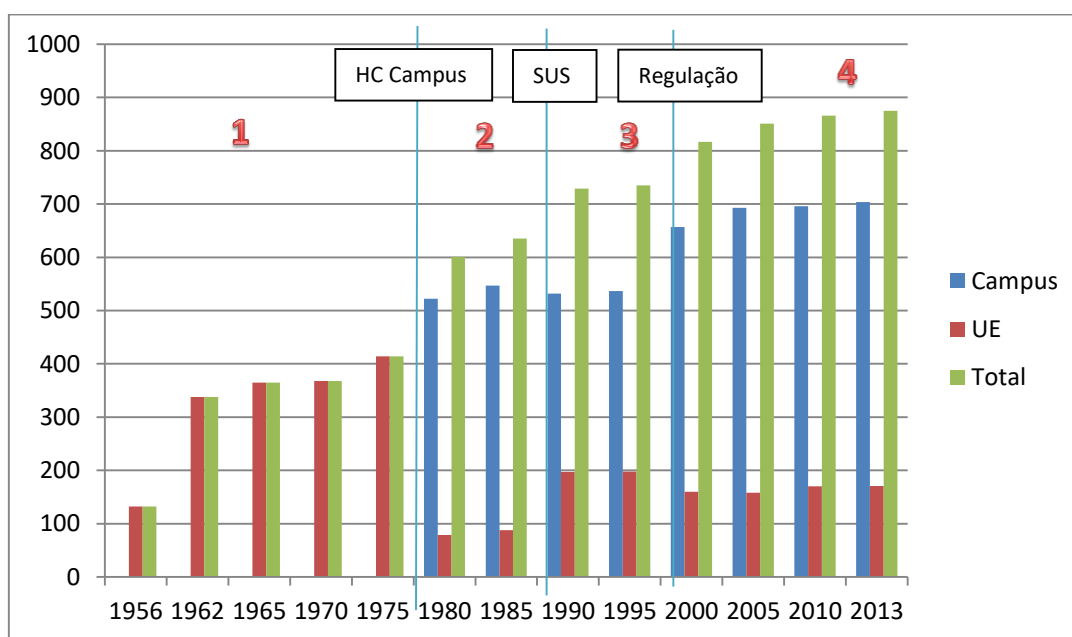


Figura 10.1 – Leitos disponíveis no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo no período de 1956 a 2013.

O Hospital começou a funcionar em 1956, como já foi dito, no prédio cedido em comodato para o Governo do Estado de São Paulo pela Fundação Sinhá Junqueira, permanecendo como o hospital geral de ensino da FMRP-USP até 1978 quando foi inaugurada a unidade do Campus.

De acordo com Santos (sd-mimeografado), o projeto original previa uma capacidade de 150 leitos, 10 enfermarias de clínica médica, 8 enfermarias de clínica cirúrgica, 9 enfermarias de ginecologia-obstetrícia e pediatria e 2 berçários.

Em 1956 o Hospital começou com 132 leitos e nesse mesmo ano iniciou as obras de construção do Bloco B, que foi entregue em 1957. Em 1962 já tinham sido instalados 338 leitos e em 1975 operava com 414 leitos. Houve, portanto, segundo Santos, um rápido crescimento da demanda e rapidamente o HC tornou-se referência regional para uma ampla região. Hoje a Unidade de Emergência, que funciona nesse prédio, opera com cerca de 170 leitos e quem a conhece sabe que seria inaceitável operar com 414. Mas era assim que funcionava. Enfermarias apinhadas, com leitos próximos entre si, atendimentos de portas abertas. Talvez isso explique porque em 1963 começou a construção do HC Campus.

O país viveu nesse período a consolidação do modelo hospitalocêntrico financiado pela previdência social. O atendimento médico era dividido entre os que tinham direito à previdência e aqueles que não tinham. O HCFMRP atendia os não previdenciários, chamados de forma pejorativa de indigentes. Para ser atendido era preciso passar pelo serviço social. Só havia uma forma de escapar desse caminho: era necessário um docente pedir o registro como caso de interesse científico.

A segunda etapa da história do hospital inicia-se com a inauguração do HC Campus em 1978. Do ponto de vista nacional estava em curso a implantação de experiências de atenção primária à saúde, ocorria a Conferência de Alma-Ata, a OMS lançava a bandeira de Saúde para Todos no Ano 2000 e ficava pronto o Relatório do CONASP com suas propostas para a crise da previdência.

A análise da Figura 10.1 permite levantar hipóteses interessantes. Quando se dá a abertura dos leitos do Campus, não há um acréscimo importante do número, mas uma transferência dos leitos da unidade da Bernardino de Campos para o Campus. O primeiro movimento é, portanto, uma tentativa de melhorar as condições de internação. Assim, em 1980 o número de leitos ativos da unidade da Bernardino de Campos caiu para 79 e em 1985 era 88. Sobre esse período, Mauro e Nogueira (2004), baseados em depoimentos de docentes, contam que a mudança foi gradual e que uma das limitações importantes era a falta de pessoal. Segundo esses autores, a enfermagem, por exemplo, se deslocava de uma unidade para a outra. Esta parece ter sido uma forte razão para manter baixo o número de leitos ativos na unidade original.

Segundo Santos, a Direção do HC já havia feito um estudo preliminar para transformação da unidade da Bernardino em uma Unidade de Emergência (UE), fato que se tornou possível com a inauguração do HC Campus. Em 1982 a UE foi inaugurada ficando para o HC Campus todo o atendimento eletivo. As repercussões dessas mudanças estruturais no atendimento serão apresentadas e discutidas a seguir.

No final de 1987 o HC começa a atender os pacientes do SUDS e a partir da aprovação da Constituição de 1988, passa efetivamente a atender os pacientes do Sistema Único de Saúde em 1989. Esses fatos marcam o início de uma nova fase na história do hospital. A Figura 10.1 mostra que os leitos do Campus mantiveram-se estáveis, mas os da UE dobraram, atingindo valores próximos de 200 até o início da regulação médica que inaugurou o último período.

A integração com o SUDS/SUS acabou com a triagem social, mas trouxe um grande aumento de demanda, especialmente na Unidade de Emergência, que funcionando de portas abertas passou a conviver com taxas de ocupação acima de 100%, pacientes em macas nos corredores e más condições de trabalho.

Segundo Santos os pacientes se espremiavam nas enfermarias, ambulatórios e corredores do hospital e “os médicos trabalhavam num clima de insegurança e muitas vezes sob pressão”. Várias medidas foram tomadas nesse

período, mas a mais efetiva foi a criação da Central Única de Regulação Médica em 1999, que “permitiu paulatinamente a organização do fluxo de pacientes, com redução progressiva das taxas de ocupação de leitos a níveis eticamente aceitáveis”.

Com a regulação, o número de leitos da UE caiu para valores entre 160 e 170 nível que mantém até hoje, queda acompanhada de um aumento do número de leitos na Unidade HC Campus.

A Figura 10.2 mostra a evolução do número de consultas ao longo desses 60 anos de história e deixa muito claro as diferenças entre os períodos e o impacto desses eventos que demarcaram mudanças profundas no atendimento do HC.

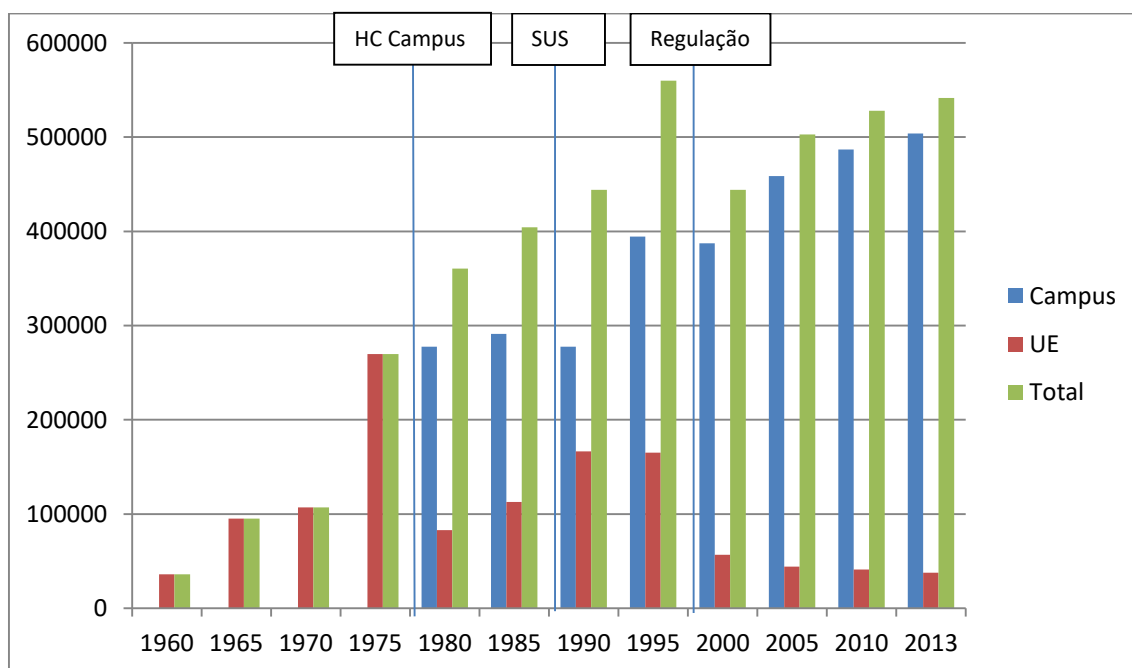


Figura 10.2 – Consultas realizadas no HC FMRP nas unidades do Campus e da UE. Período de 1960 a 2013.

O HC Bernardino, como hospital geral que atendia com acesso direto e de portas abertas, fazia muitas consultas eletivas que foram transferidas para o Campus a partir de 1978. A Figura 10.2 mostra uma queda brusca em seu número de consultas entre 1975 e 1980. Isso ocorreu devido a transferência das

consultas para os ambulatórios da Unidade do Campus que mantiveram-se estáveis até o início do atendimento dos pacientes SUS. Pode-se notar que a UE, apesar de ter transferido seus atendimentos ambulatoriais ao Campus, volta a apresentar crescimento da demanda por consultas chegando a fazer 166.396 no ano de 1990, mantendo-se em torno desse valor até o início da regulação médica. Em compensação, os ambulatórios do HC Campus tiveram, nesse período um aumento de consultas de 42,2%. Com o advento da Regulação Médica as consultas na UE caíram para 1/3 no ano 2000, ano em que fez 56.752 consultas e continuou a diminuir até 2013 quando chegou a fazer 37.718 no ano.

Um padrão semelhante pode ser observado para as internações e cirurgias, conforme demonstram as Figuras 10.3 e 10.4.

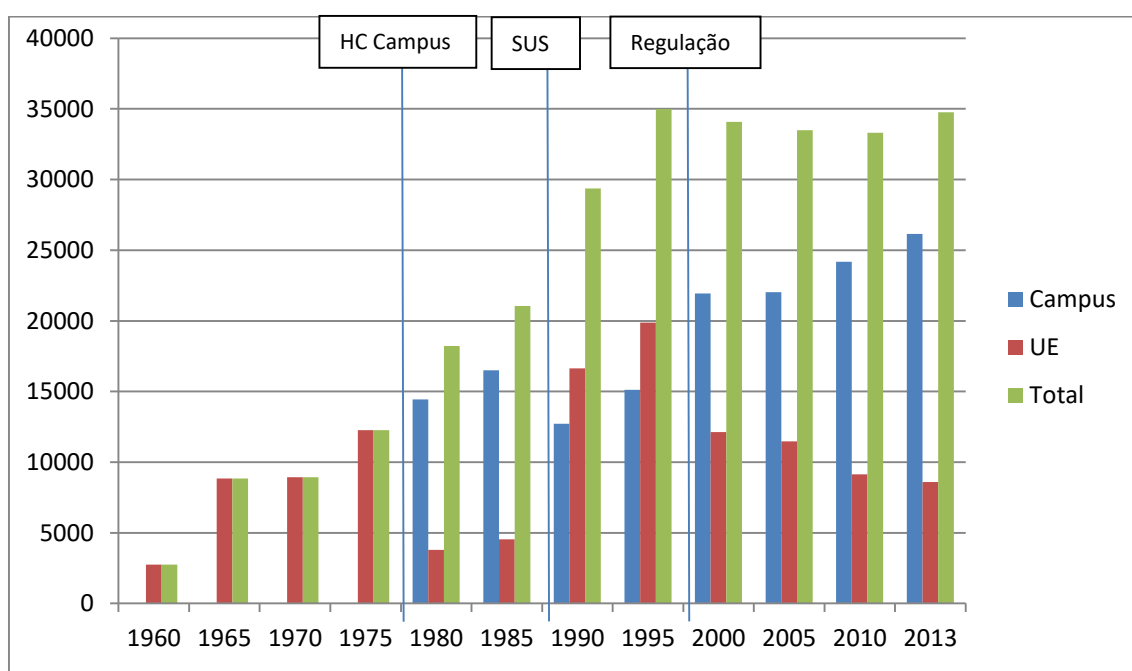


Figura 10.3 – Internações realizadas no HC FMRP nas unidades do Campus e da UE. Período de 1960 a 2013.

Em relação às internações o raciocínio é o mesmo, com a diferença de que o aumento ocorrido no campus é compensado pela queda na Unidade de Emergência e o volume de internações se mantém constante após a regulação.

O volume de cirurgias tem um comportamento um pouco diferente. Apesar de ocorrer um aumento quando se analisa a série como um todo não há uma diminuição das cirurgias da Unidade de Emergência após a regulação, mas um aumento de atendimentos de casos mais complexos.

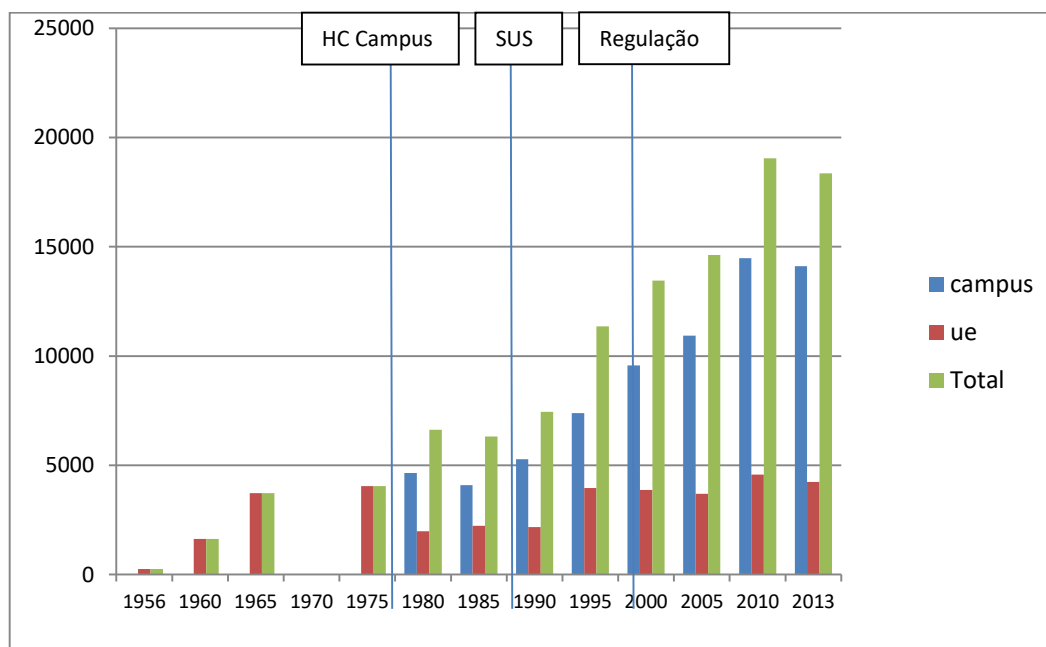


Figura 10.4 – Cirurgias realizadas no HC FMRP nos centros cirúrgicos das unidades do Campus e da UE. Período de 1960 a 2013.

A Figura 10.5 mostra a evolução da produção de exames de laboratório no período estudado para as duas unidades em conjunto.

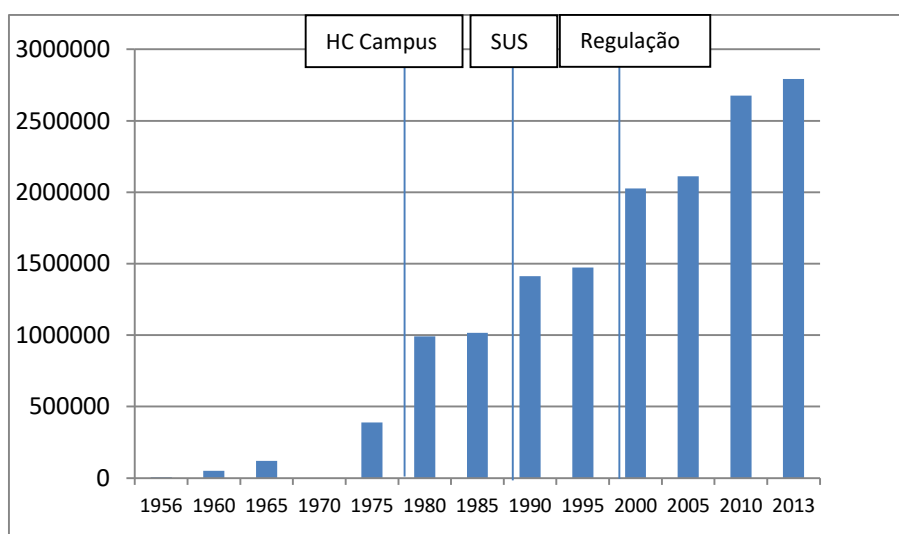


Figura 10.5 – Exames de laboratório realizados no HCFMRP, no período de 1956 a 2013. Campus e Unidade de Emergência.

A primeira conclusão é óbvia. Houve um grande aumento do número de exames realizados pelo HC desde sua fundação. Isso tem como consequências a necessidade de uma estrutura adequada e o aumento de custos. A Figura 10.5 também sugere que, seguindo a periodização que estamos utilizando, a cada etapa da história do Hospital o número de exames muda de patamar. O crescimento parece ser em degraus e como coletamos os dados a cada cinco anos, o salto acontece a cada dez sendo que os três primeiros saltos coincidem com os eventos que escolhemos para dividir a história do HC. Interessante é o fato de que cada salto é menor que o anterior, variando de 154,2% no primeiro, para 39,0% no segundo e 37,5% no terceiro, podendo ser acrescentado um quarto, entre 2005 e 2010, de 26,8%. Algum viés? O número de exames pedidos é dependente do número de consultas e internações, da complexidade dos casos, da natureza do hospital, da oferta de equipamentos, incorporação de tecnologias novas, do fato de ser hospital de ensino ou não e outros fatores.

Uma questão a ser respondida é se o HCFMRP está fazendo mais exames porque consulta e interna mais ou porque está fazendo mais exames para cada paciente consultado ou internado. Os relatórios disponíveis não discriminam se o exame foi pedido no ambulatório ou nas enfermarias. Como somar consultas com internações? Optou-se por assumir que os pacientes internados recebem uma consulta por dia de permanência no Hospital. Para obtenção do total de consultas para pacientes internados multiplicou-se o número de internados pelo tempo médio de permanência. O resultado desse produto foi então somado às consultas ambulatoriais, conseguindo-se assim o denominador para o cálculo do número de exames por consulta. Esse índice não foi calculado para 1970 porque o número de exames não estava disponível e nem o tempo de permanência. Para os anos de 1960 e 1965 faltava o tempo médio de permanência. Nestes dois casos utilizamos para o cálculo das consultas de internados a média dos tempos de permanência disponíveis. O resultado obtido está expresso na Figura 10.6.

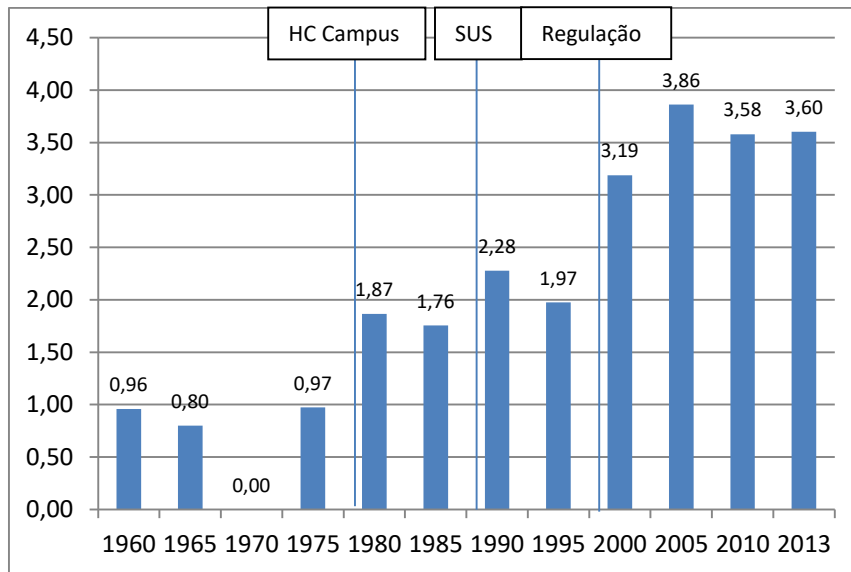


Figura 10.6 – Exames de laboratórios por consultas de pacientes ambulatoriais e internados no HCFMRP no período de 1960 a 2013.

Da Figura 10.6 pode-se então concluir que o número de exames por consulta aumentou ao longo do período estudado e que é possível identificar diferenças entre as etapas da história do HC. O início da Unidade do Campus colocou em funcionamento um novo laboratório que fez com que os exames por consulta praticamente dobrassem. A passagem para o atendimento SUS aumentou discretamente o número de exames por consulta, mas quando começou a regulação médica e o HC passou a atender principalmente os casos mais complicados, esse índice teve uma elevação acentuada.

O volume dos exames de laboratório pode ser usado como indicador indireto da complexidade do atendimento, mas existem relatos pessoais de docentes responsáveis pelos laboratórios de que o número de exames normais é elevado o que pode também sugerir indicações descuidadas dos exames de laboratório. Colocadas essas questões e tendo em vista o custo dos laboratórios nos hospitais de ensino esse é mais um tema que merece a atenção em futuros projetos de pesquisa.

Em relação aos atendimentos, as últimas variáveis que vamos abordar é o número de partos e a porcentagem de cesárias porque permitem trazer para a discussão a incorporação de novas unidades hospitalares e a constituição do

Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A Figura 10.7 traz o número de partos realizado pelo HC e a porcentagem de cesárias.

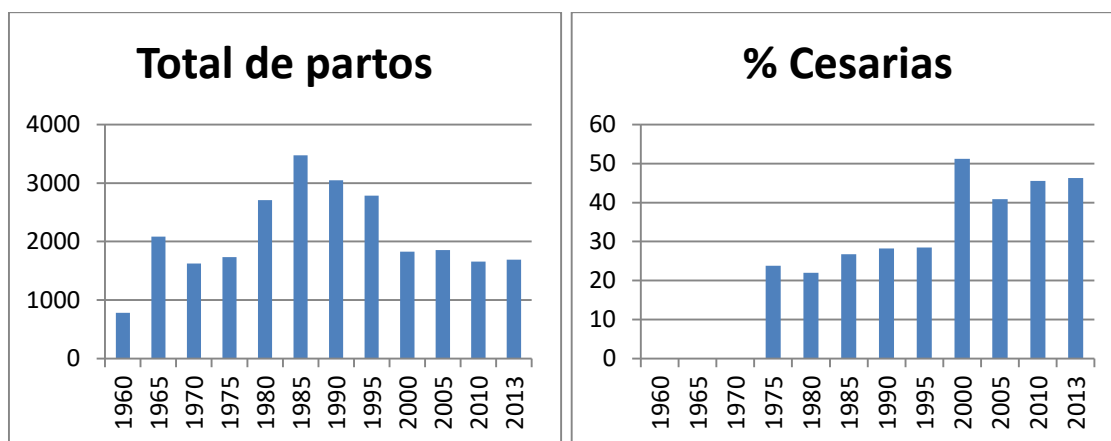


Figura 10.7 – Partos realizados no HCFMRPUSP no período de 1960 a 2013 e porcentagens de cesárias.

O gráfico à esquerda mostra o número de partos realizados no HC. Pode-se observar que há um aumento para um patamar mais elevado entre 1975 e 1980 e uma volta para o patamar anterior entre 1995 e 2000. Com o início do HC Campus, os partos ficaram concentrados na Unidade de Emergência e contribuíram para sua superlotação que persistiu até o início da regulação. Os partos até então eram atendidos independente do risco ou complexidade e a porcentagem de cesárias se mantinha em menos de 30%.

Dois fatos modificaram essa tendência. Em 1998 foi inaugurada a Mater, maternidade da Fundação Sinhá Junqueira, construída com o objetivo de atender as gestantes SUS do município de Ribeirão Preto e que tão logo começou a funcionar integrou-se à FMRP-USP e se tornou o campo de estágio de estudantes e residentes de ginecologia e obstetrícia e neonatologia. Os departamentos de Ginecologia e Obstetrícia e de Pediatria estiveram desde o início das atividades dirigindo a parte assistencial e acadêmica. A parte administrativa da Mater ficou sob a direção da Fundação Sinhá Junqueira até 2009, quando pressionada pela crise financeira, repetiu o gesto da década de 50

e transferiu a segunda maternidade para a Faculdade de Medicina da USP e seu Hospital de Ensino, sendo incorporada pela Secretaria de Estado da Saúde que a passou ao HC através de um **contrato de gestão via FAEPA**.

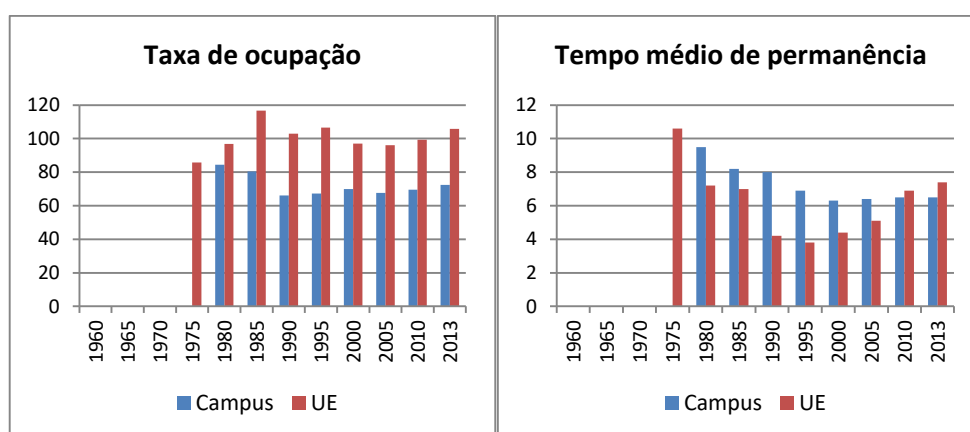
A Mater foi o primeiro Hospital a se integrar ao HC depois da inauguração da UE, mas a transferência de gestão se deu após a inauguração do Hospital Estadual em 2008 e sua passagem para gestão pelo HCFMRP via FAEPA.

O segundo fator foi a Regulação Médica, que após pactuação auxiliou a organizar o fluxo de gestantes em trabalho de parto, encaminhando os partos potencialmente normais para a Santa Casa e a Mater e os de risco para o HC.

A Mater absorveu a maioria dos partos SUS de baixo risco do município de Ribeirão Preto e com isso diminuiu o número de partos no HC que, com o auxílio da regulação passou a internar apenas as gestações de alto risco. A consequência imediata foi o aumento da porcentagem de cesárias e a insuficiência dos leitos de CTI Neonatal.

Indicadores de Desempenho

A Figura 10.8 apresenta os dados de alguns indicadores tradicionais nas avaliações da qualidade hospitalar.



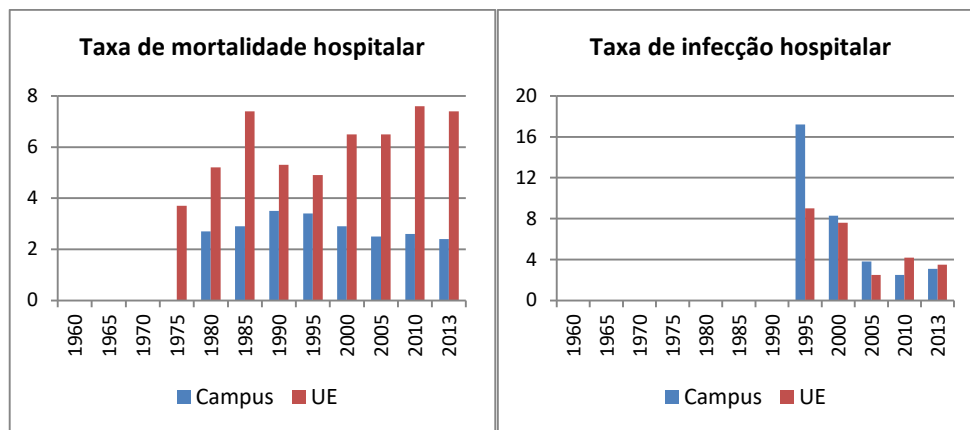


Figura 10.8 – Alguns indicadores de desempenho do Hospital das Clínicas da FMRP-USP no período de 1960 a 2013.

A taxa de ocupação e o tempo médio de permanência são considerados bons indicadores para avaliar a eficiência do Hospital enquanto a taxa de mortalidade hospitalar e taxa de infecção hospitalar são indicadores de qualidade do atendimento. Em primeiro lugar é necessário registrar a falta de informações sobre esses indicadores antes de 1975.

O primeiro indicador que iremos analisar é a taxa de ocupação, que era 85,7% em 1975 e a partir daí sempre esteve próxima ou acima de 100% na Unidade de Emergência até os dias atuais atingindo quase 120% em 1985. É preciso, no entanto, esclarecer que no período de 1978 a 1988, antes do HC aderir formalmente ao SUS, o número médio de leitos ativos na Unidade de Emergência era de 79, bem abaixo, portanto, dos 414 que estavam ativados em 1975. Em 1988, ano da aprovação do SUS pelo Congresso Nacional, a taxa de ocupação da unidade do Campus era de 69,4%. A partir de então, a taxa de ocupação do Campus manteve-se estável, atingindo em 2013 o valor de 72,4% e a taxa de ocupação da Unidade de Emergência esteve sempre próxima ou acima dos 100,0%. O aumento da produção de consultas e internações no período pode então ser explicado pelo aumento do número de leitos e pela redução do tempo de permanência. Porque o número de leitos da UE foi mantido baixo no período? Porque a taxa de ocupação era baixa no Campus enquanto na UE chegou a ser acima de 100%? Com relação a este último ponto, uma das possíveis explicações é o critério de distribuição dos leitos por Departamentos da Faculdade de Medicina. Distribuídos no início do funcionamento das unidades

do HC Campus e Unidade de Emergência com base em critérios adotados na década de 70, transformam-se em propriedade desses departamentos, respaldados por um regimento do hospital ultrapassado e cristalizam-se como uma distribuição permanente independente da realidade epidemiológica.

Sobre essa questão voltaremos a discutir posteriormente.

O tempo de permanência caiu nas duas Unidades do HC até o início da regulação médica. Desde então permaneceu estável na unidade do Campus e vem aumentando novamente na Unidade de Emergência indicando o aumento do nível de complexidade dos casos encaminhados.

Outro indicador importante é a taxa de mortalidade hospitalar que mede a porcentagens de pacientes que morrem após a entrada no Hospital. A análise dos dados sugere que nos momentos em que o Hospital tem as maiores taxas de ocupação são aqueles em que há maior mortalidade hospitalar. A Unidade do Campus que vem apresentando baixas taxas de ocupação tem obtido taxas de mortalidade decrescentes. A Unidade de Emergência, depois de apresentar um pico em 1985, vinha apresentando taxas decrescentes, mas essa tendência se reverteu em 1995 a partir de quando voltaram a apresentar crescimento.

O aumento da taxa de mortalidade é por hipótese consequência do aumento da gravidade dos casos encaminhados e das condições de trabalhos decorrentes da superlotação.

A série da Taxa de infecção hospitalar é bastante curta em relação ao período estudado, mas é nítida a diminuição nas Unidades do Campus e UE, o que ressalta o interesse do HCFMRP em melhorar a qualidade dos atendimentos e o bom trabalho da Comissão de Infecção Hospitalar.

As Tabelas 10.1, 10.2 foram publicadas no site da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e as reproduzimos parcialmente neste trabalho porque fazem um balanço da formação de graduandos e pós-graduandos.

Tabela 10.1 – Alunos de graduação dos diversos cursos da área da saúde formados até 2013, que utilizam a Faculdade de Medicina e o HC como campo de estágio.

Curso (início)	Número de vagas	Alunos graduados até 2013	Alunos matriculados 2013
Medicina (1952)	100	4.807	617
CB- Modalidade Médica (1965)	20	256	-
Fisioterapia (2002)	40	279	197
Terapia Ocupacional (2002)	20	132	91
Fonoaudiologia (2003)	30	203	126
Informática Biomédica (2003)	40	180	154
Nutrição e Metabolismo (2003)	30	172	156
TOTAL	280	6.029	1.341

A FMRP teve nos seus primeiros 50 anos de existência apenas o curso de Medicina e o de Ciências Biológicas, Modalidade Médica, este último criado para preparar docentes e pesquisadores para as chamadas cadeiras básicas. Pode-se dizer que cumpriu sua missão com sucesso, formando profissionais em geral bem preparados, que hoje estão espalhados por todo o país. Acredito que boa parte desse sucesso se deva à qualidade dos primeiros docentes trazidos para implantar a escola e ao regime de trabalho implantado de tempo integral e dedicação exclusiva.

Nos anos de 2002 e 2003 a FMRP iniciou cinco novos cursos na área da saúde criando condições para uma formação multidisciplinar colocando nos locais de atendimento professores e alunos em situações de ensino e aprendizagem favoráveis ao entendimento e enfrentamento dos problemas de saúde da população de forma integral como preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

O ensino de pós-graduação também merece destaque. São mais de sete mil mestres e doutores atuando em todo o território nacional (Tabela 10.2).

Tabela 10.2 – Alunos de pós-graduação dos diversos programas das áreas básicas e clínicas da FMRP-USP formados até 2014.

Cursos (Áreas básicas e áreas clínicas)	Alunos ativos em julho de 2014	Titulações em 2013	Títulos Concedidos até julho de 2014
Mestrado	685	204	4.292
Doutorado	886	155	2.997
Total	1571	359	7.289

A Figura 10.9 apresenta o número de médicos residentes e aprimorandos inscritos nos programas do HCFMRP-USP desde o ano de 1975. Não foi possível obter dados dos anos anteriores dos Programas de Residência Médica.

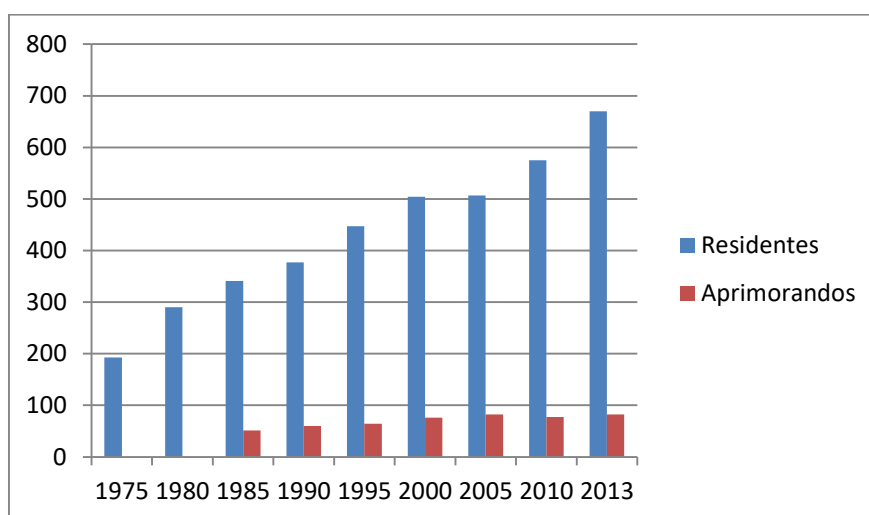


Figura 10.9 – Número de residentes e aprimorandos cursando os respectivos programas do HCFMRP-USP desde o ano de 1975.

Finalizando, a Tabela 10.3 apresenta os dados dos trabalhos publicados ou apresentados em Congresso, no período de 1991 a 2012.

Tabela 10.3 – Trabalhos publicados e apresentados em Congressos no período de 1991 a 2012

Ano	Publicações em revistas	Apresentações em Congressos
1991	591	753
1992	518	775
1993	593	730
1994	455	910
1995	607	962
1996	728	725
1997	805	917
1998	658	1078
1999	795	769
2000	786	976
2001	772	1093
2002	800	992
2003	606	1258
2004	970	1285
2005	1223	1290
2006	862	1290
2007	1006	970
2008	1367	1320
2009	1316	1368
2010	1593	1405
2011	1016	1333
2012	1002	965

Os dados apresentados até aqui tiveram o propósito de demonstrar que o HCFMRP-USP cumpriu seu papel nos tres eixos que compõem sua missão: o ensino, a pesquisa e a extensão. Ao longo de décadas, milhares de funcionários, docentes e alunos construíram essa história e contribuíram para construir, sem risco de errar, um dos melhores hospitais públicos do país. Grandes figuras passaram por aqui ou aqui se formaram e deixaram sua marca na medicina e na pesquisa científica no Brasil.

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Saúde reforça essa opinião. A pesquisa ouviu 60 mil pacientes internados em cerca de 500 estabelecimentos de saúde conveniados à rede pública paulista nos meses de novembro e dezembro de 2007 e abril e junho de 2008. O resultado foi publicado pelo Jornal “A Cidade” de Ribeirão Preto em 15/03/2009 com as seguintes palavras:

“Uma pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, feita com pacientes do SUS, mostrou que o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto é o segundo melhor hospital de São Paulo e o melhor do interior. O primeiro colocado foi o Hospital do Rim e Hipertensão da Fundação Oswaldo Ramos, na capital paulista, com nota média de 9,349. Em segundo lugar, com nota 9,344, ficou o HC de Ribeirão”.

Nesses 60 anos de história várias gestões se passaram, cada uma com seus objetivos e metas, mas todas contribuindo à sua maneira para a construção de um Hospital de Ensino de qualidade. Cada período teve seus próprios desafios que foram sendo enfrentados pelo conjunto da instituição com resultados muito positivos. Alguns aspectos merecem ser destacados: um primeiro foi que o hospital procurou se adequar a seu tempo, apesar das contradições internas. Sua estrutura, seus processos foram um reflexo de cada época e apesar das especificidades, das diferenças, as diversas gestões mantiveram uma continuidade. Com o tempo, se formou um corpo técnico altamente experiente que garante essa continuidade e que é capaz de gerenciar o hospital qualquer que seja seu superintendente.

Outro fato relevante que comprova o esforço do Hospital e de seu corpo de docentes e funcionários foi a conquista em 2010 do Selo de Qualidade do CQH, assim retratado pelo Jornal “A Cidade”, de 31/03/2010:

“O HC (Hospital das Clínicas) de Ribeirão Preto faz parte desde ontem do seleto grupo de 18 hospitais paulistas ranqueados no CQH (Compromisso de Qualidade Hospitalar). Trata-se de um selo conferido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, criado há 18 anos..... Para concorrer ao CQH, o HC se submeteu a uma auditoria detalhada que checkou todos os procedimentos do hospital.”

Evolução para o Complexo Hospitalar do HC

Já foi dito no começo deste Capítulo que a lei 1467 de 1951, que estruturou a Faculdade de Medicina, criou o Centro de Saúde e determinou à Universidade de São Paulo que fizesse estudos para construir um edifício para sua instalação.

Os primeiros esforços, no entanto, foram no sentido de implantar o próprio hospital. A FMRP já atuava em Cássia dos Coqueiros investigando a doença de Chagas, mas apenas em 1964 começou a funcionar o Posto Médico Rural em uma casa alugada e em 1966 em prédio próprio. Desde então a Faculdade de Medicina mantém essa unidade em conjunto com a Prefeitura Municipal e a tem utilizado para estágios de alunos de graduação e campo de pesquisa.

Em 1979, após assinatura de convênio com o governo do Estado de São Paulo iniciou-se o Centro de Saúde Escola do Ipiranga e em 1999 começou a implantação dos Núcleos de Saúde da Família, viabilizados por convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Faculdade de Medicina, HCFMRP e sua fundação de apoio, a FAEPA.

Além dessas unidades, a FMRP manteve convênios e atuou em diversos municípios da região.

Em cada um desses momentos a organização, a integração e o papel das unidades extra-hospitalares foram diferentes, mas sempre obedeceram ao imperativo de ensino e pesquisa. O atendimento à população era subordinado aos outros dois objetivos e feito na medida em que era necessário ensinar e pesquisar. A integração com outros serviços era baixa, aliás uma característica do “Sistema de Saúde” brasileiro. Isso começou a mudar com a Reforma Sanitária, com as AIS, o SUDS e finalmente o SUS. O HCFMRP, segundo relatos, demorou para aderir e durante vários anos teve que enfrentar a resistência de boa parte de seu corpo docente que temia uma piora na qualidade do ensino com o inevitável aumento da demanda.

Na década de 60 a maior parte da população brasileira ainda era rural e a unidade de Cássia dos Coqueiros era um campo de estágio para alunos de medicina que tinham a oportunidade de vivenciar a realidade de um município pequeno, um serviço de saúde com poucos recursos, longe dos atendimentos protegidos do Hospital Escola. Já no Centro de Saúde Escola, a experiência foi um pouco diferente por se tratar de uma unidade em cidade de maior porte e com mais recursos diagnósticos e terapêuticos, com atendimento em atenção primária à saúde e algumas especialidades como Dermatologia, Cardiologia, Moléstias Infecciosas. A partir de 1999 começou a implantação dos Núcleos de

Saúde da Família que tem sido campo de estágio de alunos da graduação de várias unidades do Campus de Ribeirão Preto e da residência médica e multiprofissional.

Ná década de 2000, a articulação do HC com serviços exteriores à Universidade entra em nova fase. A demanda reprimida para internações e procedimentos de média complexidade é alta e começam as discussões e negociações para a construção de um novo hospital com a perspectiva de atender os casos de internação de complexidade menor de Ribeirão Preto e daqueles municípios da Região sem atendimento hospitalar.

A idéia original, discutida na gestão 1995 – 2002 era reformar uma ala do Hospital psiquiátrico Santa Tereza, que possuía espaços ociosos e transformá-la em um hospital geral para atendimento de casos de menor complexidade, atendendo a demanda reprimida e desafogando o HC. Quando assumimos a Superintendência em 2003, retomamos a proposta e fizemos a negociação com a Secretaria de Estado da Saúde que de início era favorável à ocupação de uma ala do Santa Tereza.

Em 12 de março de 2003 o Jornal A Cidade publica a seguinte matéria:

“Hospital Santa Tereza cederá espaço físico para o HC”

“O Hospital das Clínicas utilizará pavilhões do Hospital Santa Tereza para criar um novo estabelecimento de atendimento secundário de saúde. O projeto de implantação já começou a ser empreendido pelo novo superintendente do HC, Milton Roberto Laprega, a partir de planejamento iniciado por seu antecessor, Marcos Felipe de Sá”.

“Não existe uma data para a instalação, mas já obtivemos autorização par apresentar projeto de ocupação pelo secretário estadual da saúde, Luis Roberto Barradas Barata, afirma Laprega, que assumiu a superintendência do HC na última sexta feira, dia 07.”

No mesmo dia, a Folha Ribeirão do Jornal Folha de São Paulo publica:

“HC planeja novo hospital em Ribeirão”:

“O HC de Ribeirão planeja construir ainda neste ano, em parceria com o Hospital Santa Tereza, uma nova unidade no Alto da Boa Vista para reduzir o custo hospitalar de internações no HC e desafogar o sistema”.

No dia 18 de março de 2004, o Jornal A Cidade publica a seguinte matéria: **“Região terá hospital de referência em Ribeirão Preto”**

“Ribeirão Preto vai ser sede de mais um Hospital de referência regional. Começam nos próximos meses as obras de reforma de uma área de 3.800 metros quadrados, dentro do Hospital Santa Tereza”.

A proposta, entretanto, sofreu resistência da Câmara dos Vereadores.

No dia 30 de abril de 2004, o jornal A Cidade publica a seguinte matéria: **“Alckmin compra briga com Câmara de Ribeirão”**:

“A Câmara de Ribeirão Preto arrumou uma briga com o governador Geraldo Alckmin por causa do hospital Santa Teresa.

.....
.....
O problema é que o vereador Cícero Gomes da Silva apresentou um projeto de lei que determina o tombamento do prédio do Santa Tereza.

.....
Assessores do governador que estiveram ontem em Ribeirão Preto informaram, ... que os boatos sobre o possível fechamento do Santa Tereza foram espalhados por funcionários do próprio hospital”.

Dadas as dificuldades, chegou-se, então a um consenso que era melhor construir um prédio novo no terreno do próprio hospital Santa Tereza. Com essa definição fizemos o projeto inicial de um hospital com 100 leitos mas a SES só aprovou 50.

O HE ficou pronto no ano de 2008 quando foi celebrado um Convênio entre o Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, com a interveniência da FAEPA, para dirigi-lo. O Hospital Estadual foi inaugurado oficialmente no dia 26 de março de 2008.

Dois anos depois, em 2010, o HE de Ribeirão Preto **foi eleito o melhor hospital público do Estado de São Paulo** em pesquisa de satisfação dos usuários do SUS. Foram ouvidos 158 mil pacientes em 630 estabelecimentos de

saúde conveniados à rede pública paulista entre março de 2009 e janeiro de 2010.

Outra unidade integrada ao Complexo HC foi o Hospital de Américo Brasiliense.

O Hospital Nestor Goulart Reis foi fundado em 1958 como um sanatório de tuberculose e teve metade de sua área física reformada nos anos de 2003 e 2004 tendo sido preparado para tornar-se um hospital de referência para doenças infecciosas que necessitam de isolamento, com antecâmara em todos os quartos e pressão negativa em 25 deles. Em 2004 o Dr Barradas propôs ao HC de Ribeirão Preto que administrássemos o Hospital em conjunto com a Faculdade de Saúde Pública com o propósito de instalar um Hospital de Moléstias Infecciosas do interior e que servisse de referência para a Vigilância Epidemiológica. Chegamos a fazer uma reunião aqui em Ribeirão Preto com a presença do setor de Moléstias Infecciosas do Departamento de Clínica Médica e do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Faculdade de Saúde Pública. As negociações, no entanto, não prosperaram e a Secretaria da Saúde mudou os planos, instalou um hospital geral e um AME e passou a gerência do serviço para a UNESP de Botucatu.

No começo de 2010 a Secretaria de Estado da Saúde solicitou ao HCFMRP que assumisse a direção do Hospital, proposta aceita pelo Conselho Deliberativo. Em 29/5/2010, a Folha Ribeirão publica a seguinte matéria: **“USP de Ribeirão assume e muda hospital de Américo”**.

“Unidade, atualmente sob gestão da UNESP, custa R\$1,8 milhão ao Estado; transferência ocorre em dois meses”.

Vinculado ao HC mediante contrato de gestão com a FAEPA desde agosto de 2010, em 2014 o Hospital de Américo recebeu o prêmio de melhor Internação Humanizada com 87,9% de aprovação dos usuários, além de ser finalista na categoria Internação Geral. A pesquisa foi realizada com 158 mil usuários de 950 estabelecimentos de saúde com convênio SUS por meio do envio de formulários para a casa dos pacientes.

Hoje a situação mudou. Assim como o próprio Sistema de Saúde, o HC está muito mais integrado e grande parte da resistência transformou-se numa aceitação e compreensão de que o ensino/aprendizado da ciência e da arte da medicina deve ser feito em todos os níveis do Sistema de Saúde e não somente dentro de um hospital de nível terciário. Quanto ao atendimento da população, o HC tem hoje um papel definido no Sistema, ficando responsável pelos procedimentos de alta complexidade em suas unidades Campus e UE, mas participa dos atendimentos primários e secundários nas outras unidades do Complexo. A atenção à saúde transformou-se numa missão central e gerenciando e atendendo em serviços bem estruturados, a FMRP dispõe de um campo de estágio favorável ao ensino de alta qualidade. Quanto à pesquisa, é ainda limitado o número de projetos descentralizados, embora venham aumentando nos últimos anos.

O sucesso é um prêmio, mas em geral é mal conselheiro porque não revela as deficiências e nem os obstáculos que tiveram de ser enfrentados.

É preciso, portanto, avançar na análise do Hospital para uma melhor compreensão da experiência do HCFMRP-USP como exemplo de Hospital de Ensino.

Capítulo 11

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Oportunidades e Entraves para o Cumprimento da Missão

Antes de passarmos às Considerações Finais vamos discutir melhor algumas questões relacionadas com a estrutura do HCFMRP, que balizaram suas realizações e dificuldades. Como exemplo, usaremos a experiência que tivemos no período de 2003 a 2010, como Superintendente do Hospital, destacando em ordem cronológica os principais projetos e fatos que consideramos importantes na vida do HC nesse período. Os detalhes estão no **Relatório de Gestão**, disponível no site do Hospital.

É necessário reforçar uma afirmação que já foi feita anteriormente: **a história do HC é o resultado de um trabalho coletivo**, história que tive a oportunidade de vivenciar e compartilhar e da qual participei como seu responsável legal durante oito anos. O objetivo do Capítulo é contar um pouco da história da Instituição nesse período como um exemplo da luta cotidiana enfrentada pelos Hospitais de Ensino no Brasil para cumprir sua missão de ensino, pesquisa e extensão.

Trata-se, portanto, de completar um breve e superficial estudo de caso. Breve e superficial porque o Hospital de Ensino, sendo uma estrutura de grande complexidade e portador de uma missão tão importante na sociedade, exigiria uma linha de pesquisa com uma multiplicidade de projetos. Pretende-se com este trabalho apenas construir um quadro geral do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto na medida em que possa se articular com a descrição e análise feita nos demais Capítulos, do ponto de vista de quem foi seu Superintendente no período. Nesse sentido, não deixa de ser um relato de experiência e como tal, partir de um olhar singular. Corro o risco e falo na primeira pessoa, na esperança de que estes dois últimos Capítulos levantem muitas questões para pesquisa e estimulem o aparecimento de novos projetos.

Os acontecimentos apresentados e discutidos foram coletados do Relatório de Gestão e demais relatórios do HC e das matérias publicadas no jornal do Hospital, o HC Notícias ou na imprensa escrita de Ribeirão Preto.

Fatos e Projetos da Gestão 2003 – 2010

2003

A Gestão 2003 – 2010 começou com a nomeação em 01 de março e a posse dada ao novo Superintendente pelo Conselho Deliberativo do Hospital, no dia 05 de março. Na cerimônia de passagem da posse fomos alertados pelo Professor Marcos Felipe Silva de Sá de que o Hospital vinha tendo um déficit mensal de cerca de R\$ 500 mil. O orçamento do HCFMRP estava defasado, com uma parte contingenciada, enquanto os recursos SUS eram transferidos com base em uma tabela sem reajustes há sete anos, o que tornava a receita do hospital insuficiente em relação aos custos crescentes. A situação das filantrópicas era pior: com a maioria de seus leitos reservados ao SUS, o déficit era inevitável, levando muitas delas a uma situação de insolvência.

No dia 8 de março, o Jornal a Cidade, em matéria anunciando a posse do novo superintendente chamava a atenção para a necessidade de continuar a interação com o SUS iniciada em gestões anteriores e para a possibilidade de mobilizações de servidores:

“Ao longo de sua gestão Sá conduziu o processo de abertura do HC ao torna-lo parceiro do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa linha de trabalho descentraliza em parte a atuação do hospital, um dos maiores da América Latina, mas encontrou resistência dentro do próprio campus universitário... Além de conduzir esse processo, Laprega enfrentará pela frente mobilizações ainda esparsas de servidores. Grupos internos reivindicam um plano de carreira aos profissionais. Outros pedem reajustes salariais e aumento no vale alimentação”.

Quatro dias depois, em **12 de março**, o Jornal A Cidade publica nova matéria sobre o Hospital das Clínicas da FMRP:

“Hospital Santa Tereza cederá espaço físico para o HC”

“O Hospital das Clínicas (HC) utilizará pavilhões do Hospital Santa Tereza para criar um novo estabelecimento de atendimento secundário de saúde.”

“O projeto de implantação já começou a ser empreendido pelo novo superintendente do HC, Milton Roberto Laprega, a partir de planejamento iniciado por seu antecessor, Marcos Felipe de Sá”

“Não existe uma data para a instalação, mas já obtivemos a autorização para apresentar projeto de ocupação pelo secretário estadual da saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, afirma Laprega, que assumiu a superintendência do HC na última sexta-feira, dia 07.”

A proposta de utilização de prédios do Hospital Santa Tereza começou a ser formulada na gestão do Prof. Marcos Felipe e tinha duplo objetivo; descentralizar o atendimento de média complexidade e criar um ambiente de ensino hierarquizado, levando os alunos a estagiar em unidades de nível secundário. Baseava-se também na existência de espaços disponíveis em pavilhões desocupados devido a Reforma Psiquiátrica. Tão logo assumimos a Superintendência levamos o assunto ao Secretário de Estado da Saúde, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, que prontamente autorizou a elaboração de projeto de ocupação.

As providências tomadas em relação ao Hospital Santa Tereza logo nos primeiros dias de gestão chamam a atenção para o **aspecto da continuidade**, tão bem detectada pela matéria do dia 08 de março, que pode ser identificada nas passagens de um superintendente a outro e garantida pelo corpo técnico do Hospital, que foi se conformando ao longo de diferentes gestões e que mantém uma estabilidade em relação a projetos, objetivos e metas. Outro fator que favorece a continuidade é a presença da Faculdade que comanda o Conselho Deliberativo do Hospital.

O Jornal Enfim publicou em 15 de março uma longa entrevista da qual reproduzo alguns trechos que tratam dessas questões:

“Consolidando o atendimento pelo SUS”

Enfim: “... O que muda na administração?”

Milton Laprega: “... para mudar eu preciso partir do que existe hoje, ... da avaliação que faço do Dr. Marcos Felipe. ..A avaliação que eu faço aqui ... e na Unidade de Emergência é que foi uma administração excelente. ... Em relação a planos, havia uma posição da administração anterior de ir, progressivamente, melhorando a relação do Hospital das Clínicas com o Sistema Único de Saúde e consideramos que isso é fundamental...”

Enfim: “Hoje isso já existe tendo como base o atendimento na rede municipal de saúde?”

Milton Laprega: “Sim, na gestão do Dr. Marcos Felipe foi feito um acordo com a DIR e municípios da região, transformando o HC num hospital terciário. O agendamento dos pacientes do HC é feito pelos vários municípios da região”.

Enfim: “o HC tem um projeto para a área do Hospital Santa Tereza. Em que consiste este projeto?”

Milton Laprega: “.... já existe uma negociação em andamento pela DIR ..., diretor do Santa Tereza e com o Dr. Marcos Felipe. Tem até um projeto preliminar. A intenção é ocupar uma parte dos leitos daquele hospital, que está ociosa, para criar leitos de clínica médica e cirurgia.”

Quanto aos recursos financeiros, o déficit mensal se confirmou e continuou a aumentar durante o ano, elevando a dívida de R\$3,2 milhões para próximo de R\$ 7 milhões. A crise era generalizada atingindo os Hospitais de Ensino e os Hospitais Filantrópicos em todo o território nacional.

Nessas condições, a palavra de ordem foi reduzir investimentos, cortar despesas de custeio.

No HC Notícias de junho de 2003, a matéria mais importante dizia respeito à crise financeira:

“A prioridade é manter o hospital funcionando”

“A prioridade é manter nosso Hospital funcionando no mesmo nível do ano passado, o que já é uma tarefa difícil, pois nosso orçamento este ano é menor. Vamos fazer um trabalho de replanejamento do Hospital, avaliar onde é possível fazer economia, pra cortar custos. Vamos discutir setor por setor, departamento por departamento e ver onde conseguimos cortar custos, para voltar a equilibrar financeiramente o Hospital como um todo. Outra prioridade é a criação de um Plano Diretor para o Hospital.”

Além do déficit financeiro, enfrentamos problemas relacionados aos recursos humanos. Durante um ano inteiro convivemos com a falta de reposição de funcionários e duas greves que interferiram diretamente nos atendimentos do hospital. Em 2003 não tivemos contratações pelo Estado e não podíamos contratar pela FAEPA, que estava deficitária.

As matérias abaixo mostram a situação de intranquilidade vivida pelos funcionários.

10 de junho. Os servidores fazem um dia de paralização.

26 de agosto. Servidores entram em greve novamente, desta vez com duração de 11 dias. Diz a matéria do Jornal Folha Ribeirão, da Folha de São Paulo:

“Greve faz consulta no HC ficar para 2004”

“O HC de Ribeirão Preto está remarcando para o ano que vem consultas que não foram realizadas durante a greve de 11 dias, iniciada no final de agosto, que mobilizou 70% dos funcionários e médicos contra a reforma da previdência.”

Como a crise financeira continuasse, o Hospital trabalhou em duas frentes. Internamente cortou os investimentos, refez a programação dos Centros de Custo, diminuiu os estoques estratégicos de material de consumo e medicamentos e externamente fez intensas articulações políticas, com entrevistas com o Ministro da Saúde, Humberto Costa, o Ministro da Fazenda, Antônio Palocci, reuniões com o Secretário de Estado da Saúde, Luiz Roberto

Barradas Barata. As reuniões no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde contaram com a participação de prefeitos da região e articulação com Deputados Estaduais visando à recomposição do orçamento do HC.

Em 24 de Setembro, o Jornal A Cidade assim se manifesta:

“HC estuda corte no atendimento contra a crise”

“Reduzir o número de consultas e adiar cirurgias eletivas... A razão é a maior crise financeira já enfrentada pela instituição...”

“A exemplo dos hospitais filantrópicos, o HC também aponta a defasagem da tabela de procedimentos do SUS como a causa principal para a crise. Laprega destaca que após permanecer desde 1996 congelada, a tabela do SUS foi reajustada neste ano. “Só que reajustaram valores da tabela, mas não o teto financeiro”.

“O déficit operacional ,, começou no meio do ano passado e não parou mais de crescer. No início deste ano a dívida era de cerca de R\$ 3,2 milhões. Agora, já está em torno dos R\$ 7 milhões”

“Para fazer frente à crise, o HC adotou medidas radicais como esticar o prazo de pagamento de fornecedores e reduzir os estoques de materiais e medicamentos.”

“As dificuldades do HC de Ribeirão são semelhantes às enfrentadas por todos os hospitais universitários do país”

Limitado pela crise, restou ao HC elaborar projetos para o Hospital secundário no Santa Tereza, para o Centro de Reabilitação e para a Central de Resíduos. Ainda assim, o HC executou a Reforma do Centro Integrado da Qualidade; Reforma das Casas 18-19; Reforma da Ala C nos pavimentos 9º/10º; Reformas do 5º e 6º Pavimentos; Reforma do CCI; Reforma do Departamento do 11º Pavimento.

Quase no final do ano, em 15 de Novembro a Folha Ribeirão do Jornal Folha de São Paulo anuncia:

“HC recebe dinheiro do Estado para usar na manutenção do hospital”

“Crédito suplementar liberado é de R\$4,2 milhões”

“De acordo com o superintendente do HC ... a verba, que seria destinada a investimentos em obras ou equipamentos – apenas teve sua definição modificada para que o hospital possa utilizá-la em sua própria manutenção.”

O Governo de Estado autorizou o hospital a usar seu recurso orçamentário de investimento, que estava contingenciado, liberando-o para utilização em custeio. Não era, portanto, dinheiro novo. Mas ajudou a sair do sufoco.

2004

O ano de 2004 começou com uma perspectiva melhor. A Tabela 11.1 mostra o reajuste obtido no valor inicial dos recursos de custeio no orçamento de 2004. Não era o suficiente para recompor o déficit orçamentário, mas tínhamos conseguido o dobro do reajuste concedido no ano anterior.

Tabela 11.1 - Reajustes obtidos no orçamento do Estado em recursos para custeio.
Período de 2000 a 2004

Ano	Valor inicial	Reajuste (%)
2000	23.597.000	-
2001	25.326.000	7,5
2002	28.509.000	12,4
2003	32.321.000	13,4
2004	41.418.000	28,1

A recuperação do montante de recursos de custeio no orçamento do Estado é importante porque libera os recursos SUS que vem via FAEPA para serem usados com maior flexibilidade, aumentando a autonomia do hospital. Isso melhora a governabilidade em relação a recursos humanos e permite a utilização de recursos em investimentos com decisão local. Os recursos do

Tesouro do Estado para investimento não são colocados em valores altos no orçamento e em geral ficam contingenciados, dependendo sempre da autorização do nível central para utilização. O Estado prefere enviar os recursos de maior valor para os grandes projetos, por meio de verbas extra-orçamentárias, porque mantém centralizados a decisão sobre as prioridades e o momento do desembolso. Grandes projetos exigem grandes investimentos e tem grande valor político, entrando por isso na priorização geral do Estado.

Em relação aos projetos, o ano começou com movimentação em torno da instalação do hospital de referência regional no Hospital Santa Tereza. Vejamos uma parte desse debate publicado na mídia.

18 de março – Jornal A Cidade de Ribeirão Preto

“Região terá hospital de referência em Ribeirão”

“Ribeirão Preto vai ser sede de mais um Hospital de referência regional. Começam nos próximos meses as obras de reforma em uma área de 3.800 metros quadrados, dentro do Hospital Santa Tereza.”

“Em entrevista Milton Laprega explica que o projeto do novo hospital está quase pronto,...”

29 de abril – Jornal Verdade

“Direção do HC desmente fechamento do Santa Tereza”

“A direção do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto emitiu ontem à tarde uma nota desmentindo a possibilidade do fechamento do Hospital Santa Tereza. O comunicado oficial garante a continuidade dos trabalhos e nega qualquer possibilidade de demissão de funcionários”.

“Outro ponto importante é que não haverá nenhuma demolição, mas sim uma reforma coma preservação da arquitetura original, incluindo a recuperação da fachada do prédio construído há mais de 80 anos”.

“No próximo dia 4 de maio a Câmara Municipal de Ribeirão Preto vai realizar uma audiência pública para debater a situação do hospital... Dependendo do resultado da audiência os vereadores podem votar o tombamento do prédio e de toda a área no entorno do Hospital Santa Tereza”.

30 de abril – Jornal A Cidade

“Alckmin “compra briga” com Câmara de Ribeirão”

“A Câmara de Ribeirão Preto arrumou uma briga com o governador Geraldo Alckmin por causa do hospital Santa Teresa”....

“O problema é que o vereador Cícero Gomes da Silva apresentou um projeto lei que determina o tombamento do prédio do Santa Teresa. Se o prédio for tombado, a ampliação do hospital pode ficar inviabilizada”....

“Assessores do governador informaram que os boatos sobre o possível fechamento do Santa Teresa foram espalhados por funcionários do próprio hospital. De acordo com esses mesmos assessores, parte dos servidores do Santa Teresa não quer que o HC ocupe a área porque certas “regalias” seriam dificultadas.”

“Laprega aproveitou a visita de Alckmin à Agrishow para reivindicar mais recursos para o HC. O superintendente entregou um documento ao governador em que pede a reposição de funcionários, a liberação de R\$ 2 milhões, que já estão no orçamento do hospital, para a reforma da unidade de emergência, e o aumento da verba de custeio do HC de Ribeirão no Orçamento do Estado do próximo ano”.

“O superintendente está fazendo, há cerca de um mês, uma peregrinação por gabinetes de políticos próximos a Alckmin para tentar aumentar as verbas do hospital. Laprega já esteve em Brasília, procurou dirigentes e vereadores tucanos em Ribeirão Preto, foi à Assembleia Legislativa e ontem, falou pessoalmente com Alckmin sobre o assunto, na Agrishow”.

Em maio começa nova greve estadual dos servidores da saúde:

11 de maio – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

“Greve atinge dois hospitais em Ribeirão”

“A greve dos servidores estaduais da saúde em Ribeirão Preto comprometeu ontem o atendimento nas duas unidades do HC .., no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza e no ... Núcleo de Gestão Assistencial ...”

04 de junho – Jornal A Tribuna

“Servidores estaduais da saúde decidem manter greve”

“A greve dos servidores estaduais da saúde de São Paulo, que completa 25 dias hoje... vai continuar...”

“Segundo o superintendente do HC o índice de 30% de pacientes atendidos, por determinação da lei, está sendo mantido, com exceção das cirurgias. “No caso das cirurgias, apenas 20% estão sendo feitas, pois somente três das 16 salas estão funcionando”.

O primeiro semestre de 2004, portanto, foi bastante trabalhoso e difícil. A situação financeira ainda não estava resolvida, encontramos resistência ao projeto do Hospital de média complexidade e tivemos uma greve prolongada, com prejuízo real ao atendimento da população. Ainda em relação aos recursos humanos, o Hospital solicitou a reposição imediata de 103 vagas decorrentes de demissões nos últimos dois anos. É dessa época a decisão política do Governo do Estado de terceirizar as áreas de serviços intermediários, a partir de quando o HC iniciou os estudos para terceirização das áreas de Processamento de Roupas Hospitalares, Higiene e Limpeza e Nutrição.

No segundo semestre a coisa começou a melhorar. Abandonamos a ideia de reformar o prédio do Santa Tereza e refizemos o projeto, agora para a construção de um prédio novo, ao lado do Departamento Regional da Saúde e começamos a obter resultados da peregrinação atrás do dinheiro.

27 de julho – Jornal A Cidade

“Novo hospital sai em dois anos”

“O superintendente do HC explica que a unidade HC/Santa Tereza será uma referência regional para pacientes de média complexidade de cidades que não possuem hospitais e também para a população da zona oeste de Ribeirão Preto, onde o HC já mantém atendimento. “Vamos discutir essa proposta com a Secretaria Municipal da Saúde, que é gestora plena dos recursos do SUS”.... A ideia é desafogar o HC Campus que frequentemente tem pacientes de média complexidade ocupando leitos que poderiam ser destinados a pacientes mais graves.”

18 de agosto – Jornal A Cidade

“Governo de Estado libera R\$ 587,5 mil para melhorias no HC”

“Segundo informações do Superintendente ... os recursos estão destinados para reformas nas áreas de instalação do Serviço de Arquivo Médico, ,, CCI, o Depósito de Armazenamento de Soro, a instalação de nova rede elétrica no ambulatório e a implantação de um elevador de acesso na UETDI (Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas).”

“Com as mudanças do Serviço de Arquivo Médico e o Depósito de Armazenamento de Soro ... o Serviço de Hemodiálise vai poder completar totalmente as diretrizes apregoadas pela ANVISA ... A Hemodiálise vem funcionando em espaço restrito da UTR (Unidade de Transplante Renal).”

05 de setembro – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

“HC de Ribeirão ganha verba extra de R\$ 1 mi”

“O HC ... de Ribeirão Preto recebeu na última semana uma verba extra de R\$ 1 milhão da Secretaria de Estado da Saúde que será usada para fechar as contas de 2004.

Além desse dinheiro, o hospital transferiu R\$ 4,7 milhões que estavam destinados a investimentos para o custeio, totalizado R\$ 5,7 milhões...

Além desse R\$ 1 milhão, o HC já havia conseguido anteriormente uma verba de R\$ 3 milhões para ser usada em um centro de reabilitação....

O hospital ainda pleiteia a liberação de mais R\$ 800 mil para serem usados na ortopedia (campus) e na divisão de nutrição, que funciona na unidade de emergência.”

12 de dezembro – Gazeta de Ribeirão

“Ribeirão Preto pode ganhar um hospital exclusivo para atender crianças e adolescentes”

“Saúde desde cedo”

“Se depender da vontade do superintendente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, ... , Ribeirão Preto poderá ganhar, em breve, uma unidade especial para atendimento a crianças e adolescentes. O projeto HC Criança, prevê a construção de um prédio com seis pavimentos em uma área de 2 mil metros quadrados, onde funcionava o almoxarifado do hospital.”

“Já estamos em fase de licitação para a construção do andar térreo, onde funcionará o Centro de Reabilitação. Para esse projeto já temos a liberação de R\$ 3 milhões pelo Governo Federal.”

12 de dezembro – Gazeta de Ribeirão

“HC quer verba para oncologia”

“Dentro das emendas apresentadas no Congresso Nacional para a liberação de verbas para criação do HC Criança, também estão relacionados pedidos de recursos de R\$ 5 milhões para a aquisição de um acelerador linear para oncologia. Nosso serviço de radioterapia dispõe, desde 1978, de um único acelerador linear que está funcionando em caráter precário”.

15 de dezembro – Jornal A Cidade

“HC supera crise com contenção de despesas”

“Depois de passar vários meses com déficit mensal de R\$ 500 mil, o HC ... de Ribeirão Preto conseguiu superar a crise....

“... as verbas liberadas pelo governo do Estado de São Paulo foram importantes para acabar com a crise no HC. Nos meses de setembro e dezembro do ano passado, um reajuste no termo aditivo do SUS de R\$ 824 mil para as áreas de internações e ambulatório dos serviços de alta complexidade, estratégicos e teto livre também ajudaram o hospital a combater a crise.”

“O aumento de verbas no orçamento do Estado para custear o Hospital das Clínicas também aumentou consideravelmente nos últimos dois anos. De 2003 para 2004, o reajuste foi de 28,1%, e o HC recebeu R\$ 41 milhões. A previsão para 2005 é de R\$ 58 milhões, aumento de 41%.”

Dezembro de 2004 – HC Notícias

“HC planeja fundação de Unidade Especial para Crianças e Adolescentes”

“Em ato simbólico, o Hospital está lançando a pedra fundamental de um edifício de seis andares que deverá abrigar o Hospital da Criança.”...

“Atualmente o HCFMRP tem 142 leitos pediátricos, instalados em diversos andares Segundo o Diretor Clínico, Prof. Dr. Hélio Rubens Machado, esse número é insuficiente.... Ele ressalta a necessidade de mais leitos nas áreas de Terapia Intensiva, Oncologia, Neurologia, genética e de caos cirúrgicos e patologias cada vez mais complexas, que

na realidade representam a nossa vocação como hospital terciário, ou seja, de tratamento clínico e cirúrgico de problemas de alta complexidade.”

Fazendo um balanço de 2004, pode-se dizer que foi positivo, apesar das dificuldades. A Figura 11.1 mostra a recuperação ocorrida nos recursos para custeio aplicados pela FAEPA. De um período superavitário nos anos de 2000 e 2001 passou a apresentar um déficit a partir de setembro de 2002, que persistiu até maio de 2004, quando voltou a reequilibrar. De 2004 para 2005, o recurso de custeio do Orçamento do Estado foi reajustado em 41%, um índice excepcional, que reduziu a participação do recurso SUS no custeio do Hospital, possibilitando a retomada dos investimentos.

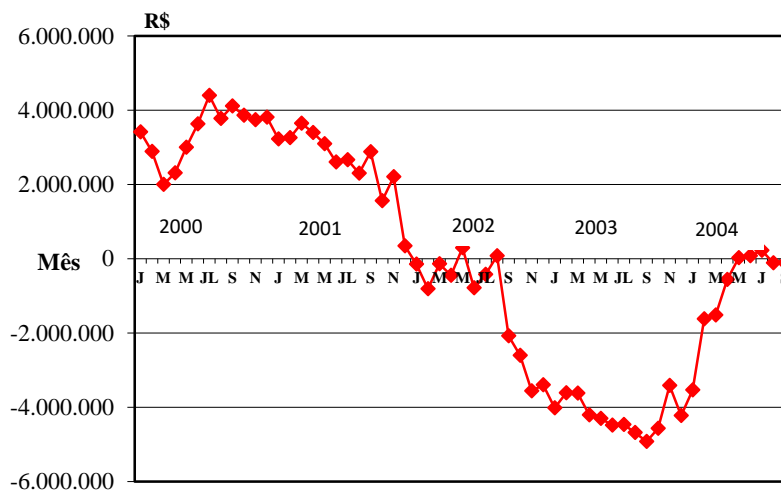


Figura 11.1 – Recursos financeiros da FAEPA, para custeio e investimento do HC. Diferença entre Receita e Despesa. Janeiro de 2000 a Setembro de 2004.

Para encerrar a análise de 2004, tivemos em dezembro a visita das Comissões de Certificação do Ministério de Saúde e do MEC, construímos a Central de Resíduos, reformamos o CCI, a nutrição e o lactário da UE, as enfermarias do 11^o andar, a patologia, a área para a fonoaudiologia e o elevador da UETDI entre outras coisas. Além desses resultados o HC elaborou o projeto de um Centro de Vivência para funcionários e conseguiu uma ressonância de 3 teslas junto à FAPESP como resultado da apresentação de 23 projetos de 15 pesquisadores da FMRP.

2005

22 de março – Jornal A Cidade

“Concluído o projeto do novo hospital do HC”

“Após meses de negociações com engenheiros e arquitetos do Departamento Técnico de Edificações da Secretaria de Estado da Saúde, está finalmente pronto o projeto do novo hospital a ser construído em Ribeirão Preto.”

“A expectativa é de que a licitação seja aberta em breve, uma vez que se pretende iniciar a construção ainda este ano e inaugurar o novo hospital em 2006.”

Abril – HC Notícias

“Aberto o processo licitatório para construção do CR”

“Nove empresas foram habilitadas no processo licitatório do CR (Centro de Reabilitação) do HCFMRP.”

“Novos caminhos”

“O Hospital das Clínicas investiu cerca de 1 milhão nas obras de ampliação do Centro de Saúde Escola, inauguradas no último dia 24 de fevereiro.”

“...as obras de ampliação do Centro de Saúde Escola são resultantes da parceria entre a Faculdade de Medicina e o Hospital das Clínicas....o novo prédio tem 1575 m² de área construída, com 17 consultórios e

espaços apropriados para cirurgias de menor complexidade e acolhimento de pacientes e familiares.”

“Serviço de Arquivo Médico tem novas instalações para o semi-ativo”

“As instalações do arquivo semiativo terão um total de 429 m2, divididos entre os 135 m2 das antigas instalações, mais os 294 m2 recentemente construídos.”

“CCI de cara nova”

“Iniciada em agosto de 2004, a reforma do Centro de Convivência Infantil do HC Campus está praticamente pronta.”

“Inauguração da Unidade de Transplante de Fígado”

“A Unidade de Transplante de Fígado do HCFMRP-USP, teve descerramento da placa alusiva à inauguração, neste último dia 7 de março.”

A Unidade de Transplante de Fígado havia sido planejada e preparada com reformas de enfermarias pela administração anterior do HC, mas não tinha sido inaugurada por falta de autorização para contratação de pessoal. Em 2005 essa autorização foi dada possibilitando a implantação da Unidade.

Agosto – HC Notícias – Especial HC Criança

Com as obras iniciadas em 2004, o projeto de construção do HC Criança teve suas origens em uma proposta elaborada pelo Departamento de Pediatria e Puericultura durante a administração anterior do Hospital, de implantação de um Instituto da Criança.

Quando decidimos acolher a proposta de construir um hospital para crianças e adolescentes tínhamos na mesa outras solicitações: um hospital ortopédico, para oncologia, para cardiologia, etc. Optamos pelo HC Criança porque um terço dos atendimentos do HC era de crianças e adolescentes,

espalhados por todos os andares do hospital, atendidos por especialidades não integradas entre si. Nos ambulatórios especializados as crianças ficavam misturadas com adultos. Faltavam leitos de CTI Neonatal e pediátricos, Segundo as palavras do então coordenador do setor de Obstetrícia do HC,

“Na estrutura atual não temos instalações adequadas no pré-parto para que a futura mãe possa ficar com seu acompanhante durante o trabalho de parto. No pré-parto os leitos são separados apenas por cortinas, com nível de privacidade bastante precário....”

A opção pelo HC Criança nos pareceu a mais abrangente por movimentar um grande volume de pacientes, humanizando o atendimento das crianças e adolescentes e abrindo espaço em todos os andares do hospital para ampliação do atendimento de adultos. Com a saída da Pediatria e da GO do 7º e 8º andares do HC Campus teremos condições de estruturar melhor a Oncologia, agrupando os pacientes oncológicos que hoje estão espalhados pelo hospital e criando condições para uma abordagem interdisciplinar. Além disso, com a saída do Centro Obstétrico vai aumentar o número de salas no Centro Cirúrgico.

2006

O ano de 2006 foi bastante tranquilo. Com o orçamento mais equilibrado, recuperada a capacidade de investimento, as previsões para o ano eram positivas e bastante otimistas. O HC Notícias de janeiro retrata esse clima da seguinte maneira:

“Os recursos do Estado e da FAEPA estão evoluindo de maneira positiva ... o que garante uma situação de tranquilidade financeira quando se compara a situação do HC com a de outros hospitais universitários.”

“Outro fator determinante para esta expectativa de crescimento do HC foi o trabalho realizado pela direção do HC junto a deputados estaduais e federais para destinação de verbas para o Hospital. Em 2005, o desenvolvimento dos projetos de ampliação e melhoria das dependências físicas do Hospital e também de aquisição de

equipamentos, obteve apoio de deputados no Congresso Nacional e Assembleia Legislativa.”

“Com um investimento de R\$ 5,4 milhões, vários equipamentos foram adquiridos e várias obras já foram licitadas. As obras de instalação da nova Central de Hemodiálise, Central de Quimioterapia, depósito de soro e as reformas da Nutrição, do 12º e 13º andares tem previsão de início no primeiro mês de 2006.”

“Na pauta de trabalho da administração também estão relacionados projetos em prol da valorização do funcionário.”

Em relação a essa matéria, gostaria de fazer dois comentários; o primeiro é com relação a emendas parlamentares. Emenda apresentada não significa necessariamente dinheiro em caixa. É comum a apresentação pelos deputados, de um grande número de emendas, algumas com o objetivo de “jogar para a plateia”. Faz parte do jogo político. Outras são para valer. Como são muitas, são depois priorizadas pelas bancadas dos partidos, dos Estados e pelo próprio Governador. Na elaboração da peça orçamentária sofrem depois uma repriorização pela Comissão de Finanças e Orçamento da Câmara dos Deputados ou da Assembleia Legislativa. Mesmo assim não existe garantia de que serão atendidas pelo Executivo Federal ou Estadual. Acredito, no entanto, que uma articulação ampla, com apresentação de emendas por vários parlamentares de partidos diferentes, ao mesmo tempo em que se faz uma articulação direta com Executivo, pode fortalecer o pedido aumentando a chance de sucesso.

A segunda questão é sobre recursos humanos. Já foi falado neste trabalho que as autarquias tem pouca autonomia para traçar uma política de recursos humanos. Existe, todavia, um espaço de manobra que precisa ser aproveitado. Já havíamos tido em 2003 e 2004 duas greves, sendo a segunda uma greve prolongada e com grande desgaste e real prejuízo para a população. Partindo do pressuposto de que as reivindicações eram legítimas alguma coisa precisava ser feita. A quais projetos a matéria do HC Notícias se referia?

Para valorizar o funcionário a administração propôs a **expansão do atendimento médico** do servidor pelo SAMSP com a contratação de médicos de família, a **construção de um Centro de Vivência** para funcionários com

espaço previsto para a Associação dos Funcionários, para atividades de Ginástica Laboral e um Restaurante com refeições a preços acessíveis e a elaboração de uma proposta para **substituir o ticket da FAEPA por valor em dinheiro**. Desde a administração anterior 24% do faturamento SUS eram divididos entre todos os funcionários, na forma de vale alimentação.

28 de março – Jornal A Cidade

“HCFMRP assina termo de R\$ 5 milhões com governo estadual”

“A administração do HCFMRP ... , da USP, assinou um termo aditivo com a Secretaria de Estado da Saúde, para o recebimento de R\$ 5 milhões para a construção do HC Criança e a conclusão das obras do Centro de Reabilitação.”

Junho – HC Notícias

“Governo de São Paulo libera recursos de R\$ 12,5 milhões para o Hospital”

“O Governador de São Paulo, Cláudio Lembo, visitou o HCFMRP-USP no último dia 9 de junho, para assinar um termo aditivo no valor de R\$ 5 milhões para as obras de construção do HC Criança. Ele veio acompanhado pelo Secretário Estadual da Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, que na ocasião anunciou também a liberação de R\$ 5 milhões para a aquisição de novos equipamentos para o setor de radioterapia. Depois da solenidade de assinatura dos termos aditivos o Governador participou do descerramento das placas de inauguração das novas instalações da Central de Quimioterapia e da Farmácia Ambulatorial.”

“...o Dr. Luiz Roberto Barradas Barata anunciou também o início das obras do Hospital Estadual de Ribeirão Preto....”

Novembro – HC Notícias

“Começa em dezembro a construção do Centro de Vivência”

“Está previsto para dezembro o começo da construção do Centro de Vivência do Servidor. ... O projeto arquitetônico prevê a construção de três blocos, para instalação de um restaurante, um espaço cultural e uma sede para a ocupação da Associação dos Servidores do Hospital.”

“Nesta primeira etapa, em dezembro, a administração do Hospital está planejando o início da construção pelo bloco do restaurante.”

“A proposta para esta primeira etapa é também de construção de uma praça.”

Novembro – HC Notícias

“Nova Unidade de Diálise terá quase o triplo do número de vagas”

“Com uma área aproximada de 635 m², o novo espaço é quase oito vezes maior do que aquele em que funciona nas dependências da Unidade de Transplante Renal.”

9 de Dezembro – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

“Serra confirma Laprega por mais 4 anos no HC de Ribeirão”

“O Governador eleito de São Paulo, José Serra (PSDB), confirmou a permanência do superintendente do HC (Hospital das Clínicas) Milton Laprega, por mais quatro anos no cargo.”

“A informação chegou anteontem ao superintendente por meio do secretário de Estado da Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata.”

2007

O ano de 2007 e o novo mandato começaram com a visita do Secretário Estadual da Saúde ao HC, no dia 15 de março, quando **inaugurou as novas instalações da Unidade de Diálise**. Conforme noticiado pelo HC Notícias, Barradas aproveitou a oportunidade para visitar as obras do Centro de Reabilitação e as novas instalações da Divisão de Nutrição e Dietética e também teve um encontro com os empresários parceiros da campanha pela construção do HC Criança.

Na edição de março do HC Notícias foram levantados alguns desafios do Hospital para o futuro com algumas prioridades para os próximos anos, como o desenvolvimento de recursos humanos. Outra proposta foi a criação de uma

divisão de Hotelaria Hospitalar agrupando a Lavanderia, a Higiene e Limpeza e a divisão de Nutrição e Dietética. Como prioridade de gestão foi também definida a necessidade de se formular um Plano Diretor do ambulatório e outro para o Centro Cirúrgico. Em relação aos investimentos colocou-se para o novo período de gestão, a conclusão do HE, do HC Criança, do Centro de Vivência dos funcionários, do Centro de Reabilitação.

Segundo o Relatório de Gestão do Centro de Engenharia Clínica e Infraestrutura do Hospital “O ano de 2007 pode ser marcado pelas obras realizadas na área de Radiodiagnóstico, com a aquisição de dois aceleradores lineares” e a construção de bunkers para os aceleradores.

Em relação à atenção à saúde, o Sistema de Saúde em Ribeirão continua em crise. Os hospitais filantrópicos queixam-se da falta de recursos e ameaçam paralisar o atendimento de pacientes da Região. A pressão acaba recaindo sobre o HC de quem é cobrado o aumento do número de leitos na Unidade de Emergência. As matérias abaixo estão relacionadas com essa situação.

14 de agosto – Jornal A Cidade

“Crise põe SUS de RP em xeque”

“Os dirigentes dos hospitais da Santa Casa e da Beneficência Portuguesa confirmaram ontem que a partir das 6h da próxima segunda-feira, dia 20, deixam de receber pacientes oriundos das cidades que compõem a área da Direção Regional de Saúde”.

“O secretário municipal de saúde, Oswaldo Cruz Franco disse ontem que, caso os hospitais realmente suspendam o atendimento, não haverá outra alternativa a não ser encaminhar esses pacientes para o Hospital das Clínicas, que vive uma crise motivada pela superlotação.”

“Milton Roberto Laprega, superintendente do HC, afirmou ontem que a Unidade de Emergência não tem condições de suportar essa demanda excedente”.

“A UE tem dezenas de pacientes internados em macas, por falta de leitos nos quartos. A situação é crítica.”

26 de agosto – Jornal A Cidade

“HC não tem como abrir já 28 leitos”

“É impossível. Assim o superintendente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ... classificou o anúncio da Secretaria Municipal da Saúde, de que a Secretaria Estadual da Saúde teria dado prazo de trinta dias para que o HC abrisse novos 28 leitos em sua Unidade de Emergência.”

31 de agosto – Jornal A Cidade

UE-HC contrata 20 e reativa leitos

“O superintendente do Hospital das Clínicas ... anunciou ontem a contratação de mais 20 servidores – dez enfermeiros e dez auxiliares de enfermagem.”

“A contratação, que vinha sendo pedida há meses, vai viabilizar a reativação de mais quatro leitos – dois na UTI de adultos e 2 na UTI pediátrica.”

“A próxima meta da UE-HC é implantar uma Unidade Coronariana. A verba para a obra, porém, só deve ser liberada em 2008.”

31 de agosto – Jornal A Cidade

“Governo de SP quer encampar hospital”

“O governo estadual confirmou ontem ... interesse em encampar a Santa Casa de Serrana, instalada em um prédio recém-construído.”

“A proposta do Estado, comunicada oficialmente ontem ao município, é o de transformar a unidade, pronta desde março, em hospital regional secundário, que atenderia exclusivamente ao Sistema Único de Saúde.”

“A proposta do governo estadual é de que a Santa Casa assine um contrato transferindo o prédio para o Estado. Ele seria equipado e teria administração do governo estadual”

“O projeto prevê ainda que o Hospital das Clínicas, através de convênio com a Faepa ... seria responsável pela contratação e gerenciamento de funcionários.”

“O superintendente do Hospital das Clínicas, Milton Laprega, explicou que as negociações estão ainda em fase inicial e que o hospital vai

aguardar a definição da negociação entre o Estado e o município. Mas ele admite o interesse do hospital em participar do projeto.”

16 de outubro – Jornal A Cidade

“Região pode ganhar hospital da mulher”

“A Mater ... pode se transformar em breve em Hospital Regional da Mulher, sob gestão do Hospital das Clínicas de RP. Desenvolvido pela Mater e pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP-RP, o projeto, com definição de metas de atendimento, está para ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde.”

“Estamos apenas definindo qual será o status da unidade, do ponto de vista jurídico. É provável que tenhamos um convênio específico, já que nosso parceiro é uma fundação, explica Milton Roberto Laprega, superintendente do HC.”

Novembro – HC Notícias

“Conheça as regras do Prêmio Incentivo”

Resultado das discussões sobre a transformação do ticket em dinheiro, a administração decidiu instituir o prêmio incentivo a partir de dezembro de 2007 para todos os funcionários e com valores diferenciados procurando corrigir, ainda que parcialmente, as distorções salariais em relação aos valores praticados no mercado. A decisão de implantação do Prêmio Incentivo foi de grande importância para o Hospital porque conferiu uma maior estabilidade ao processo de trabalho, aumentando a satisfação do trabalhador, que passou a receber o prêmio em dinheiro, a incorporar essa diferença na aposentadoria, no FGTS e receber férias e 13º sobre o valor do prêmio.

Para a implantação da proposta a SES se comprometeu a incorporar o recurso no orçamento do hospital, liberando, portanto, 24% do faturamento SUS para ser utilizado no custeio do HC.

Dezembro – HC Notícias

“Uma importante história começa a ser escrita”

14 de dezembro – Inauguração do Centro de Reabilitação

“Para o Coordenador do Centro de Reabilitação, o neurocirurgião Prof. Dr. Hélio Rubens Machado, o CER representa a complementação do tratamento quando se considera a alta complexidade e gravidade dos agravos dentro da área médica. Representa a reinserção profissional, familiar e do indivíduo com cidadão na sociedade.”

“Hospital Estadual já está em fase de contratação de pessoal”

“Restaurante do Servidor está pronto para a inauguração”

2008

13 de fevereiro – Folha Ribeirão

“Investimentos no HC caem 57% neste ano”

“O orçamento aumentou 4,08% em relação aos R\$ 190.815 milhões de 2007, mas somente R\$ 2,232 milhões foram destinados a investimentos, contra os R\$ 5,215 milhões do ano anterior. O volume representa redução de 57,2% e fica muito abaixo do pedido pelo hospital: R\$ 20,5 milhões ...”

“A queda no volume de investimentos não é o único problema a ser enfrentado pelo HC. Ontem o **Ministério da Saúde informou que não vai mais liberar os R\$ 10 milhões para o HC Criança.**”

Maio – HC Notícias

“Restaurante do Servidor terá refeição a R\$ 2,95”

“Restaurante vencedor oferecerá 10 tipos de pratos quentes e 10 tipos de pratos frios. O Restaurante oferecerá refeição opcional a R\$ 12,90 o quilo.”

“HC terá 780 novos computadores”

“Novos equipamentos vão proporcionar a informatização completa de dados dos procedimentos médicos no Ambulatório.”

“Hospital inicia segunda etapa da construção do HC Criança”

“O edital especifica a construção da estrutura e fechamento das paredes externas dos quatro andares que faltam para completar o prédio onde já estão prontos desde o final de 2007, o pavimento térreo e o primeiro andar.”

25 de junho – Jornal A Cidade

“UE – HC tem mais 15 leitos”

“Um alívio para o sistema de saúde pública de Ribeirão Preto que vem enfrentando dificuldades na internação de pacientes de urgências e emergências médicas.”

“Assim o diretor do Hospital das Clínicas ... classificou a ampliação do número de leitos da Unidade de Emergência que será efetivada já agora em julho.”

“A reorganização da UE vem sendo planejada desde o ano passado.”

“O 5º andar passará a concentrar todos os setores de apoio administrativo, incluindo os que funcionam hoje no 3º andar, liberando esse espaço para os leitos de neurologia, que hoje estão misturados aos da clínica médica, no 2º andar”.

“No ... 2º andar será instalada uma unidade coronariana, com sete leitos a mais...” ,

Julho – HC Notícias

“Já estão no Hospital os novos equipamentos da Radioterapia”

“São dois aceleradores lineares, um sistema de planejamento e gerenciamento de tratamentos em radioterapia; dois colimadores multilâminas e um sistema de radiocirurgia por estereotaxia, que inclui um aparelho neuronavegador.”

“Inaugurado o restaurante do Centro de Vivência do HC”

“O Hospital das Clínicas realizou no último dia 30 de junho, a solenidade de inauguração do restaurante do Centro de Vivência.”

“Nova entrada do Hospital”

“A Portaria 4 do HC começou a funcionar no último dia 30 de junho. A construção da guarita 4 fez parte de um projeto de reorganização do novo sistema viário do Hospital que criou uma nova entrada para pacientes do Centro de Reabilitação e do futuro prédio do HC Criança...”

Setembro – HC Notícias

“HC implanta Hotelaria Hospitalar”

“O Hospital instituiu em setembro a Divisão de Hotelaria Hospitalar, constituída pelos serviços da Central de Processamento de Roupas Hospitalares, Serviço de Higiene e Limpeza e Serviço de instalações.”

“HC tem 23 obras com investimento de cerca de R\$ 7,6 milhões”

“Na Divisão de Cardiologia, foi iniciada em setembro uma reforma da área para instalação de equipamentos de cateterismo cardíaco. ... No pavimento térreo e subsolo do Hospital, também estão sendo beneficiadas com reforma as dependências do Centro de Informação e Análise, Gecon, Central de Distribuição e Agência Transfusional.”

Dezembro – HC Notícias

“HC implanta a primeira versão do Prontuário Eletrônico”

“O diretor do CIA, Wilson Moraes Goes, anunciou para dezembro a implantação da primeira versão deste sistema informatizado que tem proposta de substituição gradativa do documento impresso.”

“Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas comemorou aniversário com anúncio de construção de Oficina Ortopédica e possibilidade de inclusão na Rede Lucy Montoro”

“O anúncio foi feito pela Secretária de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Prof^a. Dra. Linamara Rizzo Batistella. em 12 de novembro.”

“FUNDAP oferece consultoria para diagnóstico e inovação da estrutura organizacional do HC”

“A FUNDAP ... apresentou proposta ... para desenvolver projeto com vistas a realização de um diagnóstico organizacional e atualização do modelo de gestão e estrutura organizacional do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. ...esta consultoria está sendo proporcionada e custeada pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria de Gestão Pública.”

“O desenvolvimento dos trabalhos será de responsabilidade da FUNDAP em parceria com a direção do Hospital e equipe designada.”

Segundo o relatório de gestão do Centro de Engenharia Clínica e Infraestrutura, “no ano de 2008 foi dada a continuidade nas obras de readequação das áreas para diversos equipamentos do Centro de Imagem, como o Serviço de Cardiologia. Foram modernizadas duas salas para receber dois novos equipamentos de Hemodinâmica de última geração. ... Podemos ainda destacar no ano a realização das seguintes obras: Reformas/criação do Centro de Endoscopia Digestiva, reforma do Centro de Informação e Análise - CIA, reforma da Sala de Ressonância Magnética SIEMENS, reforma de duas salas do Serviço de Cardiologia para instalação de dois novos equipamentos de Hemodinâmica.”

Em relação à Unidade de Emergência foram feitas as seguintes reformas (HC Notícias, fevereiro de 2009):

“No 1º pavimento do Bloco A, foram reformadas as áreas da Assessoria de Enfermagem, clQ, SESMT e Refeitório dos Servidores...”

“No pavimento térreo do Bloco A, a reforma abrangeu a Central de Distribuição, Secção de Manutenção, Oficina, Almoxarifado e Engenharia”

No Bloco Administrativo foi feita “a instalação de uma Cafeteria e uma Capela Ecumênica”

“No 4º e 5º andares no Bloco B, constam a reforma da Unidade Respiratória, Centro de Engenharia Clínica, Rouparia e Governança, Central de Material e Bloco Cirúrgico...”

Em entrevista ao HC Notícias, edição de fevereiro de 2009, o coordenador da UE, Prof. Antonio Pazin, faz um balanço do ano de 2008:

“... as reformas e reestruturação das áreas contribuíram para melhorar o sistema de acolhimento e as condições de uso das dependências do Hospital. Observou que os funcionários ganharam melhores condições de trabalho e que por outro lado, o público externo de pacientes e acompanhantes obteve um sistema de recepção mais humanizado.”

2009

“9 de Janeiro – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

HC tem orçamento 40% maior neste ano

“O incremento se deve a negociações com a Secretaria de Estado da Saúde para ampliação dos repasses visando o custeio do HC, o que fará com que a Faepa ... vinculada ao HC, deixe de destinar recursos para isso.”

“(A Secretaria está) colocando mais recursos para librar o dinheiro da Faepa para dar o prêmio incentivo aos funcionários ...”

15 de Março – Jornal A Cidade

É publicado o resultado da pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Saúde nos meses de novembro e dezembro de 2007 e abril de 2008 em que foram ouvidos 60 mil pacientes internados em 500 estabelecimentos de saúde conveniados à rede pública paulista. O HCFMRP colocou-se em segundo lugar no Estado e em primeiro no interior,

23 de Abril – Jornal A Cidade

“HC paga R\$ 1,7 mi por área que será usada em ampliação”

“O Hospital das Clínicas comprou três terrenos na rua Marechal Deodoro ... para ampliar a Unidade de Emergência ... Não há prazo parra início das obras.... A negociação para compra dos terrenos já durava cerca de dez anos e o Ministério Público chegou a intervir.”

Maio – HC Notícias

“Centro de reabilitação passa a integrar a Rede Lucy Montoro”

Com a integração começam as negociações para ampliação do Centro de Reabilitação com a introdução de novas funcionalidades, como laboratórios e uma quadra poliesportiva.

Outubro – HC Notícias

“Reformulação do modelo de gestão propicia melhor qualidade e produtividade ao Bloco Cirúrgico do Campus”

“A primeira mudança efetuada ... foi no organograma, com a criação do Serviço de Gerenciamento do Bloco Cirúrgico, seguida da unificação da direção de enfermagem do Centro Cirúrgico e da direção de enfermagem da Central de Material e Esterilização, através da criação da Gerência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico..”

“Outra adequação ... foi a união da Seção de Apoio Anestésico à Seção de Dispensação de Materiais Descartáveis, por possuírem processos afins e contínuos.”

“o Bloco Cirúrgico passou a contar com a presença, em tempo integral, de um técnico em engenharia clínica...”

Além dessas mudanças instituiu-se a função de coordenação administrativa do Bloco Cirúrgico e o Conselho Gestor do Bloco Cirúrgico formado pelo coordenador médico, coordenador administrativo, gerente de enfermagem, diretor do Serviço de Anestesiologia, diretor clínico, representante da assessoria técnica do HC e um representante da Superintendência.

Dezembro – HC Notícias

“Envolvimento de todos garante ótimos resultados na visita do Comitê de Qualidade Hospitalar”

Das 483 questões do roteiro de visitas, Hospital pontuou 400

31 de Março – Jornal A Cidade

“HC é 18º a receber selo de qualidade”

Abril – HC Notícias

“Governador inaugura novas instalações do Serviço de Radioterapia e anuncia incorporação do Centro de Reabilitação à Rede Lucy Montoro”

“O Governador José Serra esteve no Hospital das Clínicas para anunciar a incorporação do CER ao Instituto de Reabilitação Lucy Montoro e inaugurar as novas instalações do Serviço de Radioterapia”.

“A solenidade aconteceu no sábado, 20 de março com a presença do secretário de Estado da Saúde, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, da secretária dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella, da prefeita Darcy Vera. Do superintendente do Hospital, Prof. Dr. Milton Roberto Laprega e o diretor do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro Prof. Dr. Hélio Rubens Machado”

“Para o diretor do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro Prof. Dr. Hélio Rubens Machado, o Instituto vai mudar completamente a forma como o ensino na área da saúde será realizado daqui para frente porque acrescenta reabilitação à prevenção e tratamento das doenças, que é o fator essencial na reinserção do indivíduo na sociedade”.

“Serviço de Radioterapia”

“A Secretaria de Estado da Saúde investiu R\$ 7,5 milhões na compra de equipamentos que permitem o tratamento de todos os tipos de câncer, em adultos e crianças”.

“Hospital Estadual é o melhor de São Paulo”

“O Hospital Estadual de Ribeirão Preto foi considerado pelos usuários o melhor Hospital do Estado de São Paulo, segundo a avaliação dos próprios pacientes....”

“A pesquisa ouviu cerca de 70 mil pessoas que passaram por internações e exames em 630 estabelecimentos de saúde conveniados à rede pública paulista entre março de 2009 e janeiro 2010”

Outra reforma importante foi a ocorrida no Centro de Endoscopia. Inaugurada em 2010, a nova unidade pretende duplicar a capacidade de atendimento, acabando com a fila de espera para os procedimentos, dentro de uma concepção inovadora de integração em um único espaço, dos diversos tipos de endoscopia.

29 de Maio – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

“USP de Ribeirão assume e muda hospital de Américo”

“A USP de Ribeirão Preto assumirá a gestão do Hospital Estadual de Américo Brasiliense no lugar da UNESP, que tem R\$ 1,8 milhão por mês do Estado para a tarefa.”

“Com a nova gestão, a proposta é ampliar a ocupação do hospital de Américo, que funciona atualmente com metade da capacidade.”

29 de julho – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

Paciente de cuidado paliativo do HC irá agora para Américo

“Na primeira semana de agosto, segundo Laprega, uma equipe vai assumir a gestão administrativa e, gradativamente, organizar o fluxo de pacientes entre Ribeirão e o hospital de Américo.”

“A proposta é que Américo receba pacientes de baixa e média complexidade da região de Araraquara e, para Ribeirão Preto, venham casos mais graves.”

19 de agosto – Jornal A Cidade

“Greve dos médicos residentes do HC de Ribeirão tem 70% de adesão”

“Os médicos reivindicam reajuste de 38,7% na bolsa ..., extensão da licença maternidade de quatro para seis meses, data fixa para aumento anual ou bianual da bolsa e melhores condições de trabalho.”

25 de agosto – Jornal A Cidade

“Greve atrasa consultas em duas horas e meia no HC”

“Demora fez pacientes do ambulatório de tratamento vascular desistirem de esperar.”

2011

12 de Janeiro – Jornal A Cidade

“HC inaugura sede contra violência sexual”

“O HC de Ribeirão Preto inaugurou ontem a quinta unidade do Seavidas no Estado. O projeto foi remodelado e ganhou sede própria para ampliar o atendimento nas 25 cidades da região, em casos de abuso físico, sexual, psicológico, abandono, negligência e confinamento.”

16 de Janeiro – Folha Ribeirão – Jornal Folha de São Paulo

“Com orçamento recorde, HC prevê dobrar investimento”

“O montante deve ser aplicado, além do custeio da unidade hospitalar, na ampliação do CTI ... um dos gargalos na instituição.”

“A cada ano, o Estado tem atualizado os valores em um percentual acima da inflação. Dessa forma, estamos conseguindo recuperar o orçamento do hospital, que ficou, por muito tempo defasado, afirmou Laprega”.

Para finalizar a apresentação dos principais acontecimentos e projetos da gestão 2003 a 2010 segue abaixo o **Relatório da Divisão de Finanças publicado no Relatório de Gestão**, disponível no site do Hospital das Clínicas.

“Esta gestão foi pautada na busca pela recomposição da defasagem orçamentária pelo Governo do Estado. Quanto ao Grupo de Pessoal e Encargos, houve a implantação do pagamento do Prêmio Incentivo aos servidores a partir de novembro de 2007, uma reivindicação já há muito solicitada, cujo reflexo foi a melhora nos seus rendimentos. Os recursos do Prêmio Incentivo são oriundos da Fonte 5 – Faturamento SUS. Conforme demonstrado abaixo, quando analisamos o Grupo de

Despesas de Custeio, verificamos que houve um crescimento significativo, onde a dotação orçamentária passou de R\$ 40.185 milhões em 2003 para R\$ 100.247 milhões em 2010, crescimento de 149,46%, sendo que a inflação medida pelo IPC FIPE de janeiro 2003 a agosto 2010 foi de 46,83% e o INPC-IBGE 48,61%. Um dos motivos é que foram alocados recursos no Orçamento deste Hospital para contratos de Serviços Terceirizados (Lavanderia, Limpeza, Portaria).”

Tabela 11.2 – Evolução orçamentária no período de 2003 a 2010. Recursos do Tesouro do Estado

	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010
Pessoal e Encargos	76.338.916	84.873.843	92.830.782	108.817.079	117.237.347	170.092.947	191.456.113	197.951.799
Custeio	40.185.150	46.968.055	61.632.348	69.488.904	71.754.947	80.377.204	90.303.790	100.803.367
Investimento		999.990	8.998.766	6.599.663	5.000.000	3.347.686	4.818.761	4.481.093
Outros	2.957.367	9.987.242	2.444.736	1.680.438	1.004.974	5.964.565	2.622.606	1.147.000
Total	119.481.433	142.829.130	165.906.632	186.586.084	194.997.268	259.782.402	289.201.270	304.383.259

Obs; Nos valores de Pessoal e Encargos a partir de 2008 esta incluído o valor do PIN pago com recursos FAEPA.

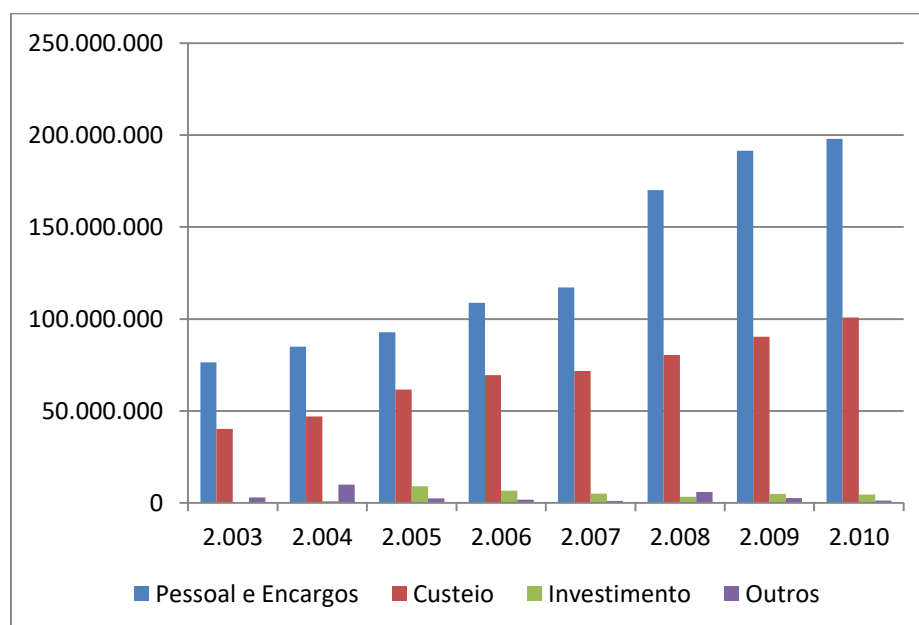


Figura 11.2 – Representação gráfica da evolução orçamentária do HCFMRP com recursos do Tesouro do Estado. 2003 a 2010.

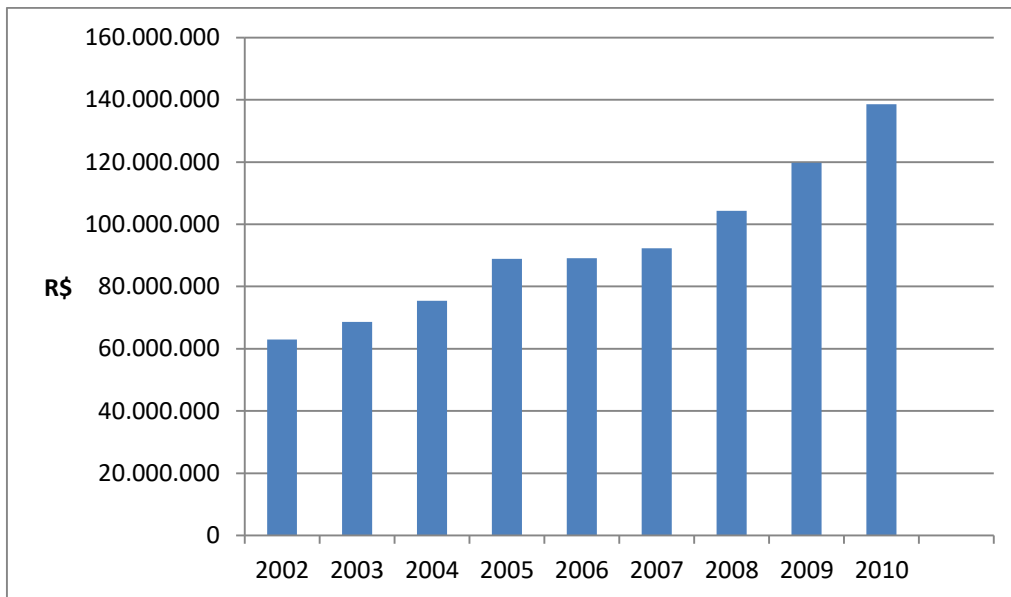


Figura 11.3 – Receita SUS do HCFMRP no período de 2002 a 2010.

Algumas questões estruturais

O Hospital é uma estrutura complexa mergulhado em uma sociedade em continua mutação, com suas relações sociais, processos econômicos, políticos, e um sem número de fatores que o influenciam. Sua estrutura, processos e resultados são, portanto, dependentes de fenômenos naturais e sociais que ocorrem em nível internacional e nacional, especialmente aqueles relativos ao setor saúde. Essa é uma questão de extrema complexidade cuja discussão e compreensão estão muito além dos limites deste trabalho. Deixaremos essa discussão de lado e vamos nos ocupar de aspectos relacionados a questões gerais da estrutura do hospital presentes desde sua fundação e que demandam a formulação de propostas alternativas.

O primeiro aspecto a analisar é a **Esfera Administrativa**. O HCFMRP é um hospital estadual, público, vinculado ao Governo do Estado de São Paulo, que nasceu como Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o que lhe deu na origem dupla vantagem: de estar vinculado a uma das melhores Universidades do país e de ter o suporte financeiro do governo estadual, o que não é pouco como se verá mais adiante

em nossa argumentação. Foi essa vinculação que permitiu a implantação de um ensino de boa qualidade e a transformação da FMRP numa das instituições mais produtivas cientificamente do país e a publicação de leis e decretos-lei possibilitando sua implantação e os recursos financeiros de investimento para construção do HC Campus, Centro de Saúde Escola, Hospital Estadual e Reforma e adaptação do Hospital de Américo Brasiliense, além de inúmeros investimentos em estrutura e equipamentos que foram incorporados ao Hospital ao longo de sua história. Sem contar os recursos para custeio, nem sempre suficientes, mas que somados ao faturamento SUS mantiveram o hospital funcionando em condições melhores que outros hospitais de ensino de outras esferas administrativas.

O segundo aspecto importante é a **Natureza Jurídica**. O HC foi constituído como uma **autarquia**, concebida para descentralizar a administração e dar maior autonomia. Como autarquia, segundo o CONASS (BRASIL, 2015),

“observa os mesmos regramentos administrativos aplicáveis aos órgãos da administração direta, inclusive quanto a atos e processos administrativos, licitações, contratações, bens, regime de pessoal, regime orçamentário, financeiro e patrimonial, responsabilização, prestação de contas, imunidade tributária e prerrogativas contratuais”.

O HCFMRP tem um quadro de pessoal, orçamento próprio, autonomia para decidir sobre a aplicação dos recursos nos serviços de saúde que pareçam mais adequados, faz suas próprias licitações. Tem mais autonomia que uma unidade de administração direta. A experiência, entretanto, tem demonstrado que isso não é suficiente.

Não existe autonomia para a **gestão de recursos humanos**, pois o quadro de pessoal é fixado pela Assembleia Legislativa e depende diretamente dos Deputados Estaduais ou da decisão do Governador de Estado. O mesmo ocorre com a questão salarial. Na prática essa limitação tem causados muitos problemas ao Hospital. Em primeiro lugar, o quadro vai ficando defasado em número e perfil profissional. Por exemplo, o HC tem em seu quadro de pessoal a previsão para contratação de ascensoristas, mas não tem nenhuma vaga para profissionais da área de informática, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc.

Mesmo quando existem vagas não preenchidas no quadro, o Hospital depende da autorização do Governador para contratação de primeiro provimento ou mesmo de reposição. Passamos em nossa história longos períodos sem autorização. Em um hospital superespecializado como o nosso, a aposentadoria de um médico pode significar até o fechamento de um ambulatório.

O mesmo se diga em relação à questão salarial, pois a rigidez nesta matéria torna, muitas vezes, difícil a fixação de bons profissionais com repercussão direta na qualidade do ensino, da pesquisa e da assistência.

O **orçamento** é outra área estratégica para a gestão em que a autonomia é limitada. Os recursos de custeio são previstos considerando a execução orçamentária do ano anterior mais a previsão da variação orçamentária do ano em curso, e vem dividido em elementos orçamentários que podem ser intercambiáveis com autorização do Governo Estadual. Ocorre que, considerando os recursos para pessoal (aproximadamente 65% do orçamento) como parte do custeio, a direção do Hospital tem autonomia para utilizar 35% do orçamento e, além disso, em praticamente todos os anos é feito um contingenciamento de uma porcentagem que só começa a ser liberada no último trimestre. Os recursos para investimento são definidos pelo Governo de Estado, não tem um parâmetro fixado claramente e dependem das prioridades políticas. Por essa razão seu montante tem sido variável e não é intercambiável com os recursos de custeio.

Essas foram as principais razões para a **criação da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HC (FAEPA) em 1988**. Com sua criação os recursos advindos do faturamento SUS passaram a ser repassados mediante convênio à Fundação o que deu ao HC autonomia para sua utilização, dentro do estabelecido por seu regimento, aprovado pelo Ministério Público e fiscalizado pelo Tribunal de Contas. O resultado foi que nas situações de crise, especialmente em relação à gestão de recursos humanos os recursos originários do faturamento SUS foram sendo progressivamente cada vez mais utilizados para contratação e incentivos salariais.

Por último, temos a questão do **Regulamento** vigente do Hospital, que foi aprovado em 1979 e foi sofrendo várias alterações pontuais que não modificaram

a sua essência. Tem, portanto, 36 anos de vida, o suficiente para afirmar que está desatualizado em função das grandes modificações que ocorreram na sociedade e no setor saúde nesse período. O Regulamento do HC tem concepção tradicional com grande segmentação em departamentos, divisões, serviços, seções e setores, com vários níveis hierárquicos e baixa integração horizontal. Esse diagnóstico levou a gestão de 2003 a 2010 a articular junto à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de São Paulo o estudo de uma proposta de alteração de regimento que contou com a participação da FUNDAP. O trabalho não chegou a ser concluído, mas resultou em algumas modificações no organograma com a criação de uma divisão de Hotelaria e a criação do Departamento de Atenção à Saúde que deverá integrar as atividades assistenciais sob um mesmo comando.

Um dos pontos cruciais do regulamento está associado **às relações com a Universidade**. Certamente com o objetivo de garantir as condições para o ensino e a pesquisa no Hospital de Ensino, o legislador definiu nas Disposições Finais do Regulamento, em seu artigo 315, parágrafo primeiro, que:

“A direção das unidades médicas e de apoio que tiverem Departamentos correspondentes na FMRP será exercida pelos chefes desses Departamentos ou por docentes por eles indicados; as que não tiverem serão exercidas por professores, médicos ou outros profissionais da FMRP ou HCRP ouvidos os Departamentos da FMRP, envolvidos nas áreas respectivas”.

Essa disposição regimental dispõe, portanto, que a direção dos serviços de atenção à saúde do Hospital seja feita por docentes ou outros profissionais indicados pelos Departamentos da Faculdade, o que cria uma linha de comando sem relação hierárquica com a alta direção do Hospital, possibilitando o aparecimento de conflitos. Quando na Superintendência do hospital enfrentamos situações em que o chefe de um ambulatório, por exemplo, se recusava em fazer certos procedimentos ou oferecer um volume maior de atendimentos, ou mesmo decidia fechar o ambulatório por uma semana porque todos iriam para um Congresso, ao mesmo tempo em que a administração do Hospital negociava com os gestores municipais e regionais o atendimento de uma demanda reprimida.

Essas dificuldades vivenciadas pelo HCFMRP não são isoladas. São encontradas de forma particular em cada Hospital de Ensino, pois são a expressão de processos mais gerais presentes na sociedade brasileira. As crises que tem sido comuns no setor hospitalar brasileiro são multifatoriais. São financeiras, mas também de gestão, ambas exigindo, além da Reforma do Setor Saúde, uma profunda Reforma Administrativa do Estado brasileiro.

É preciso no final deste capítulo fazer uma avaliação otimista. Os resultados do ponto de vista do ensino, pesquisa e assistência tem sido positivos. O SUS, apesar de todas as dificuldades e críticas representou um avanço para a saúde da população brasileira. É uma obra em construção. O mesmo se pode dizer dos Hospitais de Ensino. Este capítulo procurou trazer o HCFMRP como um exemplo que consideramos, dentro das circunstâncias, relativamente bem sucedido. O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino em implantação desde 2004 indicou novos caminhos, mas seus resultados serão limitados se não forem acompanhados de ações intra e inter setoriais mais profundas.

Capítulo 12

Considerações Finais

“Companheiros e companheiras, será a reorganização dos serviços de saúde apenas mais um discurso dos muitos que temos tido, no processo histórico de desenvolvimento desses serviços neste País? Será a pretensão de levar saúde para todos em condições de equidade apenas uma utopia? Eu diria que não. Diria que é possível – e é possível, na medida em que cada um de nós e todo o povo se comprometa, e se dedique, cada um de nós se prepare para mobilizar os recursos que este País tem, que nossa sociedade tem, e utilizá-los adequadamente.”

(Doutor Carlyle Guerra de Macedo, Diretor – Geral da Organização Pan-Americana de Saúde, Mesa de abertura da 8ª Conferência Nacional da Saúde)

Vinte e sete anos se passaram desde a criação do SUS em 1988. Com base nos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade, Integralidade e nos princípios organizativos da Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Popular, o SUS vem sendo construído com muita luta e muito trabalho em todo o território nacional e hoje é considerado um modelo de Sistema de Saúde para todo o mundo.

Muitos dirão: “Mas a saúde está em crise!” “As Santas Casas estão falidas!”, “Faltam leitos nos hospitais”, “Demora muito para se conseguir uma consulta de especialidade”, “O médico não examina!”, “O SUS é bonito na teoria, mas não funciona na prática!”. Poderíamos continuar a trazer outros argumentos negativos em relação à saúde em nosso país, mas é preciso separar a crítica dos que usaram e foram mal atendidos, daqueles que criticam sem ter usado e a crítica dos que tem interesse em denegrir.

Temos que ouvir também os que foram bem atendidos, que gostaram e recomendariam o atendimento pelo SUS a familiares, vizinhos e amigos. Em suma, temos que avaliar o Sistema de Saúde de forma objetiva, identificando os erros e acertos para que se possa dar a direção adequada à construção do SUS.

Sim, é verdade que o setor saúde está em crise e que estávamos em crise na década de 80. Mas podemos dizer que a situação não mudou?

A maioria dos trabalhos publicados avalia que o saldo é positivo. Avançamos na descentralização do atendimento e administrativa com a criação

de uma rede de unidades básicas de saúde e a estratégia de saúde da família e a política de municipalização. Construímos um modelo assistencial e um arcabouço jurídico por meio de inúmeros decretos, resoluções e portarias que foram enfrentando os problemas e lapidando a proposta original.

Em relação à integralidade avançamos pouco, desafio que só será vencido com a qualificação da atenção básica, a regionalização, com a estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e o oferecimento dos serviços de média e alta complexidades de forma racional e articulada. Para isso é preciso reorganizar a oferta dos atendimentos especializados e promover a integração do setor hospitalar de forma eficiente e efetiva. A construção de um sistema universal de saúde num país como o nosso é uma tarefa cotidiana que precisa ser executada em várias frentes, com o suporte de um financiamento estável e revalorizado.

Esta é a tarefa do momento. Dos gestores federais, estaduais e municipais e dos dirigentes dos serviços de saúde em todos os níveis. Estruturar as RRAS!

Na proposta do Sistema Único de Saúde, o hospital não é mais o centro do sistema, mas nem por isso deixa de ter um papel estratégico. A universalidade, a integralidade e a equidade não serão alcançadas sem um atendimento hospitalar de boa qualidade acessível a todos os cidadãos.

Em 2004, segundo o documento “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira” publicado pelo Ministério da Saúde, que instituiu uma nova política para a atenção hospitalar no Brasil, existia uma crise real no sistema de atendimento hospitalar brasileiro, mas que não podia ser atribuída somente a questões financeiras. Existiam também outras dimensões que precisavam ser valorizadas na discussão desse assunto: aspectos políticos, organizacionais (internos e externos), assistenciais, de formação profissional e aspectos sociais.

De acordo com esse documento, o país possuía uma rede hospitalar bastante heterogênea, com distribuição desigual de recursos humanos e materiais, favorecendo grandes e médias cidades nas regiões mais desenvolvidas do Brasil. Além disso, era formada por grande número de

unidades de pequeno porte, em municípios pequenos, com baixas taxas de ocupação e pouco viáveis economicamente.

Na ocasião, os principais problemas apontados pelo Ministério eram 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.

E em relação aos Hospitais de Ensino?

Para Vasconcelos (2004), a história recente dos Hospitais de Ensino no Brasil tem sido marcada pela sucessão de crises que os afetam em várias dimensões: na eficácia assistencial do modelo; na eficiência econômica da utilização dos recursos; na escassez e na incerteza quanto ao aporte de recursos, tanto para custeio como para investimentos; na qualidade e na humanização do cuidado; nas práticas de ensino e no perfil do profissional formado, etc.

Nos primeiros anos da década de 2001 a 2010, os Hospitais de Ensino estavam em crise, que levou à criação de uma Comissão Interinstitucional que elaborou a Proposta de Reestruturação aprovada e implantada a partir de 2004.

O Capítulo 11 deste trabalho traz a situação financeira do HCFMRP nos anos de 2003 e 2004 e serve de exemplo de um fenômeno que ocorreu em nível nacional.

Existem hoje cadastrados no CNES duzentos Hospitais de Ensino. A Política vigente de reestruturação dos HEs e Filantrópicos já têm 11 anos de implantação e requer, pela importância, uma avaliação continuada. A proposta é bastante interessante porque parte de uma conceituação de Hospital de Ensino e de seu papel no SUS, envolve o reconhecimento de sua estrutura, processos e resultados pelos gestores, exige a definição de metas quanti e qualitativas vinculadas ao financiamento e torna transparente e democrática sua gestão. A proposta, como foi delineada tem forte poder de indução para integrar os Hospitais de Ensino nas Redes Regionais de Atenção à Saúde racionalizando os atendimentos e ajudando a ajustar a oferta de serviços às necessidades de saúde da população.

Existe uma avaliação geral positiva em relação ao processo de reestruturação em curso, mas uma dificuldade importante são os orçamentos que são considerados subestimados em parte devido à inexistência de sistemas adequados de custos.

Além desses aspectos já levantados, os dirigentes hospitalares apontam a necessidade de rever as práticas de monitoramento e avaliação, reestruturar os sistemas de informação, ampliar o sistema de incentivos fazendo-os chegar aos gestores e equipes e fazer pactuações e contratos internos, com os profissionais dos hospitais.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, desde que passou a se integrar ao SUS vem cumprindo o seu papel na construção da integralidade.

Nessa linha se insere sua participação em conjunto com a Faculdade de Medicina nas seguintes realizações:

- implantação pioneira dos primeiros Núcleos de Saúde da Família do município e início da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

- reforma e ampliação do Centro de Saúde Escola do Sumarezinho, Unidade Básica e Distrital do Distrito Oeste de Ribeirão Preto.
- elaboração e implantação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto, projetado para atendimento de casos de média complexidade de municípios da região do Departamento Regional de Saúde 13.
- articulações e passagem da Mater – Maternidade Sinhá Junqueira para a Secretaria de Estado da Saúde seguida de sua integração ao Complexo Hospitalar do HCFMRP, com o projeto de implantação de transformá-la em um centro regional de referência em saúde da mulher.
- integração e gestão do Hospital Estadual de Américo Brasiliense, para internações de casos de média complexidade, ao Complexo Hospitalar do HCFMRP.
- Construção do Centro Integrado de Reabilitação (CIR), anexo ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto, para casos de menor complexidade.
- Construção do Centro de Reabilitação (CER), no HC Campus, integrado à Rede Lucy Montoro para reabilitação de casos de alta complexidade.
- Construção do HC Criança, unidade de referência para atendimento da criança e do adolescente,
- Investimentos na Unidade de Emergência e HC Campus no sentido de fortalecer seu papel de atendimento de alta complexidade na Rede:
 - Investimentos na Oncologia com aquisição de novos equipamentos e construção de novas áreas para a Radioterapia e a Central de Quimioterapia.
 - implantação de Unidade Coronariana na UE.
 - ampliação e equipamentos para a Unidade de Hemodiálise.
 - Reforma e adaptação de área para a implantação do Centro de Endoscopia.

Finalizando, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, vem há alguns anos, intensificando a descentralização de seu ensino de graduação, levando alunos dos vários cursos para Unidades de Saúde da Família, CSE, os Hospitais de média complexidade, etc., onde vivenciam, em conjunto com alunos de outras unidades do Campus da USP de Ribeirão Preto, o contato com a comunidade e os vários níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

Quanto a este trabalho, espero que seja útil respondendo a algumas questões a respeito dos Hospitais no Brasil, que possa originar novos projetos de pesquisa e que ajude o leitor, gestores, profissionais da saúde e alunos, a compreender um pouco melhor o setor hospitalar brasileiro.

Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT, Erwin Heinz. *A short history of medicine*. New York, Ronald Press Co, 1968. Disponível em: www.books.google.com.br. Acesso em: 10 jul 2015.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009

ANS. Boletim da ANS. V1.01, novembro de 2012

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, Volume LIII, Number 5, December 1963

BASBAUM, Leôncio. *História Sincera da República: de 1889 a 1930*. 6ª. ed. São Paulo, Editora Alfa Ômega, 1997. 4 vol. Biblioteca Alfa-Ômega de Ciências Sociais.

BIRABEN, Jean-Noel. *Les Hopitaux de Paris aux XVII et XVIII siècles*. CBMH/BCHM/ vol.6:165-78.1989

BRAGA NETO, Francisco Campos, BARBOSA, Pedro Ribeiro, SANTOS, Isabela Soares. *Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências* in GIOVANELLA, Ligia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.000 de 16 de abril de 2004. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>, Acessada em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação. Disponível em <http://www.diariodasleis.com.br/busca/>, Acessada em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.005/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, Define os documentos para verificação da Portaria Interministerial Nº 1.000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1005_27_05_2004.html . Acessado em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da educação e Cultura. Instrumento de Avaliação e Monitoramento dos HUES. www.saude.gov.br/sas/

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Portaria Interministerial Nº 2.400 de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html , Acessada em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011, *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1101/GM.de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1702/GM.de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/129475/portaria-1702-gm-em-17-agosto-2004>. Acessado em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1703/GM .de 17 de agosto de 2004. Destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e privados. Disponível em: http://www.crn3.org.br/legislacao/doc/portaria_1703_GM.pdf Acessado em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.352/GM de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinado ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_2352_260804.pdf .Acessado em 20 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 *Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Portaria Nº 221, dee 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.htm l. Acesso em 10 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS. Portaria SAS/MS Nº 312, de 30 de abril de 2002. Estabelece a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PT_312_300402.pdf. Acessada em 20 de abril de 2015.

CALAINHO, D.B. Jesuitas e Medicina no Brasil Colonial. *Tempo*, Rio de Janeiro, Nº19, p.p. 61-75, 2005

CAMINHA, Pero Vaz. Carta a D. Manuel. Disponível em http://educaterra.terra.com.br/voltaire/500br/carta_caminha.htm. Acessada em 16 de abril de 2015

CAMPOS, Amanda Zandonadi, THEME FILHA, Marisa Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(5):845-855, mai, 2012

CAMPOS, Ernesto de Souza. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, Reedição de 1965.

CARDIM, Fernão – *Tratados da terra e gente do Brasil*. Rio de Janeiro, Editores J. Leite, 1925

CARMO, M do; ANDRADE, E.I.G.; MOTA, J.A.C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol:11.4

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção*. Campinas: DMS/FCM/UNICAMP. Nov 2001.

CLEMENTE, Berenice Tessari. *Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC*. Brasília, [S.l]:1998.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária in GIOVANELLA, Ligia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital in *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª. Edição, 1982

GURGEL, Cristina B.F.M; LEWINSOHN,R. A Medicina nas Caravelas – Século XVI. *Cadernos de História da Ciência* - Instituto Butantan - Vol. VI (2) Jul-Dez 2010

HOLANDA, Sérgio Buarque. O Descobrimento do Brasil. In: Holanda, S.B. (org), *A Época Colonial: Do descobrimento à expansão territorial*. Tomo I, vol.1 da História Geral da Civilização Brasileira. São Paulo-Rio de Janeiro: Difel. 1976 cap.3.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 1995. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 1996.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 1996. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 1997.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 1997. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 1998.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 1998. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 1999.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 1999. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2000.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2000. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2001.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2001. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2002.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2002. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2003.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2003. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2004.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2004. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2005.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2005. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2006.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2006. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2007.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
Relatório de Atividades 2007. Grupo de Avaliação de Desempenho.
Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2008.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2008. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2009.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2009. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2010.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2010. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2011.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2011. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2012.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2012. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2013.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Relatório de Atividades 2013. Grupo de Avaliação de Desempenho. Coordenação Assessoria Técnica. Gráfica HCRP, 2014.

IBAÑEZ, Nelson, VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1831-1840,2007

IEPS reports. The proper function of teaching hospitals within health systems: [report of a seminar], Paris, 5-8 April 1994 / scientific coordinator and editor: Daniel Puzin Geneva: World Health Organization, 1996

JAGUARIBE, Hélio. *Um estudo crítico da História*. Volume 1. Tradução de Sergio Bath. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2001

LA FORGIA, Gerard M., COUTTOLENC, B.F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LACAZ, Carlos da Silva, MAZZIERI, Berta Ricardo de. *A Faculdade de Medicina e a USP*. São Paulo, Edusp, 1995.

LAMPERT, Jadete Barbosa, BARBOSA NETO, Francisco et al. Hospitais de Ensino: a Trama da Crise. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 37 (2) : 155-156; 2013

LAPREGA, MR, ROCHA, J.S.Y, *Assistência hospitalar* in Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil. Editor Juan Stuardo Yazlle Rocha. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, 33 (1), 1999

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2507-2521, 2012.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002

LOURENÇON-RODRIGUES, L.M. , DALLORA, M.E.L., CACCIA-BAVA, M.C.G.G., LAPREGA, M.R. Produção e Financiamento da Assistência Médica e a implantação do SUS em um Hospital de Ensino. Ainda não publicado. 2015.

MacEACHERN, Malcolm T. *Hospital Organization and Management*. Chicago: Physicians' Records Co. 1949

MAGNER, Lois N. *A history of medicine*. New York, Marcel Dekker Inc., 1992. Disponível em: <<https://books.google.com.br>>. Acesso em: 16 de abril de 2015.

MARGOTTA, Roberto. *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo, Manole, 1ª. Edição em português em 1996

MARTINS, Carlos Benedito. A Reforma Universitária de 1968 e a Abertura Para O Ensino Superior Privado No Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009

MARTINS, Mônica, BLAIS, Regis, LEITE, Iuri da Costa. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S268-S282, 2004

MATHIAS, Thais A. F e SOBOLL Maria Lúcia de M. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Rev. Saúde Pública*, 30 (3), 1996

MAURO, José Eduardo Marques e NOGUEIRA, Arlinda Rocha. *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Primeiros tempos, através dos documentos e pela voz de seus construtores*. Ribeirão Preto, SP; FUNPEC Editora, 2004.

MEDICI, A. C.. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil*; 47(2):149-56. 2001

MELLO, Guilherme Arantes. VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011, p.1131-1149

MENDES JR, Antonio, RONCARI, Luiz, MARANHÃO, Ricardo. Brasil, Sede da Monarquia Lusa in *Brasil História: Texto & Consulta. Volume 2: Império*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1977

MENDES, J.P. Expansão do Ensino Médico no Brasil e suas Repercussões. Seminário sobre Ensino Médico. Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, junho, 1979.

MENDES, José Dínio Vaz. Morbidade das Internações em 2012 no SUS do Estado de São Paulo. *Boletim Eletrônico Do Grupo Técnico De Avaliação E Informações De Saúde*. fevereiro/2013 ano 5 nº 19

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009.

NATIONAL SCIENCE FOUNDATION (NSF), New Clues Add 40,000 Years to Age of Human Species. Disponível em <http://www.nsf.gov/news/news_summ.jsp?cntn_id=102968>. Acesso em 17 de abril de 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais in *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social 60 anos de historia da previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1986, c1985. 356 p

OMS. Le Rôle de L'hôpital dans les programmes de protection de la santé. Serie de Rapports Techniques nº122. Genève, OMS, 1957

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2(2):167-183, abr/jun, 1986.

PORTER, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da Medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PRIORESCHI, Plinio. *A History of Medicine: Roman Medicine*. Omaha, Horatius Press, 2001. Disponível em <https://books.google.com.br/> Acessado em 19 de abril de 2015.

PROHASA – Indicadores Prohasa. São Paulo, ano XVII, vol 69, janeiro/março 2013.

RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital história e crise*. São Paulo, Cortez, 1993. 135 p..

ROSEN, George, *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. Tese de doutoramento. São Paulo, 2004.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira*, São Paulo, Hucitec, vol. 1, 1977

SANTOS FILHO, Lycurgo. *Medicina Colonial in História Geral da Civilização Brasileira Tomo 1, v ol 2 A Época colonial*. São Paulo Difusão Europeia do Livro, 1973.

SANTOS, José Sebastião dos. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em Modelo Nacional de Atenção hospitalar às Urgências. Mimeografado, sem data.

SANTOS, Lenir. Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. 2006, Disponível em: <http://www.idisa.org.br/>. Acesso em 10 jul 2015.

SIGERIST, H. E. – *A History of Medicine. Volume 2 – Early Greek, Hindu, and Persian Medicine*, 1961. Oxford University Press Inc.

SIMONS, Dione Alencar. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família. Tese de doutoramento. Recife: 2008, Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008simons-da.pdf>. Acesso em: 10 jul 2015.

SKIDMORE, Thomas E.. Fiker, Raul (trad). *Uma história do Brasil*. 4. ed. São Paulo, Paz e Terra, 2003. 356 p.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências Saúde - Manguinhos*, vol. VIII(2): 407-38, jul.ago. 2001.

SOURNIA. Jean-Charles. *História da medicina*. Instituto Piaget, São Paulo. 1992.

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. *Serviço Social & Saúde*. Campinas: vol4(4). 2005.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Ago 2007, vol.12, no.4, p.825-839. ISSN 1413-8123

VERAS, Renato Peixoto; RIBEIRO, Lúcia de Souza; LIMA, José Carlos de Souza. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. *Educ Med Salud* vol.17.Nº4, 1983

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808). 2012. 179 fl. Dissertação (Mestrado em História e Cultura Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Campus de Franca. 2012.

WANDERLEY, K.L. et al. Análise do processo de implantação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS in A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b.

WANDERLEY, K.L., MOREIRA, L.F.de S. A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil: o processo de contratualização in A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

YUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. Economia da saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

ZÖLLNER, Ana Cristina Ribeiro, SOUSA, Evandro Guimarães de. Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica. *Rev. Med. Res.* 13 (1) 1-80, 2011