

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Rayone Moreira Costa

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE
REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE
ENSINO: O CASO DE MINAS GERAIS**

RECIFE

2010

Rayone Moreira Costa

Análise do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: O Caso de
Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para a obtenção do grau de mestre em
Ciências.

Orientador: Sidney Feitosa Farias

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A837c Costa, Rayone Moreira.
Análise do programa de reestruturação dos hospitais de ensino:
o caso de Minas Gerais / Rayone Moreira Costa. — Recife: R. M.
Costa, 2010.
128f.: il, tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) –
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Dr. Sidney Feitosa Farias.

1. Hospitais de ensino. 2. Serviços de Saúde. 3. Planos e
programas de saúde. I. Costa, Rayone Moreira. II. Título.

CDU 364: 37

RAYONE MOREIRA COSTA

ANÁLISE DO PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE
ENSINO: O CASO MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para a obtenção do grau de mestre em
Ciências.

Aprovada em: 04 / 11 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.º Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Prefeitura de Belo Horizonte

Aos meus pais, razão de todo o meu ser.
Ao meu amor Júnior. Aos meus pretinhos:
Lulu, Bianca, Lucas, Maria Clara e Ana
Luiza. Ao amigo Áureo Almeida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, força e oportunidade.

A papai que partiu tão breve, numa viagem de dimensões infinitas, deixando saudades imensas, oportunidades perdidas de dias não vividos.

À mamãe, meu exemplo, minha rainha, minha deusa, pelo amor intenso e pela vida de dedicação.

Ao meu amor Júnior, companheiro permanente e incessante na minha caminhada longa e difícil, cheia de desafios e conquistas, coragem e desânimo, que marcaram a minha caminhada nesse sonho do Sistema Único de Saúde (SUS).

À minha musa inspiradora Maria Clara, pelo alívio e graça. E a sua mãe, minha irmã Ramonise, por compartilhar de forma tão intensa o seu carinho, doçura, alegria, enfim, sua vida. Amo vocês!

Ao meu orientador Sidney, por ter me acolhido e apoiado nos momentos difíceis. Por ter sido a luz nos momentos escuros da minha caminhada. Obrigado pelo carinho e respeito pelas minhas ideias.

Ao colega Brunno Carijo, pelo apoio imensurável no manejo e dados.

À banca avaliadora, pelas imensas contribuições dadas neste trabalho, que permitiu aperfeiçoa-lo. Um agradecimento especial ao Professor Garibaldi, por ter sido sempre acolhedor das minhas demandas e angústias, com respostas tão imediatas e suficientes, e ao amigo Helvécio Miranda Júnior, protagonista importante do SUS, e avaliador deste trabalho.

Ao Prof. Vitor Laerte, pelo apoio e orientação no princípio.

Ao Prof. Eugênio Vilaça Mendes, autor de referência deste trabalho, pela leitura atenta e pelas preciosas contribuições, no meu projeto de pesquisa.

À minha amiga e colega Dulci, pelo entendimento e compreensão no trabalho, e também aos meus colegas, Carol e Darlei pelo companheirismo e apoio, em especial ao colega Cezar pela ajuda imensa e paciência no tratamento das figuras.

Aos gestores e diretores hospitalares de Minas Gerais que autorizaram a realização deste estudo.

Despois de procelosa tempestade,
Nocturna sombra e sibilante vento,
Traz a manhã serena claridade,
Esperança de porto e salvamento;
Aparta o Sol a negra escuridade,
Removendo o temor ao pensamento.
[...] Camões (Os Lusíadas)

COSTA, Rayone Moreira. Análise do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: o Caso Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Introdução: O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, fundamentado no contrato de metas e resultados, foi criado em resposta a crise do setor, em 2004, que tinha na carência de recursos, o aspecto mais visível da crise, embora o cerne do debate situe na crise do modelo de atenção hegemônico e na dificuldade de integração com a rede do SUS. Este último aspecto abrigou a inquietação da autora e tornou o seu problema de investigação. **Objetivo geral:** Descrever e analisar o desenho do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, fazendo um paralelo com os resultados alcançados em Minas Gerais, no âmbito da atenção à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando como técnica principal o Estudo de Caso, apoiando-se também na análise de conteúdo e investigação avaliativa. O objeto estudado refere-se aos 12 Hospitais de Ensino de Minas Gerais contratualizados no âmbito do Programa. As categorias de análise envolveram o perfil assistencial, os indicadores de qualidade, o modelo de atenção e o desenho do Programa. **Resultados e Discussão:** O Programa apostou na mudança de financiamento com a fixação de recursos na média complexidade, o pagamento por alcance de metas qualitativas e o incremento de recursos de incentivo como medidas capazes de promover a mudança do perfil de produção, não atacando a centralidade do problema, visto que os desvios dos mecanismos de financiamento ocorrem nos procedimentos de maior custo. Os resultados demonstraram uma indução da demanda pela oferta em todos os níveis de complexidade, típico dos modelos de pagamento por produção, o que sugere a necessidade de repensar o modelo de financiamento. Os resultados demonstraram, também, que não houve melhoria significativa dos indicadores qualitativos. **Considerações finais:** O Programa tal como foi desenhado e implantado não tem conseguido provocar as mudanças de perfil e modelo de atenção, o que sugere a adoção de mudanças estruturais no sentido de romper com o modelo biomédico vigente, começando, por exemplo, com a reforma da escola formadora dos profissionais de saúde, principalmente a escola médica.

Palavras chaves: Programa de Contratualização dos Hospitais de Ensino, modelo de atenção, contratualização, hospital de ensino.

COSTA, Rayone Moreira. Analysis of the Restructuring Program of Teaching Hospitals: The Case of Minas Gerais. 2010. Dissertation (Professional Master in Public Health). Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

Introduction: The Program of Restructuring of Teaching Hospitals, based on agreement of goals and results, was created in response to crisis in the sector in 2004, it had the lack of resources, the most visible aspect of the crisis, although the focus of debate situated in the crisis of the hegemonic model of attention and difficulty in integration with the SUS network. This latter housed the concern of the author and became his research problem. **General Objective:** Describe and analyze the design of the Restructuring Program of Teaching Hospitals, paralleling the results achieved in Minas Gerais, in the context of health care. **Methodology:** This is a qualitative study using the technique as the main case study, is also supporting the content analysis and evaluative research. The object of study refers to 12 Teaching Hospitals in Minas Gerais contracted under the Program. The categories of analysis involved the profile of care, quality indicators, the model of care and the design of the program. **Results and Discussion:** The program has chosen to shift funding to the setting of intermediate complexity features, payment for achievement of goals and qualitative increase in resources to promote, as measures to promote the change of production profile, not attacking centrality of the problem, since the deviations of funding mechanisms occurring in higher cost procedures. The results showed an induction of demand by supply at all levels of complexity, typical models of payment for production, which suggests the need to rethink the funding model. Results also showed that there was no significant improvement of qualitative indicators. **Conclusion:** The program as designed and implemented has failed to produce the changes in profile and model of care, which suggests the adoption of structural changes in order to break the current biomedical model, starting, for example, with the reform school educator of health professionals, especially medical school.

Keywords: Program Contractualizing of Teaching Hospitals, health care model, contracting, teaching hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual da população de Minas Gerais, segundo faixa etária.....	75
Figura 2 - Percentual de internações em Minas Gerais por grupo de causas - CID10.....	76
Figura 3 - Mortalidade Proporcional (%) em Minas Gerais, por algumas causas selecionadas - CID10.....	77
Figura 4 - Distribuição dos Hospitais de Ensino por regiões dentro do PDR-MG.....	78
Figura 5 - Caracterização dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, segundo natureza e esfera administrativa.....	79
Figura 6 - Percentual dos leitos, geral e UTI, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.....	80
Figura 7 - Relação dos recursos, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, em 2009.....	85
Figura 8 - Variação da frequência e valor da produção SIA e SIH, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.	86
Figura 9 - Evolução da frequência da internação, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.....	87
Figura 10 - Evolução do valor da internação, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.....	87
Figura 11 - Evolução da frequência da produção ambulatorial, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.....	89
Figura 12 - Evolução do valor da produção ambulatorial, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.....	89

Figura 13 - Conjunto de indicadores de produtividade dos Hospitais de Ensino de MG, geral e por grupos, no período de 2004 a 2009.....	91
Figura 14 - Taxa de cesárea geral dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	92
Figura 15 - Taxa de cesárea por grupos dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	93
Figura 16 - Taxa de óbito geral dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	93
Figura 17 - Taxa de óbito por grupos dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	94
Figura 18 - Tempo Médio de Permanência geral dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	94
Figura 19 - Tempo Médio de Permanência por grupos dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	95
Figura 20 - Percentual de Pacientes Referenciados de outros municípios geral dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	95
Figura 21 - Percentual de Pacientes Referenciados de outros municípios por grupos, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, no período de 2004 a 2009.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos Hospitais de Ensino por ano de contratualização, esfera administrativa, natureza e porte, segundo o grupo de análise.....	60
Quadro 2 - Indicadores hospitalares relacionados ao perfil de produção dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, de 2004 a 2009.....	63
Quadro 3 - Indicadores hospitalares relacionados à qualidade.....	64
Quadro 4 - Diretrizes para a estratégia de atenção entre Hospitais de Ensino e gestores do SUS.....	71

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - População residente por macrorregiões de Minas Gerais, em 2009.....	75
Tabela 2 - Percentual de leitos SUS e UTI dos Hospitais de Ensino com relação ao seu município e Estado.....	79
Tabela 3 - Frequência de alguns tipos de internações selecionadas, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.....	81
Tabela 4 - Frequência de alguns tipos de consultas especializadas selecionadas, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.....	82
Tabela 5 - Frequência de cirurgias SIA e SIH, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.....	83
Tabela 6 - Frequência de transplantes realizados, do período de 2004 a 2009, e a lista de espera em 2006 dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.....	84
Tabela 7 - Frequência e valor das internações realizados, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais	87
Tabela 8 - Frequência e valor da produção ambulatorial, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais	88
Tabela 9 - Evolução dos recursos de IAC nos contratos dos HEs de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.....	97
Tabela 10 - Variação dos recursos contratualizados em 2004 e 2008, do Hospital das Clínicas da UFMG.....	98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 Definição e Tipologia Hospitalar.....	23
2.2 A Criação do Hospital e a Consolidação do Modelo Hospitalocêntrico.....	26
2.3 Modelos de Atenção à Saúde: Desafios e Perspectivas.....	31
2.4 Cenário, Papel e Tendências da Atenção Hospitalar.....	40
2.5 A Gestão do Poder no Hospital.....	44
2.6 Características Singulares do Setor Saúde.....	48
2.7 O Modelo de Contratualização e a Nova Gestão Pública.....	51
3 METODOLOGIA	57
3.1 Desenho do Estudo.....	57
3.2 Delimitação do Objeto do Estudo.....	59
3.3 Fonte e Coleta dos Dados.....	60
3.4 Caminhos da Pesquisa.....	61
3.5 Plano de Análise.....	62
3.6 Limitações do Estudo.....	64
3.7 Considerações Éticas.....	65
4 RESULTADOS.....	66
4.1 Descrição e Caracterização do Programa.....	66
4.1.1 <u>Antecedentes e Marco Legal</u>	66
4.1.2 <u>Caracterização e Análise do Desenho do Programa</u>	70
4.2 Os Hospitais de Ensino no Contexto da Saúde do de Minas Gerais.....	74
4.3 Perfil de Produção dos HEs de Minas Gerais.....	80
4.3.1 <u>Principais Atendimentos Realizados</u>	80
4.3.2 <u>Produção por Nível de Complexidade</u>	84
4.3.3 <u>Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar</u>	90

5 DISCUSSÃO.....	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICES	126
APÊNDICE A – Relação de Portarias Referentes à Contratualização dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.....	126
APÊNDICE B – Frequência e valor de internações, segundo grupo de análise, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.....	127
APÊNDICE C – Frequência e valor segundo da produção ambulatorial, grupo de análise, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.....	128

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho analisa o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, em Minas Gerais, focalizando o eixo de atenção à saúde. O problema de investigação nasceu da inquietação da autora, quando atuava como consultora da Coordenação de Atenção Hospitalar no Ministério da Saúde, e, também, como certificadora desses hospitais, entre 2007 e 2009, ao observar a insubordinação dos Hospitais de Ensino às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo sendo financiados, quase que totalmente, por verbas públicas. Essa percepção era explicitada, pelas falas dos gestores, dos alunos, dos professores e principalmente, pelas falas dos usuários do SUS, manifestada pela dificuldade do atendimento, durante as visitas *in loco* nesses hospitais.

Outra questão que passou a reforçar esse olhar foi o não cumprimento, pela maioria dos hospitais do país, das metas físicas pactuadas na média complexidade, em uma primeira análise referente ao ano de 2007, muito embora os recursos estivessem, relativamente, garantidos na ornamentação dos contratos, dependendo, exclusivamente, da capacidade de monitoramento e regulação do gestor do SUS.

O acúmulo de experiência, somado ao trabalho no Ministério da Saúde e aos anos anteriores de militância no SUS, em áreas estratégicas da gestão municipal da saúde em Minas Gerais, passou a ser decisivo para a definição do escopo e o local da pesquisa. Enquanto, o tema provocou e “escolheu” a autora, o local surgiu, espontaneamente, no seu imaginário, sem esforços, como um compromisso com seu passado no SUS, naquele estado. Aqui se revela claramente, a implicação da autora com o tema e com o objeto estudado, sem reservas do distanciamento imposto pela ciência positivista, que coloca a autora como parte integrante do processo.

Retomando ao problema aqui tratado, ou seja, a falta de inserção dos hospitais aos sistemas de saúde, destacamos que este problema é vivenciado em todo o mundo, embora nos países desenvolvidos essa lógica tem se modificado gradativamente.

Mckee e Healy (2002) lembram que, historicamente, esses hospitais se desenvolveram de forma desarticulada com as necessidades de saúde

locorregionais e com o perfil epidemiológico das populações, apoiados em uma concepção própria e na visão de ensino dissociada da atenção à saúde. Para esses autores a insubordinação dos hospitais de ensino ao sistema de saúde é percebida, principalmente, pelo descompasso entre as demandas, as ofertas de serviços e o isolamento com relação à rede assistencial. São considerados pontos de atenção isolados, pois centram suas práticas nos interesses dos especialistas, criando assim uma clientela cativa.

Tais hospitais foram idealizados por Flexner e normatizados em 1910, com o objetivo de impulsionar o projeto de reforma da educação médica nos Estados Unidos, articulando a assistência, o ensino e a pesquisa segundo os cânones da medicina científica, surgida na transição entre os séculos XVIII e XIX. A partir daí, esses hospitais passaram a servir como espaço para a produção e reprodução de um modelo técnico-assistencial hospitalocêntrico, voltado para tratamento clínico de pacientes individuais, cujo paradigma, nos tempos de hoje, tem sido questionado diante dos imensos desafios colocados ao setor saúde. Esse modelo encontra respaldo no imaginário coletivo, pela eficácia aparente e relativa de seus atos e se mantém dominante pela capacidade de aglutinar interesses econômicos e políticos das corporações empresariais e profissionais de saúde (CARAPINHEIRO, 1993; POLACK, 1917).

Nesse contexto, a centralidade do modelo hospitalar passou a ser amplamente discutido, pela sua ineficiência na forma de prestação de serviços hospitalares e seu caráter excludente para atender às demandas de saúde da população, principalmente, quando considerados os desafios epidemiológicos e demográficos, bem como a elevação dos custos a níveis insustentáveis (RODRIGUES, 1999), em uma conjuntura mundial de redução das receitas públicas e as possibilidades de gastos.

No caso do Brasil, o modelo de atenção de base hospitalar, também se revela como um dos aspectos estruturais para o problema da falta de articulação dos Hospitais de Ensino (HEs) com relação à rede. Ao refletir sobre o tema, Cecílio (1997) apresenta críticas ao atual modelo, ao mesmo tempo, que revela os sinais de fracasso no caso brasileiro. Primeiro salienta que atenção básica não tem conseguido se tornar a porta de entrada preferencial, permanecendo ainda os serviços de urgência e emergência e os ambulatórios especializados dos hospitais, o problema mais evidente com a superlotação e as filas por atendimento. A grande

maioria dos atendimentos nas emergências é passível de atenção básica, cuja demanda mistura com os pacientes que não deveriam estar ali. Essa distorção ocorre também nas consultas especializadas.

Outra questão se refere à dificuldade do acesso ao serviço especializado e a demora pelo atendimento, uma vez que o número de consultas disponibilizadas é menor que as necessidades. Os ambulatórios especializados mantêm uma “clientela cativa” que deveria ser acompanhada na atenção básica. Os médicos da rede se livram dos pacientes encaminhando-os para os especialistas. E por fim, a dificuldade para conseguir acesso às cirurgias eletivas.

Destacamos ainda, que os hospitais de ensino vivenciaram ao longo de sua trajetória de construção múltiplas crises interligadas e de caráter recorrente, que atualmente podem ser entendidas como parte da própria crise que acomete o Sistema Único de Saúde, que, aliás, teve início antes mesmo da sua criação, passando a ser, portanto, um desafio sistêmico a ser enfrentado.

Além da falência do modelo de atenção, outras dimensões de cunho organizativa, de gestão, de recursos humanos e de articulação, como a rede de ensino e de financiamento, se destacam na percepção da crise dos hospitais de ensino no Brasil. A discussão desses aspectos faz parte da contextualização do problema dessa dissertação.

A reflexão inicial parte da análise da insuficiência de recursos para os Hospitais de Ensino (HE), aspecto mais visível da crise, é entendida como um problema do desfinanciamento crônico do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), que vem acompanhando-o desde sua criação, resultante de conjunturas macro-econômicas e políticas, pois os vinte anos de vigência da Constituição de 1988 “coincidem com a implantação definitiva do neoliberalismo e da hegemonia da acumulação financeira em várias partes do mundo e em especial na América Latina” (GENTIL; MARINGONI, 2008). Aliás, esse problema tem sido apontado como o principal impasse para a consolidação do SUS.

Da mesma forma, Santos (2007) nos lembra, com muita propriedade, que o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), na contracorrente do liberalismo, é o marco histórico das grandes e constantes ameaças da área econômica, sendo que a década de 1990 foi marcada por grandes artifícios, tais como, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), somados à Reforma do Estado, baseados na ideologia do “Estado Mínimo”,

que impediram de fato a consolidação do SUS, conforme prevê a Constituição Cidadã. Nessa perspectiva, a crise dos HE está imbricada com a crise do sistema de saúde e proteção social, que nos últimos 20 anos tem enfrentado restrições de financiamento decorrente de políticas de ajustes assumidas pelos governos que adotaram políticas de orientação neoliberal, ou seja, redução de gastos públicos para promover ajuste fiscal para pagamento de dívida pública.

No tocante as formas e mecanismos de financiamento, a insuficiência crônica dos recursos para investimentos e o custeio condicionado ao pagamento de produção por atos médicos, representa graves distorções e produz consequências indesejáveis sobre as formas de organizar as ações assistenciais (VASCONCELOS, 2002). Além disso, o tema do financiamento é pensado também como um resultado das pressões do mercado médico-industrial e da própria ciência. É, portanto, parte da crise que afeta a prática médica e os sistemas de saúde ocidental, em que a lógica do mercado e interesse do complexo médico industrial, apoiados na racionalidade instrumental da Ciência e no uso de tecnologias sofisticadas, têm condicionado a organização das práticas e dos modelos de atenção à saúde, onde o equilíbrio econômico torna-se cada vez mais difícil frente a uma “inflação médica incontrolável”.

O *aspecto assistencial* é revelado pelo acesso dificultado aos serviços de saúde, expresso pelas filas intermináveis e demora no atendimento. A referência à qualidade da assistência e à resolutividade reflete sobre o modelo de atenção e o perfil assistencial para a média e alta complexidade. Os cuidados à saúde ficam pautados nos procedimentos técnicos e na fragmentação do cuidado. É esse modelo que orienta a formação dos profissionais que atuam na área da saúde no SUS. Daí entende-se a dimensão educacional da crise, expressa pelo descompasso entre os que ensinam e os que são ensinados, e que precisam do Sistema Único de Saúde (SUS), o que favorece a reprodução do modelo hospitalocêntrico e médico centrado (MACHADO, 2000).

No *aspecto organizativo*, observa-se a inadequação do modelo burocrático e hierárquico para articular os múltiplos serviços e o tamanho e a complexidade da organização. Sua vinculação à Universidade é um elemento adicional na redução da autonomia decisória e na capacidade de governo, produzindo um “engessamento” burocrático da organização gerencial. Consequentemente, a falta de autonomia e amarração burocrática em gerenciar os

recursos ocasionaria a baixa eficiência na utilização dos recursos. Em reposta, tem se buscado a utilização de organismos paralelos para flexibilizar o gerenciamento dos recursos, através da criação ou adoção das Fundações de Apoio (VASCONCELOS, 2002).

Da mesma forma, a dimensão gerencial não pode se reduzir apenas na baixa eficiência e eficácia na utilização dos recursos, pois poderiam se superados com introdução de tecnologias de qualidade total. Ela é pensada como a falência de um modelo de organização hierárquica e centralizada, baseada na concepção de poder, na departamentalização de funções e na rigidez burocrática das normas, já em superação no campo empresarial. A gestão é pensada em termos de “superação do modelo baseado no controle e na disciplina”, que almeja lidar com as pessoas como coisa, negando sua condição de sujeito e reduzindo-o à condição de objeto (CAMPOS, 2000).

Outro aspecto se refere à *escassez de pessoal* permanente para o desempenho das ações assistenciais de ensino que limita a oferta de serviços e potencialidades do Hospital. No terreno da *gestão de pessoas*, a autonomia absoluta entre docentes médicos e o controle rígido e disciplinar de algumas categorias dos servidores, em particular os terceirizados, dificulta a mudança e gestão do processo de trabalho. Logo, a governabilidade fica limitada às funções de apoio e as práticas assistenciais geridas pelas lógicas profissionais. Predomina assim, uma racionalidade gerencial na sociedade, baseada na separação entre o saber e o fazer, o planejamento e a ação, que tenta subtrair a autonomia dos trabalhadores, reforçando a alienação e o descompromisso com os resultados do trabalho assistencial (CECÍLIO, 1999). Segundo Paim (2009), outro problema relacionado aos profissionais de saúde refere-se à duplicidade de vínculos em instituições públicas e privadas. No caso dos especialistas, essa dupla inserção ou “dupla militância” trás consequências para a gestão da saúde, pois “muitos querem reproduzir nos serviços públicos a lógica do setor privado, em que cada médico ou procedimento tem um preço, tabelado ou fixado pelo mercado”.

Todas estas questões têm suscitado reivindicações que se desdobraram em iniciativas governamentais ao longo das últimas quatro décadas, sempre marcadas pela provisoriedade (CUNHA et al., 1991). No início desta década, por exemplo, os problemas enfrentados pelos Hospitais de Ensino ganharam visibilidade por parte da mídia e destaque entre os formuladores de políticas

públicas e profissionais, levando a um amplo debate sobre a natureza da crise, conforme debatemos, tendo no financiamento o aspecto mais aparente. Esse debate foi institucionalizado a partir da criação da Comissão Interinstitucional, em 2003, que envolveu vários atores representativos dos diversos ministérios, conselhos, estudantes, docentes, dentre outros. Neste sentido, foi proposta a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, em 2004, pelo Ministério da Saúde, que levou em consideração o triplo papel desempenhado pelos HE para a reorganização da rede hospitalar de ensino, com foco na inserção dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa se estruturou em quadro dimensões específicas: ensino, pesquisa, gestão e assistência. Apostou-se na contratualização de metas físicas e qualitativas, instrumento da Nova Gestão Pública, e na mudança parcial do mecanismo de financiamento como estratégias capazes de promover a inserção dos Hospitais de Ensino no SUS. A institucionalização dos contratos de metas significou a oportunidade aos gestores do SUS em definir exatamente a sua demanda. No financiamento, a proposta se baseou, principalmente, na fixação de recursos da média complexidade e atenção básica e no pagamento variável ao cumprimento de metas qualitativas, com a incorporação de novos recursos na forma de incentivos.

É diante das considerações apresentadas, no que se refere à crise dos Hospitais de Ensino e a solução apresentada para essa crise, que foi a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, que levantamos a seguinte questão norteadora: os mecanismos adotados pelo Programa estão sendo suficientes para induzir a inserção e qualificação dos Hospitais de Ensino no SUS, tomando como o caso específico o estado de Minas Gerais?

Na solução desse questionamento, apontamos a necessidade de mudanças estruturais envolvendo o modelo de atenção, começando com a escola formadora, além de revisão do desenho do programa, no que pese o modelo de financiamento. Nossa hipótese é de que o Programa, tal como foi desenhado e implementado, tem suas potencialidades reduzidas para atingir os objetivos pretendidos, pois o mecanismo de mudança proposto não atacou o cerne da questão que são os procedimentos de maior custo, no caso, a alta complexidade e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (Faec). No que concerne aos contratos, salientamos a necessidade de mudanças dentro e fora da instituição, apoiada na capacidade de regulação e de monitoramento do gestor. Sem isso, o

contrato passa a ser apenas um instrumento cartorial sem significar o empoderamento de fato do gestor, que possa ser traduzida em uma mudança concreta.

Feitas essas considerações, o objetivo geral desse trabalho é descrever e analisar o desenho do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, fazendo um paralelo com os resultados alcançados em Minas Gerais, no âmbito da atenção à saúde. Os objetivos específicos decorrentes podem, portanto, ser enunciados como:

a) Analisar se os objetivos implícitos do Programa estão sendo alcançados, no que pese a mudança do perfil de produção hospitalar e o papel institucional, visando à inserção dos hospitais de ensino na rede SUS e a mudança do modelo de atenção;

b) Identificar se o modelo de contratualização de metas e resultados adotado tem provocado a melhoria dos indicadores de qualidade e mudança no perfil de produção, no período considerado; e

c) Identificar os recursos de Incentivo à Contratualização (IAC) incorporados nos contratos e a relação com a qualificação do hospital.

Portanto, esse estudo visa subsidiar a gestão local e a reflexão por parte do órgão idealizador do mesmo, quanto aos resultados do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais. O conhecimento desses resultados, por meio do perfil de produção e dos indicadores, é base fundamental para se pensar se os objetivos implícitos do Programa estão sendo alcançados e assim refletir sobre sua operacionalização, o que justifica o atual estudo. A relevância do tema nos dias atuais se dá pelo papel estratégico dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, tanto na rede assistencial, quanto no papel formador, que tem implicações diretas sobre o cuidado, as formas de prestação de serviços e o modelo de atenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise feita nesse trabalho demandou a busca sistemática de uma rede de conceitos, construções históricas e teorias, capazes de compreender a complexa relação do hospital de ensino com os serviços de saúde, refletida no seu perfil assistencial e indicadores de qualidade, que serão examinados neste estudo.

Para isso, buscamos abordar os diversos temas da literatura, que dialogam com o objeto proposto, no sentido de fundamentar as discussões que serão suscitadas. Didaticamente, este referencial teórico foi organizado em seções específicas e complementares, iniciando pela definição e tipologia hospitalar, e posteriormente são apresentados o processo de criação do hospital e o processo de consolidação do modelo de atenção hospitalocêntrico. Em seguida, apresentamos os conceitos e as características dos modelos de atenção e nas seções seguintes, discutimos sobre as especificidades do setor saúde e a gestão do poder no seio do hospital. Por fim, apresentamos o tema da contratualização e sua inserção na reforma do Estado brasileiro.

2.1 Definição e Tipologia Hospitalar

Nesta seção abordamos os principais conceitos de hospital e sua classificação adotada contemporaneamente, com objetivo de definir o objeto estudado nessa dissertação.

A indicação da palavra hospital origina-se do latim *hospitalis*, que significa "ser hospitaleiro", acolhedor, aquele que dá agasalho, que hospeda. O termo surgiu do primitivo latim e se difundiu por diferentes países. No início da era cristã, a terminologia mais utilizada relacionava-se com o grego e o latim, sendo que hospital tem hoje a mesma concepção de *nosocomium*, lugar dos doentes, asilo dos enfermos.

Os conceitos apresentados na literatura se diversificam muito. Para Braga Neto (2008), os hospitais são estabelecimentos complexos que tem como

característica comum e singular o tratamento de pacientes internados em leitos durante as 24 horas por dia.

McKee e Healy (2002) reconhecem essa função central, entretanto advertem que a função do hospital não pode ser reduzida apenas a dimensão de tratamento, pois uma análise apenas sob essa ótica seria equivocada.

A Organização Mundial de Saúde (1957) trás o conceito amplo de hospital, que transcende as atividades meramente curativas, para uma concepção que abriga a cura e a prevenção de forma integrada, considerando ainda a interligação com os outros serviços de atenção e a própria família, além de considerar o hospital como espaço de ensino. Vejamos:

O Hospital é uma parte integrante da organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar a população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva e cujos serviços externos irradiam para o ambiente familiar; e o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1957).

O Hospital de Ensino é, pois, um espaço que oferece serviços de apoio ao sistema de saúde dentro de um contexto regional, e que agrega atividades de ensino e de pesquisa. Além disso, o hospital pode se constituir em importante empregador local e desempenhar muitos papéis sociais (MCKEE; HEALY, 2002).

Para esses autores, os Hospitais de Ensino (HE) são componentes estratégicos no sistema de saúde, pois abrigam uma tríade considerada indissociável que são: o ensino, a pesquisa e a assistência. Assim, supõe-se que um sistema de saúde não pode existir sem profissionais que tenham o conhecimento adequado, gerado por meio da pesquisa, ao tempo que, o ensino e a pesquisa necessitam das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento.

Esse triplo papel confere aos Hospitais de Ensino um custo superior com relação àqueles apenas assistenciais, pois o processo de aprendizagem demanda mais tempo, insumos e recursos humanos de assistência e de ensino, tornando-os mais caros. Caldas (2008) lembram ainda que esses hospitais representam uma parcela importante do gasto total com a saúde, pois ao agregarem alta tecnologia no ensino e pesquisa, o custo do atendimento duplica. São, portanto, hospitais de custos elevados, mantidos em sua maioria, por verbas públicas.

Ao longo do século passado, a assistência médico-hospitalar tornou-se muito complexa e especializada. Os estabelecimentos se diversificaram, resultando em vários tipos de hospitais quanto ao tamanho, à função, o tipo de atendimento, podendo sobrepor a sua classificação. Podem ser hospitais de grande, médio ou pequeno porte; gerais ou especializados; hospitais de pesquisa, hospitais regionais, hospitais de ensino, etc. O hospital, portanto, refere-se a um conjunto heterogêneo de estabelecimentos de saúde, de portes diferentes que podem oferecer uma gama de serviços e atividades e desempenhar funções distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde (BRAGA NETO, 2008).

Existe, no contexto nacional e internacional, um sistema de classificação de hospitais que utiliza tipologias específicas, não excludentes, de acordo os seguintes critérios (BRAGA NETO, 2008; MCKEE; HEALY, 2002):

1) *porte dos estabelecimentos*: hospitais de pequeno porte (até 50 leitos); hospitais de médio porte (de 51 a 150 leitos) hospitais de grande porte (de 151 a 500 leitos), e hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos);

2) *perfil assistencial dos estabelecimentos*: por exemplo, os hospitais de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de pesquisa e ensino;

3) *nível de complexidade*: hospital de nível secundário, terciário e quaternário;

4) *papel do estabelecimento na rede de saúde*: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional;

5) *permanecia*: hospital dia, média permanência e longa permanência; e

6) a *governança*: natureza (privada, federal, estadual e municipal) e esfera administrativa (entidade beneficente sem fins lucrativos, administração indireta autarquia, fundação pública, fundação privada, etc).

Ressalta-se que a complexidade está relacionada com a concentração tecnológica de um dado serviço, podendo ser classificada quanto às especialidades disponíveis ou aos tipos de tratamentos ofertados.

2.2 O Processo de Criação do Hospital e a Consolidação do Modelo Hospitalocêntrico

Nesta seção, apresentamos o processo histórico de criação e conformação do hospital como espaço privilegiado para a assistência, bem como o processo de inversão hierárquica no seio do hospital, com a tomada do poder das ordens religiosas pelos médicos.

O hospital é uma instituição antiga na história da humanidade. Ao longo de sua trajetória secular, ele vem se modificando, de um lado, por influências sociais, políticas e econômicas, por outro lado, pelas grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica.

O papel social dos hospitais de prestar assistência aos pobres e enfermos antecede a sua criação. Os registros mais antigos sobre o aparecimento do hospital remontam aos primeiros séculos da era cristã, durante o Império Bizantino, mais precisamente o início do século IV d.C, com a conversão do imperador Constantino ao Cristianismo. Esse processo ocorreu no momento em que vigorava a crença nos milagres de cura realizados por Cristo e dos atos de caridade dos cristãos. Nesse contexto, os hospitais surgem associados às ordens religiosas e funcionam sob a sua tutela e orientação. Nessa época recebiam o nome de “Casa de Deus” ou “Casas de Misericórdias” (BRAGA NETO et al., 2008).

A missão dos hospitais na época não era a cura física dos doentes. O seu componente religioso, divorciado da medicina, pretendia mais a salvação espiritual dos homens do que a cura, isto é, o seu papel primordial era o de transição entre a vida e a morte, por isso mesmo eram chamados de “morredouro”, o lugar onde morrer. Ao mesmo tempo, esses hospitais cumpriam outra função que era de segregação social, à medida que os doentes e os pobres eram recolhidos do convívio em sociedade, para não provocarem ameaças à coletividade.

Foucault (1979) lembra que as instituições hospitalares na Europa, durante a idade média “eram importantes e essenciais na vida urbana do ocidente, mas não era uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar”. Essas duas correntes andaram, paralelamente, até o século XVIII. Quem prestava cuidados aos doentes e pobres eram os religiosos e leigos que

estavam no hospital para fazer uma obra de caridade que lhes assegurava a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação espiritual do pobre no momento da morte e a salvação daqueles que cuidavam dos pobres no hospital. Até aí, a medicina não aparecia no hospital.

A prática médica, nesse momento, compreendia o conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas, e a experiência hospitalar era excluída da formação médica. A intervenção médica na doença era organizada em torno da noção de crise pela observação dos sinais e evolução da doença. A cura se dava no campo de batalha entre a natureza e a doença, pois os conhecimentos médicos eram influenciados pela botânica. O grande médico realizava consultas privadas e seu prestígio e poder advinham das curas espetaculares. O médico que, às vezes, era chamado às instituições hospitalares, como uma justificativa social, era o pior dos médicos.

A partir do século XVIII, mais precisamente em torno de 1780, o hospital apresenta-se como instrumento terapêutico com o propósito de curar, a partir do novo olhar advindo das observações sistemáticas e comparando-se aos hospitais da Europa, provenientes de viagens-inquérito, com o destaque de nomes como o inglês Howard e o francês Tenon. É nesse momento que há uma apropriação do hospital pela medicina, quando se constitui uma medicina hospitalar ou um hospital médico. A forma de claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o espaço hospitalar, é banida sem proveito de um espaço que deve ser organizado segundo a lógica dos cuidados médicos. Assim, o hospital passa a ser concebido como local de cura em que a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico. O médico organiza a distribuição física, o arejamento, o regime alimentar, as bebidas etc., pois todos são considerados fatores de cura. Dois aspectos se destacam nesse processo: a transformação do sistema de poder no interior do hospital e a responsabilidade pelo seu funcionamento econômico. Agora, a presença do médico se afirma e se multiplica (SINGER, 1981).

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta segundo Foucault (1979, p.110):

[...] no ritual de visita, desfile quase religioso que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente, seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos e enfermeiras etc. Essa codificação ritual de visita, marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos dos hospitais do século XVIII, em que diz onde cada pessoa deve ser colocada, que o médico deve

ser anunciado por um sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.

O primeiro fator que levou a essa busca de mudança do hospital como espaço terapêutico médico foi a tentativa de anulação dos efeitos negativos do hospital, com o objetivo de evitar que as doenças se espalhassem na população e provocassem desordem econômica.

O segundo fator pode ser atribuído ao papel das guerras, com a aplicação de uma tecnologia própria do exército: a disciplina. Com o surgimento do fuzil, já no final do século XVII, surge a necessidade de treinamento dos soldados. Dessa maneira há uma elevação dos custos do exército para torná-lo mais técnico. Daí a preocupação para não deixá-lo morrer por motivo de doença, em epidemias, ou por ferimentos que o deixariam incapacitado para ação futura (LISBOA, 1993). Os hospitais da marinha e depois o civil, devido seu papel estratégico no tráfico de mercadorias e o alto custo dos soldados, foram os primeiros a se reorganizarem em função da disciplina. Dessa forma, a mudança no hospital como espaço de cura, não ocorreu em função de uma técnica médica, mas em função da disciplina advinda da guerra.

A articulação de técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio resultou em três características importantes: a valorização do espaço de localização do hospital e sua arquitetura; a transferência de poder dos dirigentes religiosos para os médicos, e por fim a sistematização de registros de informações como prática de produção de conhecimento e espaço de formação e transmissão do saber. No contexto das profundas mudanças sociais, econômicas e culturais, no momento da Revolução Industrial, a responsabilidade de assistência aos pobres torna-se uma responsabilidade do Estado e das cidades. A prestação de cuidados pouco a pouco, também, deixa de ser uma atribuição exclusiva da igreja (ROSEN, 1979).

O século XIX marca o início do período de grande progresso científico e tecnológico, nos diversos campos do conhecimento da ciência pública, física, química, e mais tarde da bioquímica e microbiologia que irão entrelaçar a instituição hospitalar com a medicina moderna. O Hospital é consagrado como espaço de excelência da prática médica.

Os avanços da Escola de Paris, no campo da anatomia, permitiram maior aproximação dos médicos com as cirurgias. Além disso, são incorporados novas

técnicas e instrumentos para exames físicos. Posteriormente, as mudanças médicas passam por franca especializações e a enfermagem passa por mudanças importantes, após o sucesso de Florence Nightingale na Guerra da Criméia. São descobertas novas substâncias anestésicas que favorecem as cirurgias de maior complexidade. Destacam-se as descobertas da teoria microbiana de Pasteur e Koch, que além de descobrirem a etiologia das doenças infecciosas, ampliam os caminhos para os estudos das vacinas e dos laboratórios. E por fim, outra grande inovação dessa época foi a descoberta do Raio-X (FRIDMAN; FRILAND, 2006). Em consequência disto:

[...] pela primeira vez a gente rica começou a solicitar os serviços hospitalares a conselho de seus médicos. Os hospitais mudaram de objetivo e, em consequência, de clientela: de abrigo para os que dependiam da caridade pública passaram a ser o centro onde se dispensavam cuidados médicos". (SINGER et al., 1981, p. 29).

Em 1910, o cenário médico-social sofre grandes transformações a partir dos estudos de Abraham, que propôs um novo direcionamento dos hospitais e formação médica segundo os cânones da medicina científica. Esses estudos pretendiam além dar resposta aos problemas sanitários da época (doenças infecciosas, aumento da pobreza e inchaço desordenado do meio urbano) que atingiam fortemente crianças, adolescentes e adultos jovens, subtraindo-lhes preciosos anos de vida, responder também aos anseios dos empresários norte-americanos, preocupados com a garantia da produtividade industrial por meio de melhoria das condições de saúde da força de trabalho (RODRIGUES, 1999).

A Reforma de Flexner, sintonizada com a concepção científica dominante em sua época, descrevia o corpo humano à semelhança de uma complexa máquina artificial, cujas partes, formadas por tecidos e órgãos, deviam receber uma abordagem científica e especializada. Por isso, entre outras medidas, preconizava-se a inclusão da pesquisa nos programas de ensino médico; a fragmentação do currículo em disciplinas específicas de acordo com a segmentação do organismo e treinamento clínico dos estudantes em hospitais filiados às faculdades de medicina (BRAGA NETO et al., 2008).

Em pouco tempo cresce de forma vertiginosa o número de hospitais e a medicina conquista de vez sua legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar uma nova imagem junto à população, ao invés de pavor, as pessoas passaram a

desejar a assistência prestada no hospital. Encontram-se desse modo, configuradas as bases do modelo de atenção à saúde que iriam predominar durante o século XX (BRAGA NETO et al., 2008).

Do período compreendido do pós-guerra aos anos 70, os hospitais viveram a “era de ouro” em função de reflexos das políticas públicas do *Welfare States*, que tinha como premissa a expansão e universalização do acesso à saúde. No decorrer desses anos, a Europa reconheceu a saúde como direito do cidadão e desenvolveu sistemas nacionais de saúde para garantia universal e gratuita, com a ampliação de várias modalidades de seguradoras.

Conseqüentemente, a expansão dos serviços na área de saúde levou a um aprofundamento de um modelo de atenção à saúde de base hospitalar, já internacionalmente consagrado. São criados grandes hospitais de edificação arrojadas, que abriga grande número de leitos, de especialistas e de equipamentos.

O hospital passa a exercer um papel destacado na atenção à saúde, sobretudo com o emprego de conhecimentos advindos da medicina militar tais como: a penicilina, a transfusão sanguínea e as novas cirurgias (MCKEE; HEALY, 2002). Em contrapartida, o modelo hospitalocêntrico acarreta um crescimento enorme e incessante dos custos assistenciais.

A preocupação com o financiamento suscitou a necessidade de melhoria da gestão coerente com o número e tamanhos dos hospitais criados. Rosen (1979, p. 369), destaca que:

[...] à medida que o hospital aumentava em tamanho e complexidade, que o desenvolvimento da medicina exigia o uso de equipamentos custosos, que as condições sociais e econômicas em mudanças alteraram o financiamento da atenção médica e criavam novos padrões de utilização hospitalar, as relações organizacionais dentro do hospital foram perturbadas e tornaram-se instáveis [...].

Medidas de modernização gerencial dos hospitais passam a ser debatidas e experimentadas, no entanto, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a introdução de mudanças mais radicais no âmbito da assistência, só irão tomar corpo no final da década de 1970, com a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde (1978) na cidade de Alma Ata (RODRIGUES, 1999), que discutiremos à frente.

2.3 Modelos de Atenção à Saúde: Desafios e Perspectivas

Tratamos aqui dos aspectos conceituais relacionados aos modelos de atenção à saúde, bem como o processo de construção histórica do modelo brasileiro, a fim de aprofundar o nosso entendimento sobre o tema, por ser uma categoria considerada nesse estudo.

Segundo Paim (2008), o modelo de atenção é orientado por uma lógica própria que emerge de racionalidades que conduzem as ações. Na ciência, o termo “modelo de atenção” significa uma representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação de serviços, que requer a adoção de tecnologias ou meios de trabalho em uma situação concreta.

Da mesma forma, Silva Júnior e Alves (2007) dizem que o modelo assistencial se refere ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Os autores consideram que existem diversos modelos assistenciais, em todo o mundo, calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época e nas escolhas políticas e éticas, que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Por esse motivo, ressaltam que não há modelos certos ou errados, ou receitas prontas.

No Brasil, vários modelos de saúde foram construídos em diferentes momentos da história. O início da República, por exemplo, é marcado por campanhas sanitárias para lutar contra as epidemias (febre amarela, varíola e peste) que assolavam o país no início do século. Esse tipo de ação transformou-se em uma política de saúde pública importante, para os interesses da economia agroexportadora daquela época, e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate as endemias e as epidemias.

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa trabalhadora urbana, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram,

junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), regulamentadas pelo Estado em 1923.

A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação, por meio de programas verticais específicos dirigidos aos pobres, com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. O modelo de medicina era voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. É chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano o fundamento à reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá.

Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários. Nos anos 50, outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos IAPS, formando novos institutos e, conseqüentemente, novos serviços foram inaugurados para assistir os respectivos trabalhadores e seus dependentes.

A instauração do governo militar, no ano de 1964, determinou novas mudanças. Unificou os IAPS no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas manteve o foco na assistência à saúde individual. Além disso, expandiu-se o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, o que serviu para expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos, o que não garantiu a excelência na assistência à saúde.

Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Essa década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma delas se referiu a pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu em vários países desenvolvidos concomitantemente. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer.

Destaca-se ainda a incorporação tecnológica em saúde, diferentemente de outros setores, não é substitutiva e nem poupadora de mão-de-obra. Além disso,

essa incorporação, em muitos casos, ocorre de forma especulativa, ou seja, produtos e medicamentos, muitas vezes sem utilidade claramente definida, passam a substituir os medicamentos tradicionais, aumentando o custo dos tratamentos, sem vantagens adicionais, o que reproduz a chamada inflação médica é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da economia. Destaca-se, ainda, um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens de última geração, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos (MERHY, 1997).

Outro ponto que evidencia os limites da biomedicina é a iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde, uma vez que quanto mais cara, maior é a dificuldade de acesso para as populações com condições econômicas precárias, cujas demandas são as maiores dos serviços de saúde. Entretanto, a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Nesse contexto dos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta as questões anteriormente mencionadas. As contribuições de Arouca (2003), na sua tese “O Dilema Preventivista,” defendida em 1975, marcam a formulação de certas bases teóricas, ideológicas e políticas, que serviram de referência ao Movimento Sanitário. Essas bases dão pistas para um novo modelo de atenção, com a mudança do enfoque do cuidado médico para além da cura, envolvendo abordagens que implicam na responsabilização do médico pelo paciente e sua família, considerando a prevenção e promoção da saúde. O autor apresenta críticas à medicina preventiva em contraponto ao modelo biológico curativo, por ambos não incorporarem os determinantes sociais no processo saúde-doença.

A crítica à prática médica curativa se baseia na ausência de racionalidade e ineficiência da sua prática por descuidar da prevenção; na crescente especialização e fragmentação do ser, perdendo a sua totalidade; no enfoque predominantemente biológico e puramente individualista, desconsiderando a família e comunidade e a ideologia das escolas médicas que formam profissionais distantes das demandas da população. No caso da medicina preventiva, o autor faz uma leitura crítica às concepções que envolvem o movimento preventivista, uma vez que, como mudança da prática médica, “representa uma leitura liberal e civil dos

problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa a intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e do poder médico” (AROUCA, 2003, p. 250).

Essas concepções apresentam-se sobre três vertentes: 1) a higiene como emergência no século XIX, intimamente ligada ao capitalismo e à ideologia liberal; 2) a discussão dos custos elevados da atenção médica nos Estados Unidos, nas décadas de 1930 e 1940, configurando-se uma crise diante da ameaça de intervenção do Estado e a reação das corporações médicas contrárias a qualquer forma de “medicina estatal”; e 3) redefinição das responsabilidades dos médicos, no pós Segunda Guerra Mundial, diante da demanda crescente e conscientização do acesso médico como um direito de todo o cidadão. Essa redefinição exige um conjunto de novas atitudes, que requerem o envolvimento do médico em contato com a comunidade; o entendimento dos serviços públicos; e novas abordagens voltadas para a promoção da saúde e proteção do indivíduo e da sua família. Exigem, também, a ideia de reformulação curricular da equipe, pensando a família e a comunidade nas relações do cuidado médico.

Hilleboe e Larimore (1965) partem da ideia que a demanda crescente da assistência médica não se manifesta somente por mais serviços e de melhor qualidade, mas exige algo além cura das enfermidades, que é exatamente a manutenção da saúde. Essa concepção exige que a formação médica seja orientada pela clínica curativa e preventiva, simultaneamente. A ideia da responsabilidade do médico na prevenção da saúde e a participação do paciente na promoção da saúde, sua e da família, coloca a atenção médica como essencial e integral na prática diária. É nesse campo que Arouca (2003) salienta o papel da escola formadora, e reconhecendo nela, como o único local possível para a mudança.

Na concepção da medicina preventiva o médico assume novos compromissos e responsabilidades que requerem uma “nova atitude”, diante do enfoque dado ao novo conceito de saúde e da produção do cuidado, re-introduzindo a qualificação e a formação no saber médico. O discurso preventivista proclamaria, portanto, o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida. Nesse sentido, a relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade continuada de viver, da manutenção e do equilíbrio. Praticamente, o exercício da medicina preventiva não se diferencia da prática da

boa medicina, já que aqueles que praticam esta podem passar a exercer aquela, simplesmente adotando a filosofia de que o tratamento já é em si preventivo e que este é mais efetivo quando mais precocemente for aplicado.

Entretanto, a análise do discurso preventivista revelou que a necessária introdução das medidas preventivistas no cuidado médico, dependeria da introdução de atitudes sociais, epidemiológicas e educativas que estão em antítese com a formação do cuidado médico. Salienta, também, que o movimento preventivista possui baixa densidade política, por não realizar modificações nas relações sociais concretas.

Atualmente, boa parte da literatura sobre modelos assistenciais em saúde trás diversas tipologias e classificação de modelos de atenção, resultantes das várias formas de prestação da atenção, sendo que muitas vezes desconsidera o fato de que os usuários são dotados de comportamentos imprevisíveis, e que na prática, não podem ser enquadrados em um tipo de modelo específico (CECÍLIO, 1997).

Nesse sentido, Paim (2008) apresenta, por exemplo, o *Modelo de Atenção Ecológico*, criado no século XIX, fundamentado na concepção de que cada doença era causada pela interação entre o agente-hospedeiro-ambiente, que passou a orientar as ações de saúde, com a ideia de multicausalidade. O emprego de novos conceitos e conhecimentos referentes aos fatores de risco respaldou o *Modelo Sanitarista*, que se baseou em campanhas sanitárias, em programas especiais e em sistemas de vigilância (TEIXEIRA et al., 1998).

Ainda prosseguindo com Paim, ele diz que existem, atualmente no Brasil, dois modelos predominantemente dominantes, que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico centrado (subdividido em privatista e atenção gerenciada) e o modelo sanitarista que é subalterno ao primeiro. O modelo médico centrado é caracterizado pela oferta de procedimentos, sendo reproduzido de duas maneiras: no primeiro caso, há uma supervalorização da produção de serviços, ações e procedimentos contribuindo para o aumento dos custos da atenção (privatista), no segundo caso, fundamentado na economia e na medicina baseada em evidência, principalmente influenciada pelo crescimento dos planos privados de saúde, que tende a apostar na subprodução e no controle mais íntimo do trabalho médico, posto que as formas de pré-pagamento assim condicionam (gerenciado). Portanto, há uma tendência de racionalização dos

procedimentos e serviços especializados. Esse modelo fundamenta-se nas proposições apresentadas pela reforma de Flexner, em 1910, já citada anteriormente, que se baseia no individualismo; no entendimento da saúde/doença como mercadoria passiva e subordinada dos consumidores; na ênfase no biologismo, na historicidade da prática médica, na medicalização dos problemas; no privilégio da medicina curativa; no estímulo ao consumismo médico e a participação passiva e subordinada dos usuários (PAIM, 2008).

Tal modelo tem sido amplamente criticado, ganhando maior impulso na Conferência de Alma-Ata (1970), em que se explicitou a ineficiência na forma de prestação de serviços hospitalares e o seu caráter excludente para atender às demandas de saúde da população, principalmente, considerando os desafios epidemiológicos e a transição demográfica atualmente colocados. Nesse sentido, há toda uma proposta de mudança do modelo de atenção e definição de um papel coerente com as necessidades de saúde como mecanismo de se alcançar, sobretudo a universalidade (RODRIGUES, 1999).

Cecílio (1997) apresenta evidências e consequências, para a população, da ineficiência do modelo de atenção médico centrado, ligado à organização do sistema como uma pirâmide. Destaca, principalmente, a falta de resolutividade da atenção básica; a centralidade do hospital porta de entrada; a dificuldade de acesso, convivendo, paradoxalmente, com a baixa taxa de ocupação dos hospitais públicos; as pressões de atendimentos nos serviços de urgência e emergência; a mortalidade nos hospitais associada com fatores evitáveis passíveis dos cuidados primários e a falta de definição do papel do ambulatorios especializados e do hospitalar, que mantém uma clientela cativa.

Para Mendes (2009), o atual modelo é incapaz de dar conta dos desafios ligados à situação demográfica, epidemiológica, econômica, e no atendimento voltado condições agudas. No Brasil, a situação demográfica é caracterizada pelo envelhecimento rápido da população que demandará por mais serviços, de custos cada vez mais elevados. O estudo sobre o perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, realizado por Schramm et al. (2004) com base no ano de 1998, revelou que acima de 65 anos 77,6% das pessoas tinham pelo menos uma doença crônica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 o Brasil esteja entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com mais de 60 anos. O desafio epidemiológico se manifesta pela sobreposição de doenças

agudas e crônicas, com aumento da mortalidade relacionada à segunda condição, representando 66,3% (Schamm et al., 2004). A situação econômica revela-se pelo aumento dos gastos com as condições crônicas, que significa 69,1% dos gastos da saúde, que representa 7,5 bilhões de reais, sendo que o sistema de saúde brasileiro é voltado para atender as condições agudas (MENDES, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003. p. 33) esse desafio epidemiológico representa uma crise global:

Os sistemas de saúde predominante em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.

Cecílio (1997) atribui vários sinais de fracassos no caso brasileiro e atribui a várias questões incluindo o subfinanciamento, a relação público e privado, a deficiência da gestão a falta de participação do usuário e a inadequação do modelo de atenção. A atuação do setor privado, como suplementar ao serviço como previsto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, não tem ocorrido na prática. Ao contrário, o que se tem visto é a retração da oferta de serviços do SUS e aumento dos planos de saúde e serviços conveniados.

Nesse contexto, há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada rede básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Vários modelos têm sido apresentados como tentativa de dar conta dos desafios atuais, envolvendo, por um lado às demandas crescentes de saúde da população no contexto da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, e por outro, a escassez de recursos associada, principalmente, à incorporação tecnológica. Paim (2008), por exemplo, apresenta modelos alternativos centrados na atenção primária, na vigilância da saúde, na promoção da saúde; o autor “argumenta que o modelo de atenção à saúde não deve ser único”.

Cecílio (1997) propõe um modelo assistencial organizados em um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam garantir o acolhimento e o acesso aos serviços de acordo com a necessidade de cada cidadão. Questiona o modelo técnico-assistencial que pensa a saúde como uma pirâmide, defendendo a ideia das múltiplas portas de entrada, não mais uma suposta “base” como entrada, ao mesmo que contesta o hospital no seu vértice, e aponta a necessidade do

sistema ser organizado a partir da lógica da necessidade do usuário, no sentido de oferecer o a tecnologia certa, no lugar certo e na ocasião mais adequada.

Franco e Magalhães Júnior (2003) propõem linhas de produção de cuidado, estruturados a partir de projetos terapêuticos. Essa perspectiva estrutura-se a partir do vínculo principal com a rede básica, que deve demandar outros serviços (apóio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, serviços especializados e outros serviços). A rede especializada, hospitais e ambulatórios assumiria a função de retaguarda técnica e também a responsabilidade pelo usuário, cujos serviços de diagnóstico e tratamento, estariam integrados com a rede básica que os demandaram.

Semelhantemente, Campos (1997) e Merhy (2002) apostam na clínica ampliada, em que os saberes possam interagir, por meio de equipes interdisciplinares, a responsabilização do cuidado e autonomia do sujeito e projetos terapêuticos singulares. Os autores lembram que a integração dos hospitais de ensino com a rede SUS não deve ser meramente um prestador de serviços, além disso, eles devem estabelecer compromissos assistenciais, de ensino e pesquisa voltados para o fortalecimento do pessoal do SUS, com educação permanente e produção de conhecimentos.

Mendes (2009) propõe o modelo às condições crônicas em contraposição ao modelo centrado nas condições agudas, para dar conta dos desafios epidemiológicos e demográficos colocados. O *modelo de atenção às condições agudas* presta-se as situações agudas e as situações de agudização das doenças crônicas, como por exemplo, o infarto do miocárdio, decorrente da hipertensão arterial. A atenção às condições agudas tem concepções distintas nos sistemas fragmentados e integrados. No primeiro caso, os serviços são centrados no atendimento espontâneo de livre demanda nos pontos de urgência e urgências, que muitas vezes causa uma superlotação e dificuldade no acesso, à medida que os pacientes graves se misturam e concorrem com aqueles passíveis de atenção básica. Já no serviço integrado em rede o objetivo da atenção é identificar sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência, o ponto de atenção adequado e o tempo para atendimento pelo risco classificado. Isso implica em adotar um modelo de triagem de classificação de risco nas redes de urgência e emergência. Observa-se em todo o mundo o aumento crescente por serviços de

urgência e uma pressão insuportável sobre os profissionais e estruturas, que resulta em primeiro lugar na insatisfação da população. Para Mendes (2009, p. 337):

Sempre haverá uma demanda maior por serviços que a necessidade e o aumento da oferta, sempre acarretará um aumento na demanda, criando se assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O modelo de atenção às condições crônicas tem como propósito responder aos desafios colocados pela emergência das condições crônicas, que devem ser prioridade; aos problemas das condições crônicas não poderem ser resolvidas por um sistema centrado na consulta médica de 15 minutos, requerendo novas abordagens e equipe interdisciplinar; a falta de informações necessárias para fazer as decisões clínicas, em tempo oportuno, como diretrizes clínicas; e o desconhecimento das pessoas de suas próprias condições de saúde e baixa confiança no autocuidado. Todos esses desafios colocam no modelo das condições crônicas, uma necessidade de integração e abordagem interdisciplinar por se tratar de problemas complexos. Por isso mesmo, Wagner (2000) adverte que o modelo de atenção crônica não é uma solução multidimensional para um problema complexo. Por essa razão, conforme conclui Mendes (2009, p. 352), o modelo das condições crônicas tem dado respostas, pois se constitui uma solução complexa e sintética para um problema complexo, pois ao contrário do senso comum, ele adverte, “não há soluções simples para problemas complexos; problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas”.

Em síntese, percebe-se que não há um modelo único, pronto e acabado. Tem que se pensar na complementaridade dos mesmos. Sola e Chiolo (2008) ressaltam a importância da atenção básica como ordenadora do cuidado e facilitadora do acesso da população ao serviço de saúde, dentro de um território definido, parece ser um consenso. Nesse caso, a atenção básica deveria estar qualificada para atender e resolver a maior parte dos problemas. No caso do SUS, as propostas de organização do cuidado, se fundamentam nos princípios da Estratégia de Saúde da Família, dentro de uma rede regionalizada. Nesse sentido, propõe-se como instrumentos de estruturação: estratificação das populações pelo risco sanitário; vinculação da população à atenção primária à saúde; elaboração de projetos terapêuticos singulares, acolhimento aos usuários; orientação para o auto-

cuidado; práticas interdisciplinares e multiprofissionais; implementação de linhas de cuidado, diretrizes clínicas e protocolos (BRASIL, 2008; PAIM, 2008).

2.4 Cenário, Papel e Tendências da Atenção Hospitalar

A assistência hospitalar nas últimas décadas tem se modificado de forma dinâmica em função do cenário de saúde. Esse cenário de constante mudança provoca incertezas em relação a determinados aspectos, como por exemplo, à suficiência e dimensionamento de leitos e de pessoal, ao custo, à qualidade dos serviços prestados, ao tamanho dos hospitais (VEINA NETO; MALIK, 2007). Vários elementos semelhantes, tanto no mundo como no Brasil, tem sido observados, tais como a mudança do perfil demográfico e epidemiológico, os recursos humanos, a incorporação tecnológica, dentre outros.

A partir do último terço do século XX, observou-se em todo o mundo o envelhecimento da população, com queda na taxa de fecundidade associada com a redução da mortalidade infantil, com reflexos imediatos no consumo de serviços de saúde. Estima-se que a partir de 65 anos a população demande quatro vezes mais internações que a média da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). O perfil epidemiológico é caracterizado pela sobreposição da dupla carga de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, e o aumento da mortalidade por causas externas e crônicas que resulta na demanda, cada vez maior, de recursos tecnológicos e serviços de alto custo (MENDES, 2002; VEINA NETO; MALIK, 2007).

A incorporação de novos profissionais a partir de 1950 (psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, etc.) criou um campo de batalha para re-dividir o cuidado aos pacientes e dimensionar o espaço para cada profissional. Essas disputas, que têm como retaguarda as exigências de Conselhos Profissionais, têm pouco impacto sobre o cuidado ao paciente, mas sim na garantia de empregos para membros de cada categoria. Conseqüentemente, o trabalho em equipe fica perdido nesse modelo assistencial, cada vez mais distante da prática (VEINA NETO; MALIK, 2007).

A incorporação tecnológica tornou-se mais presente a partir do século XX, na busca crescente de drogas e equipamentos de última geração. Essa produção acaba por criar uma demanda própria e determinar a oferta de serviços cada vez mais caros, sem entanto, ter relação com a melhoria dos serviços prestados. O discurso é “legitimado” pelos argumentos de que o novo é o melhor, justificando, portanto, qualquer custo e substituição equipamentos e fármacos anteriores, apesar do que está por trás é o interesse econômico das indústrias médico-hospitalares. Para enfrentamento deste problema, uma solução seria a utilização a Medicina Baseada em Evidência, um instrumento da Gestão da Clínica proposto por vários estudiosos da matéria (MENDES, 2002; VEINA NETO; MALIK, 2007).

Outros aspectos relacionados ao modelo de atenção têm implicações importantes na atenção hospitalar. A centralidade da atenção prestada nos hospitais, além de ineficiente é cara, por exemplo, no Brasil segundo Veina Neto e Malik (2007) 70% dos gastos do SUS são com hospitais, o que reflete o corporativismo no âmbito dos serviços de saúde e o privilégio dado aos hospitais nas políticas sociais e de saúde. Mesmo que haja mais unidades básicas e ambulatoriais disseminadas pelo território, o modelo assistencial ignora a necessidade de integração das ações e integralidade dos cuidados, gerando intervencionismos e medicalização.

A supervalorização do hospital, como espaço de ações de saúde em todos os níveis e de conhecimento, é resultante da construção histórica de um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico que reforça o papel do médico como figura mítica daquele que cura e salva vidas. O hospital ocupa um papel simbólico na vida das pessoas, por ser o *locus* onde a maioria das pessoas nasce, recebe os cuidados quando sofre, e morre. Isto provoca um isolamento desse em relação ao sistema como um todo. Por isso mesmo, é que a mídia tanto explora o universo hospitalar nas suas matérias jornalísticas, quer para criticar, quer para propagar uma nova tecnologia (BRASIL, 2004; MEKEE; HEALY, 2002).

No cenário brasileiro, o aspecto de maior destaque se refere à crônica insuficiência de recursos para custeio das ações, alocação irregular e escassa de recursos de investimento em saúde. Destacam-se, também, as defasagens da tabela SUS e do modelo de transferência dos recursos federais, resultando em um modelo inadequado de financiamento. Esse modelo, expresso pelo pagamento por produção, causa grandes distorções na assistência, uma vez que há uma tendência

de prestação de serviços centrada na oferta e não na demanda, muitas vezes direcionada para procedimentos mais bem remunerados. De modo geral, os custos hospitalares são desconhecidos e a gestão existente é de regime de caixa (BRASIL. MS, 2002; VEINA NETO; MALIK, 2007). Com relação à oferta de leitos, parcela importante dos leitos hospitalares oferece leitos de baixa capacidade resolutive, frente ao padrão de financiamento de saúde, que não tem proposta adequada para aprimorar este subatendimento (VEINA NETO; MALIK, 2007).

Também por influência do mecanismo de pagamento por produção, no Brasil, os serviços de média complexidade, ou melhor, médio custo, representam um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, desconsiderando a necessidade e perfil epidemiológico da população. Há uma baixa capacidade de regulação da oferta e a aquisição de serviços em virtude da defasagem da tabela SUS. Consequentemente a dificuldade de acesso nos serviços de média complexidade forçam o aumento da alta complexidade (SOLLA; CHILOLO, 2008).

Diante dos complexos problemas apresentados, conforme referidos na Declaração de Alma Ata (1978), o maior desafio gira em torno da mudança de modelo de atenção, que é o eixo estrutural que repercutirá em todos os outros problemas. Nesse sentido, espera-se que haja uma mudança do modelo de atenção e integração em redes com abordagem voltada para as condições crônicas, sem desconsiderar as condições agudas, conforme já discutido.

Nessa mudança de modelo de atenção, o hospital de ensino, em particular de ensino, assumirá um papel importante na assistência, tanto na quantidade como qualidade dos serviços, atendendo de fato os interesses e demandas do SUS, considerando sua inserção geográfica, saindo da velha concepção de demanda cativa criada pelo interesse corporativo, conforme veremos a seguir.

No campo da assistência, observam-se novas formas de prestação de cuidados, como o hospital dia, alta precoce, internação domiciliar e a cirurgia ambulatorial, e a introdução de diversas tecnologias relacionadas ao escopo de atividades ofertadas e a maior integração com a rede de serviços (PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004). Essa tendência nasce da nova orientação de que não se deve mais deixar o paciente sob longa permanência no hospital, isolado do seu meio sem realizar qualquer atividade física, pelo contrário é recomendável que

ele volte o mais breve possível para o convívio familiar e social (SHORTELL, GULILES; DEVERS, 1995).

Paralelamente, os procedimentos exclusivamente realizados no hospital passam a ser desconcentrados para outras unidades. No caso, por exemplo, da cirurgia ambulatorial o impacto dessa modalidade sobre a utilização dos recursos hospitalares é enorme, uma vez do o curto tempo de permanência dos pacientes permite o atendimento do maior número de pessoas em menor espaço de tempo. É ideal para redução das listas de espera de procedimentos eletivos e liberação dos leitos para os casos de urgência. Significa, também, redução dos custos hospitalares e tem a melhor relação custo-efetividade. Envolve um amplo espectro de procedimentos, de todas as especialidades, desde a anestesia local a geral. Nos Estados Unidos e Canadá esse tipo de cirurgia representa aproximadamente 90% de todas as cirurgias realizadas. Quanto à alta precoce é de se considerar o maior custo para o paciente com cuidados domiciliares e medicamentos (CASTORO et al., 2007).

No campo dos cuidados prestados aos pacientes, envolvendo as atividades dos profissionais, sobretudo do domínio médico, uma proposta se refere à adoção da chamada gestão da clínica, que se reporta a um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade centrada nas pessoas. Ela pressupõe algumas características: é efetiva, pois se baseia nas evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestado no tempo certo; equitativa, provida de modo a reduzir as desigualdades injustas e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2002).

A gestão da clínica constitui-se, portanto, das tecnologias sanitárias que nascem e das diretrizes clínicas baseadas em evidência, para à partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição em saúde, gestão do caso, auditoria clínica e lista de espera (MENDES, 2002, 2009; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). A utilização dessas tecnologias em diversos países, a partir de adoção de políticas de mudança do modelo de atenção, repercutiu na utilização de recursos hospitalares resultando na queda acentuada do tempo de permanência para casos agudos e na maior rotatividade dos leitos (BRAGA NETO et al., 2008). Há, portanto, uma tendência de redução dos números de leitos em geral, principalmente, nas condições crônicas.

No campo da gestão há uma tendência de novos formatos de gestão horizontal voltadas para os resultados com a utilização de instrumentos, por exemplo, da contratualização por metas, tanto de serviços, quanto de indicadores que discutiremos a frete, na seção 2.7.

O cenário atual demanda a necessidade de uma atenção à saúde a toda a população, passando de modelos simples de extensão de coberturas, para as formas mais complexas de sistemas interligados em redes de atenção dentro das estratégias de atenção primária (LAGE et al., 2003).

2.5 A Gestão do Poder no Hospital

Esta seção enfoca a temática do poder nas organizações de saúde em particular no hospital, dando ênfase à sempre presente tensão ente o controle versus autonomia no seu processo de gestão.

O hospital é um espaço habitado por múltiplos atores, atravessado por múltiplas racionalidades, interesses, coalizões, disputas, controles de poder/saber (CECÍLIO, 1999; GURGEL JUNIOR; MEDEIROS, 2003).

A partir da teoria da *Burocracia Profissional* proposto por Mintzberg (1995) é possível compreender como se dá o exercício do poder no seio do hospital. Esse tipo e de burocracia, típica do setor saúde, corresponde às unidades operacionais, ou seja, hospitais, centros de reabilitação, laboratórios e outros. Nestes espaços o poder dominante concentra-se nos recursos operacionais, sobretudo os especialistas que definem internamente o que deve ser feito, como, quando e o porquê. No nível intermediário estão os gerentes, chefias, coordenadores, que têm pouco poder sobre o trabalho dos profissionais, pelo fato de trabalho destes ser muito complexo para ser supervisionado por gerentes e também pela grande procura dos serviços. Neste nível estão também os serviços de apoio (esterilização, estrutura física, lavanderia, cozinha e outros) e assessoria que têm um poder maior do que os gerentes, tendo em vista que seus serviços são fortemente demandados pelos profissionais, pois são de fato essenciais. O nível central (Secretarias e Ministério da Saúde) tem um poder um pouco maior do que os gerentes, mais bem

menor que os serviços de apoio, por exemplo (GURGEL JUNIOR; MEDEIROS, 2003; MINTZBERG, 1995).

Segundo Mintzberg (1995, p. 196) “os profissionais não somente controlam seu próprio trabalho como também buscam o controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam”. As burocracias profissionais são coordenadas por padronização de habilidades, advindas dos cursos de graduação ou especializações, que por repetição ou doutrinação corporativo, marcam a conduta por toda a vida. As escolas formadoras, que determinam o padrão de habilidades, são orientadas pelos conselhos e corporações profissionais. Consequentemente observa-se a grande autonomia dos profissionais com baixa adesão às mudanças e propostas institucionais, cujos processos de julgamento de suas condutas são realizados por Conselhos pares que fogem a lógica hierárquica da instituição. As gerências intermediárias têm poder bastante restrito. No caso das unidades centrais, os gestores têm poder limitado sobre a operacionalização, afetando na governança. Muitos gerentes são do corpo operacional que traciona o prestígio e o poder para o seu grupo, fechando assim o ciclo vicioso (GURGEL JUNIOR; MEDEIROS, 2003; MINTZBERG, 1995).

Além das contribuições de Mintzberg, vários autores discutem a questão do poder e o colocam na centralidade de qualquer mudança na forma de gestão de uma instituição. Antes de tudo cabe examinarmos o conceito de poder que, *a priori*, surge da relação entre dois ou mais atores sociais. Segundo Foucault (1995, p. 244) o “exercício do poder consiste em conduzir condutas e em ordenar probabilidades”. Para Weber (1991, p. 33) o “poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social contra resistências, seja qual for o fundamento desta probabilidade”.

Segundo Cecílio (1999) as questões ligadas ao poder e ao controle estão inevitavelmente presentes na vida das organizações e “o êxito das instituições depende, em grande parte, de sua capacidade para manter o controle dos participantes” (ETZIONI, 1989, p. 77). Dificilmente é de se esperar que a maioria das pessoas, espontaneamente e sem incentivos, interiorize e cumpra suas obrigações nas instituições o que remete a necessidade de controle. Isso confirma a afirmação de Campos (1997) que diz que não é possível operar sistemas e sem um certo grau de controle institucional.

Hall (1999, p. 93) diz que o “poder e o conflito estão no cerne da compreensão das organizações” e aponta para a questão paradoxal e um desafio, que é o de como combinar a autonomia profissional com o controle.

Por meio de uma análise sobre a gestão de alguns hospitais brasileiros, Cecílio (1999) apontou a dificuldade de adesão dos profissionais de saúde aos modelos participativos de gestão, que envolvem o recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia do sujeito e com direção colegiada em todos os níveis. Este modelo de gestão é uma opção alternativa aos atuais modelos verticais. O autor salienta que esta “não-adesão” ocorre principalmente pelos médicos especialistas, e parte da equipe de enfermagem. No primeiro caso, a oposição se dá como algo que atenta contra a sua prática autônoma e, no segundo, a gestão horizontal pode abrir muito o jogo, explicitar “esquemas” e acertos entre enfermeiros, inclusive questionamento de autoridade de parte dos “subalternos”. Por estas razões podem gerar oposição. No caso da enfermagem, uma parte aceita a mudança, pois pode significar pela primeira vez uma possibilidade de alguma forma de controle institucional sobre os médicos; outra parte apresenta fortes resistências aos modelos transparentes de gestão, por “publicizar” seus espaços de poder que são atravessados por interesses particulares, “acordos” intracorporação, que acabam sendo revelados. Os demais profissionais (psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais) representam uma parcela pequena de profissionais e em geral, aderem às estratégias hegemônicas, hora aliando-se a um, hora a outro grupo ou coalizão mais poderosa.

Este autor diz que qualquer mudança é traduzida como ameaçadora e introduz a instabilidade. Desta forma, mexer no modelo de gestão é mexer, necessariamente, nos esquemas de poder. Este autor afirma que no modelo de gestão vertical, os médicos têm muito poder nas organizações, pois gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle. Falar de autonomia é falar do exercício do poder. Assim os mecanismos de avaliação criados pela direção, como comissões de óbitos, revisão de prontuários são vistos como “controlistas”, bem como os modelos de gestão com ênfase na “publicização” de espaços, transparência do cotidiano, na contratualização, na avaliação pública de resultados e na análise dos processos de trabalho significam uma ameaça a sua autonomia. Essa “não adesão” quase sempre se dá de forma velada, através do boicote silencioso, uma espécie de resistência pacífica”.

Da mesma forma Carapinheiro (1993) destaca que o poder dos médicos brota do saber capaz de curar e salvar vidas e da competência que lhes permitem opor às exigências da administração e sobrepôr à defesa dos interesses e privilégios. Foucault (1995) salienta alguns aspectos que reforçam o poder médico, das quais destacamos: os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos do hospital; a natureza do poder vem do poder fazer; o poder médico se localiza no hospital, cujo instrumento é a disciplina médica.

Além da temática do poder que resulta na quebra de comando-controle descendente, existem inúmeras outras características e leis próprias que singularizam o setor saúde em relação a outros sistemas complexos, no qual decorreremos sobre aquelas que consideramos as mais clássicas.

2.6 Características Singulares do Setor Saúde

Aqui apresentamos uma variada gama de características do setor saúde, de aspectos organizacionais a econômicos, que o singulariza com relação a outros setores. Apesar de algumas delas já terem sido abordadas e diluídas ao longo desta dissertação, optamos por enfatizá-las nesta seção, pela grande importância que elas trazem na nossa discussão.

Os sistemas de serviços de saúde são sistemas sociais que possuem características singulares que os diferenciam dos demais sistemas conhecidos. A primeira característica marcante é a *complexidade* de suas estruturas, demandas e missão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) estes sistemas são definidos como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população. Essa complexidade acaba por refletir na sua governança (MENDES, 2002).

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado, e se constitui de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através dos quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006). Para Sinclair et al. (2005) a governança das redes de atenção

à saúde é o arranjo organizacional uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles, e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

Independentemente da forma como se organizam, os sistemas de saúde são reconhecidos por duas crenças fundamentais: a de que a saúde tem um valor intrínseco sobre as pessoas, e a de que os serviços de saúde são necessários para manter a vida e aliviar o sofrimento.

Os sistemas de serviços de saúde são constituídos por múltiplos elementos, em que o Estado atua como mediador entre a população e as organizações prestadoras de serviços ou geradoras de recursos, com interesses diversos, muitas vezes conflitantes. Diferentemente dos sistemas biológicos, os sistemas sociais não procuram harmonizar suas funções em busca da sobrevivência, ao contrário, movem-se dialeticamente, repletos de conflitos internos e externos que reproduz uma complexidade singular, típica do setor saúde (MENDES, 2002).

Uma característica marcante refere-se ao fato da saúde lida com o ser humano, na sua totalidade e complexidade, envolvendo suas *dimensões* e *subjetividades*, durante todo o seu ciclo de vida. Miller, com muita propriedade, sintetiza esta ideia, ao dizer que:

De todos os objetos do mundo, o corpo humano tem um status peculiar: ele não é somente possuído pela pessoa que o tem, ele é também possui e constitui a pessoa que o porta. Nós podemos perder dinheiro, livros e casas e, ainda assim, nos mantemos íntegros, mas não é inteligível a idéia de uma pessoa sem corpo. Ainda que nós consideremos nossos corpos como premissas da vida, isto é uma forma especial de propriedade porque nossos corpos são onde nós podemos sempre ser contactados (MILLER, 1878, p.14).

No *campo da economia*, o setor saúde não se comporta as leis de mercado, comumente conhecidas, gerando falhas de mercado. Esta configuração de um mercado imperfeito convoca a ação do Estado para atuar como provedor e regulador dos serviços de saúde (MENDES, 2002).

A primeira diferença está na *imprevisibilidade das doenças*, o que gera incerteza e transforma a informação e o conhecimento advindos dos cuidados

especializados em mercadorias, que não podem ser testadas e são baseadas apenas na confiança. No caso de uma intervenção, por exemplo, se paga por um serviço que pode não ter o ressaltado esperado, e pelo contrário, pode até provocar seqüelas ou morte. Além disso, o setor saúde é o único que de fato não se conhece a real demanda. Dois pacientes com a mesma patologia podem demandar serviços diferentes e com custos variáveis.

Outra característica se refere à *assimetria de informação* entre profissionais de saúde e as pessoas que demandam seus cuidados, e as duas partes são conscientes desta assimetria. Enquanto no mercado o indivíduo é quem decide o que quer e o que pode pagar, na saúde, ao contrário, é o profissional quem decide o que o usuário vai utilizar, ou seja, o provedor é quem induz demanda. Essa assimetria de informação, acompanhada da urgência de utilização de determinados serviços provoca um fenômeno especial na saúde que é a *indução da demanda pela oferta*. A possibilidade dos profissionais induzirem uma demanda está no fato de que estes profissionais vão receber mais dinheiro (RICE, 1998, p. 122). Isso pode ocorrer em sistemas de pagamento por produção, privilegiando determinadas áreas e procedimentos, principalmente aqueles com agregado tecnológico. Ocorre também em função da questão ética ou falta de preparo, em que o profissional se vê tencionado a utilizar o que está disponível, mesmo sendo desnecessário, provocando iatrogenias.

Há também a demanda do próprio paciente que busca o que está disponível e não o que está precisando. Quando isso acontece chamamos tal fenômeno de *risco moral*.

Mendes (2002) salienta outros fundamentos e leis específicas que regem os sistemas de saúde. A lei de *indução da demanda pela oferta*, conhecida por *Lei de Roemer* que diz que se “há leitos hospitalares disponíveis eles tendem a ser usados independentemente das necessidades da população”. Baseado neste princípio surge a *Lei de Evans* que observou que os serviços de saúde se expandiram em função da oferta de médicos e não na necessidade. Da mesma forma Enthoven e Singer (1996) dizem que o “número de cirurgias realizadas em um sistema de serviços de saúde varia na razão direta do número de cirurgiões”. Esta indução ocorre principalmente com o uso das tecnologias.

Outra lei referida pelo autor é *Lei de Hart* ou *Lei da Atenção Inversa* que diz que “a disponibilidade da boa atenção tende a variar na razão inversa das

necessidades da população”, ou seja, quanto maior a necessidade menor é a qualidade da atenção prestada, o que aponta para as iniquidades indesejáveis. Esta lei está fundamentada na constatação de que os ricos dispõem de mais conhecimento e tendem a receber uma atenção diferenciada e especializada.

Outra lei clássica na saúde é a chamada *Lei da Caneta do Médico* que se baseia no fato de que:

Os médicos tomam suas decisões nos sistemas de saúde e as concretizam através de registros escritos por suas canetas (ou computadores). Daí que poderia denominar de Lei da Caneta do Médico a tendência universal de que a parte mais significativa dos gastos dos sistemas de serviços de saúde é realizada pelos médicos, com sua autorização escrita (DOWLING, 1997).

Segundo Dowling (1997) mais de 70% dos gastos de um sistema de saúde são autorizados pelos médicos. São neles que concentram o poder decisório relevante de ordenar as principais despesas com internações, a prescrição de medicamentos e exames. As internações consomem 45% (EDUARDES et al., 1998) dos recursos da saúde e os medicamentos, cerca de 10 a 20%.

Outro traço peculiar da saúde é a *seleção adversa* e ocorre quando a população jovem, consciente de suas condições de saúde e riscos, tende a não procurar os seguros de saúde. Por outro lado, os consumidores de mais alto risco terão interesse em participar do seguro. Conseqüentemente, as seguradoras aumentam seus custos administrativos para refinar os mecanismos de controle e criam barreiras de filiação de pessoas de maior risco ou portadoras de patologias de alto custo e ou desenvolvem mecanismos para desfiliar estas pessoas. Esta situação exclui os mais necessitados por não poderem pagar os prêmios altos cobrados pelas seguradoras (MENDES, 2002; PEREIRA, 1995).

Outro ponto de destaque se refere à incorporação tecnológica, diferentemente de outras áreas, não significa a substituição de tecnologia e sim complementação (raios X + ultra-sonografia + tomografia + ressonância magnética). O mesmo ocorre com os profissionais de saúde (SOLLA; CHILOLO, 2008).

Por fim, destacamos a concepção de que saúde como um bem público, o que significa a ilimitada oferta de serviços, tanto quanto o paciente demandar, e sem exclusão de nenhuma pessoa.

2.7 O Modelo de Contratualização e a Nova Gestão Pública

Nesta seção fizemos uma revisão bibliográfica do tema da contratualização, suas bases conceituais e características. Para isso, abordamos as reformas administrativas ocorridas no Brasil, até chegarmos à Reforma Gerencial, que é o tema central, em que se insere o modelo de contratualização.

Segundo Pereira (1996) a Reforma Gerencial corresponde à terceira reforma da administração pública do Estado Brasileiro, realizada no governo Fernando Henrique Cardoso e iniciada em 1995. A primeira foi a burocrática de 1936. Já a segunda de 1967 foi um ensaio de descentralização e de desburocratização, que foi revertida. Por isso, daremos ênfase na primeira e terceira reforma.

A primeira delas, pela a qual se instala a administração pública burocrática, visou combater o patrimonialismo, que mesmo em processo de transformação, mantinha ainda sua própria força no quadro político brasileiro. A expressão local do patrimonialismo - o coronelismo - dava lugar ao clientelismo e ao fisiologismo e continuava a permear a administração do Estado brasileiro (PEREIRA, 1997).

Dessa forma, a administração pública burocrática foi adotada para substituir a administração patrimonialista, que caracterizou as monarquias absolutas, na qual o patrimônio público e o privado eram confundidos. O nepotismo e o empreguismo, senão a corrupção era a norma (PEREIRA, 1997).

Nesse sentido tornou-se necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas da clara distinção entre o público e o privado, mas também da separação entre o político e o administrador público. Surge, então, a administração burocrática moderna racional-legal caracterizada pela organização burocrática capitalista, pela centralização das decisões, hierarquia traduzida no princípio da unidade de comando e rotinas rígidas, com o controle passo a passo dos processos administrativos. Surge, também, a burocracia estatal formada por administradores profissionais especialmente recrutados e treinados, que respondem de forma neutra aos políticos (PEREIRA, 1997).

O objetivo principal era organizar detalhadamente e dirigir rigidamente as atividades de uma instituição com a maior eficiência possível. Tem seus princípios

originados na abordagem estrutural fortemente influenciada por ideologias racionalistas e mecanicistas que marcaram a Revolução Industrial e as sociedades que se formaram posteriormente (OLIVEIRA, 2009).

Ferreira et al. (2007) afirmam que, durante algum tempo, esse modelo adaptou-se muito bem ao sistema capitalista por atender à demanda de integração e controle que caracterizava o modo de produção da época. Conforme Weber (2000), isto acontecia porque o capitalismo baseia-se no trabalho coletivo, o qual requer uma divisão metódica do trabalho, separando-se nitidamente as funções de direção e de execução, ou seja, uma vez transformados em coletivo os procedimentos de produção, era necessário uma coordenação diretiva dos trabalhadores. Essa visão tornou-se cultura no funcionalismo público e, até hoje, persiste em algumas áreas da administração estatal com características tais como: separação entre propriedade e administração; caráter legal das normas e regulamentos; hierarquia da autoridade; impessoalidade nas relações; rotinas e procedimentos padronizados.

A partir dos anos de 1990, esse modelo passou a ser criticado, pela ênfase dada nos processos burocráticos, deixando de lado o beneficiário da ação do Governo: o cidadão. Abrúcio (2006) nos lembra que as burocracias, ou “buropatologias”, conforme ele mesmo as define, são produtoras de um mundo procedimental, que ganharam autonomia sobre os objetivos. Somado a isso, destaca-se o descompasso entre a crescente de serviços e escassez de recursos no momento de complexificação de serviços e incorporação de tecnologia. Nesse sentido é proposta a Reforma Gerencial (ABRUCIO, 2006).

Numa visão mais ampla a Reforma Gerencial do Estado deu-se mundialmente em resposta ao processo de globalização, que reduziu a autonomia dos Estados de formular e implementar políticas e principalmente à crise do Estado, que começa a se delinear em quase todo o mundo nos anos 70, mas que só assume plena definição nos anos 80 (BRASIL, 1997). No Brasil, essa Reforma começou em meio à grande crise econômica, que chega ao auge em 1990 com um episódio hiperinflacionário (PEREIRA, 2000).

Essa reforma visava orientar a ação do Estado para o cidadão-usuário de seus serviços; ênfase no controle de resultados através dos contratos de gestão; fortalecimento e autonomia da burocracia no core das atividades típicas de Estado, em seu papel político e técnico de participar, junto com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão de políticas públicas; separação entre as secretarias

formuladoras de políticas e as unidades executoras dessas políticas, e contratualização da relação entre elas, baseada no desempenho de resultados; adoção cumulativa de três formas de controle sobre as unidades executoras de políticas públicas: controle social direto (por meio da transparência das informações, e da participação em conselhos); controle hierárquico gerencial sobre resultados (por meio do contrato de gestão); controle pela competição administrada, via formação de quase-mercados (PEREIRA, 1997, p. 42).

As mudanças pretendidas com a administração gerencial envolvem também o alcance de alto grau de accountability (entendida como responsabilidade ou intuito de prestar contas a sociedade) das instituições públicas, e aqui se abrem as ligações entre governança e governabilidade democrática. Nessa concepção a governabilidade depende de várias dimensões políticas, dentre elas a qualidade das instituições políticas quanto à intermediação de interesses; a existência de mecanismos de responsabilização (accountability) dos políticos e burocratas perante a sociedade, a qualidade do contrato social básico. Essas dimensões remetem *lato sensu* à reforma política, essencial à reforma do Estado no Brasil (PEREIRA, 1997).

Entretanto, Pereira (2006) diz que a Reforma do Estado era uma necessidade crucial exigida por investidores estrangeiros e agências de financiamento multilaterais. Para ele, em meados da década de 1980, países se dedicaram a promover o ajuste fiscal, a liberalização do comércio, privatização e desregulamentação com resultados positivos. Mas, por outro lado, alerta que a premissa neoliberal de que o ideal era um Estado mínimo, que teria por obrigação apenas garantir os direitos de propriedade, deixando ao mercado a coordenação da economia, restava irreal.

Santos (2007) nos lembram que as mudanças que marcaram a reforma gerencial no Brasil serviram para atender aos interesses e imposições internacionais, sendo caracterizadas pelo ajuste fiscal, a contenção de gastos públicos, a reforma administrativa desestruturante, o corte dos servidores públicos, as terceirizações e o rompimento com a lógica do bem estar, da cidadania e da seguridade social.

Na tentativa de acompanhar os objetivos e o movimento de reforma, em 1995, chegou ao Brasil o *New Public Management* (Nova Gestão Pública ou NPM). Pereira (2001) explica que esse movimento buscou implantar o modelo de administração pública gerencial e baseia-se nos seguintes princípios:

- a) reorientação dos mecanismos de controle (os quais devem ser baseados em indicadores de resultados ao invés de primordialmente focados nos meios e recursos);
- b) foco na racionalização de recursos (aumentar a produtividade na administração pública melhorando a qualidade dos seus gastos);
- c) focalização da ação do Estado no cidadão;
- d) flexibilidade administrativa (autonomia para as organizações públicas);
- e) controle social por meio da prestação social de contas e avaliação de desempenho; e
- f) valorização do servidor.

Em meio a esses princípios, o centro das soluções apresentadas pela Nova Administração Pública se baseia na proposta de uma gestão orientada por resultados que tem seus procedimentos focados na meta central da administração pública: a satisfação do cidadão. Sua operacionalização repousa-se na produção de metas e indicadores que possam ser técnica e politicamente construída e avaliada.

Dessa forma, surgem os mecanismos de contratualização que segundo Abrúcio (2006) trata-se de um conceito relativamente recente, embora registros de experiências de parcerias entre o público e o privado mostrem que elas sejam bem mais antigas na provisão de bens públicos. Isso ocorria mais intensamente com a filantropia, no pós Segunda Guerra Mundial, momento em que o Estado não era organizado como prestador de serviço.

Para esse autor a contratualização enfrenta dois mitos. O primeiro refere-se ao neoliberalismo, com as ideias de Estado Mínimo, entretanto países como Suécia e Nova Zelândia experimentam esse instrumento. O segundo mito traz à ideia de que a contratualização é mais fácil de controlar. Não é mais fácil é diferente. Trata-se de um modelo que ao invés de controlar o passo a passo das ações administrativas, acompanham os resultados atingidos pela instituição, por meio de metas e indicadores. Se por um lado a contratualização favorece a produção de melhores resultados, por outro lado, ela exige uma ampla mudança institucional e de cultura política, que não é fácil.

Existem, entretanto, algumas condições básicas para que a contratualização seja bem realizada, a citar: 1) necessidade de forte regulação estatal: os países que mais tiveram sucesso foram aqueles em que a burocracia meritocrática era forte; 2) adoção de gestão orientada por resultados; 3) a qualidade

dos contratos, ou seja, a segurança jurídica do país, a segurança na escolha dos prestadores, o modelo de avaliação e a definição e qualificação dos avaliadores; 4) o bom entrosamento entre as instituições envolvidas; 5) pluralidade institucional e de provedores, pois possibilita um maior leque de possibilidades; 6) qualidade dos sistemas de informação; 7) o orçamento não deve ser fixo, ou seja, ele dependerá dos resultados e metas alcançadas e 8) a responsabilização (ABRÚCIO, 2006).

No Brasil as formas de contratualização nos termos pretendidos pela Nova Gestão Orientada por resultados ainda é incipiente. Até mesmo as formas de convênio tradicional, apesar de antigo, tem se consolidado recentemente na prática das instituições. Abrúcio (2006) observa essa fragilidade dos modelos contratuais pela indefinição dos resultados desejados pelas pelo Estado nas políticas públicas. Vejamos:

No Brasil, os modelos contratuais são pouco sofisticados e limitados em relação às metas que devem ser atingidas. Em outras palavras, aqui os contratos, não são espelhos dos resultados que se desejam, até porque o estado não tem tido capacidade de saber quais os resultados deseja nas políticas públicas (ABRUCIO, 2006).

Para Bowersox et al. (1996), o modelo de gestão Gestão por Resultados tem por essência o estabelecimento de metas e controles para a obtenção de êxito no que foi planejado. Segundo os autores, a proposta desse modelo consiste em um planejamento desenvolvido pelos gestores de uma organização no qual são apontados os objetivos propostos para determinada ação. Os objetivos são traduzidos em planos de ação e repassados para os gestores das diversas áreas de responsabilidade, que deverão descrever as posições alcançadas. Importante ressaltar que a estrutura organizacional deve ser consistente com a capacidade para alcançar os objetivos estabelecidos sob pena de fracassar em todo o planejamento realizado.

Bowersox et al. (1996) explicam que, após a delegação de atividades aos gestores, individualmente ou em equipe, deve-se ainda estabelecer padrões de desempenho para guiá-los em suas atividades. Como forma de motivar (ou recompensar) os gestores, que alcancem os padrões de desempenho estabelecidos, é importante a elaboração de uma estrutura de avaliação e recompensa de desempenho. Cada gestor deverá ser avaliado em seu grau de sucesso quanto ao alcance dos padrões de desempenho estabelecidos, momento em que ações corretivas necessárias devem ser implementadas.

Ainda em relação ao assunto, Horngren (apud OLIVA; BORBA, 2004) defende a ideia de que, para a estruturação adequada de um sistema de controle gerencial, é necessário utilizar medidas financeiras e não-financeiras no mesmo nível de importância, no intuito de alinhar os indicadores às metas da organização e contemplar todas as atividades-chave. Esse sistema de controle gerencial deverá ser objetivo e facilmente mensurável para o uso sistemático dos funcionários, a fim de se tornar uma ferramenta de avaliação de desempenho da equipe com vistas à recompensa pelos resultados alcançados.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

A complexidade que envolve a abordagem desta dissertação nos levou ao desafio de buscarmos uma metodologia ou metodologias que mais se aproximassem do objeto desse trabalho, que busca analisar o Programa de Contratualização dos Hospitais de Ensino em Minas Gerais.

Segundo Minayo et al. (2005) a avaliação é um processo, essencialmente, humano e realizado, cotidianamente, pelo senso comum. Em sentido bem amplo avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar ou analisar criticamente.

A literatura traz uma variada gama de definições e tipologias quanto à avaliação de Programas. Contandrioupolos et al. (1997) adota a ‘avaliação normativa e a ‘pesquisa avaliativa’. Minayo et al. (2005) enquadra a pesquisa avaliativa como ‘investigação avaliativa’.

Nas avaliações tradicionais, típicas da ‘avaliação normativa’, “a ênfase teórica se coloca nas tecnologias que tratam do evento a analisar, buscando isolá-lo de qualquer interferência de contexto” (MINAYO et al., 2005, p. 25). Nessa concepção, a avaliação de Programas trabalha com instrumentos quantitativos e analisa, comumente, a tríade estrutura-processo-resultado, numa visão distanciada e de fora. Essa abordagem não nos pareceu adequada, pelo caráter de distanciamento do pesquisador e pela busca do isolamento do contexto como se isso fosse possível na realidade, sendo que exatamente propomos o oposto.

Atualmente, análises críticas sobre tipos de avaliação formal têm permitido a conceituação mais inovadora como aquela adotada por Silva e Brandão (2005, p. 2), entendendo a avaliação como:

[...] a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar, julgar o contexto, o mérito ou o estado de um determinado objeto a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações.

Nesse caso a relevância da avaliação é dada na parceria do processo, enfatizando a elaboração, a negociação, o uso de critérios explícitos, o processo e aprendizagem, dentre outros. Essa abordagem se insere na 'investigação avaliativa', em oposição à pesquisa normativa, e "pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e rendimentos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa" (CONTANDRIOUPOLOS et al., 2005, p.37).

Assim, a investigação avaliativa fundamenta-se também na:

[...] teorização do contexto e do conteúdo do programa a ser avaliado usa instrumentos operacionais para avaliar a produtividade, os efeitos e os rendimentos da intervenção (MINAYO et al., 2005).

Os modelos teóricos de investigação qualitativa são: o desenho do tipo ideal de Weber (permite controlar a realidade com os dados do tipo ideal); o desenho fenomenológico (centra-se na subjetividade dos atos humanos); desenhos etnometodológico (reflete sobre os modelos de vida dos indivíduos e coletividade); desenho hermenêutico-dialético de Habermas (centra-se na síntese dos processos compreensivos e críticos). As principais técnicas apresentadas pela autora são entrevistas (estruturada, semi-estruturada, não estruturada), grupo focal, história de vida, a observação e o estudo de caso. Destacamos o conceito de estudo de caso que é uma técnica de investigação qualitativa para aprofundar "o como" e o "por que" e visa aumentar o entendimento sobre um fenômeno" (MINAYO et al., 2005; Yin, 2005).

Diante desse emaranhado de conceitos, tipologias e abordagens, o desenho desse estudo trata da abordagem qualitativa, e utiliza como técnica principal o estudo de caso e, em menor grau, faz uso de alguns traços da análise do conteúdo e da investigação avaliativa propostos por Minayo et al. (2005). Salientamos que esse estudo não se encaixa completamente em nenhum formato específico de desenho tradicional, mas se filiou a uma multiplicidade de possibilidades, que segundo Minayo et al. (2005), é bem vinda.

As técnicas utilizadas se deram em função dos objetivos propostos. Nesse sentido, a *investigação avaliativa* utilizada serviu para delinear os caminhos da pesquisa, que serão relatados à frente; o *estudo de caso* permitiu o tratamento dos dados, principalmente por considerar a variada fonte de informação e a tentativa

de explicar o como e o porquê dos fenômenos encontrados; enquanto que a *análise do conteúdo* foi bastante útil para o alcance de um objetivo específico que se refere ao desenho programa. Segundo Minayo (1993), a análise de conteúdo foi construída por Bardin (1979) e se constitui como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Portanto, a escolha do método e das variadas técnicas se deram pela pertinência da abordagem que buscamos fazer, expondo o olhar da pesquisadora sobre o tema, fruto do acúmulo de quase dois anos de experiência junto ao Programa de Contratualização. Assim, há nesse trabalho uma interposição permanente de percepções da autora implicada com seu objeto e fazendo desde já, uma declaração explícita desta implicação, sem falsos distanciamentos. A definição do objeto, com a escolha do local é justamente a comprovação disto, à medida que a experiência profissional da mesma se deu em Minas Gerais.

3.2 Delimitação do Objeto da Pesquisa

O presente estudo considerou todos os hospitais de Minas Gerais certificados e contratualizados no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, até o ano de 2009, perfazendo um total de 12 hospitais, o que torna a amostra intencional.

Ressalta-se que em virtude da adesão dos hospitais ao Programa ter se dado em períodos distintos, e na tentativa de minimizar o viés de tempo, agregamos os hospitais, em três subgrupos de acordo com os períodos de adesão, com os cortes nas extremidades, ficando da seguinte forma:

ANO DE CONTRA.	MUNICÍPIO	UNIDADE	ESFERA ADMINIS.	NATUREZA	PORTE	GRUPO
2004	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG	Privada	Entidade Benef. sem fins lucrativos	médio	1
2004	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Federal/MEC	Adm. Indireta Autarquia	grande	
2004	Uberaba	Hospital Escola de Uberaba - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba	Privada	Entidade Benef. sem fins lucrativos	capacidade extra	
2004	Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia	Estadual	Adm. Indireta Fundação Pública	grande	
2005	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano - Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas	Privada	Adm. Indireta Fundação Pública	grande	2
2006	Juiz de Fora	Hospital Universitário - UFJF	Municipal	Adm. Indireta Autarquia	grande	
2006	Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES	Estadual	Adm. Indireta Fundação Pública	capacidade extra	
2007	Itajubá	Associação de Integração Social/Hospital Escola de Itajubá	Privada	Fundação Privada	médio	3
2008	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	Federal/MEC	Adm. Indireta de outros órgãos	médio	
2008	Belo Horizonte	Centro Geral de Pediatria - Hospital Infantil João Paulo II	Estadual	Adm. Indireta Autarquia	grande	
2008	Belo Horizonte	Hospital João XXIII - FHEMIG e Maria Amélia	Federal/MEC	Adm. Indireta Autarquia	grande	
2008	Belo Horizonte	Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães	Federal/MEC	Adm. Indireta de outros órgãos	capacidade extra	

Quadro 1: Caracterização dos Hospitais de Ensino por ano de contratualização, esfera administrativa, natureza e porte, segundo o grupo de análise.

Fonte: BRASIL. Portarias de Contratualização/MS (Apêndice A).

Nota-se que cada grupo, pelas características colocadas no quadro acima, tem certa homogeneidade que facilita a análise.

3.3 Fonte e Coleta dos Dados

Foram utilizados como fonte de dados os sistemas de informação gerenciados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), Sistema de Atenção Hospitalar (SIH), Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) e

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE); Plano Diretor de Regionalização (PDR); Contrato do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte; Portarias de certificação e contratualização publicadas no site do Ministério da Saúde e a literatura pertinente sobre o tema.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram salvos para o programa Microsoft Excel, versão 2003, em pastas devidamente organizadas e identificadas, o que permitiu o tratamento dos dados, de acordo com os objetivos propostos.

3.4 Os Caminhos da Pesquisa

Os caminhos adotados neste estudo, apoiado na proposta de Minayo et al. (2005) foram:

1) Revisão da Literatura pertinente;

2) Transformação das diretrizes em objetivos, tendo em vista que as Portarias que criam o Programa não definem com clareza os objetivos propostos. Após apontarmos os objetivos implícitos deste, selecionamos aqueles que tinham correlação com os objetivos a serem alcançados por este estudo:

3) Definição dos indicadores;

Após definidos os objetivos de investigação, buscamos no rol de indicadores, de produtividade e qualidade, definidos nas Portarias nº 2.352/GM e nº 732/GM de 2004, aqueles que tivessem correlação com os objetivos da pesquisa e sensibilidade com aquilo que estávamos analisando, a partir do que trazia a literatura neste aspecto. Além disso, levamos em conta também o fato dos indicadores serem amplamente referidos na literatura e utilizados na prática da gestão hospitalar.

4) Coleta dos dados;

Realizada a coleta de dados nas diversas fontes, sendo que para os dados extraídos do banco de dados do DATASUS, foram utilizados os programas do Tabwin e Tabnet, programas de tabulação, também do DATASUS. Os demais dados foram extraídos a partir da leitura dos conteúdos

5) Tabulação dos dados, apresentação e discussão dos resultados.

Os dados foram tabulados e harmoniosamente apresentados em categorias de análise específicas, conforme veremos no próximo item.

3.5 Plano de Análise

O plano de análise se refere às categorias interdependentes e complementares utilizadas, que por isso mesmo, foram abordadas de forma articulada, sem nenhuma barreira que possa limitar a integração do discurso.

Destacamos inicialmente, que este estudo não pretende fazer uma análise individualizada dos hospitais, à luz das metas pactuada nos contratos, mas fizemos uma análise consolidada e por grupos dos HEs de Minas Gerais.

Embora esse estudo tenha caráter avaliativo, preferimos utilizar a análise ao invés de avaliação, tendo em vista as “armadilhas” conceituais e as diversas tipologias sobre a avaliação. Sem querer desvalorizar nenhuma abordagem que trata de avaliação de Programa, buscamos nos afastar dos modelos que envolvem a avaliação distanciada entre avaliados e avaliadores, sem considerar a participação dos atores envolvidos, e também propostas complexas que não visam à utilização na prática.

O tratamento dos dados ocorreu em categorias específicas, conforme a seguir, embora a análise tenha se dado de forma integrada:

a) Descrição e análise do desenho do Programa

Para a descrição analítica do Programa foi adotada a análise do conteúdo contido nas portarias de Certificação e Contratualização, apoiada na literatura e no julgamento da autora frente às falas e posturas assumidas pelos gestores, dirigentes, profissionais, docentes e alunos, durante as visitas *in loco* nos hospitais, no momento em que era certificadora, muito embora não tenha visitado nenhum hospital de Minas Gerias, por questões de ordem ética, por ser a autora mineira.

Neste momento, a autora implicada com seu objeto, explicita sua visão extraída de sua vivência com o objeto, buscando interagir com ele, e saindo do falso distanciamento, como se isso ocorresse na realidade.

b) Papel e perfil de produção

Adotamos a análise evolutiva da frequência da produção dos hospitais individualmente, e para efeito de apresentação, foram consolidados em grupos (considerando o ano de adesão), para minimizar o viés de tempo na análise. As variáveis utilizadas foram:

- Distribuição da produção (frequência e valor) por tipo de serviço e procedimento no prestado, enfatizando aqueles de maior demanda no SUS.
- Distribuição da produção (frequência e valor) pelo tipo de recurso (AC, MC, AB e FAEC) do período de 2004 a 2009, considerando os três subgrupos de hospitais de acordo com o período de adesão.
- Análise dos recursos incorporados de incentivo a contratualização, fazendo um paralelo com os indicadores de qualidade.

Adotamos também a análise de produtividade a partir de alguns indicadores, conforme matriz abaixo, sendo que alguns deles indicam mudança de modelo de atenção, conforme descreve a literatura.

A) PERFIL DE PRODUÇÃO					
INDICADOR	DESCRITOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PARÂMETRO UTILIZADO	REFERÊNCIA	ASPECTO RELACIONADO
Tempo médio de permanência	Número de dias de permeância total no mês em relação ao total de internações hospitalares mês.	SIH	<= 6,5	Portaria 1.703/GM de 2004	Modelo de atenção/qualidade da atenção
Taxa de Ocupação	Número de pacientes-dia dividido pelo número de leitos-dia, excluindo leitos extras e incluindo os leitos bloqueados	SIH	> =80	Portaria 1.703/GM de 2004	Papel na rede assistencial
Percentual de cirurgias ambulatoriais	Percentual de cirurgias ambulatoriais em relação ao total de cirurgias do hospital	SIA/SIH	80	Portaria 1.703/GM de 2004	Modelo de atenção
Percentual de pacientes referenciados de outros municípios	Percentual de pacientes referenciados de outros municípios	SIH	não tem	Portaria 1.703/GM de 2004	Modelo de atenção/Papel na rede assistencial
Taxa de utilização de leitos de UTI	Percentual mensal do número de diárias SUS de UTI utilizadas, em relação ao potencial total de diárias SUS disponibilizadas ao hospital, de acordo com número de leitos de UTI credenciados.	SIH	> = 80%	Portaria 1.703/GM de 2004	Papel na rede assistencial
Numero de cirurgias/sala/mês	Número de cirurgias realizadas por sala cirúrgica por mês	SIH	>= 80	Portaria 1.703/GM de 2004	Papel na rede assistencial.

Quadro 2 – Indicadores hospitalares relacionados ao perfil de produção.
Fonte: Portarias nº 1703.

a) Quanto aos indicadores de qualidade

Para a análise da qualidade, construímos uma matriz de indicadores e adotamos os parâmetros preconizados nas Portarias nº 2.352/GM e nº 1.703/GM de 2004, que tratam de definição de recursos a partir do desempenho de institucional, e a Portaria 1.101/GM de 2002, que trata de Parâmetros no SUS conforme abaixo.

B) INDICADORES DE QUALIDADE					
INDICADOR	DESCRIPTOR	FONTE	PARÂMETRO UTILIZADO	REFERÊNCIA	ASPECTO RELACIONADO
Taxa de Cesariana	Percentual de parto cesariana em relação ao número total de partos do hospital	SIH	< ou =30%	Portarias 1.703/2353/GM de 2004	Modelo de atenção, Qualidade da atenção.
Taxa de mortalidade hospitalar	É a relação entre o total de óbitos e a população total, de um determinado período.	SIH	> ou =2,63	Portaria 1.101/GM de 2002	Qualidade de atenção

Quadro 3 – Indicadores hospitalares relacionados à qualidade.
Fonte: Portarias n 1703 e 1001.

Posteriormente, foi feita a discussão a partir do diálogo dos teóricos com os resultados encontrados, adotando a abordagem qualitativa.

3.6 Limitação do Estudo

O presente estudo apresenta as seguintes limitações:

- Limitações típicas da metodologia adotada, que trata de banco de dados secundários, tendo em vista a complexidade do tema adotado;
- Estudar apenas a dimensão da atenção à saúde dos 04 eixos propostos pelo Programa que são: ensino, assistência, pesquisa e gestão;
- Esse estudo foca nos resultados, não considerando o processo pelas limitações da metodologia adotada. Dessa forma, não é possível analisar as estratégias e processo adotados ou não pelos hospitais, após a contratualização, que repercutirão nos resultados;

- d) O desenho do Programa é muito amplo, não trazendo objetivos concretos do que se pretende alcançar, o que é essencial para uma boa avaliação de Programas;
- e) Não se pode estabelecer a relação da causalidade, ou seja, não se pode afirmar que os resultados, possivelmente observados, são de mérito do Programa, uma vez que não se tem uma avaliação anterior a implementação do Programa;
- f) No âmbito da avaliação do modelo de atenção, considerou-se apenas o hospital, o que limita uma análise mais complexa envolvendo ou outros pontos de atenção e outros atores estratégicos;
- g) Os recursos financeiros considerados foram nominais, o que não considerando a deflação;
- h) Outra limitação trata do viés de tempo, que se refere ao tempo relativamente curto de adesão do Hospital ao Programa, ou seja, em 2006, para avaliarmos os resultados de maior magnitude.

3.7 Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Aggeu Magalhães de Recife e emitido Parecer n. 55/2010, de aprovação, em 01 de setembro de 2010.

Apesar de o Comitê ter aprovado a utilização de documentos internos (contratos) de cinco hospitais, faremos menção apenas a um deles, quanto aos valores incorporados de recursos nos contratos, uma vez que tivemos que adaptar o escopo da nossa pesquisa, em função do prazo de entrega da dissertação e a data da emissão do parecer. Dessa forma, fizemos o estudo incluindo todos os hospitais de Minas Gerais, utilizando apenas o banco de dados secundário de amplo domínio público, com exceção daquele que já comentamos, apesar dos contratos serem documentos públicos no âmbito da gestão pública, que inclusive o CONEP se manifestou em relação a este aspecto.

4 RESULTADOS

4.1 O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: Descrição e Contextualização

4.1.1 Antecedentes e Marco Legal

Criado em 2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, mais conhecido como Programa de Contratualização, se fundamenta no contrato de metas de produção de serviços e resultados, cujas raízes assentam-se na Reforma Gerencial do Estado brasileiro na década de 1990.

Anteriormente, existiam os convênios/contratos tradicionais instituídos com a Previdência Social em 1966, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), apostando nos Hospitais de Ensino (HE) como espaço privilegiado de formação médica, atendendo aos ditames da Reforma Universitária (LUZ, 1979).

A Constituição de 1988, o art. 37, da seção específica da saúde, dispõe sobre a autonomia gerencial, orçamentária e financeira ampliada das instituições mediante contrato. Em 1990, a Lei 8080 que institui o SUS, também definiu o contrato e o convênio como instrumentos de formalização da relação dos prestadores com o SUS, conforme artigo 45º, a baixo transcrito:

Art. 45º 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 (BRASIL, 1990, p. 21).

No ano seguinte foi criado, exclusivamente, para os hospitais universitários e de ensino, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), por meio da Portaria n. 15/MS, de 08 de janeiro de 1991. Para efeito desta Portaria, são Hospitais Universitários, aqueles

reconhecidos pelo Ministério da Educação, funcionando regularmente há mais de cinco anos e que estejam integrados a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde como centro de referência nacional (BRASIL, 2004a).

Entre 1991 a 1999, o FIDEPS passou por várias alterações visando ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas aí realizadas. No entanto, o FIDEPS não serviu para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais (os recursos advindos desse incentivo nunca foram utilizados para essa finalidade). O programa terminou sendo utilizado de maneira indiscriminada para favorecer ou privilegiar hospitais que, por alguma razão, eram considerados merecedores de tratamento especial (por razões políticas, de organização do sistema, etc.), o que levou a inclusão de hospitais que não são de ensino no programa de incentivos e, por outro lado, deixasse vários hospitais, efetivamente de ensino, fora do programa (BRASIL, 2004a).

Além disso, o FIDEPS não contribuiu de maneira significativa para promover uma efetiva integração dos hospitais de ensino à rede de serviços do SUS, já que perpetuou a lógica da prestação de serviços. Para piorar a situação, ao longo do tempo, os recursos do FIDEPS foram incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas de financiamento de natureza variada.

Em 1993, foi publicada a Portaria 1.286/93 referindo-se à contratação de serviços de saúde, por gestores locais do SUS com pouca adesão dos mesmos. Apenas 11% possuíam contratos firmados com o SUS, os demais mantiveram uma relação tácita, o que resultou em compras de serviços ainda na concepção da oferta e não na demanda dos gestores.

Os anos seguintes foram marcados por um cenário de crise de caráter recorrente que acompanhou os Hospitais de Ensino desde os seus primórdios, sendo que em 2003 a percepção da natureza da crise passou a ter maior visibilidade entre os formuladores, a mídia e a população.

Dessa forma, iniciou-se em 2003 um amplo debate sobre a natureza da crise, ou das crises, que afetam os hospitais de ensino, apresentadas, em geral, por seu aspecto mais aparente, a dificuldade de financiamento. Apesar de a crise financeira ser a mais evidente, reconheceu-se também outras crises de caráter estrutural, organizativa e/ou de gestão envolvendo os HEs. Entendeu-se a necessidade do

desenvolvimento de programas específicos para o setor, considerando suas peculiaridades assistenciais, de ensino e pesquisa, contemplando não apenas as questões financeiras e de pessoal, que sem dúvida necessitam de uma abordagem imediata, mas também a definição do papel e nível de complexidade dos hospitais de ensino junto aos sistemas locais de saúde com vistas a sua inserção definitiva e adequada no SUS (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, foi instituída a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HEs), por meio da Portaria Interministerial nº 562/MS/MEC/MCT/MPOG, de 12 de maio de 2003, que representou um esforço conjunto e a primeira iniciativa de integração dos Ministérios da Saúde e Educação. Tinha como objetivo avaliar e diagnosticar a atual situação dos hospitais universitários e de ensino (HU e HE) no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política para o setor.

Essa Comissão foi inicialmente composta por representantes das seguintes instituições governamentais e da sociedade civil: Ministérios da Saúde; Ministério da Educação; Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEFF).

Entre os principais avanços alcançados no ano de 2003, destaca-se a formulação de proposta de reestruturação dos Hospitais de Ensino visando sua real inserção no SUS. A agenda da Comissão incorporou entre outros tópicos:

- a) O novo papel reservado aos HE (na saúde e na educação);
- b) A relação com o SUS (inserção, regulação e integração dos Hospitais de Ensino no SUS);
- c) Os desenhos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial);
- d) Os modelos de financiamento (global por contrato de gestão);

- e) A democratização e Gestão Participativa;
- f) A revisão e Certificação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004a).

A partir da formação das prioridades para os HEs, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, em 2004, sendo precedido por um amplo processo de certificação desses hospitais, por meio do Programa de Certificação, que era condição *sine qua no* para a participação destes no Programa de Contratualização. Esse movimento de certificação foi muito importante, pois significou a definição dos hospitais que realmente poderiam ser considerados como Hospitais de Ensino, numa lógica estratégica de inserção no SUS. Significou também uma iniciativa de indução da qualificação destes hospitais, uma vez que o processo de certificação, instituído por meio de portarias específicas (revisada Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007) exigia o cumprimento de vários pré-requisitos envolvendo as dimensões de ensino, gestão, pesquisa e ensino. Destacamos alguns exemplos, tais como: ter no mínimo 60% dos leitos disponibilizados ao SUS; desenvolver ações de educação permanente voltada para a rede; abrigar em caráter permanente alunos do curso de medicina no hospital; desenvolver residência multiprofissional; a existência de protocolos clínicos; a humanização dos serviços; a participação em políticas prioritárias do SUS; a existência de comissões de qualificação da gestão (Comissão de Infecção Hospital, Hospital Sentinela, Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância, Comissão de Óbitos, Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuário, dentre outras,) etc.

O processo de certificação envolve a visita de avaliação *in loco*, realizadas por certificadores dos dois Ministérios, pela qual a autora desta dissertação participou ativamente por quase dois anos. Essas visitas ocorreram em todos os hospitais que demonstraram interesse em Participar do Programa de Certificação. A equipe de certificadores, durante a avaliação, adotava duas metodologias: a avaliação documental comprobatória dos pré-requisitos e a estratégia de grupo focal durante as reuniões protocolares, envolvendo presença de gestores, reitoria, direção do hospital, corpo docente e discente.

Após certificados, os hospitais passaram a aderir ao Programa de Contratualização, inserido na Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP) do Ministério da Saúde, pela qual esse órgão apoiava o processo de formalização dos contratos entre os gestores e hospital, sendo sua principal função a definição de

recursos de incentivo a ser incorporados aos contratos, bem como a avaliação do processo de pactuação das metas.

O Programa de Contratualização foi instituído e regulamentado pelas seguintes Portarias:

- a) Portaria Interministerial nº 1.006 de 27 de maio de 2004: cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde;
- b) Portaria Interministerial nº 1.702 de 17 de agosto de 2004: cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- c) Portaria Interministerial nº 1.703 de 17 de agosto de 2004: destina recurso à contratualização de hospitais de Ensino Públicos e privados;
- d) Portaria Interministerial nº 2.352 de 26 de outubro de 2004: Regulamenta a alocação de recursos financeiros ao processo de contratualização constante no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.

Cabe destacar que os processos de certificação e contratualização são dinâmicos, sendo que até o ano de 2009, havia no Brasil 151 hospitais certificados como Hospitais de Ensino, destes, 133 aderiram ao programa de contratualização.

4.1.2 Caracterização e Análise do Desenho do Programa

O Programa de Contratualização é caracterizado pela pactuação de metas físicas e qualitativas nas dimensões de ensino, gestão, pesquisa e assistência, envolvendo o gestor local do SUS e o representante da instituição, utilizando como instrumentos legais o convênio/contrato e o Plano Operativo. Esse modelo pretende romper com a lógica do contrato/convênio tradicional, passando a pactuar não só serviços como também os resultados.

Do ponto de vista conceitual, destacamos que o Programa, não traz com clareza os objetivos e metas pretendidas. O que são definidos como ações estratégicas do Programa, no Art. 2º da Portaria 1.702/GM, como por exemplo, “I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e sua inserção articulada e

integrada com a rede de saúde do SUS” (BRASIL, 2004d), podem ser entendidas como objetivo, pois se trata da coisa desejada, que no caso se refere aos hospitais de referência regional para a média e alta complexidade, e não do meio para alcançá-la. Enquanto que as ações propriamente ditas, não são definidas.

Da mesma forma, apresenta um rol extenso com mais de 40 diretrizes nos quatro eixos do Programa, por meio do Termo de Referência, trazido no seu anexo, que pretendia orientar a relação entre os gestores e prestadores. Muitas delas têm características de requisitos, e outras não são nem requisitos nem diretrizes, como por exemplo, a diretriz da letra n, do Quadro abaixo, que trata da “constituição das comissões de ética em pesquisa”, pois esta se refere a uma condição de certificação e contratualização. Além disso, muitas “diretrizes” parecem se repetir, tais como nas letras f e g, que praticamente falam da mesma coisa, que é a existência de protocolos clínicos, causando a sensação de que muitas delas poderiam ser reagrupadas o que seria razoável, considerando a sua quantidade.

a) **garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua, por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas;**

b) inserção dos hospitais de ensino na rede do SUS, com definição clara do perfil assistencial e da missão institucional, observando, entre outros, a hierarquização e o sistema de referência e contra-referência, como garantia de acesso à atenção integral à saúde;

c) compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços do hospital de ensino, dando preferência às ações de média e alta complexidade;

d) redirecionamento das ações de atenção básica, ainda, realizadas pelos Hospitais de Ensino para a rede básica de saúde local/regional;

e) organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;

f) elaboração **conjunta de protocolos clínicos**, técnico-assistenciais e operacionais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de serviços do SUS;

g) elaboração e adoção pelo hospital de ensino **de protocolos técnicos e operacionais internos**, em conjunto com a Instituição de Ensino Superior e/ou com o gestor;

h) inserção, no sistema de urgência e emergência local/regional, a partir da definição do papel do hospital de ensino no Plano Estadual de Assistência à Urgência;

i) manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;

j) a abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão;

k) constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo-se relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência, entre os diferentes serviços do SUS, independentemente do nível de complexidade;

- l) diversificação das tecnologias de cuidado utilizadas pelo hospital de ensino no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família, que levem à redução do tempo de permanência da internação hospitalar (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial);
- m) desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;
- n) **constituição das comissões de ética em pesquisa**, de documentação médica e estatística, de óbitos, além de outras comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento de uma instituição hospitalar;
- o) mecanismos de relação entre as partes com a definição e pactuação das competências dos gestores e do hospital de ensino com relação ao planejamento, organização, controle, avaliação dos serviços pactuados considerando as especificidades locais do SUS;
- p) participação do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS; e
- q) outros pactos que as partes julgarem importantes.

Quadro 4 – Diretrizes para a estratégia de atenção entre Hospitais de Ensino e gestores do SUS.
Fonte: Anexo das Portarias 1.006 e 1.702/GM de 2004.

Por meio da análise dessas “diretrizes” observamos que o Programa, tem como um dos principais objetivos inserir os HEs no SUS, principalmente quando coloca que todos os serviços devam ser regulados pelo gestor local; que o perfil assistencial deva ser voltado para a média e alta complexidade, com redirecionamento da atenção básica para a rede; que haja a institucionalização dos protocolos como instrumento da gestão da clínica, e, principalmente, a “garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua, por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas” (letra a). Esse papel é colocado, exaustivamente, além das “diretrizes” ao longo de todo o texto das Portarias.

O Programa de Contratualização aposta na mudança do mecanismo de financiamento e na formalização dos contratos (fortalecimento jurídico-legal), como mecanismos para se garantir a inserção desejada. Os serviços e resultados são pactuados, respectivamente, por meio de metas físicas e qualitativas no Plano Operativo Anual (POA), parte complementar e operacional dos contratos. Esses mecanismos tinham a intenção de propiciar a qualificação e integração do quadrilátero ensino-pesquisa-gestão-assistência, no sentido de remodelar o novo papel para os Hospitais de Ensino, considerando as tendências e cenários atuais (BRASIL, 2004).

O financiamento se caracteriza por três mecanismos: ornamentação mista dos recursos; incorporação de incentivos à contratualização na forma de IAC e pagamento variável mediante cumprimento de metas qualitativas. No primeiro caso,

os recursos foram divididos em dois componentes, isto é, pré e pós-fixado. No componente pré-fixado, estão os recursos de custeio de MC (Média Complexidade) e AB (Atenção Básica); os recursos de incentivo, como por exemplo, o Fundo de Incentivo do Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPS); Incentivo de Integração ao SUS (INTEGRASUS), Incentivo à Contratualização (IAC); os recursos específicos dos tetos municipais e estaduais; cujos repasses se dariam pelos gestores mediante o cumprimento de metas, atestada por comissão específica. No componente dos recursos pós-fixados estão a produção de AC (alta complexidade) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cujo mecanismo de financiamento se mantém na forma habitual de pagamento por produção.

No segundo caso, o incremento de recursos na forma de Incentivo à Contratualização (IAC) é calculado pelo Ministério da Saúde, a partir de desempenho dos hospitais frente aos indicadores estabelecidos nas Portarias GM nº 2352 e nº 1703/2004, no momento de adesão, que passa a incorporar no teto. Representa até 26% do valor da média complexidade e visa equacionar parte da deficiência financeira vivenciada pelos hospitais e buscou, também, induzir o seu processo de qualificação.

Por fim, tem-se o pagamento variável, de no mínimo 10% dos recursos pré-fixados, como fator de incentivo a qualificação, mediante o cumprimento das metas qualitativas, como mecanismo de garantir a qualificação do hospital. O Programa previa que, anualmente, por ocasião da revisão dos contratos houvesse um aumento de 5% a cada ano, até chegar a 50%, como forma de consolidar o processo de contratualização, com ênfase nos resultados, o que não se observou na prática.

Para o acompanhamento dos contratos foi estabelecido à existência de uma comissão permanente de contratos ou o conselho gestor da instituição, como instrumento de monitoramento e acompanhamento, entretanto a atuação desta comissão provoca uma situação paradoxal e de grande conflito na prática da gestão local do SUS. De um lado, o Programa prevê a fixação dos recursos de média complexidade e de atenção básica (item V, subitem 1 do Termo de Referência), o que pressupõe a fixação de recursos e a garantia automática dos repasses, independente do cumprimento de metas pelo hospital. Essa medida visava equacionar parte da deficiência financeira dos hospitais, em meio ao custo fixo

elevado, uma vez que poderiam dispor de recursos perenes e assim planejar melhor as suas ações.

Por outro lado, o Programa estabelece que as metas quantitativas e qualitativas “deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos” (Portarias GM 1006, Art. 3º § 1º), o que pressupõe a definição dos recursos com base na produção efetivamente realizada e atestada. Nesse momento surge uma série de questionamentos: de fato dos recursos pré-fixados são garantidos automaticamente, ou existe apenas uma orçamentação? A comissão de acompanhamento dos contratos atesta e define apenas os recursos referentes aos indicadores de qualidade, correspondente aos 10% dos recursos pré-fixados ou define todos os recursos do contrato, com base na apuração da produção? Nesse sentido, tais iniciavas nos parecem pouco claras.

E por fim, outra aposta do Programa foi à institucionalização dos contratos, que além de buscar fortalecer juridicamente o processo, significou, pelo menos na intencionalidade, a oportunidade do gestor em definir sobre a sua real demanda, na tentativa de inverter a lógica da oferta de serviços centrada no interesse de mercado e do mundo procedimental, voltado para aqueles de maior custo. Aparentemente esse foi um ganho político dos gestores e que significou um mecanismo de empoderamento dos mesmos, entretanto questionamos se de fato foi um mecanismo transformador da realidade local, na difícil relação entre prestador e gestor.

4.2 Os Hospitais de Ensino no Contexto da Saúde de Minas Gerais

O estudo dos hospitais de ensino de Minas Gerais implica na compreensão da situação de saúde do Estado, com abordagens que reflitam no contexto destes hospitais. Por isso, discutimos nesta seção sobre os perfis, demográfico e de morbi-mortalidade, que refletem no atendimento hospitalar. Em seguida, apresentamos a rede dos hospitais de ensino e sua inserção regional, explicitando suas principais características.

A população estimada de Minas Gerais, em 2009 foi de 20.034.069 habitantes, residentes em 853 municípios, que se inserem em 13 macrorregiões de saúde conforme Tabela 1, que se segue.

Tabela 1 – População residente por macrorregiões de Minas Gerais, em 2009.

MACRORREGIOES DE SAÚDE MG	POPULAÇÃO RESIDENTE
Sul	2.621.955,00
Centro Sul	733.314,00
Centro	6.357.636,00
Jequitinhonha	296.356,00
Oeste	1.198.359,00
Leste	1.464.278,00
Sudeste	1.589.255,00
Norte	1.609.862,00
Noroeste	658.289,00
Leste do Sul	672.499,00
Nordeste	917.626,00
Triângulo do Sul	698.766,00
Triângulo do Norte	1.215.873,00
Total	20.034.068,00

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2009).

A estrutura etária da população do Estado vem sofrendo alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizando-se pelo envelhecimento da população. A figura que se segue, demonstra claramente, o estreitamento da base da pirâmide, reflexo da diminuição da natalidade, e o alargamento do seu ápice e idades intermediárias, resultantes do aumento da expectativa de vida das pessoas, em função da melhoria das condições sanitárias, habitação e acesso à saúde, principalmente. A distribuição dessa população por sexo revela que as mulheres vivem mais.

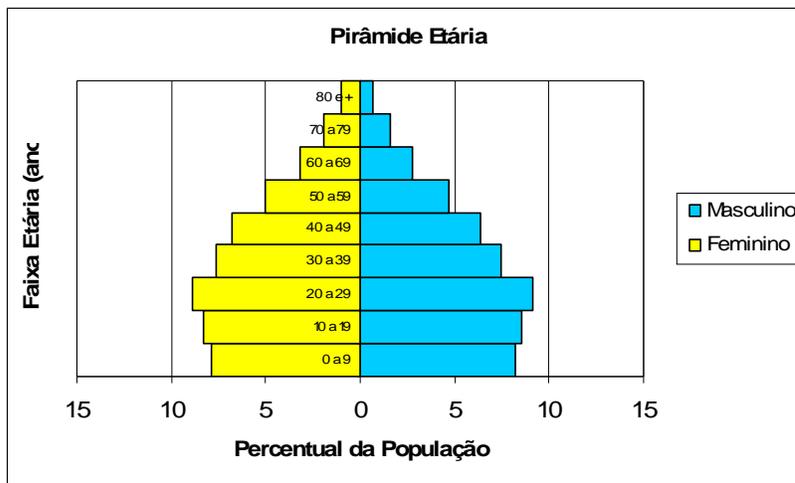


Figura 1 - Percentual da população de Minas Gerais, segundo faixa etária. Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2009).

O perfil de morbidade demonstra que 64,8% das principais causas de internação se concentram em quatro grupos de patologias, conforme figura 2. Chama à atenção o percentual elevado de causas relacionadas com o aparelho circulatório (13,2%), típico das complicações das condições crônicas, como hipertensão.

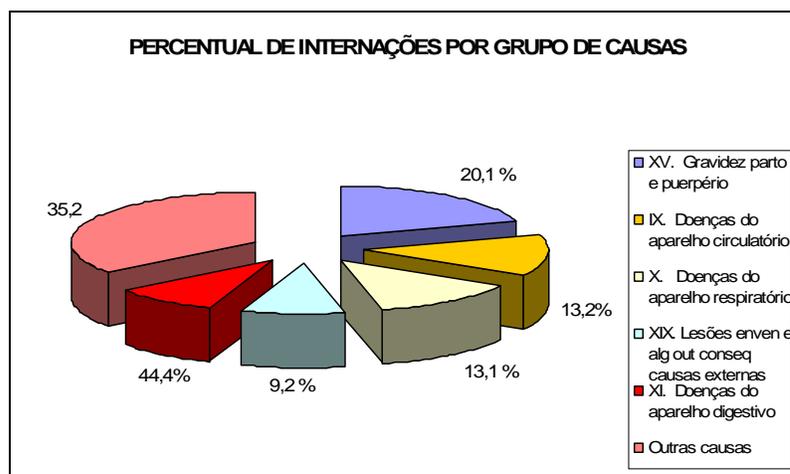


Figura 2 – Percentual de internações em Minas Gerais por grupo de causas - CID10. Fonte: SIH-SUS (2010).

O perfil de mortalidade, conforme figura 3, atribui como a principal causa de óbito no Estado, as doenças circulatórias (31,6%), o que confirma a tendência anterior de morbidade. Essa situação reflete na incapacidade do sistema de saúde em promover uma atenção às condições crônicas, voltadas para a prevenção e promoção da saúde com o fortalecimento da Atenção Básica. A universalização do

Programa de Saúde da Família, estratégia de reorganização da saúde no âmbito do SUS, ainda está a quem do recomendado para se alcançar o impacto desejado. Em 2009, o Estado contava com uma cobertura populacional de 57,5% do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2009).

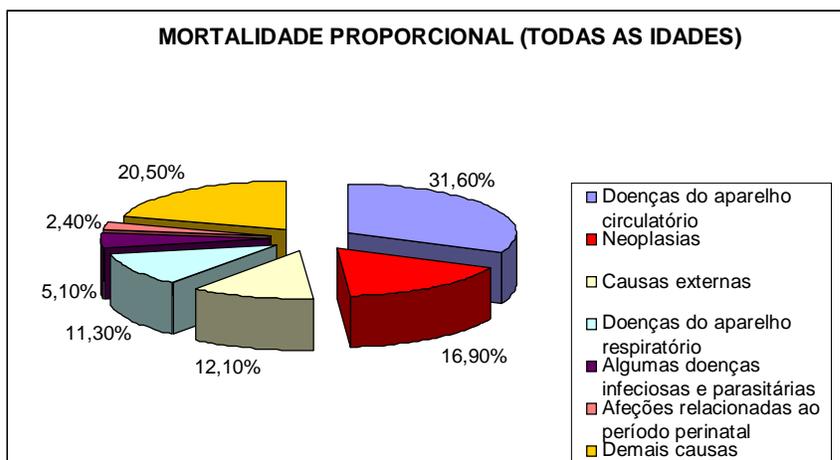


Figura 3 - Mortalidade Proporcional (%) em Minas Gerais, por algumas causas selecionadas - CID10.
Fonte: SIM-SUS (2009).

A atenção hospitalar do Estado é caracterizada pela existência da maioria de unidades privadas, sendo que, dos 671 hospitais existentes, apenas 130 (19%) são públicos. Quando analisamos os leitos disponibilizados ao SUS, a situação se inverte, pois dos 44.098 leitos existentes, 32.346 (73,3%) são disponibilizados ao SUS, representando 73,3% da capacidade instalada (BRASIL, 2010). O fato curioso é a relação entre o público e o privado, à medida que, todos os hospitais disponibilizam leitos SUS e privados, quer sendo ele público, privado ou filantrópico. Essa realidade revela, *a priori*, o desafio da gestão na regulação da rede privada prestadora de serviços ao SUS.

Quanto aos Hospitais de Ensino, existem no Estado 12 hospitais contratualizados no âmbito do Programa Contratualização, com adesão em períodos distintos, entre 2004 e 2008, o que representam 9,02% do total de hospitais de ensino do país, que são 133 hospitais.

Estão localizados em 07 municípios, que de acordo com as definições do Plano Diretor de Regionalização (PDR), 6 deles funcionam como pólo macrorregional (Alfenas, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberaba, Uberlândia e Montes Claros) e 1 (Itajubá) funciona como sede microrregional, conforme figura 4. Essa conformação demonstra a localização estratégica destes hospitais como

referência regional. A figura 4 ilustra a distribuição dos hospitais nas 6 macrorregiões de saúde (Norte, Centro, Sudeste, Sul, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte).

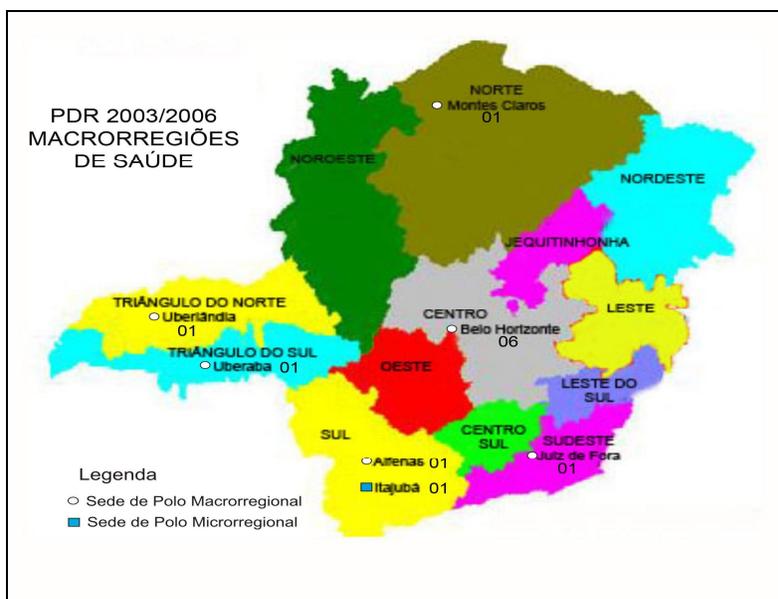


Figura 4 – Distribuição dos Hospitais de Ensino por regiões de acordo com o PDR-MG.
Fonte: Portarias de Contratualização (Apêndice) /Centro de Planejamento AGE/IBGE (2009).

Os hospitais de ensino de Minas Gerais são bastante heterogêneos quanto ao tamanho, à função, ao tipo de atendimento, com sobreposição de sua classificação, o que confirma uma tendência nacional. São 3 hospitais de médio porte, 6 de grande porte e 3 de capacidade extra, variando de 104 a 918 leitos. Quanto ao tipo de atendimento são 11 gerais e 1 especializado. Assumem o papel de pesquisa, ensino e assistência, ao mesmo tempo, que cumprem com o papel regional, com escalas diferenciadas, de acordo com os contornos do PDR. O hospital, portanto, refere-se a um conjunto heterogêneo de estabelecimentos de saúde, de tamanhos diferentes que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades, além de desempenhar funções distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde.

Diversificam, também, quanto à natureza e esfera administrativa, conforme ilustração abaixo. A figura 5 (A e B) mostra que parte considerável desses hospitais (34%) é privada, o que demonstra um contra-senso na missão formadora de profissionais para o SUS, sobretudo o médico, pois é difícil pensar que os profissionais formados em instituições privadas, possam assumir compromissos com o SUS, orientados pelas necessidades da população.

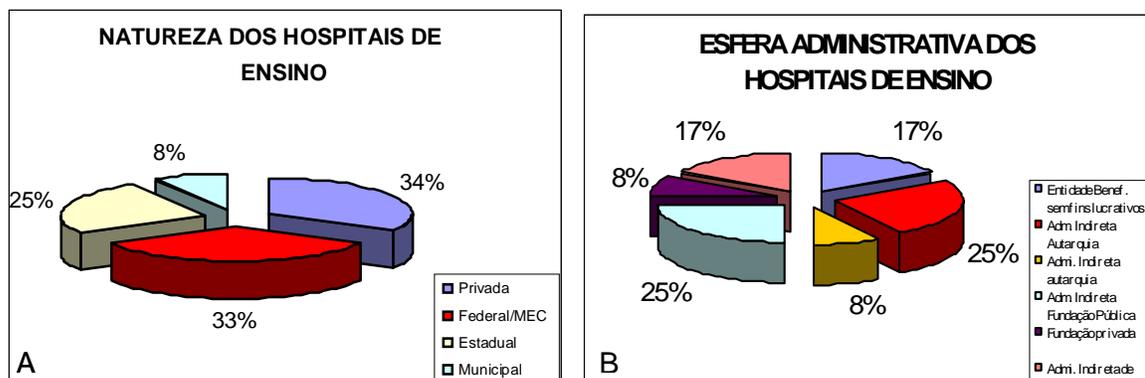


Figura 5 – (A e B) Caracterização dos hospitais de ensino de Minas Gerais, segundo natureza e esfera administrativa.

Fonte: CNES-SUS (2010).

Os Hospitais de Ensino tem um papel relevante na oferta de leitos para o Estado, e principalmente para o seu município. Todos eles se destacam na oferta de leitos para a população própria e regional, sendo menos expressivo, o Hospital Universitário de Juiz de Fora. Quanto ao Estado, os hospitais de Belo Horizonte assumem um papel importante principalmente com relação aos leitos de UTI, que representam 15,53% do total do Estado. Vejamos na tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Percentual de leitos SUS, geral e UTI, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, com relação ao seu município e Estado.

MUNICÍPIO	UNIDADE	ESTADO		MUNICÍPIO		HOSPITAL		% DE LEITOS HOSP./MUNIC.		% DE LEITOS HOSP./EST.	
		GERAL	UTI	GERAL	UTI	GERAL	UTI	% GERAL	% UTI	% GERAL	% UTI
Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano - Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas			217	47	117	36	53,92	76,60	0,34	1,33
Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG					462	78				
	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte					918	97				
	Centro Geral de Pediatria - Hospital Infantil João Paulo II					157	25				
	Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães			6.203	784	220	30	44,86	53,45	8,03	15,53
	Hospital Municipal Odilon Behrens					416	85				
	Hospital João XXIII - FHEMIG e Maria Amélia	34.616	2.698			607	104				
Itajubá	Associação de Integração Social/Hospital Escola de Itajubá			185	15	104	10	56,22	66,67	0,30	0,37
Juiz de Fora	Hospital Universitário - UFJF			2.083	174	139	10	6,67	5,75	0,40	0,37
Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES			802	83	173	14	21,57	16,87	0,50	0,52
Uberaba	Hospital Escola de Uberaba - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba			642	89	303	59	47,20	66,29	0,88	2,19
Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia			811	86	533	61	65,72	70,93	1,54	2,26
Total		34.616	2.698	10.943	1.278	4.149	609	38	48	12	23

Fonte: CNES-SUS (2010).

Apesar da grande maioria dos leitos dos Hospitais de Ensino ser públicos, ainda há um percentual de leitos privados, de 7% dos leitos totais e 5% dos leitos de UTI, que pode gerar o conflito de interesse e duplicidade de vínculos dos profissionais de saúde, que querem replicar a lógica do privado dentro das instituições públicas.

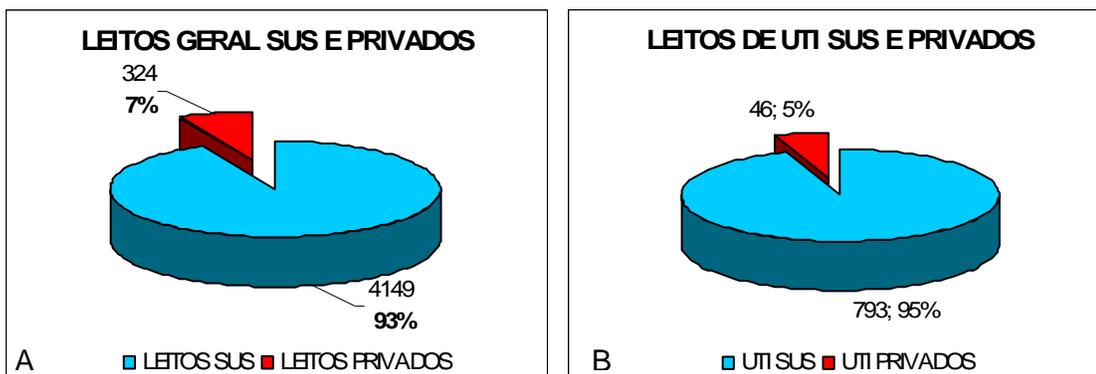


Figura 6 – (A e B) Percentual dos leitos, geral e UTI, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais. Fonte: CNES-SUS (2010).

Esta situação exige um esforço maior do gestor local do SUS em desenvolver instrumentos de monitoramento e regulação, tendo em vista o papel assistencial previsto para os HEs.

4.3 Perfil de Produção dos HEs de Minas Gerais

4.3.1 Principais atendimentos realizados

O perfil que buscamos desenhar retrata os principais serviços (internações, consultas especializadas, transplantes, cirurgias e exames complementares), considerando as demandas da população e também os serviços de maior destaque para o perfil proposto pelo Programa de Contratualização.

Entre os anos de 2004 e 2009, houve um aumento das internações em geral, urgência e emergência e de pacientes referenciados, não ultrapassando a 10%, com destaque para as internações de UTI que cresceram 27%, quando consideramos o conjunto de hospitais. Esse aumento pode ser atribuído,

principalmente, a elevação das internações dos hospitais que aderiram ao Programa em 2004 (grupo 1). Para os hospitais com adesão intermediária houve redução de todos os tipos de internações, enquanto os que aderiram em 2008 houve o aumento nas internações em UTI e de urgência/emergência, reafirmando seu papel na rede de urgência e emergência do Estado, que é pioneiro no Brasil. Vejamos a tabela a seguir:

Tabela 3 – Frequência de alguns tipos de internações selecionadas, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.

PRODUÇÃO HOSPITALAR	GRUPO	ANO						VARIÇÃO	
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	N	%
INTERNAÇÃO GERAL	GRUPO 1	67.510	71.471	74.054	75.581	79.453	82.502	14.992	22
	GRUPO 2	21.623	21.456	20.750	19.928	20.703	20.604	-1.019	-5
	GRUPO 3	52.601	52.796	50.825	49.192	49.720	48.682	-3.919	-7
	TOTAL	141.734	145.723	145.629	144.701	149.876	151.788	10.054	7
INTERNAÇÃO DE PACIENTES DE OUTROS MUNICIPIOS	GRUPO 1	19.996	21.201	22.473	23.744	24.555	25.941	5.945	30
	GRUPO 2	7.744	8.063	7.533	6.897	7.437	7.532	-212	-3
	GRUPO 3	20.976	21.974	21.300	20.564	19.995	19.342	-1.634	-8
	TOTAL	48.716	51.238	51.306	51.205	51.987	52.815	4.099	8
INTERNAÇÃO EM UTI	GRUPO 1	4.714	5.931	6.024	7.094	6.427	6.904	2.190	46
	GRUPO 2	1.351	1.486	1.343	1.224	1.193	1.154	-197	-15
	GRUPO 3	5.035	5.578	5.273	5.873	5.902	6.055	1.020	20
	TOTAL	11.100	12.995	12.640	14.191	13.522	14.113	3.013	27
INTERAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	GRUPO 1	54.189	57.584	59.671	61.384	62.233	65.427	11.238	21
	GRUPO 2	15.986	15.884	15.753	14.603	14.804	15.153	-833	-5
	GRUPO 3	40.232	40.975	40.399	40.576	43.243	42.649	2.417	6
	TOTAL	110.407	114.443	115.823	116.563	120.280	123.229	12.822	10

Fonte: SIH-SUS (2010).

No que concerne à produção ambulatorial do conjunto de hospitais, tabela 4, nota-se que houve um aumento geral no número de consultas especializadas (15%), com aumento maior na área de oncologia (39%), porém com redução em cardiologia (-5%), nefrologia (-5%), e neurologia (-10%). Observa-se, também, o aumento dos exames de apoio diagnóstico de alto custo, que inclui, por exemplo, a ressonância magnética, a tomografia computadorizada e radiodiagnóstico.

Ao contrário dos resultados nas internações, o grupo 1 registra redução no número de consultas especializadas em geral e em cardiologia e neurologia, com aumento expressivo em oncologia e nefrologia, e também nos exames de apoio diagnóstico. Os hospitais do grupo 2 parecem consolidar-se como referência em

consultas especializadas, tendo em vista os aumentos percentuais em praticamente todas as especialidades e a redução nas internações. Esse mesmo resultado pode ser observado no grupo 3, ou seja, hospitais que contratualizaram em 2009.

Em geral, os dados sugerem que o grupo 1 está voltado para as internações e os demais para a atenção ambulatorial.

Tabela 4 – Frequência de alguns tipos de consultas especializadas selecionadas, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL	GRUPO	ANO						VARIÇÃO	
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	N	%
Consultas Especializadas	GRUPO 1	418.611	442.758	400.767	418.465	372.455	402.252	-16.359	-4
	GRUPO 2	75.534	67.821	87.269	103.159	115.105	124.744	49.210	39
	GRUPO 3	187.241	197.921	178.858	198.197	306.806	273.729	86.488	32
	TOTAL	681.386	708.500	666.894	719.821	794.366	800.725	119.339	15
Consulta em cardiologia	GRUPO 1	22.442	25.046	23.103	20.425	22.254	20.646	-1.796	-9
	GRUPO 2	4.707	3.542	4.873	6.951	8.353	8.370	3.663	44
	GRUPO 3	8.995	9.105	9.706	8.124	5.824	5.341	-3.654	-68
	TOTAL	36.144	37.693	37.682	35.500	36.431	34.357	-1.787	-5
Consulta em nefrologia	GRUPO 1	7.563	7.805	7.444	10.176	9.396	8.217	654	8
	GRUPO 2	3.956	3.674	3.219	3.384	3.790	3.658	-298	-8
	GRUPO 3	3.078	2.017	1.949	2.571	2.394	2.032	-1.046	-51
	TOTAL	14.597	13.496	12.612	16.131	15.580	13.907	-690	-5
Consulta em neurologia	GRUPO 1	28.013	27.100	25.121	30.152	25.035	26.512	-1.501	-6
	GRUPO 2	2.689	2.189	4.092	4.737	5.157	4.146	1.457	35
	GRUPO 3	24.209	25.440	23.346	25.129	31.964	19.267	-4.942	-26
	TOTAL	54.911	54.729	52.559	60.018	62.156	49.925	-4.986	-10
Consulta em oncologia	GRUPO 1	15.110	15.609	16.378	19.670	14.059	20.126	5.016	25
	GRUPO 2	186	113	128	149	436	677	491	73
	GRUPO 3	1.358	3.130	2.668	5.072	5.804	6.695	5.337	80
	TOTAL	16.654	18.852	19.174	24.891	20.299	27.498	10.844	39
Apoio Diagnóstico de Alto Custo	GRUPO 1	8.705	10.732	11.874	11.924	11.291	10.805	2.100	19
	GRUPO 2	1.152	1.662	1.798	1.903	2.508	2.936	1.784	61
	GRUPO 3	17.407	19.132	17.525	20.125	18.437	18.191	784	4
	TOTAL	27.264	31.526	31.197	33.952	32.236	31.932	4.668	15

Fonte: SIA-SUS (2010).

No que se refere às cirurgias ambulatoriais (SAI) e hospitalares (SIH), conforme tabela 5, houve variação na produção pelos diferentes grupos, sendo que em geral, aumentou a proporção de cirurgias ambulatoriais com relação às cirurgias hospitalares. Esses achados têm um significado importante, à medida que o aumento das cirurgias ambulatoriais resulta na capacidade de atender o maior número de pacientes _ em função do menor tempo de internação e alta precoce _ que por sua vez, impacta na economia do hospital, minimizando as insuficiências de

recursos. Esse fenômeno também tem conotações em termos de modelo de atenção, pois ao focar na cirurgia a nível ambulatorial, quebra a concepção hospitalocêntrica de internações e reforça a tendência da nova orientação dos hospitais de não deixar o paciente muito tempo internado, isolado do seu meio social e familiar, sem realizar qualquer tipo de atividade.

Tabela 5 – Frequência de cirurgias SIA e SIH, do período de 2004 a 2009, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.

CIRURGIAS SIA/SIH	GRUPO	ANO						VARIÇÃO	
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	N	%
CIRURGIAS AMBULATORIAIS- SIA	GRUPO 1	33.390	33.255	36.457	38.030	32.667	37.937	4.547	14
	GRUPO 2	12.910	10.106	9.135	8.832	6.803	7.104	-5.806	-45
	GRUPO 3	65.830	63.583	56.862	55.842	98.195	96.602	30.772	47
	TOTAL	112.130	106.944	102.454	102.704	137.665	141.643	29.513	26
CIRURGIAS HOSPITALARES- SIH	GRUPO 1	28.169	30.870	31.310	32.910	38.264	39.402	11.233	40
	GRUPO 2	9.908	9.848	8.497	8.799	9.639	9.359	-549	-6
	GRUPO 3	32.014	31.684	30.072	28.416	24.184	24.004	-8.010	-25
	TOTAL	70.091	72.402	69.879	70.125	72.087	72.765	2.674	4

Fonte: SIA /SIH-SUS (2009).

Em todo o país há uma demanda crescente por transplantes relacionada a complicações das doenças crônico-degenerativas que sugere a necessidade de revisão do modelo de atenção para ser capaz de cuidar e controlar os pacientes crônicos prevenindo as complicações; prestar o atendimento adequado nos momentos de agudização e ao mesmo tempo, promover a saúde da população sadia evitando assim o adoecimento.

Conforme tabela 6, houve um aumento em geral no total de transplantes, ressaltante do crescimento do grupo 1, tanto no transplante geral, quanto de rim e coração e redução em todos os tipos para os demais grupos.

Tabela 6 – Frequência de transplantes realizados, do período de 2004 a 2009, e a lista de espera em 2006 dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, distribuídos por grupo de análise.

TRASPLANTES	GRUPO	ANO						VARIAÇÃO		LISTA DE ESPERA 2006
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	N	%	
Transplante Geral	GRUPO 1	566	529	426	585	657	692	126	22	4.784
	GRUPO 2	34	26	37	48	36	33	-1	-3	
	GRUPO 3	10	8	6	3	3	8	-2	-20	
	TOTAL	610	563	469	636	696	733	123	20	
Transplante de Rim	GRUPO 1	54	57	45	85	81	97	43	80	3809
	GRUPO 2	22	11	9	9	6	0	-22	-100	
	GRUPO 3	10	7	6	3	3	8	-2	-20	
	TOTAL	86	75	60	97	90	105	19	22	
Transplante de Coração	GRUPO 1	0	0	6	12	20	19	19	2,2	12
	GRUPO 2	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	GRUPO 3	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
	TOTAL	0	0	6	12	20	19	19	2,2	

Fonte: SIH-SUS (2009 apud SOLLA; CHIORO, 2008).

Entretanto esse aumento, ainda está aquém das necessidades da população, uma vez que segundo Solla e Chiolo (2008) o estado de Minas Gerais em 2006 apresentava uma demanda, a partir da lista de espera, de 4.784 transplantes, sendo que em 2009 a produção foi de 733 transplantes, ou seja, 6,5 vezes menor que a necessidade. Esse descompasso entre a oferta e demanda se faz mais presente no transplante de rim, que é a maior demanda do estado, sendo que a necessidade é 36 vezes mais do que o produzido, isso se contamos a demanda de 2006.

4.3.2 Produção por nível de complexidade

A análise por nível de complexidade é importante, pois demonstra como as formas de pagamento podem influenciar na oferta de serviços. Existem, no âmbito da contratualização e até mesmo do SUS, quatro modalidades de financiamento das ações de custeio em função do nível de complexidade e do custo, que são: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC), Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (FAEC) e a Alta Complexidade (AC). É importante lembrar que a contratualização propôs, embora haja dúvida sobre este aspecto, a

fixação de recursos apenas na média complexidade e atenção básica, mantendo a mesma lógica de pagamento por produção na AC e FAEC.

Primeiramente, começaremos com uma análise do conjunto dos hospitais, e no final deste tópico comentaremos os resultados por grupo, quando se tratar de peculiaridades com relação ao conjunto.

Salientamos que mais da metade dos recursos dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, conforme figura 7, são gastos na produção de média complexidade, sendo que o Programa pensa o Hospital de Ensino, de acordo com as diretrizes explicitadas das Portarias de Contratualização, como referência na alta complexidade, por agregar alta tecnologia leve (relativo aos conhecimentos e saberes) e dura (equipamentos, medicamentos).

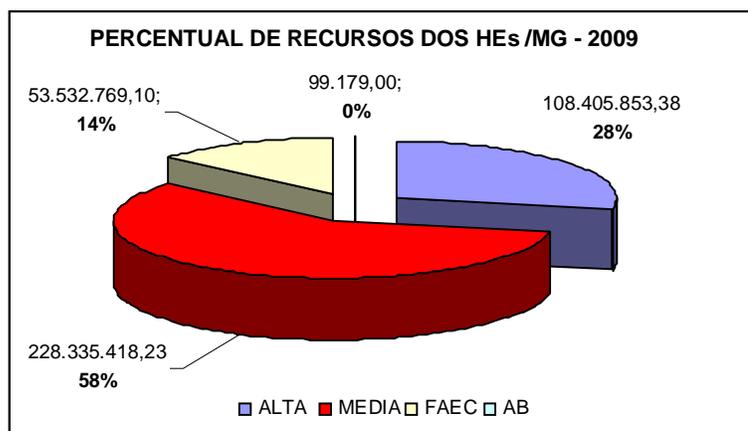


Figura 7 – Relação dos recursos, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, em 2009.
Fonte: CNES-SUS (2010).

Entre 2004 a 2009 (figuras 8, A e B) percebe-se claramente uma queda vertiginosa na frequência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar (-94%), entretanto, houve um aumento de 52% no valor repassado aos hospitais, para se fazer apenas 16% da produção que faziam neste nível. Isso sugere que o hospital reduziu o número de atendimentos, em função dos procedimentos de maior custo, ou seja, num conjunto amplo de procedimentos considerados de maior custo, passaram a selecionar aqueles de maior valor. A fim de esclarecer melhor tal achado, suponhamos que uma pactuação envolvendo 1000 consultas ambulatoriais e 100 internações, ambas em cardiologia, mais 1 transplante de coração num valor X, o hospital realizasse 4 transplantes e nenhum dos outros procedimentos, cujo

valor ultrapassaria aquele previsto para a pactuação do conjunto de procedimentos, faturando portanto mais recursos com menos produção.

Ainda com base no perfil de produção, podemos afirmar que esse aumento se deu principalmente nas áreas de nefrologia e oncologia. Esse achado sugere a inversão da demanda pela oferta, em função da indução das formas de pagamento, entretanto uma análise mais profunda e conclusiva requer uma investigação individualizada à luz dos contratos firmados e planos operativos.

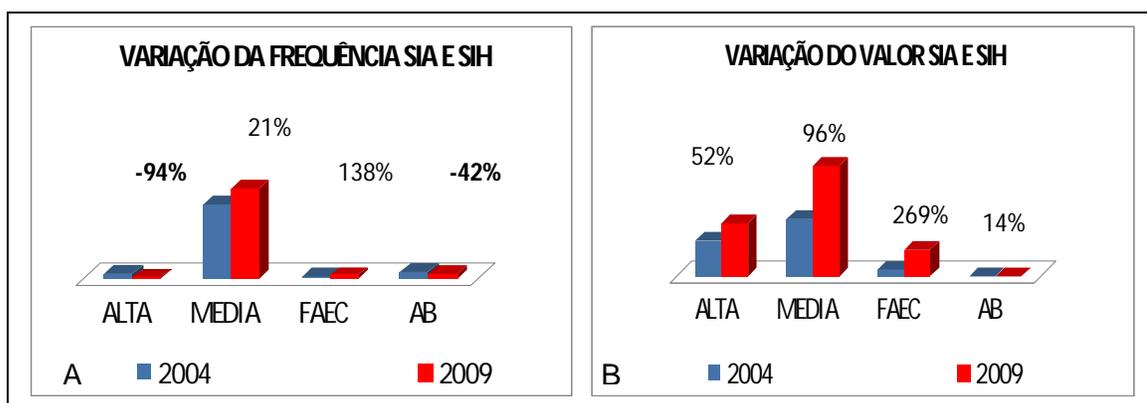


Figura 8 – Variação da frequência e valor da produção SIA e SIH, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, entre 2004 a 2009. Fonte: SIA/SIH-SUS (2010).

Nota: A – variação de frequência, B – variação de valor.

Para a produção de Faec, MC e AB também sugere à indução da produção pelo pagamento, sendo que para os dois primeiros, houve um aumento da produção e o último houve uma diminuição, porém com aumento de recursos.

Ressaltamos, ainda na figura 7, que na média complexidade para o aumento de 21% da produção, os recursos quase que dobraram. Essa elevação dos valores em proporções maiores que a frequência, pode estar associada aos reajustes de Tabela SUS e a recomposição dos tetos de média complexidade pelo Ministério da Saúde em 2008, que elevou substancialmente o valor deste nível. A atenção básica embora tenha caído em 42% não cumpriu com a “diretriz” proposta pelo programa que era redirecionar a totalidade de atendimentos básicos para as unidades básicas da rede, e quebrar a concepção de pacientes cativos na centralidade do hospital. O grupo 2 teve o melhor desempenho.

Quando partimos para a análise da das internações, tabela 7 a seguir, percebe-se que, em 5 anos, houve um aumento na frequência de AC (9,54%) e MC (7,67%), enquanto que o aporte de recursos aumentou desproporcionalmente em

100,2% e 114,35%, respectivamente. A frequência da produção de FAEC para a internação registra-se uma queda, porém observa-se a elevação dos seus valores, semelhantemente como explicamos anteriormente.

Tabela 7 – Frequência e valor das internações realizados, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.

ANO	CONSOLIDADO INTERNAÇÃO - FREQUENCIA E VALOR					
	ALTA		MEDIA		FAEC	
	FREF.	VALOR	FREF.	VALOR	FREF.	VALOR
2004	12.842	34.242.264,64	124.994	83.366.216,19	3.898	10.538.015,40
2005	14.006	39.304.129,41	127.778	97.236.800,72	3.939	11.318.327,17
2006	13.707	38.948.124,72	129.296	99.832.984,82	2.626	10.286.701,75
2007	14.392	48.296.983,52	127.340	114.114.621,69	2.969	12.532.879,90
2008	13.004	56.189.572,36	133.415	135.770.601,11	3.457	14.524.113,22
2009	14.067	68.559.098,66	134.576	178.696.618,26	3.145	13.419.025,01
VARIAÇÃO	9,54%	100,22%	7,67%	114,35%	-19,32%	27,34%

Fonte: SIH-SUS (2009).

A figura abaixo ilustra melhor essa variação entre a frequência e valor para as internações e os tipos de recursos. Vejamos:

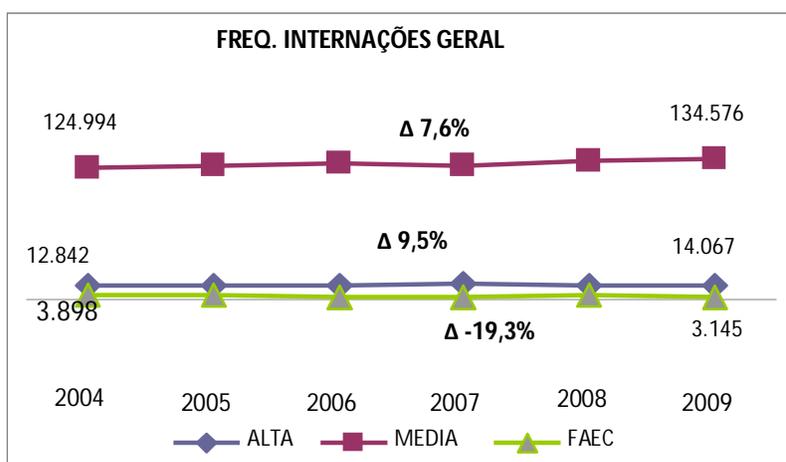


Figura 9 – Evolução da frequência, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.

Fonte: CNES-SUS (2010).

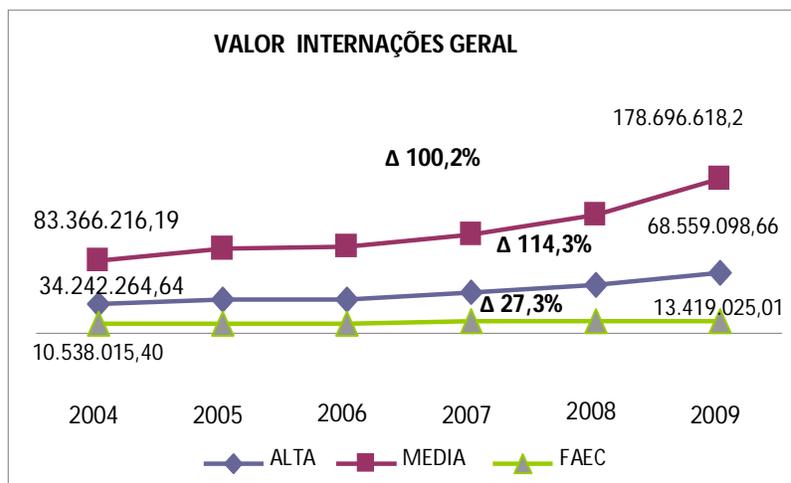


Figura 10 – Evolução do valor da internação, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, ente 2004 a 2009.

Fonte: CNES-SUS (2010).

Para a produção ambulatorial SIA (Tabela 8), que engloba consultas especializadas, cirurgias ambulatorial, urgência e emergência, exames de apoio diagnóstico, por exemplo, nota-se a queda abrupta na frequência da produção de AC (-98,83%) e de AB (-42) com aumento de recursos, responsável pelo resultado global.

Em síntese, percebe-se que os hospitais reduziram radicalmente a produção ambulatorial da alta complexidade em -98,83% com aumento de 7,2% e, ao mesmo tempo, praticamente dobrou o faturamento das internações com um pequeno aumento da frequência da produção de 9,5%, o que sugere a inadequação do mecanismo financiador.

Tabela 8 – Frequência e valor da produção ambulatorial, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.

ANO	CONSOLIDADO DE FREQUENCIA E VALOR AMBULATORIAIS							
	ALTA		MEDIA		FAEC		AB	
	FREF.	VALOR	FREF.	VALOR	FREF.	VALOR	FREF.	VALOR
2004	269.001	37.170.298,53	5.041.576	33.261.021,88	68.487	3.957.825,04	436.393	86.999,00
2005	307.793	44.441.337,04	5.512.761	36.932.856,52	92.846	6.969.018,54	311.969	90.004,00
2006	301.564	47.847.015,58	5.583.479	38.853.228,07	86.689	6.134.622,52	305.941	90.558,00
2007	301.823	51.262.594,19	5.407.564	40.573.793,55	109.278	7.598.212,90	269.827	91.254,00
2008	3.457	28.309.576,24	5.546.345	42.893.306,28	241.983	36.917.597,20	337.423	96.871,00
2009	3.145	39.846.754,72	6.112.292	49.638.799,97	169.478	40.113.744,09	253.000	99.179,00
VARIAÇÃO	-98,83%	7,20%	21,24%	49,24%	147,46%	913,53%	-42,02%	14,00%

Fonte: SIA-SUS (2009)

As figuras 11 e 12 ilustram a discrepância entre os valores de alta complexidade e FAEC com relação à frequência da produção ambulatorial, chamando atenção o aumento acentuado do FAEC, principalmente no ano de 2007, com a queda da alta complexidade. Provavelmente, essa migração se deu em virtude do FAEC remunerar melhor o procedimento que estava sendo feito na alta. Em 2008 ambos voltam a crescer.

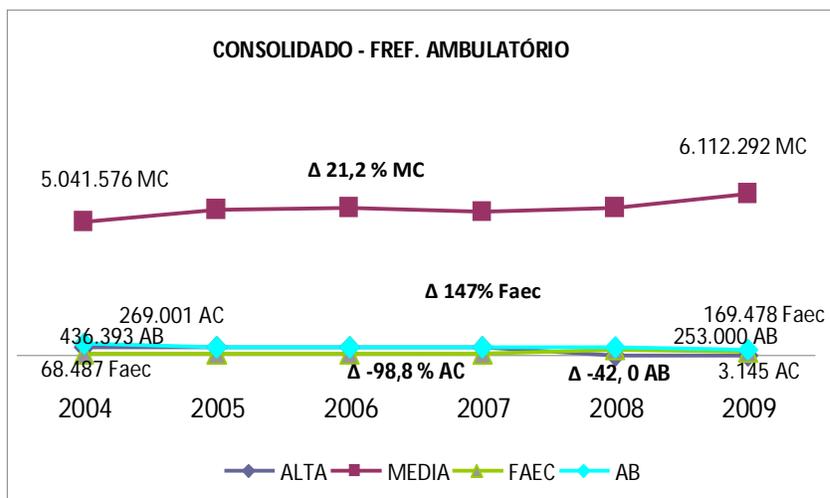


Figura 11 – Evolução da frequência da produção ambulatorial, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, entre 2004 a 2009.
Fonte: CNES-SUS (2010).

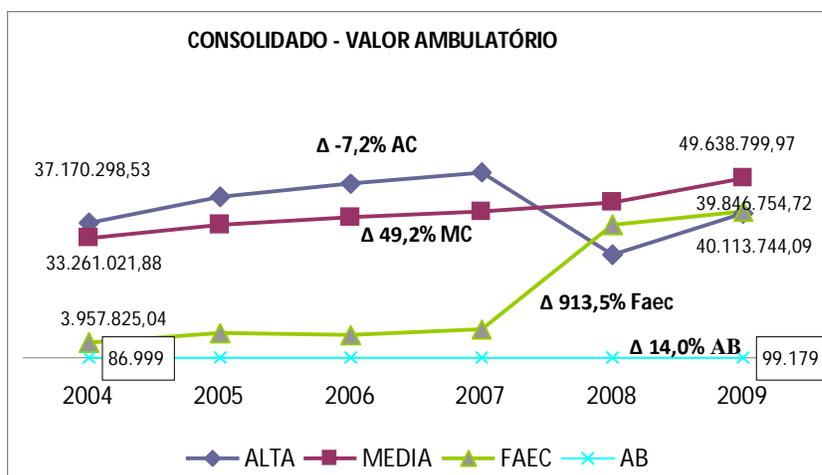


Figura 12 – Evolução do valor da produção ambulatorial, por nível de complexidade, dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais, entre 2004 a 2009.
Fonte: CNES-SUS (2010).

As tabelas constantes nos Apêndice 2 e 3 mostram os resultados por grupo. Nelas destacamos o crescimento da frequência, e mais ainda no valor, da média complexidade em todos os grupos, inclusive os contratualizados em 2004 (grupo 1) o que pode significar duas leituras. A primeira pode significar o aumento positivo da produção associado ao papel ativo do gestor no processo de pactuação de sua demanda no âmbito da contratualização, o que acreditamos ser pouco provável, visto que os resultados foram semelhantes mesmo para o grupo de hospitais que só contratualizaram em 2008. A segunda leitura sugere a manutenção do pagamento por produção, também na MC, cuja tendência seria a estagnação em virtude de imposição de limites orçamentários e financeiros. Na alta complexidade, o Grupo1 aumentou a frequência e o valor das interações, e reduziu a frequência da produção ambulatorial com aumento do valor o que impactou no resultado do grupo de hospitais.

4.3.3 Indicadores de qualidade e desempenho hospitalar

Conforme observa Minayo (2005), os indicadores são sinalizadores indiretos da realidade, e se consolidam como um importante instrumento para a análise da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais. Por isso mesmo, selecionamos os indicadores, dentre os trazidos pelas Portarias de Contratualização, que tivessem uma correlação com aquilo que pretendemos estudar e que tem implicações no papel do hospital e modelo de atenção.

O conjunto de indicadores, figura 11(A a F) a seguir, referem-se à utilização dos leitos em geral, e nos setores mais demandados do hospital que são os leitos de UTI e cirúrgicos. Para o indicador Taxa de Ocupação geral à capacidade de utilização de leitos hospitalares (sendo que, quanto maior esta taxa melhor será o aproveitamento destes leitos) observa-se que, de modo geral, houve uma piora para conjunto de hospitais, afastando se da meta que é 80. O grupo 1 aprestou um melhor resultado. O grupo 2 melhorou em proporções menores, enquanto que o grupo 3 piorou bastante.

Quanto à utilização dos leitos de UTI, houve melhoria no total de hospitais, passando de 46% (2004) para 67% (2009), embora não tenham atingido a

meta. Todos os grupos apresentaram melhoria, com destaque para os hospitais do grupo 3, que contratualizaram em 2008, o que não pode ser atribuído ao Programa.

No indicador referente à utilização de sala cirúrgica, também houve uma pequena melhoria, sendo que se observa uma queda acentuada nos hospitais que contratualizaram em 2008 (grupo 3).

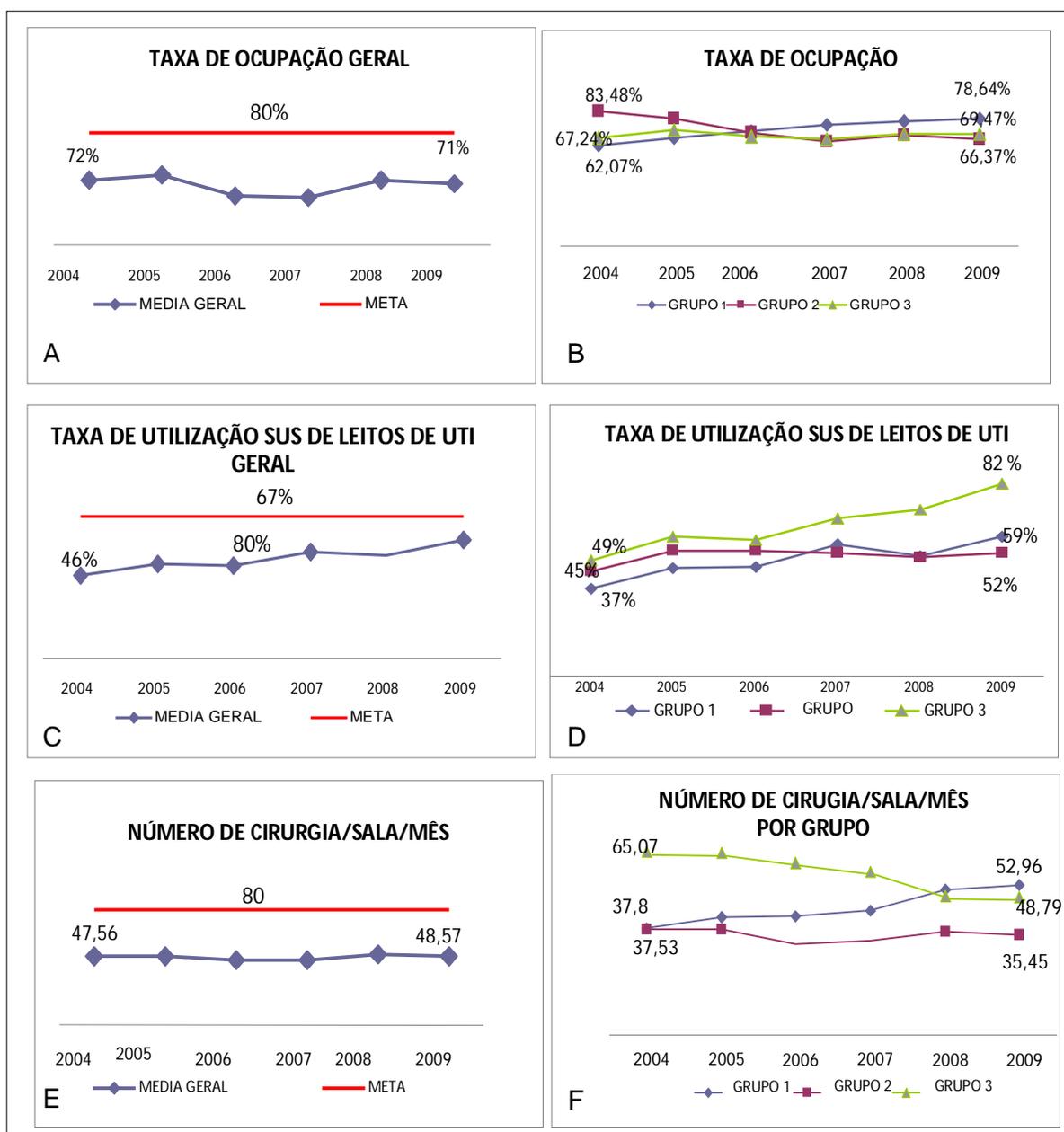


Figura 13 – Conjunto de indicadores de produtividade dos Hospitais de Ensino de MG, geral e por grupos, no período de 2004 a 2009.

Fonte: SIH-SUS

Nota: A, C e F - consolidado geral, B, D e F consolidado por grupo.

Os hospitais vivem uma situação paradoxal, se por um lado, há uma demanda crescente e pressões por atendimentos, por outro, há uma baixa utilização dos leitos, principalmente, no que se referem às internações nos leitos de UTI e cirurgias, estratégicas nos programas de expansão e fortalecimento da rede de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto-atendimentos (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Esta questão não pode ser entendida apenas como problemas de gestão hospital, mas vai, além disso, incorporando outras questões de ordem mais complexa e estrutural, como a falta de recursos para a manutenção da capacidade instalada; a falta de instrumentos da gestão da clínica, como protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência, que orientam a boa prática terapêutica e o cuidado, resultando na recuperação mais rápida do paciente e alta precoce; a falta de profissionais capacitados e comprometidos; a falta de profissionais médicos em determinadas áreas, atrelado ao processo formador; ao o corporativismo de determinadas categorias; e ao duplo vínculo de profissionais na rede pública e privada, que parecem ser fatores importantes a serem considerados. Por exemplo, durante as visitas de certificação dos hospitais de ensino, vários gestores e dirigentes de todo o país atribuíam à baixa utilização das salas cirúrgicas a dificuldade do profissional anestesista.

Os indicadores de qualidade selecionados foram às taxas de cesárea e de óbito. Para o conjunto de hospitais a taxa de cesárea (figura 14 e 15) continua em elevação, para um índice que já era alto mesmo considerando que esses hospitais são referências para o parto de alto risco, atingindo em 2009 o percentual de 42,23%. A taxa de cesárea reflete toda uma cultura institucional de intervenção e medicalização em detrimento do cuidado e do manejo do parto-nascimento pautados na humanização, e até mesmo, da baixa adesão a práticas inovadoras. Também reflete para além do ambiente hospitalar, pois tem implicações com a rede assistencial, no cuidado primário da atenção básica. Conseqüentemente, as deficiências das práticas adotadas refletem de alguma maneira no modelo de atenção e na capacidade de integração do sistema.

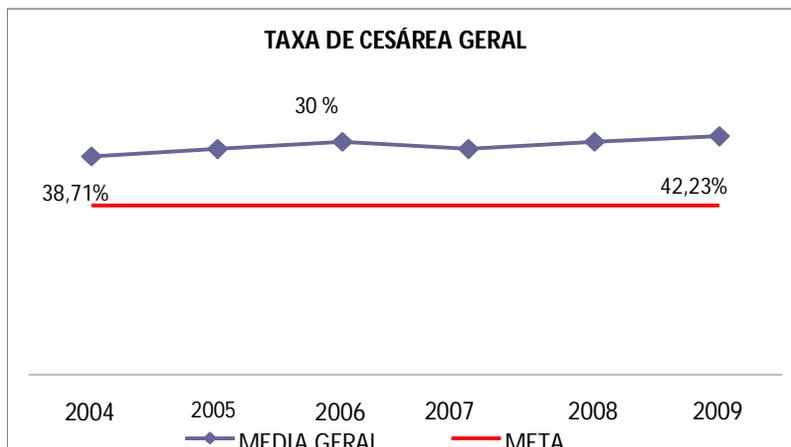


Figura 14 – Taxa de cesárea, geral, no período de 2004 a 2009.
Fonte: SIH-SUS (2010).

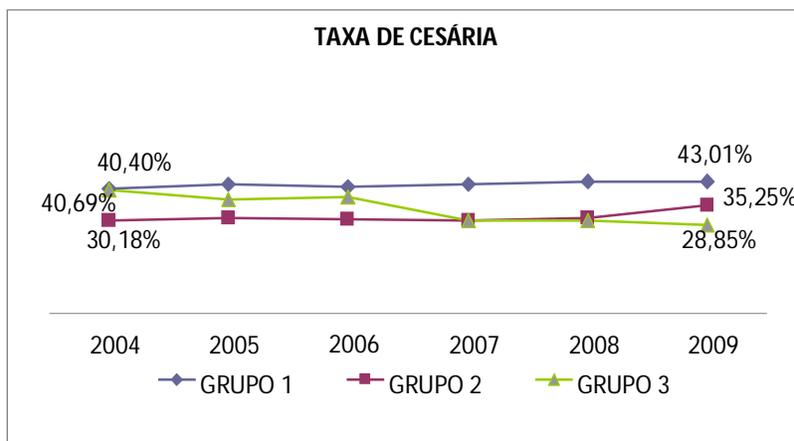


Figura 15 – Taxa de cesárea, por grupos, no período de 2004 a 2009.
Fonte: SIH-SUS (2010).

A taxa de óbito hospitalar aumentou nos últimos 6 anos de forma geral, atingindo um índice de 5,57%, enquanto a meta é de 2,66%. O grupo 1 diminuiu levemente os demais aumentaram. A taxa de óbito geral está associada com o perfil de mortalidade do estado, com maior prevalência nas doenças circulatórias, seguidas das neoplasias e causas externas.

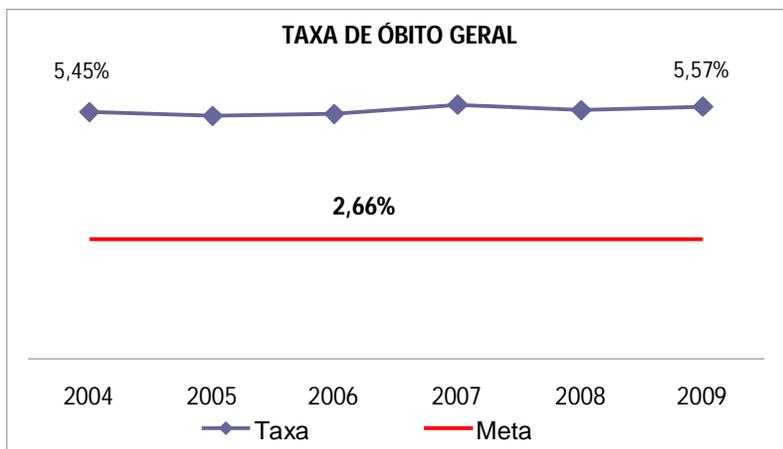


Figura 16 – Taxa de óbito, geral, no período de 2004 a 2009.
Fonte: SIH/DATASUS

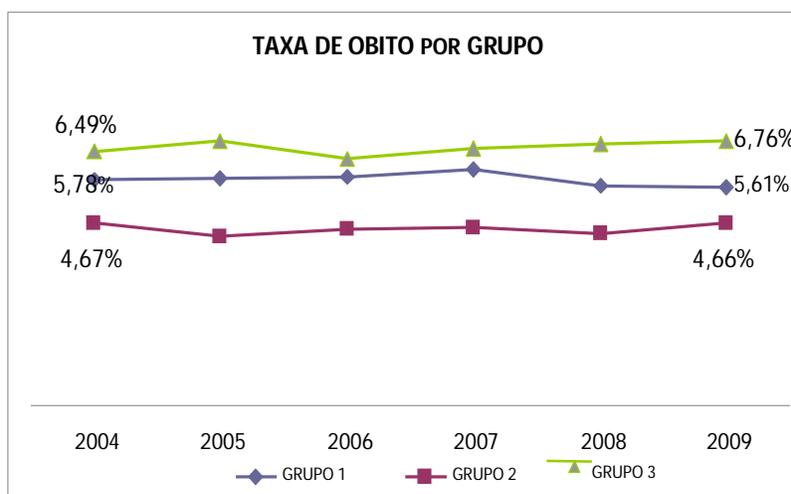


Figura 17 – Taxa de óbito, por grupos, no período de 2004 a 2009.
Fonte: SIH/Datasus.

O Tempo Médio de Permanência (figura 18) retrata a capacidade resolutiva dos hospitais, uma vez que se espera que quanto melhor o atendimento prestado menos tempo o paciente ficará internado. Em geral, houve redução do tempo de permanência, reflexo do desempenho do Grupo 2, os demais houve um leve aumento (figura 19).

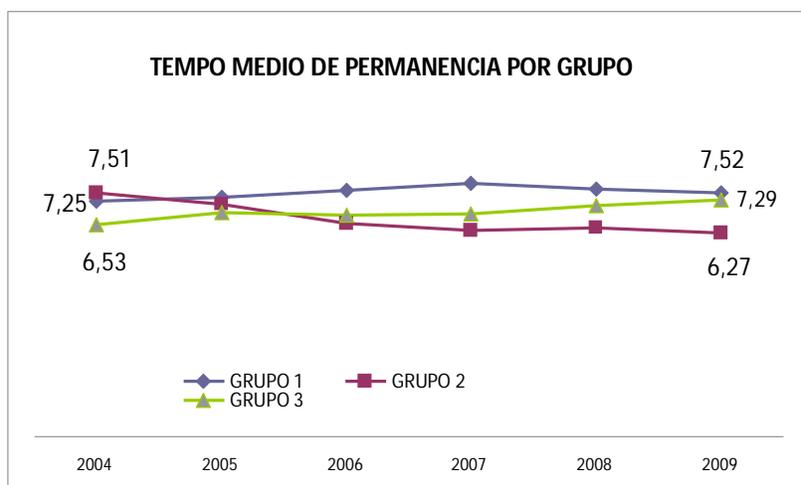


Figura 18 – Tempo Médio de Permanência outros, geral, no período de 2004 a 2009.
Fonte: SIH-SIA/DATASUS.

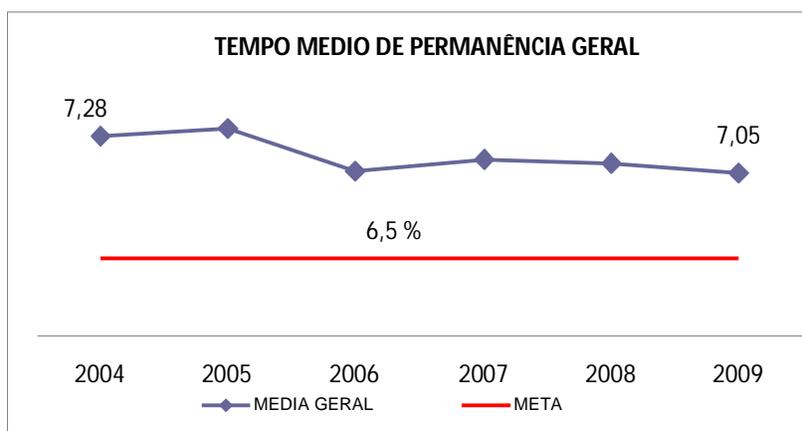


Figura 19 – Tempo Médio de Permanência outros, por grupos, no período de 2004 a 2009.
Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema de Informação Hospitalar

Para análise do papel exercido pelos hospitais no contexto regional, adotamos o indicador de Percentual de Pacientes Referenciados. Conforme Figuras (20 e 21) que se seguem, houve um leve aumento no número dos pacientes referenciados de outros municípios, o que é importante para a sua consolidação enquanto papel regional. Mas ainda não se alcanço a meta pretendida mesmo para o grupo de hospitais que contratualizou em 2004, que por sinal são os maiores do estado, sendo que dois estão localizados em Belo Horizonte, que deveria assumir mais o papel de referencia estadual.

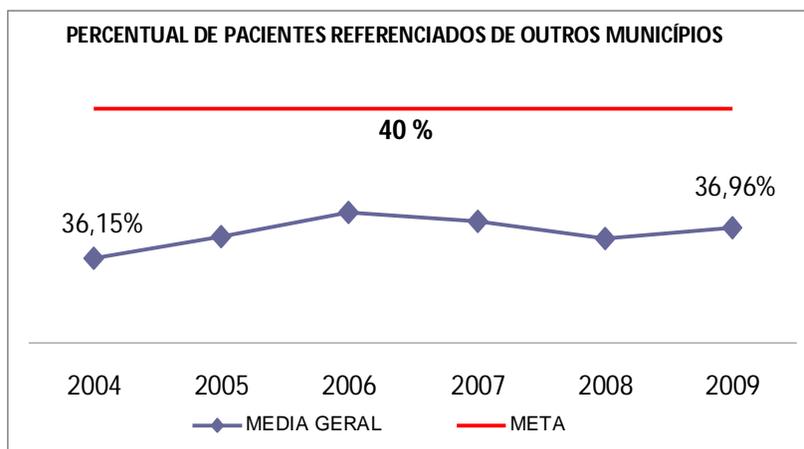


Figura 20 - Percentual de Pacientes referenciados de outros municípios, geral, no período de 2004 a 2009.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema de Informação Hospitalar

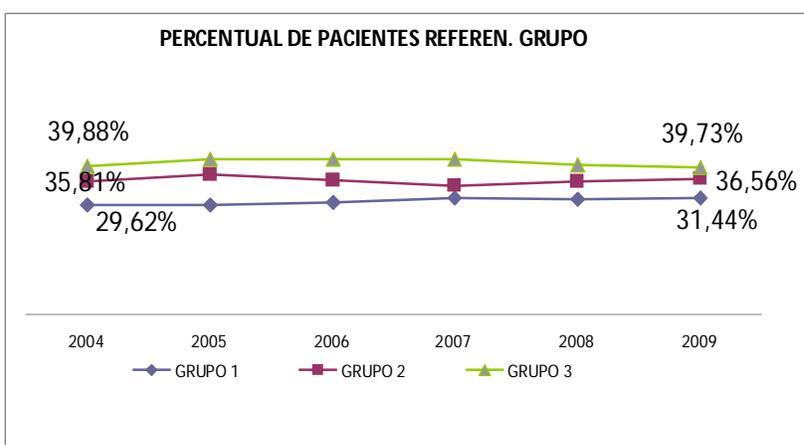


Figura 21 - Percentual de pacientes referenciados de outros municípios, por grupos, no período de 2004 a 2009.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema de Informação Hospitalar.

Desta forma, conclui-se que não houve melhoria significativa, e até piora, dos indicadores de qualidade e desempenho hospital, tal como tentou induzir o Programa de Contratualização, até mesmo para o grupo de hospitais que contratualizaram em 2004, com a mudança no modelo de financiamento, no que pese o pagamento variável por metas qualitativas e a incorporação de Incentivo a Contratualização (IAC). Esse recurso tem um valor significativo nos contratos, cuja incorporação no mesmo visou equacionar parte da insuficiência de recursos, conforme já relatado anteriormente. A tabela a seguir demonstra a evolução dos incentivos a contratualização que são repassados aos hospitais, por meio do gestor municipal ou universidade no caso dos hospitais federais.

Tabela 9 - Evolução dos recursos de IAC nos contratos dos HEs de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.

Município	Unidade	Mês Comp.do Início da Cont.	R\$ de IAC em 2004	R\$ de IAC em 2005	R\$ de IAC em 2006	R\$ de IAC em 2007 + 10% IAC	R\$ de IAC em 2008	R\$ de IAC em 2009
Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG	dez/04	268.377,11	3.220.525,32	3.220.525,32	3.542.577,85	3.542.577,85	3.542.577,85
Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	ago/04	1.294.690,50	3.107.257,20	3.107.257,20	3.417.982,92	3.417.982,92	3.417.982,92
Uberaba	Hospital Escola de Uberaba - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba	dez/04	184.285,96	2.211.431,52	2.211.431,52	2.432.574,67	2.432.574,67	2.432.574,67
Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia	dez/04	596.955,48	7.163.465,76	7.163.465,76	7.879.812,34	7.879.812,34	7.879.812,34
Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano - Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas	dez/05	0,00	79.662,20	955.946,40	1.051.541,04	1.051.541,04	1.051.541,04
Juiz de Fora	Hospital Universitário da UFJF	jan/06	0,00	0,00	869.170,80	956.087,88	956.087,88	956.087,88
Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES	nov/06	0,00	0,00	166.393,06	1.098.194,20	1.098.194,20	1.098.194,20
Itajubá	Associação de Integração Social/Hospital Escola de Itajubá	ago/07	0,00	0,00	0,00	319.835,22	703.637,48	703.637,48
Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	jan/08	0,00	0,00	0,00	0,00	4.994.319,69	4.994.319,69
Belo Horizonte	Centro Geral de Pediatria - Hospital Infantil João Paulo II	ago/08	0,00	0,00	0,00	0,00	344.818,35	827.564,04
Belo Horizonte	Hospital João XXIII - FHEMIG e Maria Amélia	ago/08	0,00	0,00	0,00	0,00	2.194.472,95	5.266.735,08
Belo Horizonte	Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães	ago/08	0,00	0,00	0,00	0,00	1.014.222,10	2.434.133,04
TOTAL IAC			2.344.309,05	15.782.342,00	17.694.190,06	20.698.606,12	29.630.241,47	34.605.160,23

Fonte: Portarias do MS de Publicação/Apêndice 1.

Além do incentivo à contratualização, os hospitais de ensino podem ser considerados privilegiados com relação aos outros, pois recebem um montante de recursos a título de incentivos do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretarias Municipais. No caso de Minas Gerais, o estado aplica recursos na forma de incentivo no âmbito do Programa de Fortalecimento dos Hospitais Microrregionais e Macrorregionais (PROHOSP), que embora não seja específico aos Hospitais de Ensino, acaba somando aos valores dos incentivos.

Para ilustrar o valor significativo dos recursos de incentivo nos contratos, tomemos como exemplo, o caso do hospital das Clínicas da UFMG, contratualizado em 2004. Observa-se que os recursos de incentivo provenientes Estado, MS e MEC, correspondem a 43% dos recursos pré-fixados e 22,17% do total do convênio, conforme tabela 10, que se segue:

Tabela 10 - Variação dos recursos contratualizados em 2004 e 2008, do Hospital das Clínicas da UFMG.

TIPOS DE RECURSOS	CONVENIO ORIGINAL (2004)	5º TERMO ADITIVO (2008)	VARIAÇÃO
PRÉ-FIXADO			
Média Complexidade -MC + UTI (PT nº 2300 de 9/10/08)	1.296.098,92	1.803.512,52	507.413,60
Recomposição dos valores de média complexidade	0,0		0,00
Ex- FIDEPS (fonte municipal)	200.000,00	200.000,00	0,00
Interministerial		192.145,83	0,00
Ex- FIDEPS (fonte MS)	385.330,00	385.330,00	0,00
PAB	0,0	13.470,75	13.470,75
PRO - HOSP	140.000,00	485.419,31	345.419,31
IAC	268.337,11	268.337,11	0,00
Sub - total PRÉ - FIXADO	2.289.766,03	3.348.215,52	866.303,66
POS-FIXADO			
Alta Complexidade	1.826.104,69	1.529.632,69	-296.472,00
FAEC		1.545.462,62	1.545.462,62
Convênio 3199/04 (parcela única) Telessaúde		0,00	0,00
Incremento Cirurgias Eletivas		186.912,00	186.912,00
Incremento Oftalmologia		355.429,44	355.429,44
Programa Estadual Triagem Auditiva Neonatal			0,00
Sub-total PÓS - FIXADO	1.826.104,69	3.617.436,75	1.791.332,06
TOTAL MÊS	4.115.870,72	6.965.652,27	2.657.635,72
TOTAL ANUAL	49.390.448,64	83.587.827,24	31.891.628,64

Fonte: Convênios e Termos Aditivos do Hospital das Clínicas UFMG (2004-2009).

Nota-se também que, em três anos, o contrato deste hospital, saltou de R\$ 49.390.448,64 para R\$ 83.587.827,24, representando 38,15%, após a contratualização, com impacto maior no Faec e Média complexidade.

5 DISCUSSÃO

As categorias aqui estudadas, isto é, o perfil assistencial, os indicadores de qualidade hospitalar, que refletem no modelo de atenção, são dotadas de complexidade e de interdependência, e por isso mesmo serão analisadas em uma abordagem sistematizada e integrada, que refletem na análise do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Nossa discussão, portanto, não estará “presa” a nenhuma barreira pré-estabelecida, uma vez que cada resultado tem implicações sobre os demais, evitando assim à fragmentação.

Começaremos nossa abordagem em torno do desenho do Programa, que será uma constante, ora aprofundada ora difundida nas diversas abordagens que envolvem o tema, pois ele é o “pano de fundo”. Chama à atenção a falta de clareza e de definição dos objetivos do Programa, o que de certa forma, representa uma fragilidade no seu desenho e acaba por refletir nos seus resultados. A dualidade e o conflito permeiam em todo o texto das Portarias que criam o Programa. Abrúcio (2006) explica que essa falta de definição nos objetivos ocorre em virtude da falta de capacidade de formulação do Estado em saber quais os resultados desejados em suas políticas, e no caso dos Programas no Brasil, ele afirma que os modelos contratuais são pouco sofisticados e limitados com relação às metas que devem ser atingidas.

O Programa de Contratualização, fundamentado no contrato de metas e resultados, apostou na “mudança de financiamento” e na institucionalização dos contratos como mecanismos suficientes para induzir a inserção dos hospitais no SUS. No primeiro caso, a ênfase é dada na “fixação de recursos” na MC e AB como mecanismo de induzir a oferta de serviços; no pagamento variável mediante o cumprimento de metas qualitativas e na incorporação de mais recursos na forma de incentivo, ambos visando à qualificação do hospital.

Destacamos que, no campo das proposições, a “fixação de recursos” ocorre apenas na média complexidade e na atenção básica, deixando de fora os recursos de maior custo, ou seja, a alta complexidade e o Faec, que comumente se dão as distorções na assistência, uma vez que há uma tendência de prestação de serviços centrada na oferta de serviços e não na demanda, muitas vezes direcionada aos procedimentos mais bem remunerados, em função do pagamento,

conforme observa Veina Neto e Malik (2007). Desse modo, percebemos claramente que o Programa não atacou a questão principal do financiamento, que é justamente onde ocorrem as maiores distorções: a alta complexidade e Faec.

Outra questão fundamental, envolvendo a operacionalização dos contratos, coloca em dúvida a grande aposta do Programa quanto à “fixação de recursos”, uma vez que, se de um lado ele garante a fixação de recursos na média complexidade e atenção básica, que pressupõe a garantia integral e automática dos repasses de recursos aos hospitais; por outro, a atuação da comissão de acompanhamento na apuração das metas físicas e qualitativas e, conseqüentemente, a definição dos recursos, pode provocar uma situação paradoxal e de grande conflito na gestão local do SUS. Esse resultado sugere que, na prática, se mantenha a mesma lógica de pagamento por produção, ou seja, que não haja mudanças quanto ao modelo de financiamento, apontando novamente para a fragilidade do desenho do Programa.

Os resultados apresentados nesse estudo parecem confirmar a proposição anterior, uma vez que as distorções típicas do modelo de pagamento por produção ocorreram em todos os níveis, inclusive na atenção básica, que registrou uma redução 42% da produção, sendo que os recursos aumentaram em 14%. Na média complexidade registrou-se um aumento de 21% na produção, com uma elevação bem maior nos recursos de 96%, o que nos remete a ideia de que os hospitais passaram a realizar os procedimentos, cujos valores eram maiores. Dessa forma, podemos pensar que ocorreu a manutenção do pagamento por produção. Segundo Solla e Chioro (2008), este tipo de pagamento provoca distorções nos procedimentos de alto custo, que induz a demanda sem considerar a necessidade da população.

Observa-se, também, a falta de clareza e de definição nos mecanismos de controle trazidos pelo Programa, pois ao prever a existência de uma comissão permanente de contratos ou o conselho gestor da instituição, como instrumento de monitoramento e acompanhamento, abre-se então a possibilidade de atuação desse segundo, que exclui, de certa forma, o gestor do SUS do processo. Destacamos, ainda, que não há definição e nem orientação da composição daquela comissão.

Todas as situações levantadas até aqui apontam para a fragilidade do Programa e seu caráter incipiente, não apenas do ponto de vista de seus resultados, mas da sua formulação e capacidade de aprimoramento como

Programa, principalmente, ao considerarmos a sua pretensão de reestruturador, que inclusive é trazido no seu nome.

A contratualização é dotada de complexidade na sua operacionalização, o que exige uma ampla mudança institucional e cultura política, o que não é fácil, conforme nos lembra Abrúcio (2006). Esse autor afirma que existem algumas condições básicas para que a contratualização seja bem realizada, como por exemplo, salientamos: 1) a necessidade de forte regulação estatal; 2) a qualidade dos contratos, ou seja, a segurança jurídica do país, a segurança na escolha dos prestadores, o modelo de avaliação e a definição e qualificação dos avaliadores; 3) a responsabilização e 4) que o orçamento não deve ser fixo, ou seja, ele dependerá dos resultados e metas alcançadas. De forma geral, podemos dizer que o desenho do Programa difere substancialmente daquele proposto pelos ditames da Nova Gestão Pública, pois ele não dispõe das condições elencadas acima capazes de induzir uma gestão orientada por resultados, uma vez que operacionalização repousa-se na produção de metas e indicadores que possam ser técnica e politicamente construída e avaliada, em um conjunto.

Retomando a questão do perfil de produção, a análise por nível de complexidade revelou que o mecanismo de pagamento por produção parece definir os contornos do perfil assistencial. Os resultados apresentados demonstraram uma conformação distinta dos perfis assistenciais, pelos diferentes grupos de hospitais. De modo geral, considerando o conjunto de hospitais, houve uma pequena elevação na oferta de serviços tanto nas internações (7%), quanto na produção ambulatorial em (15%), nos 5 anos de criação do Programa. A análise comparada dos grupos de hospitais, de acordo com o ano de contratualização, demonstrou que esses resultados não parecem ter uma correlação com o Programa, pois se percebe que cada grupo teve um desempenho positivo ou negativo na produção e perfil assistencial, ora ampliando e ora retraindo alguns serviços, independente do ano de contratualização. Por exemplo, observamos que para os hospitais que contratualizaram em 2004 houve aumento das internações (18%), ao passo que a produção ambulatorial reduziu radicalmente (99%) na produção de alto custo. Para os demais grupos a situação foi o oposto. Nesse contexto, os hospitais do grupo 1 parecem conformar um papel mais voltado para a internação, enquanto que os demais reforçam o papel ambulatorial.

Cecílio (2007) ao questionar o papel dos diversos pontos de atenção no sistema de saúde, como parte de uma reflexão sobre o modelo de atenção no SUS, afirma que os ambulatorios hospitalares devam ser reduzidos ao mínimo, como mecanismo de esvaziar a centralidade do hospital no atendimento, libertando a “clientela cativa”, valorizando outros espaços e reforçando o novo modelo de atenção. Nesse caso, os ambulatorios serviriam apenas para referência e seguimentos de casos bem específicos. O que mais chamou atenção foi à permanência da grande maioria do atendimento básico no hospital mantendo a clientela cativa, o que além de desconfigurar o seu papel, revela o seu isolamento com relação à rede.

No âmbito do modelo de atenção, Cecílio (1997) explica que a precariedade da atenção básica e ineficiência do serviço hospitalar repousam sobre o papel do hospital e a forma que pensamos organizar a atenção básica para desafogar o hospital. Segundo o autor, não temos clareza do papel da atenção básica na medida em que a orientação de “escancarar” a unidade básica, no sentido de torná-la a verdadeira porta de entrada, pois por mais que se invista nela, fica aquém de atender as necessidades que se deseja, pois parece que ela é sempre menos resolutivas do que o hospital. A orientação de aumentar a resolutividade para realizar “pronto-atendimento”, com mudança do processo de trabalho e a incorporação tecnológica, acaba em torná-la um mini-hospital ou um pronto-socorro miniatura e simplificado, de tal modo que a lógica assistencialista centrada no médico acaba “colonizando” a vida da unidade e comprimindo as atividades de prevenção e promoção.

A maioria dos atendimentos nos ambulatorios e pronto-socorros dos hospitais é de nível primário, misturando pacientes agudos com pacientes da rede básica. O grande volume de atendimento prestado no hospital é incompleto, descontínuo e inadequado para as pessoas. É como se o atendimento fosse de “mentirinha”, alega Cecílio. Fecha-se, assim, um ciclo perverso em que, de um lado, os profissionais sabem que seus trabalhos são inadequados e, de alguma forma, essa consciência afeta suas subjetividades, por outro lado, os pacientes sabem que o atendimento recebido é insatisfatório e paliativo. E por fim, os ambulatorios, localizados nos hospitais e centros de referência, ficam como “peças soltas” dentro do sistema, à medida que a articulação com a rede básica e hospitais é mal equacionada.

A análise das consultas especializadas revelou um fato curioso, que foi a redução de consultas nas áreas de cardiologia, nefrologia e neurologia. É difícil pensar que a redução nestas duas primeiras áreas, tenha considerado a necessidade da população, pois o perfil de morbidade e mortalidade, com aumento das doenças crônicas do aparelho circulatório, associado ao envelhecimento da população de Minas Gerais, que também é uma tendência mundial, demandam por esses cuidados. Já o aumento da área de oncologia, em 39%, demonstra coerência com a atual situação saúde do estado, entretanto temos dúvidas se foi realmente a necessidade que provocou este aumento.

Existem leis e fundamentos específicos do setor saúde, que explicam este fenômeno. Destacamos aqui a Lei de Evans que diz que os serviços de saúde se expandiram em função da oferta de médicos e não da necessidade. Da mesma forma que Enthoven e Singer (1996) observaram que o “número de cirurgias realizadas em um sistema de serviços de saúde variam em razão direta do número de cirurgiões”. Ora, essas proposições parecem óbvias, mas dão pistas de quem controla a oferta de serviços são os médicos, cuja abordagem iremos aprofundar a frente.

A análise dos indicadores de qualidade foi considerada a partir do consolidado dos hospitais e em grupos, de acordo com o ano de adesão ao Programa, para minimizar o viés de tempo, pois diferentemente da abordagem envolvendo a pré-fixação, não anulamos a priori, a possibilidade de interferência dos mecanismos indutores que são os pagamentos por metas qualitativa e o incremento de recursos na forma de incentivo. Os resultados foram heterogêneos entre os grupos, não confirmando a tendência de melhoria do grupo de hospitais que contratualizaram em 2004 (grupo 1). De forma geral, houve uma leve melhoria de alguns indicadores e piora de outros, não tendo correlação com o ano de adesão, longe de alcançar os parâmetros propostos. Por exemplo, a taxa de cesárea só reduziu no grupo 3 que aderiu ao Programa em 2008, o tempo de permanência só diminuiu no grupo 2 e a taxa de óbito só reduziu no grupo 1. Por isso mesmo não se pode atribuir qualquer melhoria dos indicadores ao Programa.

Assim, começamos a questionar se o mecanismo de financiamento é capaz de induzir a mudança no processo de trabalho, que reflete na qualidade da assistência. No estado de Minas Gerais não tem havido melhoras significativas com este instrumento. Destacamos, ainda, que este tipo de indução, com a vinculação de

recursos ao cumprimento de metas qualitativas, tem a possibilidade não remota, dos hospitais pactuarem somente aquelas metas que já cumprem ou metas que são propostas pelo gestor, mas pactuam índices mínimos, para não perderem recursos. Nessa mesma lógica que o pagamento variável por meta, a incorporação recurso na forma de incentivo, parece não ter tido correlação com os indicadores de qualidade, podendo significar um maior “fôlego” aos hospitais, tendo em vista a deficiência de recursos dos hospitais, principalmente na média complexidade.

O desempenho nos indicadores de produtividade, entre 2004 a 2009, apesar de ter havido uma melhoria, para o conjunto de hospitais, ainda está longe de alcançar o parâmetro desejado, que aponta para uma situação paradoxal. Esse paradoxo segundo Cecílio (1997) ocorre pela coexistência de uma grande dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes, que remete aos sinais de fracasso da atual organização do sistema de saúde hierárquico fragmentado. Para o grupo 1 houve uma melhoria na taxa de ocupação geral (78,6%), mas sem cumprir a meta de 80%, e uma melhoria pouco sensível nas taxas de utilização de leitos de UTI (59%) e sala cirúrgica (52%). O melhor desempenho da taxa de utilização dos leitos de UTI é do grupo 3.

A segunda grande aposta da contratualização foi à institucionalização dos contratos, pois visou, pelo menos na intencionalidade, a oportunidade do gestor em definir e decidir sobre a sua real demanda. Entretanto, a predominância da indução da oferta de serviços em virtude do pagamento por produção parece nos convencer do contrário. Nesse sentido o contrato passa a ser um mero instrumento formal, e sem a eficácia necessária para se garantir o cumprimento das pactuações. A regulação tem um papel importante na definição do pagamento aos hospitais, com base na apuração daquilo que realmente fizeram, entretanto, pelos mesmos motivos colocados, também questionamos se a regulação mesmo bem estruturada é capaz de garantir o cumprimento dos contratos na sua integralidade, ou seja, é capaz de fazer prevalecer os desejos da gestão nos hospitais de ensino, principalmente quando consideramos os desafios de se regular os hospitais privados.

Em síntese, observamos que o contrato de metas e resultados, base fundamental da contratualização, mesmo considerando o seu tipo ideal, parece não ter sido capaz de gerar a mudança no perfil assistencial que reflete o modelo de atenção com os mecanismos já relatados. Trata-se de mecanismos isolados que

não considera a rede de interesses divergentes entre prestadores, usuários, docentes e gestores, bem como a forma como poder é exercido no interior do hospital, cujo espaço é atravessado por múltiplas racionalidades, coalizões e disputas, tal como assinala Gurgel Junior e Mendeiros (2003) e Cecílio (1999). É esta forma de exercício do poder que determina a forma de produção e a imposição da demanda.

Cecílio (1999) explica que no modelo de gestão vertical, os médicos têm muito poder nas organizações, pois gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle. A regulação nesse caso é colocada como um desafio entre as questões ligadas ao poder e controle, cujo êxito das instituições depende da capacidade de controlar os participantes, porém, na prática há um desafio de combinar a autonomia profissional com o controle. Os mecanismos de avaliação, como comissões de óbitos são vistos como “controlistas”, bem como os modelos de gestão com ênfase na “publicização” de espaços e transparência do cotidiano, tal como a contratualização, significam uma ameaça a sua autonomia profissional. Por isso, o autor explica a dificuldade de adesão dos profissionais de saúde, sobretudo do médico aos modelos participativos de gestão que envolve o recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia do sujeito. O autor salienta que esta “não-adesão” se dá quase sempre de forma velada, através do boicote silencioso, uma espécie de resistência pacífica”, principalmente pelos médicos especialistas, e parte da equipe de enfermagem. No primeiro caso, a oposição se dá como algo que atenta contra a sua prática autônoma e, no segundo, a gestão horizontal pode abrir muito o jogo, explicitar “esquemas” e acertos entre enfermeiros, inclusive questionamento de autoridade de parte dos “subalternos”. Os demais profissionais aderem às estratégias hegemônicas, hora aliando-se a um, hora a outro grupo ou coalizão mais poderosa.

Contribuições importantes são apresentadas por Mintzberg (1995) na teoria da Burocracia Profissional, que também coloca a questão do poder na centralidade do debate. Para este autor, no hospital o poder dominante concentra-se nos recursos humanos, sobretudo nos especialistas que definem internamente o que deve ser feito, como, quando e o porquê. Há uma concentração de poder em torno dos profissionais, enquanto que os gerentes e gestores, correspondendo ao nível intermediário e central, respectivamente, têm pouco poder de comando sobre os trabalhadores, afetando na governança. Além do controle sobre o seu próprio

trabalho, os médicos também buscam o controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam. Nessa concepção, o poder advém da padronização de habilidades, determinados pelas escolas formadoras, que por repetição ou doutrinação corporativo, marcam a conduta por toda a vida. Conseqüentemente observa-se a grande autonomia dos profissionais com baixa adesão às mudanças e propostas institucionais (GURGEL JUNIOR; MENDEIROS, 2003; MINTZBERG, 1995).

Nessa concepção falar de autonomia, portanto, é falar do exercício do poder. Para Foucault (1995), os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos do hospital, cujo poder vem do poder-fazer proveniente da disciplina médica no interior do hospital. Esse autor explica a construção do poder médico, a partir da historicidade da medicina, construído secularmente, com a apropriação do hospital pelo médico fruto do acúmulo do saber e dos conhecimentos científicos advindos do século XIX, que mais tarde, com a expansão dos hospitais no pós Segunda Guerra Mundial, o hospital, apoiado nas proposições de Flexner, se torna o centro das atenções e o poder médico se consolida com legitimidade social.

É por meio do poder de sobrepor os seus interesses e vontades, que os médicos, sobretudo, os especialistas induzem uma demanda na busca do lucro. Essa concepção fundamenta a *Lei da demanda pela oferta*, sendo que a possibilidade dos profissionais induzirem uma demanda está no fato de que estes profissionais vão receber mais dinheiro (RICE, 1998), e isso ocorre na lógica de pagamento por produção, que é o caso dos hospitais de ensino de Minas Gerais.

Os médicos, com sua autonomia, além de impor o que fazer, também decidem o quanto, numa abordagem quantitativa e financeira. Dowling (1997) por meio da sua *Lei da Caneta do Médico*, apoiado no mesmo princípio do poder médico hegemônico e da autonomia, diz que os médicos por meio da sua caneta é que definem as despesas na saúde. Esse autor ressalta que mais de 70% dos gastos de um sistema de saúde são autorizados pelos médicos, pois são neles que concentram o poder decisório relevante de ordenar as principais despesas com internações, a prescrição de medicamentos e exames. É importante lembrarmos do desafio de se regular os hospitais privados e filantrópicos, os maiores produtores de serviços ao SUS, e no caso dos hospitais de ensino de Minas Gerais, representando 34% do total, que por meio do jogo de interesse que os atravessam, que na maioria visam o lucro, pois se assim não fosse, não teria distorções com relação à oferta e a

demanda estimulada pelo mecanismo financiador. Refletindo sobre essas bases teóricas, é possível pensar que este poder médico hegemônico no seio do hospital é que reproduz o modelo de atenção médico-hospitalocêntrico, que por sua vez é centrado na lógica de intervenção pelo procedimento.

A crítica desse modelo assenta-se no questionamento dos saberes e práticas, calcadas na especialização, na fragmentação do ser, na intervenção baseada em procedimentos e no uso intensivo de tecnologias duras, em detrimento da integralidade do cuidado (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002; VASCONCELOS, 2002). Nesse modelo, a assistência à saúde fica pautada nos procedimentos técnicos que magnetizam os profissionais e os doentes, aquilo que Santos (2000) chama de “utopismo automático da tecnologia”. Nesse sentido predomina a especialização, tecnificação dos atos, a fragmentação do cuidado, e a hierarquização do saber centrado na dimensão biológica da doença, secundarizando os aspectos subjetivos do indivíduo (CAMPOS, 1997), em detrimento de um cuidado integral. Este modelo hospitalocêntrico, muito criticado, mantém-se hegemônico pela eficácia relativa de seus atos e capacidade de aglutinar interesses econômicos e políticos das corporações empresariais e profissionais de saúde (CARAPINHEIRO, 1993; POLACK, 1971).

É esse modelo que orienta a formação de profissionais médicos e dos demais profissionais que atuam na área da saúde no SUS. Daí se expressa o descompasso entre os que ensinam, os que são ensinados, os que assistem e os que são assistidos, o que favorece a reprodução do modelo hospitalocêntrico e médico centrado (MACHADO, 2000). Observa-se, também, fragmentação do saber e fazer que requer uma conformação de redes, em que as disciplinas sejam mestiçadas em conhecimentos e intervenções (LATOUR, 1994). Essa questão se traduz num arranjo de saberes e poderes sob hegemonia dos médicos-docentes/pesquisadores

O processo de formação das escolas de medicina no Brasil parece ser a semente germinal da permanência e reprodução deste modelo de atenção, herdado da reforma de Flexner nos Estados Unidos. Quando consideramos os achados de Campos (1999) que constatou, que 86% da carga horária dos alunos ocorreu no interior dos Hospitais Universitários, onde os serviços são estruturados para atender a maior complexidade, começa-se a questionar em torno da lógica presidida por estes hospitais, das responsabilidades assistenciais que os alunos

estariam assumindo, e o imaginário que estariam sendo formado nos futuros médicos, apesar de declararem nos seus estatutos, atas ou regimentos, que os serviços terciários deveria ocupar o topo da pirâmide. Há deste modo um distanciamento do discurso e a prática. Os resultados aqui apresentados demonstram, claramente, um perfil de hospital voltado para a maior complexidade e consequentemente a utilização de recursos tecnológicos.

Se por um lado existe uma discussão em torno do poder médico dominante do hospital que impõe e sobrepõe seus interesses e vontades, visto em Foucault e por autores que refletem sobre a gestão do poder no hospital como Cecílio, Campos e Vasconcelos, como algo inatingível, e se esse poder é validado pela autonomia proveniente do poder-saber de curar e salvar vidas e reforçado pela aparente efetividade de suas ações, formado no imaginário coletivo, reforçado pela incorporação tecnológica e mercado neoliberal, por outro lado, fica cada vez mais claro, que a discussão deve partir do processo de formação médica, como um possível desafio a ser construído em busca do quantitativo e qualitativo, no sentido de que os médicos estejam prontos para atender os problemas da população. Basta lembrarmos dos desafios epidemiológicos e demográficos que passam o Brasil, e no caso de Minas Gerais, com o aumento de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas e envelhecimento rápido da população, que recai sobre a primeira, tais como demonstraram os resultados deste trabalho, que requer cada vez mais o uso de tecnologias leves, tais como a clínica ampliada, para conduzir a “produção do cuidado” e dar conta de cuidar das condições crônicas, como assinala Merhy et al. (2004).

É difícil pensar que alunos formados praticamente no interior do hospital, acostumados com o uso de tecnologias duras, como por exemplo a ressonância magnética e a tomografia, que os escravizam de certa forma, se insiram na lógica de reorganização do SUS a partir da rede básica. Tem que se pensar em instrumentos como a gestão da clínica com protocolos para se equilibrar isto. Neste tipo de atenção, que requer a maior capacidade de interação do médico na “produção do cuidado” e na potencialização do “trabalho vivo em ato”, como nos sugere Merhy et al. (2004).

Em síntese, o processo de formação médica atual que reforça o poder-saber impõe à lógica da oferta de serviços. Diante desta constatação inexorável em torno do campo minado do poder médico nos hospitais, Cecílio (1999) adverte que

reste talvez, haja uma só 'opção': o uso que se quer fazer do poder! Esta questão remete ao campo da ética, das finalidades, dos compromissos que deveriam estar em torno da missão de "recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental", que é cimento simbólico da ideia de "ordem negociada" trabalhada por Strauss (CECÍLIO, 1993, p 17). Uns poderão usar o poder para reforçar as estruturas e conservar os velhos e novos privilégios. Outros poderão tentar a possibilidades de novos arranjos que tornem a organização um lugar mais leve e iluminado para quem nele trabalha e dela necessita, para recuperar a concepção de saúde como "modo de andar na vida".

As contribuições apresentados por Arouca (2003) apontam para a necessidade de redefinição das responsabilidades dos médicos, diante da demanda crescente e conscientização do acesso médico como um direito de todo o cidadão e também a noção de que manutenção da saúde. É exatamente aí que parte a necessidade de redefinição dos contornos do profissional médico com a introdução de atitudes sociais, epidemiológicas e educativas que estão em antítese com a formação do cuidado médico de hoje. Requer, portanto o envolvimento do médico em contato com a comunidade; o entendimento dos serviços públicos; e novas abordagens voltadas para a promoção da saúde e proteção do indivíduo e da sua família. Exige também a ideia de reformulação curricular de equipe e reformulação curricular pensando a família e a comunidade nas relações do cuidado médico.

A responsabilidade do médico na prevenção da saúde e do paciente na promoção de sua saúde e família, trás para medicina preventiva a atenção médica como essencial e integral na prática diária, e que deve se integrar, de forma complementar e concomitantemente com a medicina curativa. Partindo da crítica a prática médica, Arouca propõe uma mudança que, além da produção de conhecimentos (epidemiológicos, sociais e dos serviços de saúde) e mudança da estrutura médica, deva incorporar um movimento ideológico, e que o *locos* dessa mudança é escola formadora. Nesse sentido se propõe o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida. Isso significa que a relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade contínua de viver, da manutenção do equilíbrio.

O conjunto de novas atitudes epidemiológicas, sociais, ideológicas e educativas possíveis, porém ausentes da prática médica, penetra na dimensão da educação médica. Ponto de batalha, teste de sua estratégia, Arouca (2003) afirma

que é no estudante que se devem incorporar essas atitudes para que elas se reflitam na prática. Contrariamente a proposta de Flexner, o ensino médico não teria barreiras das especialidades e disciplinas, o que por sinal é ponto de conflito e disputa entre os docentes nas escolas tradicionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados apresentados nesse estudo, traduzidos em melhorias tímidas ou até piora dos indicadores, e mudança negativa na produção ambulatorial com pouca expansão dos serviços de internação, somadas a não migração dos serviços básicos para a rede, temos a considerar que:

- O Programa tem um desenho frágil, com pouca clareza nos seus objetivos e suas diretrizes são excessivas, sendo que muitas delas tratam-se de pré-requisitos. Apresenta contradições e dúvidas, na sua principal aposta que é a fixação de recursos, dada a divergência do funcionamento da comissão específica de contratos quanto à apuração ou não de recursos, o que provoca um cenário de conflito no cotidiano por parte daqueles que lidam na operacionalização, podendo fragilizar o gestor local do SUS, do ponto de vista legal;

- Ao propor a fixação dos recursos ou de orçamento na produção de médio custo, deixou de atacar o cerne da questão que gira em torno dos procedimentos de maior custo: Alta Complexidade e Faec. Na prática, os resultados apontam para a manutenção da mesma lógica de pagamento por produção em todos os níveis, uma vez que observamos a redução da produção com aumento de recursos típico desse modelo, em virtude da busca de faturamento naqueles procedimentos de maior custo, e deixa aqueles de menor custo. Ou seja, na prática não houve mudança nenhuma do mecanismo de financiamento. O condicionamento de recursos a metas de qualidade, somados aos recursos de incentivo, não traduziram mudança significativa e até mesmo piora em alguns indicadores.

- O processo de contratualização por si só, mesmo considerando o modelo do tipo ideal, parece ser incapaz de induzir a mudança de perfil e de modelo de atenção desejados, ainda que se tenha um serviço de regulação estruturado, pois a ordenação das despesas e definição da oferta de serviços ocorre em função da autonomia e do poder-saber dos médicos, que é hegemônico, que impõem os seus interesses pessoais e que é reforçado pelo modelo de pagamento por produção.

Neste sentido apresentamos algumas propostas:

Do ponto de vista estrutural é preciso mudanças no sentido de romper com o paradigma biomédico vigente, iniciando pelo processo de reforma da

educação médica, apoiando-se no trabalho interdisciplinar, na articulação do saber com a prática, na adoção da clínica ampliada, na ruptura da concepção de oferta de procedimentos para o cuidado integral e humanizado, na racionalização do uso de tecnologias duras e descentralização do poder decisório com a gestão negociada.

A ruptura desse modelo visa à redefinição do novo papel do médico, que exige um conjunto de novas atitudes, que requer a responsabilização e envolvimento do médico com o indivíduo e coletividade; o entendimento dos serviços públicos; e novas abordagens voltadas para a promoção da saúde e proteção do indivíduo e da sua família. Nesse sentido, a escola médica passa a ser o único local possível para a mudança, pois é no aluno que se reflete essa mudança, conforme observou Arouca. Essa perspectiva requer além da formulação e incorporação de novos conhecimentos, a reforma da estrutura médica como movimento ideológico. É essa a principal mudança, que implicará na inversão do modelo de atenção que tanto sonhamos e que continua sendo, talvez, o maior desafio no atual século XXI.

Considerando que a adoção de estratégias como a contratualização, embora tenha pouca adesão dos médicos, pode ter efeito positivo na oferta de serviços se houver de fato processos fortes de indução com a mudança de financiamento e forte regulação. Em suma, o Programa tal como foi desenhado e implementado se mostra frágil, tanto do ponto de vista conceitual como dos seus mecanismos indutores, que além de não mexerem na principal questão que é o alto custo, onde ocorrem às distorções de financiamento, na prática não conseguiu nem mesmo induzir a migração da atenção básica para a rede, o que requer uma reflexão sobre suas orientações.

Por isso sugerimos que o Programa de Contratualização seja refletido e aprimorado, no sentido de corrigir as fragilidades e divergências, as quais destacamos:

- Definição e fortalecimento do modelo de financiamento, com a orçamentação de todos os recursos, incluindo Alta complexidade e Faec, e sem a fixação dos mesmos, ou seja, o pagamento deve ser variável mediante cumprimento de metas de produção e qualidade.
- Para evitar a indução do pagamento em função daqueles de maior custo, há o desafio por parte do Ministério da Saúde, no sentido de investir mais recursos na saúde e, ao mesmo tempo, rever os valores da tabela SUS, em função

dos custos reais de cada procedimento, buscando valorizar aqueles mais demandados pela população e considerando ainda o perfil epidemiológico. É importante, ainda, que a definição desses valores considere as variações de cada região, para que as pactuações reflitam a realidade, pois na Tabela SUS é referência para as pactuações e base de transferências de recursos, como já observado, as distorções do subfinanciamento da média complexidade e supervalorização de outros de maior custo, fruto de alguns interesses corporativistas.

- A comissão de acompanhamento dos contratos deva ser composta por membros da Secretaria Municipal de Saúde, atrelada com a regulação e controle, e do Hospital, com a participação de docentes, discentes, trabalhadores e direção. A comissão teria como função o monitoramento e avaliação dos contratos, porém a prerrogativa de atesto da produção e definição dos recursos seria do gestor do SUS.

Diante das considerações apresentadas, concluímos que os caminhos são difíceis, mas possíveis. E a nossa inquietação permanece!

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. Contratualização e Organizações Sociais: Reflexões teóricas e lições da experiência internacional. Debates G V Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 24-27, 2006.

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Unesp, 2003.

ARRECHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n 2, p. 331-345, 2003.

BARDIN, L. A análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Da Saúde. In: _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. p. 113-115.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede hospitalar microrregião norte de Minas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cnes>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Portaria MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria MEC/MS nº 1005, de 27 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria GM nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria GM nº 1.703, de 17 de agosto de 2004. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria GM nº 2.352, de 27 de agosto de 2004. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: MS, 2004 g.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Portaria Interministerial nº 3.241, de 5 de dezembro de 2007. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 249, 28 dez. 2007b. Seção 1, p. 108.

_____. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de Atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes e propostas de metodologia para apoio à implantação – versão debate. Brasília, DF, 2008.

CALDAS, B. N. O papel dos dirigentes hospitalares: a percepção dos diretores de Hospitais Universitários Vinculados à Instituição. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

CAMPOS, E. S. História e evolução dos hospitais. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1965.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

_____. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo. Hucitec, 1994.

_____. Educação médica, hospitais universitários e Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

_____. Um método para Análise e Co-gestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-45. jan./mar. 2000.

_____. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306. 2007.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos diversos hospitais. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G.W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr./jun. 2000. Disponível em: <[http://www.sielo.br/Cadernos de Saúde Pública-Health care models organization of Reference Teams in the basic healthcare system in Betim, Minas Gerais State, Brazil.mht](http://www.sielo.br/Cadernos%20de%20SaúdePública-Health%20care%20models%20organization%20of%20Reference%20Teams%20in%20the%20basic%20healthcare%20system%20in%20Betim,%20Minas%20Gerais%20State,%20Brazil.mht)>. Acesso em: 15 nov. 2009.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, A. C. et al. Gasto Social e Política Macroeconômica: trajetórias e tensões no período de 1995-2005. Brasília, DF: IPEA, 2008. (Texto para discussão, n. 1324).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

_____. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Ciência e tecnologia, Rio e Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329.1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair do *Statos quo* inaceitável. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 49-50, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HATZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática das implantações de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, H. A indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

CUNHA, E.G. A; SANTOS, A. F; COELHO.F.I.G. Os Hospitais Universitários e o Sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n. 5, p. 81-92, ago. 1991.

EDWARDS, N.; HENSHER, M.; WEWRNEKE,U. Changing hospital systems. In. SALTMAN, R.B; FIGUERAS,J; SAKELLARIDES,C (Ed.). Critical challensges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University, 1998.

EDWARDS, N.; WYATT, S.; EMCKEE, M. Configuring the Hospital of 21 Century. London Open University, 2002. (Eupopen Observatory on Helth Care Systems Series). Disponível em: <www.euro.who.int/document/e74486.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2009.

ENTHOVEN, A. Y.; SINGER,S.J. Magement competition and California´s health care economy. Herlth Affairs, 1996.

EVANS, R. G. Canada: The real issues. Journal of health politics, policy and law, Durham, v. 17, n. 4, p. 739-762, 1992.

DOWLING, X. Strategic alliances as a structure for integrate d delivery systems. In: CONRAD, D. A Integrad delivery systems: creation, management and governance. Chicago: Health Administration, 1997.

FERREIRA, V. C. P. et al. Modelos de Gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o poder. In: RABINOW, P; DREYFUS, H. F. (Org.). Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

_____. Microfísica do poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). O trabalho em Saúde: Olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRENK, J. et al. La transformación epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v. 11, 1991, p. 458-496.

FRIDMAN, M.; FRIDLAND, G. W. As dez maiores descobertas da medicina. São Paulo: Companhia de Letras, 2006.

GENTIL, D. L.; MARINGONI, G. A constituição de 1988 e a seguridade social: uma disputa em meio à financeirização do Estado. In: _____. 20 Anos da Constituição Cidadã: Avaliação e Desafios da Seguridade Social. 1. ed. Brasília: ANFIP, 2008. p. 45-54.

GURGEL J.G; MENDEIROS, K. R. Conflito e Resistência à Mudança no Setor Saúde: uma análise dos seu determinantes estruturais. In: _____. Observatório de recursos Humanos em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 37-44.

HALL, R.H. Organizações: estrutura e processos. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

HETZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um sistema sem muros. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 331-336, 2004.

HILLEBOE, H. E.; LARIMORE, G. W. Medicina preventiva. São Paulo: Serpel, 1965.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE. Assessing medical technologies: report of study. Washington: National Academy, 1985.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IRANI, M. et al. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. Jornal Royal Society of Medicine, Campinas, p. 75-77, 2007.

JORGE, A. O. A Gestão Hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médica, UNICAP, Campinas, 2002.

LABRA, M. E. Análise de políticas, Modos Policy-Making e Intermediação de Interesses: uma revisão. PHISIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 131-166, 1999.

LAGE, M. C. A. et al. Papel del hospital entro de la red de intituciones de salud. Havana, 2003. Disponível em: <[http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano %202003](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202003)>. Acesso em: 15 maio 2009.

LISBOA, T. C. Lavanderia Hospitalar: Integração Homem-Ambiente-Função. Dissertação (Mestrado) - Universidade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1993.

LÓPEZ-VALCÁCEL, B. G.; PEREZ, P. B. Oferta y necesid de médicos especialistas en Espana (2006-2030). Espana, 2007.

LUZ. M. As instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 161-200.

MACHADO, J. L. M. Repensando o papel dos HEs na Formação dos Profissionais de saúde. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A constituição de 1988 e a seguridade social: uma disputa em meio à financeirização do Estado. In: _____. 20 Anos da Constituição

Cidadã: Avaliação e Desafios da Seguridade Social. 1º Ed. Brasília, DF: ANFIP, 2008. p. 221-231.

MAGALHÃES JUNIOR, E. M. O desafio de construir redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (doutorado). Departamento de Tocoginecologia-departamento de Medicina Preventiva, Unicamp, Campinas, 2006.

MCKEE, M.; HEALY, J. Hospitals in changing Europe. Buckingham: Open University, 2002.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Os Grandes Dilemas do SUS: tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS. 2005. Disponível em: <www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Eugenio20054.ppt>. Acesso em: 20 jun. 2009.

_____. As Redes de Atenção a Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: E. GALLO (Org.). Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-119.

_____. Em busca do tempo perdido: a microfísica do trabalho vivo sem saúde. In MERHY, E. E.; ONOCHO, R. T. (Org.). Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. et al. O trabalho em Saúde: Olhando e experimentado o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MILLER, J. The bory in question. Englewood Cliffs: Praticce-Hall, 1979.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Carteira de Serviços Hospitalares do SUS. PDR-MG/tipologia da atenção à saúde. Atenção Hospitalar por nível de Atenção a Saúde e Complexidade Tecnológica: Fase 2/ 1 Etapa-Relatório Parcial. Centro de Planejamento e Assessoria de Gestão Estratégica. Belo Horizonte, 2005. v. 1.

_____. Análise da Situação de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ. O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-236, 1993.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. S. Avaliação por triangulação de Métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio e Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINTSBERG, H. A burocracia Profissional. In: _____. Criando Organizações Eficazes. São Paulo: Atlas, 1995. p. 189-212.

MIR, R. C. La Salud Pública en el Siglo XXI. Washington: OPS: OMS, 1996.

MOLINOS, F. P. F. A crise dos hospitais Universitários: o que fazer. São Paulo: [s.n.], 2000.

OLIVA, F. A.; BORBA, BSC . Balanced Scorecard Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004.

OLIVEIRA, S. K. Modelo de Avaliação de Desempenho de Gestão para Hospitais Secundários no Setor Público Brasileiro. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde. Genebra, 1957. (Série de informes técnicos n. 122).

_____. A saúde mundial em 2000: Sistema de saúde, melhorando o desempenho. Geneva, WHO, 2000.

_____. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF: Organização Mundial de Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. A Transformação da Gestão dos Hospitais da América Latina e do Caribe. Brasília, DF, 2004.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à saúde no Brasil Tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 547-513.

_____. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: POIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Org.). Economia da Saúde: conceito e contribuições para a gestão. Brasília, DF: IPEA, 1995.

PEREIRA, L. C. B. Da administração Pública Burocrática à Gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, DF, v. 47, n.1, jan./abr. 1996.

_____. Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 3)

_____. Questões sobre a reforma administrativa: respostas a um parlamentar. Caderno da Reforma do Estado. Brasília, v. 1, 1998.

_____. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO, W.; SACHES, I. (Org.). Brasil: um século de transformações. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

POLACK, J. C. La Medicina del capital. /Madrid: Editorial Fundamentos, 1971.

PORTER, P. O Hospital. In: PORTER, P. O. (Org.). Das tripas coração: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RICE, T. The economics of helht reconsidered. Chicago: Health Administration, 1998.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008.

ROEMER, M. I. National Health Systems of the World: the issues. New York: Oxford University, 1993.

RODRIGUES, R. D. Hospital Universitário no Brasil Contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1999.

RONDINELLI, D. A. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: _____. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. New York, 2006

ROSEN, G. Da polícia médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, B. S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, p. 429-435, 2007.

SARAH, E.; et al. A. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIORVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 66 -74.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo, São Paulo, n.19, p. 106-121, jan./abr. 1996.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S. M.; GULILES, R. R.; DEDERS, K. Reinventing the American hospital. Milbank Quarterly, n 1. 73, p. 131-160, 1995.

SILVA, J. A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, R. M. V.; BRANDÃO, D. Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.

SILVA, J. A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 15 maio 2009.

SINCLAIR, D. et al. Rindilg the third: the store of Ontario' s heald services restructuring commission, 1996 - 2000. Montreal: The Institute for Reaserch on Puplic Policy, 2005.

SINGER, P. et al. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SOLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIORVANELLA, L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 627-663.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28 abr./jun. 1998.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

VASCONCELOS, C. M. Notas sobre a Crise dos Hospitais Universitários no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2002. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121462023.doc>>. Acesso em: 28 jan. 2009.

VECINA, N. G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

WAGNER, E. H. The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washigton: The Nacional Colalition on Health Care, 2000.

WEBER, M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, 1991.

WEBER, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira, 2000.

SILVA J. A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 28 jan. 2009.

APÊNDICE A - Relação de Portarias Referentes à Contratualização dos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.

nº	Município	Unidade	Portaria
1	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG	GM 64 - 12/01/05
2	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	GM 1.871 - 06/06/04
3	Uberaba	Hospital Escola de Uberaba - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba	GM 2.698 - 23/12/04
4	Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia	GM 2.696 - 23/12/04
5	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano - Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas	GM 23 - 06/01/06
6	Juiz de Fora	Hospital Universitário da UFJF	GM 24 - 06/01/06
7	Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES	GM 2.994 - 24/11/06
8	Itajubá	Associação de Integração Social/Hospital Escola de Itajubá	GM 2.092 - 28/08/07
9	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	GM 132- 21/01/08
10	Belo Horizonte	Centro Geral de Pediatria - Hospital Infantil João Paulo II	GM Nº 2.380 - 10/10/08
11	Belo Horizonte	Hospital João XXIII - FHEMIG e Maria Amélia	GM Nº 2.380 - 10/10/08
12	Belo Horizonte	Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães	GM nº 1.656 - 13/08/08

APÊNDICE B - Frequência e valor de internações, segundo grupo de análise, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.

ANO	GRUPO 1				GRUPO 2				GRUPO 3			
	FREQUÊNCIA INTERNAÇÃO											
	ALTA	MEDIA	FAEC	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	Total
2004	6.974	58.863	1.673	67.510	1.332	19.566	725	21.623	4.536	46.565	1.500	52.601
2005	8.180	61.710	1.581	71.471	1.086	19.622	748	21.456	4.740	46.446	1.610	52.796
2006	8.896	63.995	1.163	74.054	594	19.855	301	20.750	4.217	45.446	1.162	50.825
2007	9.517	64.561	1.503	75.581	511	19.181	236	19.928	4.364	43.598	1.230	49.192
2008	9.689	67.850	1.914	79.453	398	19.920	385	20.703	2.917	45.645	1.158	49.720
2009	10.419	70.184	1.899	82.502	362	19.825	417	20.604	3.286	44.567	829	48.682
VARIÇÃO %	49,40%	19,23%	13,51%	22,21%	-72,82%	1,32%	-42,48%	-4,71%	-27,56%	-4,29%	-44,73%	-7,40%

ANO	VALOR INTERNAÇÃO											
	ALTA	MEDIA	FAEC	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	total	ALTA	MEDIA	FAEC	Total
	2004	24.144.979,61	38.566.116,57	7.653.636,61	70.364.732,79	1.124.507,77	9.772.435,15	1.047.789,08	11.944.732,00	8.972.777,26	35.027.664,47	1.836.589,71
2005	28.539.725,79	46.020.968,40	8.074.732,05	82.635.426,24	1.381.744,15	11.236.926,00	1.058.263,67	13.676.933,82	9.382.659,47	39.978.906,32	2.185.331,45	51.546.897
2006	29.889.172,56	48.507.540,10	7.228.704,99	85.625.417,65	1.016.057,94	11.294.788,57	956.509,55	13.267.356,06	8.042.894,22	40.030.656,15	2.101.487,21	50.175.038
2007	38.161.134,27	56.783.518,58	9.618.486,05	104.563.138,90	816.406,37	11.712.026,35	881.034,22	13.409.466,94	9.319.442,88	45.619.076,76	2.033.359,63	56.971.879
2008	45.218.154,08	66.526.763,08	11.386.999,26	123.131.916,42	642.171,60	14.059.858,04	954.200,56	15.656.230,20	10.329.246,68	55.183.979,99	2.182.913,40	67.696.140
2009	53.197.745,04	86.775.426,64	12.020.950,89	151.994.122,57	806.320,82	17.646.921,66	860.586,13	19.313.828,61	14.555.032,80	74.274.269,96	537.487,99	89.366.791
VARIÇÃO %	120,33%	125,00%	57,06%	116,01%	-28,30%	80,58%	-17,87%	61,69%	62,21%	112,04%	-70,73%	94,97%

Fonte: SIA (2009).

APÊNDICE C - Frequência e valor segundo da produção ambulatorial, grupo de análise, do período de 2004 a 2009, nos Hospitais de Ensino de Minas Gerais.

ANO	GRUPO 1					GRUPO 2					GRUPO 3				
	FREQUÊNCIA AMBULATORIAL														
	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total
2004	192.397	2.006.623	51.714	183.005	2.433.739	23.589	600.813	13.091	81.587	719.080	53.015	2.434.140	3.682	171.801	2.662.638
2005	224.775	2.206.971	71.474	149.779	2.652.999	26.507	762.280	17.441	55.126	861.354	56.511	2.543.510	3.931	107.064	2.711.016
2006	226.360	2.167.449	54.703	153.577	2.602.089	25.000	859.342	25.761	13.897	924.000	50.204	2.556.688	6.225	138.467	2.751.584
2007	221.079	2.266.712	67.728	124.653	2.680.172	27.753	901.484	31.105	13.563	973.905	52.991	2.239.368	10.445	131.611	2.434.415
2008	1.914	2.227.780	154.421	109.214	2.493.329	385	878.162	48.982	16.244	943.773	1.158	2.440.403	38.580	211.965	2.692.106
2009	1.899	2.528.236	105.207	109.525	2.744.867	417	960.537	22.113	10.718	993.785	829	2.623.519	42.158	132.757	2.799.263
VARIÇÃO %	-99,01%	25,99%	103,44%	-40,15%	12,78%	-98,23%	59,87%	68,92%	-86,86%	38,20%	-98,44%	7,78%	1044,98%	-22,73%	5,13%
ANO	VALOR AMULATORIAL														
	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total	ALTA	MEDIA	FAEC	AB	Total
	2004	22.866.840,89	14.073.206,00	3.303.611,47	6.427	40.250.085	2.436.246,05	3.519.014,46	474.323,92	659	6.430.243	11.867.211,59	15.668.801,42	179.889,65	652
2005	28.379.536,04	15.673.940,57	6.192.525,26	6.904	50.252.906	2.737.464,66	4.560.727,29	610.553,70	523	7.909.269	13.324.336,34	16.698.188,66	165.939,58	585	38.098.318
2006	32.815.295,33	17.170.271,09	2.657.045,83	28.169	52.670.781	2.796.648,18	5.188.472,26	2.981.312,29	4.450	10.970.883	12.235.072,07	16.494.484,72	496.264,40	7.821	40.204.525
2007	35.975.022,14	19.169.059,07	3.542.601,05	30.870	58.717.552	2.801.545,65	6.121.870,39	3.220.368,27	4.366	12.148.150	12.486.026,40	15.282.864,09	835.243,58	6.969	40.759.253
2008	21.009.241,06	18.530.903,41	23.837.757,38	31.310	63.409.212	462.992,30	6.577.726,65	5.375.817,03	3.452	12.419.988	6.837.342,88	17.784.676,22	7.704.022,79	6.140	44.752.170
2009	31.131.602,99	21.717.101,09	26.003.315,19	32.910	78.884.929	576.880,96	7.967.329,33	3.821.385,41	2.942	12.368.538	8.138.270,77	19.954.369,55	10.289.043,49	6.115	50.756.337
VARIÇÃO %	36,14%	54,32%	687,12%	412,06%	95,99%	-76,32%	126,41%	705,65%	346,43%	92,35%	-31,42%	27,35%	5619,64%	837,88%	48,64%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (2009).