

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz**



Elaine Machado López

UMA REVISÃO DO PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Orientadora: Professora Maria Alícia Dominguez Ugá

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde.

Brasília

Junho de 2004

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, artistas da vida

Ao Rogério, principal incentivador

Aos mestres, todos, de todos os tempos

A Alícia Ugá, a melhor orientadora do mundo

Aos colegas do Ministério da Saúde; primeiro, a escadinha do final do corredor, hoje os ideais comuns

À turma do mestrado, verdadeiros amigos

Aos colegas da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, pelas lições diárias, pela amizade e parceria

Ao Claidir, pela confiança

A Rodrigo, Eloíza, Ernesto, Léo, Paula, Fabi e Mano, Jorge e Sérgio. Nunca faria esta dissertação sem vocês

Ao Mano e à Fabi, de novo

E às amigas **Beth Artmann e Silvana Pereira**

Dedico este trabalho a meus pais e avós

HORIZONTES

Flávio Bicca Rocha

“Há muito tempo que ando
Nas ruas de um porto não muito alegre.
Que, no entanto, me traz encantos
E um pôr de sol me traduz em versos
De seguir livre muitos caminhos
Arando terras, provando vinhos
De ter idéias de liberdade
E ver amor em todas idades;
Nasci chorando Moinhos de Vento
Subir no bonde, descer correndo
A boa funda de goiabeira
Jogar bolita, pular fogueira
64, 66, 68, um mau tempo talvez
Anos 70, não deu p’ra ti
E nos 80 eu não vou me perder por aí”

SUMÁRIO

TABELAS	ix
RESUMO	xi
SUMMARY	xii
INTRODUÇÃO	13
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	15
<i>CAPÍTULO I - ANTECEDENTES: A CRISE DA SAÚDE E A REFORMA DO SETOR</i>	17
A CRISE DA SAÚDE E A REFORMA DO SETOR	18
Financiamento e sistemas de alocação de recursos	25
<i>CAPÍTULO II - MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE</i>	30
AS ESPECIFICIDADES DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE	31
O papel dos hospitais em um sistema integrado de serviços	43
<i>CAPÍTULO III - A DEFINIÇÃO DA MISSÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</i>	47
O CONTEXTO BRASILEIRO E A DEFINIÇÃO DA MISSÃO HOSPITALAR	48
A adaptação da <i>Démarche Stratégique</i> e o papel dos hospitais na rede de atenção à saúde	52

CAPÍTULO IV - O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO E O PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE 64

BREVE HISTÓRICO: O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO E O PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	65
O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO	68
O SETOR HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	74
DIAGNÓSTICO DO SETOR HOSPITALAR DE PEQUENO PORTE	82
Características relacionadas ao estabelecimento de saúde	82
Características do Município onde se localizam os hospitais de pequeno porte	95
Características da produção dos estabelecimentos de saúde	100
Produção hospitalar	100
Produção ambulatorial	106
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	110

CAPÍTULO V - HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: UMA ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO 113

UMA ESTRATÉGIA PARA A REORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

INDICE DE FIGURAS:

Figura 1 – Estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por esfera administrativa. Brasil, 1976-2002 _____	68
Figura 2 – Leitos em estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por esfera administrativa. Brasil, 1976-2002 _____	69
Figura 3 – Leitos por 1000 habitantes em estabelecimentos de saúde com serviço de internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002 _____	70
Figura 4 – Leitos por 1000 habitantes em estabelecimentos de saúde, segundo as unidades da federação (UF). Brasil, 2002 _____	72
Figura 5 – Internações em estabelecimentos de saúde, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002 _____	73
Figura 6 – Internações por habitantes em estabelecimentos de saúde, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002 _____	73
Figura 7 – Distribuição do número de leitos por 1000 habitantes segundo a unidade da federação (UF). Brasil, abril de 2004 _____	78
Figura 8 – Leitos totais e leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos estabelecimentos com internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004 _____	84
Figura 09 – Distribuição percentual dos estabelecimentos de saúde e leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004 _____	86
Figura 10 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a esfera administrativa da instituição. Brasil, abril de 2004 _____	89
Figura 11 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a possibilidade de internação no Município. Brasil, fevereiro de 2004 _____	96
Figura 12 – Percentual dos estabelecimentos de saúde por porte, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). Brasil, fevereiro de 2004 _____	99

TABELAS

<i>Tabela 1 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 2002</i>	70
<i>Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o número de leitos. Brasil, abril de 2004</i>	75
<i>Tabela 3 – Estabelecimentos de saúde segundo as unidades da federação (UF). Brasil, abril de 2004</i>	76
<i>Tabela 4 – Leitos hospitalares em estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as unidades da federação (UF) e as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004</i>	77
<i>Tabela 5 – Estabelecimentos de saúde segundo a população do Município. Brasil, fevereiro de 2004</i>	79
<i>Tabela 6 – Estabelecimentos de saúde segundo o tipo de unidade. Brasil, abril de 2004</i>	80
<i>Tabela 7 – Estabelecimentos de saúde e número de leitos por natureza da instituição. Brasil, abril de 2004</i>	81
<i>Tabela 8 – Estabelecimentos de saúde por faixa de leitos segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004</i>	82
<i>Tabela 09 – Leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos estabelecimentos com internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004</i>	85
<i>Tabela 10 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a Região Metropolitana. Brasil, abril de 2004</i>	87
<i>Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a população do Município. Brasil, abril de 2004</i>	88
<i>Tabela 12 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a natureza da instituição. Brasil, abril de 2004</i>	89
<i>Tabela 13 – Estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por porte e segundo o tipo de unidade. Brasil, fevereiro de 2004</i>	90
<i>Tabela 14 – Percentual de estabelecimentos de saúde por porte, segundo a presença de profissionais de saúde. Brasil, fevereiro de 2004</i>	92
<i>Tabela 15 – Média de profissionais por estabelecimento de saúde considerando o porte, segundo a categoria profissional. Brasil, fevereiro de 2004</i>	93
<i>Tabela 16 – Média de salas em estabelecimentos de saúde considerando o porte, segundo a estrutura física. Brasil, fevereiro de 2004</i>	94
<i>Tabela 17 – Percentual da presença de equipamentos por estabelecimento de saúde, segundo o tipo de equipamento. Brasil, fevereiro de 2004</i>	95

<i>Tabela 18 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a condição de gestão do Município. Brasil, fevereiro de 2004</i>	97
<i>Tabela 19 – Produção de internações hospitalares considerando frequência e valor financeiro, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e a opção de internação no Município. Brasil, 2004</i>	101
<i>Tabela 20 – Procedimentos de internação hospitalar informados pelo hospital de pequeno porte único no Município, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) até o alcance de 75% da produção total de internação hospitalar. Brasil, 2003</i>	102
<i>Tabela 21 – Procedimentos de internação hospitalar informados pelo hospital de pequeno porte não único no Município, conforme a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) até o alcance de 75% da produção total de internação hospitalar. Brasil, 2003</i>	104
<i>Tabela 22 – Percentual de parto normal realizado em hospital de pequeno porte, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e a opção de internação no Município. Brasil, abril de 2003</i>	105
<i>Tabela 24 – Procedimentos realizados em hospital de pequeno porte, segundo cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e opção de internação no Município. Brasil, 2003</i>	109
<i>Tabela 25 – Valor (em R\$) dos procedimentos realizados em hospital de pequeno porte conforme a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e segundo a opção de internação no Município. Brasil, 2003</i>	109

RESUMO

Este estudo tem por objetivo elaborar diretrizes que contribuam para a construção de uma agenda de readequação dos hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde (SUS), por uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e qualificada. Trata-se de um trabalho de revisão do papel dos pequenos hospitais no SUS, à luz de algumas categorias teóricas como Modelo Assistencial e Missão Hospitalar. Duas hipóteses motivaram o presente estudo: (I) a de que existe uma superposição de ações assistenciais entre os pequenos hospitais e os serviços de atenção básica, indicando a necessidade de redefinir o seu papel na rede de atenção à saúde, no contexto do SUS; e (II) a de que a reversão do modelo de alocação de recursos pode induzir essas unidades a assumirem um papel específico no SUS, gerando novas relações para a consolidação de um sistema pactuado de atenção à saúde. A partir de dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde (MS) e dos Sistemas de Informação de Internação Hospitalar (SIH) e Ambulatorial (SIA)/SUS/MS foi definido o perfil da oferta dos hospitais de pequeno porte, levando em consideração características de capacidade instalada, incorporação tecnológica, presença de profissionais de saúde, produção ambulatorial e hospitalar, entre outras. Os resultados dessa pesquisa apontam que os hospitais de pequeno porte representam grande parte da rede hospitalar do SUS, sendo responsáveis por 21,22% das internações realizadas no ano de 2003. O perfil de produção revela que estas unidades desenvolvem ações de baixa complexidade, essencialmente relacionadas às especialidades médicas básicas. Este estudo indica que a redefinição do perfil e do papel dos hospitais de pequeno porte no Brasil, a partir da discussão de sua missão frente à rede de serviços, pode contribuir para uma desejável reforma do sistema de atenção à saúde, no contexto do SUS.

SUMMARY

This study has a goal of elaborating guidelines for the construction of an agenda to revise the role of small hospitals in the Unified Health System (SUS) in Brazil, to improve access, effectiveness and quality of hospital care delivery. The work should be considered a revision of the responsibilities of small hospitals within SUS, according to several theoretical categories such as the assistance model and the hospital mission. Two hypotheses motivated this study: an overlap of service and basic care provided by small hospitals services exists, indicating the need to redefine the role in the network of health care delivered in the context of SUS; and that a change in the resource allocation model may encourage these units to assume a more specific role in SUS, generating new relationships resulting in consolidation in the health care system. Based on data available from the Research of Medical-Sanitary Assistance (PAMS) at Brazilian Institute for Geography and Statistics Foundation (IBGE), the National Register of the Health Establishments (CNES) of the Ministry of Health (MS), and the Hospital Information System (SIH) data about inpatients and outpatients of SUS/MS, the profile offered by small capacity hospitals was defined, taking into account the following characteristics: installed capacity, incorporation of available technology, presence of health professionals, utilization of outpatient and inpatient services, among others. The results of this research indicate that small hospitals represent a large and substantive part of the hospital network in SUS, being responsible for 21.22% of admissions during the year 2003. The utilization profile reveals that these units develop activity of low complexity, essentially related to basic medical specialties. This study indicates that the redefinition of the profile and role of smaller capacity hospitals in Brazil, starting with the discussion of their mission in the network of health services, could contribute to a desirable reform of the health care system, in the context of SUS.

INTRODUÇÃO

A atenção hospitalar tem sido um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Os hospitais são de evidente importância na organização da rede de serviços, seja pelo tipo de serviços ofertados, pela grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos – humanos, tecnológicos e financeiros – destinados ao nível hospitalar.

O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento da Região Sul e da Região Sudeste do país.

Em muitas localidades brasileiras, observa-se que o acesso aos serviços de saúde é restrito pela oferta, qualidade e complexidade dos serviços disponíveis. Há que se considerar, ainda, as diferenças regionais e as diversas categorias de necessidades de serviços de atenção à saúde nos diferentes Estados e Municípios.

Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico vem reforçando a supervalorização dos hospitais também enquanto espaços de produção de conhecimento na área biomédica, bem como para a prática de ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção.

Do ponto de vista organizacional, a resultante dessa sobrevalorização das unidades hospitalares traz um isolamento destas em relação ao sistema de saúde, tanto no que se refere ao dimensionamento e adequação da sua oferta de serviços, quanto às medidas de regulação do sistema e de avaliação dos resultados obtidos e da sua eficiência.

Não há como negar a existência de uma importante crise na atenção hospitalar no Brasil. Na composição desta crise, percebe-se a existência de múltiplos aspectos que se misturam enquanto determinantes e determinados, muitas vezes dentro de um círculo vicioso que perpetua e até colabora para o seu agravamento.

Vivemos um momento em que é preciso, em muito, avançar na direção de maior resolubilidade dos serviços prestados. Se, por um lado, há a necessidade da melhoria

organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, de outro, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-o da ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais, para um modelo de cuidado baseado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida.

Este estudo destina-se a apresentar uma estratégia para o enfrentamento desse problema, realizando a análise do papel dos hospitais de pequeno porte e elaborando diretrizes para a construção de uma agenda que aponte a readequação desses hospitais no Sistema Único de Saúde, para que possam prover uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um trabalho de revisão do papel dos pequenos hospitais no SUS, à luz de algumas categorias teóricas como Modelo Assistencial e Missão Hospitalar.

Duas hipóteses motivaram este estudo:

- a) a existência de uma superposição de ações assistenciais entre os pequenos hospitais e os serviços de atenção básica, indicando a necessidade de redefinir o seu papel na rede de atenção à saúde, no contexto do SUS; e
- b) a reversão do modelo de alocação de recursos e o seu poder de indução dessas unidades a assumirem um papel específico no SUS, gerando novas relações para a consolidação de um sistema pactuado de atenção à saúde.

A seguir, apresentam-se, de forma mais específica, os procedimentos metodológicos:

- Revisão da bibliografia pertinente
- Definição de alguns pressupostos teóricos visando à contextualização e revisão do papel dos pequenos hospitais no SUS
- Levantamento e análise dos dados secundários referentes ao universo dos pequenos hospitais no SUS, considerando suas características de estrutura e oferta de serviços, conforme discriminado no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde (MS), e de perfil de produção, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e nos procedimentos ambulatoriais pagos pelo SUS no ano de 2002.

Quanto à estrutura, o trabalho foi dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, contextualiza-se a crise da Saúde e da reforma do setor. No segundo capítulo, faz-se uma revisão da conformação histórica do modelo assistencial de saúde no Brasil à luz das teorias correntes, buscando ainda estabelecer comparações com outras realidades e tendências. O terceiro capítulo trata da definição da missão hospitalar no sistema de saúde.

No quarto capítulo, é realizado o diagnóstico do setor hospitalar brasileiro, com ênfase no segmento de pequenos hospitais, discutindo as características da sua capacidade instalada, o seu perfil de produção, bem como a eventual superposição com a produção realizada no

nível da atenção básica à saúde. A seguir, no quinto e último capítulo, apresenta-se a discussão da proposta de readequação do papel dos pequenos hospitais, com a articulação do sistema de financiamento-modelo de alocação de recursos como elemento indutor da mudança no padrão assistencial do segmento e seus impactos na organização dos sistemas locais de saúde como um todo.

***CAPÍTULO I - ANTECEDENTES: A CRISE DA SAÚDE
E A REFORMA DO SETOR***

A CRISE DA SAÚDE E A REFORMA DO SETOR

A existência de uma crise, já crônica, na organização do sistema de saúde brasileiro é inegável. Segundo MENDES (1999), a crise do setor Saúde assume um caráter universal à medida que atinge tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento e manifesta-se, principalmente, nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação do usuário.

A ineficiência dos sistemas de saúde tem sua maior expressão na crise do financiamento, determinada, em parte, pelo constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica; e, ainda, pela irracionalidade na alocação dos recursos que retrata, fielmente, a força política e ideológica do modelo médico hegemônico. Nesse modelo, há grande concentração de gastos em procedimentos onerosos e de baixo impacto sobre a saúde.

A ineficácia é percebida na falta de correspondência entre o incremento dos gastos em saúde e seu impacto nos padrões sanitários da população. Em 1993, o Banco Mundial publica um estudo que aponta a não-correlação entre gastos em saúde, esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil.

Conforme KADT & TASCA (1993), a dimensão da iniquidade é considerada fenômeno mundial, que se manifesta tanto na disponibilidade da atenção médica como nas desigualdades observadas nos indicadores de saúde em diferentes grupos sociais. Ela se expressa de modo diferenciado, quando considerarmos a forma como os recursos de saúde se distribuem nas diversas regiões do país.

O descontentamento do usuário é outra manifestação da crise do setor e não é uma exclusividade do sistema brasileiro. BIENDON (1990), por meio de uma pesquisa de opinião pública em dez países desenvolvidos, demonstrou que, à exceção do Canadá, os níveis de satisfação situavam-se abaixo de 50% e que não havia correlação entre a satisfação dos usuários e o gasto *per capita* em saúde.

O consenso que se evidencia sobre a existência da crise do setor não encontra eco na forma de explicá-la. Tradicionalmente, há três correntes de pensamento distintas, a incrementalista, a racionalista e a estruturalista, que se dedicam a tentar explicar a crise dos sistemas de saúde.

Para os incrementalistas, o foco da crise está concentrado na insuficiência de recursos financeiros para a Saúde. Dessa forma, com o incremento de recursos, supera-se a crise. Esse enfoque não encontra sustentação para explicar a crise em países onde há grande investimento e gasto no setor.

Na abordagem racionalista, a crise deriva de ineficiências internas ao setor e todo o esforço no seu enfrentamento deve ser direcionado para o ajuste e controle de irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde, buscando formas mais eficientes de produção e a eliminação de consumo desnecessário, bem como a seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade. Nessa perspectiva, segundo RINGEN (1990), a reforma setorial reduzir-se-ia a uma questão econômica; para TERRIS (1992), o controle de custos assume protagonismo na planificação e no esforço político na Saúde.

Na corrente estruturalista, a crise decorre da dificuldade de conciliar o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde e seus mecanismos de controle. Esse tipo de conflito reflete a prática vigente da atenção médica.

Para CONTRANDRIOPOULOS & POUVOURVILLE (1991), as forças que exigem a expansão do sistema de saúde são: a transição demográfica; a acumulação epidemiológica; a medicalização da sociedade; a urbanização; a incorporação tecnológica; o incremento da força de trabalho; e o corporativismo empresarial e profissional.

Segundo CESSS (1988), o sistema de saúde é resultado do movimento dessas forças e passa a ser prisioneiro de diversos grupos de interesse, o que leva à ausência de objetivos, à pobreza de resultados e à impossibilidade de uma ação eficaz de natureza intersetorial. A interação dessas forças conduz a um movimento de auto-reprodução do sistema, no qual cada recurso investido será apropriado imediatamente, seja como nova tecnologia, como novo posto de trabalho e como incremento salarial, como mais medicamentos, sem que isso, necessariamente, cause impacto favorável nos resultados em saúde. Estudo sobre atenção gerenciada, realizado por JOHNSON (1995) nos Estados Unidos da América (EUA), identificou que os fatores responsáveis pelo aumento dos custos nos serviços de saúde eram: inflação corrente, incorporação de tecnologia, inflação médica e envelhecimento populacional.

Muito embora a visão estruturalista não anule a necessidade de racionalização do sistema, ela a coloca subordinada à superação dos determinantes estruturais da crise.

Consideramos que a crise da Saúde é estrutural e, por isso, a reforma sanitária brasileira buscou uma mudança radical no modelo de atenção e a sua inserção na perspectiva da construção da cidadania e no respeito às especificidades econômicas, sociais, culturais e sanitárias de nosso país.

Segundo TOURAINE (1986), a cidadania só encontra espaço para se constituir, socialmente, no ambiente democrático, o qual propicia a formação de atores sociais, sujeitos portadores de demanda e reivindicações; portanto, muito mais que meros participantes sociais ou titulares de poder político. A democratização das políticas sociais exige ruptura com processos de intervenção social centralizados e, para tanto, a descentralização emerge como uma questão estratégica básica.

O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais e resulta de propostas que vêm sendo impulsionadas pelo movimento social. Atualmente, não restam dúvidas acerca das necessidades de um novo pacto federativo na Saúde, que o SUS representa.

O movimento sanitário brasileiro, desde os anos 70, mobilizou-se em torno de uma proposta cujo resultado foi apresentado no relatório final da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, e no texto constitucional de 1988. Ele se baseia em três aspectos fundamentais: a saúde definida em um contexto histórico de determinada sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo resultante das condições gerais da vida; a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; e o Sistema Único de Saúde, o SUS, que tem como princípios a integralidade de ações, a universalidade e a equidade de acesso, e como diretrizes a descentralização e a hierarquização de serviços e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

É grande o desafio de constituir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos tecnoassistenciais centrados nas necessidades dos usuários (MERHY, 1994; MALTA *et al.*, 1998).

Na história recente do Brasil, os diversos segmentos sociais têm expressado suas estratégias políticas para a sociedade, traduzindo-se em diferentes projetos de intervenção. No âmbito da Saúde, conformam-se distintos modelos tecnoassistenciais apoiados em diferentes

formas de organizar a produção em saúde, em determinadas sociedades e períodos. Esses modelos sustentam-se em uma dimensão política, organizacional, assistencial e de saber e disputam hegemonia entre si. De um lado, concorrem os modelos tecnoassistenciais da política neoliberal e, de outro, os que pretendem implementar as diretrizes do SUS, comprometidas com a saúde como direito de cidadania (MERHY, 1994; BUENO & MERHY, 1997; SILVA JR, 1998; REIS *et al.* 1998).

O ideário neoliberal leva a termo a política geral de privatização da produção de bens e serviços e a não-intervenção estatal na economia, deixando-a sob o julgo das forças de mercado. Por sua vez, os organismos multilaterais de crédito subordinam a política social ao ajuste macroeconômico (UGÁ, 1997), pregando, ainda, a contenção de gastos por meio de medidas que promovam a austeridade – especialmente os gastos com políticas sociais – e a seleção de atendimentos às necessidades urgentes de segmentos sociais excluídos, praticamente, dos direitos mínimos de cidadania, para os quais são desenvolvidas políticas sociais compensatórias. A tradução dessas intenções na política de saúde de um governo neoliberal é a consolidação de um modelo segundo o qual segmentos médios e ricos da população seriam cobertos pelos planos privados de saúde, ficando reservada aos excluídos e miseráveis uma cesta básica composta de ações programáticas em serviços primários de saúde, em grande parte realizadas por pessoal sem formação específica, com tecnologias simplificadas, visando baixar custos (REIS *et al.*, 1998).

Já a política geral inspiradora do SUS tem suas raízes nas lutas sociais pela redemocratização do país no final dos anos 70 e anos 80, afirmando a saúde como direito de cidadania traduzido nos princípios de universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, controle social e gestão única em cada esfera de governo. Entretanto, a concretização dessa política de saúde em uma articulação de saberes e em uma nova organização tecnoassistencial – apesar de algumas experiências municipais de relativo êxito – tem enfrentado enorme dificuldade, seja porque se trata de um modelo de construção que exige ousadia e inovações, seja pela força opositora da política de saúde do projeto neoliberal.

Nos anos 90, especialmente com o processo de descentralização e progressiva municipalização dos serviços, alguns Municípios buscaram modelos tecnoassistenciais que pudessem concretizar os princípios da denominada Reforma Sanitária. Mesmo nos lugares onde o sistema sofreu implantação mais efetiva, conviveu-se com a incapacidade de geração

de uma real mudança no modo de se produzir saúde, não ocorrendo, de fato, a superação do modelo hegemônico. O atual modelo de assistência apresenta debilidades do ponto de vista da consecução de mudanças concretas no seu modo de operar, e a sua engrenagem assistencial ainda se encontra centrada na produção de procedimentos médicos, sem evidenciar impactos efetivos nos níveis de saúde da população.

Assim, torna-se importante investigar projetos de intervenção que se proponham a transformar os princípios constitucionais do SUS em realidade, analisando os processos institucionais e as diferentes tecnologias utilizadas, especialmente nas ações dos campos da formulação e decisão de políticas, da gestão organizacional em macro e microdimensões e da gestão de trabalho em saúde que objetivem novos modelos de processos e redefinições das relações de compromisso entre dirigentes e equipes de saúde (MERHY, 1998).

O campo da Saúde Coletiva mostra-se rico em propostas alternativas, capazes de assumir um enfrentamento, no plano teórico e político, com o modelo hegemônico e suas tentativas de mudanças, no sentido de se materializar as bandeiras da Reforma Sanitária. Dessa forma, amplia-se o debate sobre o tema, pois “*o campo dos debates científicos é um campo de disputa de poder. Observar a história é confrontar opções, caminhos às vezes percorridos e pensar o novo*” (SILVA JR., 1998).

É sabido que a gestão de serviços de saúde ocupa uma posição subordinada e dependente da política hegemônica em um dado período. Contudo, não se pode desconsiderar o papel e a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na sua própria transformação e mesmo na manutenção e reprodução de um determinado estado de coisas. A gestão de unidades é um meio de consolidar o processo de produção de ações de saúde; ou então, de transformá-lo. Para cada um destes objetivos, há que se trabalhar com diferentes técnicas, instrumentos e conteúdos de gerência.

CAMPOS (1984) ressalta que a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não suficiente. Diz, ainda, que se as reformas sanitárias não são desencadeadas a partir dos quadros diretivos do aparelho burocrático. É verdade, também, que não se implanta um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e trabalhadores de saúde esteja empenhada em consolidá-lo.

Em “Planejamento sem normas”, CAMPOS, MERHY & NUNES (1989) colocaram a gerência como um importante instrumento para a efetivação de políticas, sendo, ao mesmo tempo condicionada e condicionante do modo como se organiza a produção de serviços. Esta dupla situação torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais, interessados em diversas políticas de saúde. Esses autores consideram que tanto os processos de gestão como os de recursos humanos são elementos estratégicos no processo de consolidação de qualquer reforma sanitária.

CAMPOS (1994) afirma, também, que as técnicas de gestão se encontram pouco desenvolvidas na área da Saúde, principalmente pela predominância da prática médica neoliberal, que acabou por atrasar a incorporação de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços. O desenvolvimento da atenção médico-hospitalar deu-se, em larga medida, dentro das normas de mercado adaptadas à prática da medicina. Sendo assim, sempre que houver predominância das regras de mercado na produção de serviços de saúde, há uma tendência ao não-desenvolvimento de técnicas gerenciais, tanto internamente a cada unidade como em relação ao sistema no seu conjunto. Nesse padrão de serviço, não há planejamento, mecanismo de controle de produção ou qualidade; há sim, imprevisibilidade de gastos e de receitas e toda a administração cuida do suprimento de materiais e dos recursos humanos. Esse modelo não serve a teorias específicas para o setor, apenas incorpora noções da chamada Administração Científica ou da Escola Clássica, um tipo de gestão que favorece os interesses de profissionais de saúde na preservação de um determinado padrão de autonomia. São os médicos, principalmente, que passam a influenciar de maneira decisiva não só na organização do processo de trabalho, mas também sobre os investimentos em novos equipamentos ou na expansão da oferta de serviços. Ou seja, trata-se de um sistema de gestão voltado para a reprodução do modelo assistencial vigente e cuja preocupação, tão-somente, é a de assegurar, para si, os meios de operação.

Esse modelo organizacional tenta compensar a impossibilidade de planejamento e de controle, agravado pela forma de remuneração dos profissionais autônomos – dependente de sua produtividade, capacidade de captar clientela fora da unidade e processá-la no seu interior. A sua maior fragilidade encontra-se na sua decrescente eficácia, na desigualdade distributiva inerente à lógica do mercado e na sua incapacidade de universalizar-se.

No Brasil, a tentativa de difundir esse modelo resultou em produção desnecessária e fraude, enquanto havia disponibilidade de recursos oficiais para compra de serviços e práticas de desassistência em períodos recessivos. Ficou claro que esse modelo de gestão não oferece espaço à implantação de um padrão sistemático de planejamento; logo, no lugar de um atendimento hierarquizado que obedece a níveis de gravidade dos casos e de complexidade tecnológica crescentes, temos a livre incorporação de tecnologia e de procedimentos conforme o interesse e disponibilidade financeira e administrativa de cada unidade ou empresa *per se*. No lugar da regionalização e descentralização dos serviços, temos uma distribuição de unidades conforme a oferta de cada mercado específico, que dê conta da constituição de áreas com autonomia assistenciais.

Nesse padrão de gestão, há predomínio do interesse do privado sobre o público. As definições são tomadas tendo por base interesses corporativos – sejam eles de médicos, outros profissionais ou empresários – e não em função das necessidades de saúde da população ou das dificuldades de um dado país e de seu Estado. As características desse modelo de produção e de gerência determinaram, em muitos países, o surgimento de condições para a sua substituição por sistemas que combinam, em diferentes graus, alguns de seus traços com o controle e a produção estatal.

Financiamento e sistemas de alocação de recursos

As formas de financiamento dos gastos sociais são derivações da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas a cada governo. As concepções e práticas sobre financiamento das políticas sociais são determinadas historicamente, devendo ser entendidas à luz de cada espaço e tempo específico (MÉDICI, 1993).

Atualmente, no Brasil, o montante de recursos destinados ao financiamento federal da saúde é estipulado por dispositivo transitório definido pela Emenda Constitucional nº 29 (EC 29). Transitório porque o próprio texto constitucional, com a nova redação, no parágrafo 3º do artigo 198, prevê a necessidade de uma Lei Complementar que seja reavaliada, como mínimo, a cada cinco anos.

Enquanto essa Lei Complementar não vem ao mundo, ou mesmo ao debate jurídico/legislativo, a EC 29 determina que o montante de gastos federais com ações e serviços de saúde seja corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto brasileiro (PIB), com base nos gastos realizados em 1999, acrescidos de 5% em 2000. Essa situação representa uma vinculação constitucional de um montante determinado de recursos inseridos no Orçamento da Seguridade Social. Entretanto, essa situação nem sempre foi tão clara como a observada com a edição da EC 29, não obstante existirem, dentro do próprio governo, interpretações diferenciadas e a consciência da necessidade de uma Lei Complementar.

A partir da Constituição de 1988, pode-se notar uma preocupação em se garantir fontes estáveis para o financiamento da Saúde. É nesse contexto que se insere a redação expressa no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), adaptado pelas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) posteriores, que previa a destinação para a Saúde de 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego.

Todavia, os gastos federais em saúde, representados pelos gastos do Ministério da Saúde, apresentaram uma variação que pode ser considerada positiva tendo em vista o contexto. A partir de valores deflacionados com base em 1993, os gastos constantes – em bilhões de reais – do Ministério da Saúde foram os seguintes: 12,8 em 1993; 13 em 94; 18,6 em 95; 16,2 em 96; 19,4 em 97; 17,7 em 98; e, finalmente, 18,4 em 1999. (PIOLA & BIASOTO, 2001).

Muito embora o trabalho dos autores em tela não tenha contemplado os anos de 2000, 2001 e 2002, observaram-se incrementos nos gastos federais com a Saúde para esses períodos, até mesmo em função da EC 29. Há que se destacar que grande parte desses gastos, ainda hoje, destina-se à manutenção da assistência hospitalar e ambulatorial que representou, por exemplo, 62,8% em 1988 e 72,1% em 1993. [Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)/MS].

As perspectivas para o financiamento federal da Saúde, atualmente, apontam para uma certa estabilização em função da vinculação de receitas trazida pela EC 29. Não obstante o disposto no parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição prever que uma Lei Complementar regulará, entre outros aspectos, a questão dos recursos para a Saúde, o artigo 77 do ADCT garante que, enquanto a mesma não for sancionada, vale o dispositivo em vigor que aplica a variação nominal do PIB para corrigir os gastos federais com saúde.

É mister acrescentar que o fato de a EC 29 vincular recursos para a Saúde também nos âmbitos estadual, do Distrito Federal e municipal, permite perceber, por meio do Siops, que o gastos públicos com saúde têm aumentado consideravelmente – principalmente por parte dos Municípios. Esse fato possibilita que os gastos federais ganhem mais possibilidades de contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, na medida em que o custeio dos serviços tem diminuído a sua dependência em relação a esses recursos.

Sabe-se que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices gerais de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento de gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, tornando-se necessário estabelecer medidas com vistas à sua racionalização. Segundo MÉDICI (1995), o objetivo das medidas de racionalização é aumentar a eficiência dos serviços sem que haja prejuízo na eficácia ou efetividade dos mesmos.

A modificação nos estilos de gestão dos serviços ou estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver problemas associados de eficiência, eficácia e efetividade simultaneamente, em que pese a questão da autonomia do serviço de saúde, seja ele público ou privado, e a qualidade dos serviços médico-hospitalares. Assim, o papel dos sistemas de alocação de recursos no sistema de saúde, seja na distribuição de recursos para

outros gestores ou para as instituições prestadoras de serviços, assume relevância na garantia da equidade e eficiência.

CARRIN (1994) propõe três critérios principais para a distribuição dos recursos públicos nos sistemas de serviços de saúde baseados na alocação de recursos orçamentários – *per capita* –, na utilização dos serviços de saúde e no estado de saúde da população.

Um exemplo emblemático de distribuição equitativa de recursos financeiros estatais combinando critérios populacionais e demográficos ajustados por um *proxy* de necessidades de saúde aconteceu no Reino Unido, por meio do método RAWP – *Resource Allocation Working Party* (PORTO, 1997; MENDES, 1999).

Há diferentes formas de repasse de recursos entre gestores: os históricos; a captação parcial; a captação total; e os tetos orçamentários. O SUS utiliza uma combinação de valores históricos médios com captação parcial, como no caso do Piso da Atenção Básica (PAB), constrangida por tetos orçamentários, os chamados tetos financeiros.

Segundo metodologia utilizada por UGÁ (1994), os sistemas de alocação de recursos financeiros podem ser classificados a partir de dois critérios: o momento em que se dá a alocação dos valores; e a forma como estes são calculados. No que tange ao momento, a alocação pode ser *ex-ante* – quando o recurso é alocado previamente a realização do serviço – ou *ex-post* – posteriormente a prestação do serviço. Também existem duas formas de realizar o cálculo dos valores: o cálculo prospectivo, onde o cálculo do valor a ser pago é definido previamente à execução do serviço, ou seja, calculando-se o valor independentemente do custo de cada serviço prestado e, nesse sentido, a base de pagamento sendo uma medida de assistência, mais comumente, um procedimento médico-hospitalar, e o cálculo retrospectivo, onde a base do cálculo de valor a ser pago é definida posteriormente à execução dos serviços, ou seja, calculando-se o valor com base no custo dos serviços já prestados ou da despesa verificada no passado.

Quaisquer dessas formas apresentam pontos fortes e debilidades, mas alguns pontos são consensuais: os prestadores respondem aos incentivos positivos ou negativos de cada forma de pagamento; é necessário um mínimo de capacidade gerencial e os custos administrativos de um método com incentivos positivos tendem a ser mais altos; o pagamento por unidade de serviço deve ser evitado, por apresentar mais debilidades que fortalezas; em

quaisquer circunstâncias, os gestores apresentam a tendência do pagamento por subsídio a demanda e não mais baseado na oferta; a forma de pagamento deve induzir a algum tipo de compartilhamento de riscos financeiros; e a forma de pagamento deve fazer parte de um contrato explícito entre os gestores e os prestadores de serviços (BARNUM, 1995; WHO, 2000).

As diferentes modalidades de pagamento podem estar acompanhadas de incentivos de diversas naturezas: de desempenho, como estímulo à produtividade de alguns profissionais; ou de aumento de atividades consideradas estratégicas para uma determinada política de saúde; ou ainda, de objetivos, para atingir metas prioritárias.

Hoje, o SUS adota um sistema misto de pagamento aos prestadores que combina incentivos fixos e variáveis na atenção básica à saúde, pagamentos por procedimentos e por grupos afins de diagnóstico na atenção hospitalar e, em alguns casos, por orçamentos globais.

A partir de 1990, o modelo brasileiro passa a contar com os Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) como base do sistema de repasses financeiros a todas as unidades assistenciais. Este, por sua vez, fora precedido pelo Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), dedicado ao pagamento do setor privado contratado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), já na forma de pagamento prospectivo decorrente das medidas de racionalização do gasto público orientadas pelo Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, de 1982 (UGÁ, 1992).

O método que o sistema brasileiro utiliza para a classificação do produto hospitalar e definição de preços é frágil e compromete tanto a obtenção de grupos homogêneos, em termos de custos, quanto a integralidade do cuidado ao usuário.

Na última década, apesar das mudanças no que diz respeito à padronização do Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), persiste a continuidade de um modelo de prestação de serviços e de financiamento, forjado nas décadas anteriores, em que os estabelecimentos hospitalares definem um padrão de oferta e relacionamento com o sistema baseado na compra e venda de serviços e mantêm um paralelismo em relação ao conjunto da rede assistencial.

Porém, é a discussão sobre as modalidades assistenciais que deve nortear as diretrizes da política setorial, coerentes com a idéia da integralidade, que apontem para a redefinição dos modelos organizativos e gerenciais dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais. Essa discussão guarda profunda relação com a produção e a utilização do conhecimento e das tecnologias aplicadas no cuidado aos usuários do sistema. E é essa discussão que deve nortear a definição do modelo de alocação de recursos a ser adotado para o SUS.

A consecução dessas diretrizes passa, indiscutivelmente, pela revisão das modalidades de financiamento vigentes. O financiamento, e mais ainda, a forma de alocação de recursos financeiros, tem sido o grande instrumento de indução do gestor federal do SUS na conformação das políticas da área da Saúde, embora, no setor hospitalar, não tenha apresentado os resultados esperados. Torna-se imperativo repensar a lógica de financiamento e de contratação, superando o padrão de compra de serviços com base em atos médicos, para que se estabeleça um novo patamar de relacionamento apoiado em contratos de gestão negociados com base em parâmetros assistenciais de cobertura e responsabilidade, metas, acompanhamento e método de avaliação definido.

O poder de contratação do SUS deve buscar assegurar responsabilidade assistencial, mecanismos de articulação com a rede e metas assistenciais compatíveis com o caráter do serviço e com as necessidades da população assistida.

CAPÍTULO II - MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

AS ESPECIFICIDADES DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

O modelo de atenção à saúde é a forma como a sociedade, ante os determinantes sociais e biológicos de saúde, organiza seus recursos humanos, tecnológicos e materiais para enfrentar os riscos de saúde integralmente, e proporcionar serviços de promoção, prevenção e atenção à saúde, incluindo aquelas modalidades informais de atenção estabelecidas pela própria comunidade (OPAS, 2001).

O modelo determina a forma de organização dos sistemas de saúde – níveis primário, secundário e terciário – e influi nas modalidades de atenção (ambulatorial e internação), no perfil dos recursos humanos que proporcionam a atenção, no seu processo de trabalho, no tipo de serviços que serão disponibilizados por nível de atenção, nas relações entre os serviços e os usuários, na participação comunitária, na intersetorialidade e nos mecanismos de financiamento.

Parte do debate acerca do modelo de atenção á saúde surge da necessidade de conversão dos serviços de saúde em sistemas mais efetivos em função do custo, mais equitativo e acessível, reforçando a estratégia de antecipar o dano à saúde por meio da promoção e prevenção. Essa maior efetividade implica a prestação de serviços ambulatoriais resolutivos e de qualidade, evitando tratamentos desnecessários, especialmente a hospitalização.

Observamos tendência internacional de permitir que a demanda determine a organização dos serviços de saúde e a introdução de mecanismos de mercado na regulação dos sistemas e serviços disponíveis (UGÁ, 1995; ALMEIDA, 1996). Há consenso sobre as limitações e imperfeições do mercado de saúde, especialmente quando não se tem desenvolvido, adequadamente, a capacidade de exercer a função formuladora e reguladora por parte do Estado. Sem o exercício dessas funções, a introdução de mecanismos de mercado provoca prejuízo da equidade em detrimento da efetividade sanitária dos sistemas.

CAMPOS (1989) define modelo tecnoassistencial como o “*modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las*”. Entende-se modelo tecnoassistencial, a partir de uma dimensão

assistencial e uma tecnológica, expressando um determinado projeto político, sujeitos, forças e disputas sociais.

O conceito de modelo tecnoassistencial, dessa forma, passa a ser entendido como a *“organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”* (MERHY *et al*, 1991). Ou ainda, segundo BUENO (1997) o modelo tecnoassistencial é *“o conjunto de princípios e diretrizes, dados por uma opção política, que se traduzem na organização dos serviços de saúde, segundo componentes tecnológicos e assistenciais.”* (p.182).

Quando se discute como aparecem os vários modelos tecnoassistenciais e suas configurações institucionais no país, procuramos entendê-los na perspectiva de que são *“produtos dos estrangimentos mais estruturais do processo de relação entre o Estado capitalista brasileiro e o conjunto de classes sociais, e dos estrangimentos mais conjunturais nos quais forças sociais produzem suas propostas e embatem por elas para construir, numa arena política, o sentido das políticas de saúde”* (MERHY, 1989).

Na discussão de modelos assistenciais, dois aspectos devem ser levados em consideração: em primeiro lugar, o aparato institucional utilizado para organizar as ações de saúde; o outro aspecto refere-se à configuração do que é tomado como problema de saúde (BUENO, 1997).

O modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, capaz de encarecer os custos da assistência à saúde extraordinariamente, chamado de **médico hegemônico**, desenvolveu-se a partir de recursos disponibilizados para a assistência centrada em conhecimentos especializados, equipamentos, máquinas e fármacos, seguindo a trilha do grande desenvolvimento tecnológico nessas áreas. A dinâmica capitalista na Saúde é a mesma do campo econômico geral. Sendo assim, um sistema de saúde centrado em procedimentos corrobora com o acúmulo de capital, ou seja, a dinâmica de produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem.

Para MERHY (2003), o modelo tecnoassistencial é, em grande parte, determinado pela expansão do ensino clínico, pela pressão da indústria de equipamentos biomédicos e bens de saúde, bem como pelo avanço da indústria farmacêutica. A expansão do ensino clínico,

especialmente em hospitais, com grande ênfase na pesquisa biológica, surgiu a partir do relatório Flexner, publicado no EUA, em 1910, como forma de superar a era empírica do ensino médico e que terminou por significar um imenso estímulo à superespecialização da prática médica. A crescente indústria de equipamentos biomédicos forçou a disponibilidade de grande quantidade de “maquinarias” no mercado médico e, conseqüentemente, a elevação dos custos com a assistência à saúde. O avanço da indústria farmacêutica também aconteceu nos mesmos moldes e com impacto similar ao percebido em razão do avanço tecnológico na área de material biomédico. Esse processo foi potencializado pelo fato de que, no campo da Saúde, não é o consumidor final (o indivíduo) quem paga, diretamente, pela compra desses serviços. Na maior parte dos casos, o seu financiamento é executado por meio de um terceiro agente – o Estado ou as operadoras de plano ou seguro de saúde. (DONALDSON, 1993)

Podemos definir esse modelo como centrado no procedimento, onde o compromisso do ato de assistir a saúde é confundido com a produção de consultas e exames, associado à crescente medicalização da sociedade. Essas ações, custosas por natureza, foram substituindo, ao longo dos tempos, as ações relacionais, que poderiam estar centradas na ação acolhedora e no vínculo com os usuários, por exemplo, comprometidas com a busca do cuidado, a promoção da saúde e a eventual obtenção da cura como finalidades últimas de um trabalho em saúde pautado na defesa da vida e da sua qualidade, em nível individual e coletivo.

Para constituir um novo modelo, transformador efetivamente, é necessário incorporar instrumentais que consigam tomar os indivíduos como expressões de processos coletivos de viver (MERHY *et al*, 1991).

Os princípios que norteiam um modelo technoassistencial transformador são:

- I. Gestão democrática (co-gestão entre usuários, trabalhadores e o governo)
- II. Saúde como direito de cidadania
- III. Serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva

Para REIS (2001), a definição de que modelo perseguir é eminentemente política. E para este autor, a opção política deve contemplar um modelo público e humanista, que defenda a vida nos planos individual e coletivo, partindo da premissa de que a vida é um valor que não tem preço; e a saúde, um direito de cidadania.

BUENO (1997), relatando a experiência do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (Lapa), no Município de Betim, Estado de Minas Gerais, assim se refere ao tema: “(...) *iniciou-se a construção de um sujeito social coletivo que se definiu por um modelo assistencial em defesa da vida, em que as necessidades dos usuários são as determinantes da organização e distribuição dos serviços de saúde, garantindo o acesso a todas as ações e serviços de saúde, com acolhimento, resolubilidade, autonomia, vínculo, responsabilização e sob efetivo controle social*” .

Para procurar entender as distintas conformações tecnoassistenciais que se organizaram historicamente, em torno da disputa por um novo modelo de política de saúde em nosso país, utilizamo-nos da tipologia proposta por MERHY (1997), que as categoriza em posições **conservadoras, reformadoras e transformadoras**. As forças conservadoras lutavam pela privatização total das ações médicas e admitiam uma ação do Estado no campo da Saúde Pública, considerando-se esta apenas complementar ao setor privado. Por sua vez, a posição reformadora preconizava uma luta contra a “irracionalidade e inadequação” do modelo em termos de gastos e benefícios, e de não-respostas às necessidades existentes. Finalmente, as pressões transformadoras eram as que viam a necessidade de reformulação total do setor para que se pudesse, por meio da democratização tecnogerencial e da penetrabilidade do Estado pela sociedade civil, buscar um outro modelo tecnoassistencial, porem único e universalizante.

Para REIS (2001), as posições mais conservadoras são representadas por grupos médicos e empresas de medicina de grupo, preocupados em açambarcar os recursos públicos e ampliar os limites de sua ação liberal e/ou empresarial. Nessa defesa de um modelo voltado para a assistência médica privada, essas forças conservadoras se distanciavam da proposição de um desenho organizacional, assistencial ou tecnológico orientado para a rede assistencial, cabendo ao Estado, por intermédio da rede de estabelecimentos filantrópicos e da delegação aos Municípios da responsabilidade pela atenção de urgência e emergência aos indigentes, quando muito, garantir alguma assistência à massa de necessitados, pobres e miseráveis, desprovidos da capacidade de comprar serviços privados. Essa grande parcela da população estava, portanto, excluída das regras de mercado e assistidas, basicamente, por programas de baixa complexidade e qualidade, de custo bastante inferior.

Além disso, para os adeptos da concepção conservadora, como bem demonstra a história da Saúde Pública (ROSEN, 1979, 1994; LUZ, 1979; COSTA, 1991, 1997; MERHY, 1987, 1992, 1997; NUNES, 1989), caberia ao Estado, além da função “assistencial caritativa” aos pobres, a tarefa de proteger a sociedade do risco representado pelas doenças infectocontagiosas e outros agravos à saúde da coletividade. Para tanto, propôs-se que fossem utilizados os tradicionais instrumentos de intervenção da Saúde Pública, como o campanhismo, as imunizações, o controle vertical de doenças endêmicas, o saneamento e a educação sanitária em massa.

Muito embora não tenha obtido, em nenhum momento de nossa história, o caráter hegemônico da condução da política de saúde no Brasil, ao contrário do que ocorreu em outros países – inclusive na América Latina, em períodos recentes –, são indubitáveis as conquistas parciais obtidas por essa concepção. Também são dignas de menção suas mais flagrantes derrotas recentes, como o evento do Programa de Atendimento à Saúde (PAS) de Maluf e Pitta, no Município de São Paulo, e das cooperativas hospitalares no Rio de Janeiro. Tampouco podemos negar sua marcante presença no debate ideológico e na disputa que se trava na arena em que se desenvolvem as políticas sociais no Brasil, particularmente aquelas relacionadas à Saúde.

Na segunda categoria tipológica proposta por MERHY (1997), a de posições reformadoras, identificam-se duas posições distintas.

A primeira retoma os princípios da corrente médico-sanitária e preconiza a implantação de uma rede básica de serviços de saúde, em caráter permanente, regionalizadas e distribuídas pelos Municípios, utilizando como estratégia de ação os programas de saúde a serem desenvolvidos nessa rede de centros e postos de saúde. Permanece, entretanto, a dicotomia entre assistência médica e ações de Saúde Pública. Contudo, a corrente reformadora incorpora, em relação à sua matriz identitária, o planejamento das ações de serviços, maturado na experiência da Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP), e a assistência médica como instrumental de Saúde Pública, na lógica do modelo da História Natural da Doença (LEAVELL & CLARK, 1976), sem, entretanto, confundirem-se. Nessa lógica, o ato médico era executado a partir de um sentido coletivo, preocupando-se, fundamentalmente, com a promoção, proteção e prevenção e não com o diagnóstico e tratamento, função esta dos médicos clínicos. Essa corrente entendia que a tarefa fundamental da assistência médica era a

de cuidar do indivíduo, cujo espaço dado era o consultório e o hospital, previdenciário ou privado – e não a rede básica –, admitindo a necessidade da organização privada da assistência à saúde.

Ainda no campo reformador, uma segunda vertente pode ser identificada, que recuperava os princípios desenvolvimentistas das décadas de 50 e 60 e fora legitimada pela Conferência Mundial de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1978, em Alma Ata, atual Cazaquistão. Essa vertente procurou adaptar as diversas propostas apresentadas para a organização de uma rede básica de serviços para o sistema de saúde brasileiro, tendo por princípios a Atenção Primária à Saúde e as experiências internacionais – inclusive dos países socialistas –, em uma perspectiva racionalizadora e planejável. Pretendia-se que essa rede fosse capaz de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo, para contingentes populacionais excluídos pelo modelo vigente (UNICEF, 1979; CANTILLANO, 1983; MERHY, 1989, 1997; MENDES, 1993; ELIAS, 1998).

No contexto da crise do modelo político e da economia brasileira, essa vertente retoma o postulado do fim da dicotomização entre Saúde Pública e assistência médica. No mesmo sentido, houve, ainda, a unificação dos Ministérios da Saúde e da Previdência – este, até então, responsável pela assistência médica previdenciária –, a hierarquização e regionalização dos serviços, redefinindo, claramente, o lugar e o papel da rede básica de saúde como porta de entrada do sistema e ordenadora da demanda por serviços de saúde. A lógica de acesso passa a ser orientada pela hierarquização por complexidade tecnológica, a partir do nível primário de atenção do sistema de saúde, ou seja, centros e postos de saúde, que conformariam a denominada Rede Básica.

Essa concepção se inspirava, também, no modelo da História Natural das Doenças e em uma visão medicalizante das ações de saúde. Segundo MERHY (1997) essas ações de saúde eram “*dispostas tecnologicamente num continuum, de acordo com a seqüência linear dos cinco níveis de prevenção, na qual (a rede básica) atos simples e de baixa incorporação tecnológica (estas entendidas como insumos e equipamentos), corresponderiam a graus elevados de resolubilidade da maioria dos `simples` problemas de saúde, que, com retaguardas de maior complexidade, completariam a resolução de problemas mais complexos*”.

Segundo REIS (2001), foi com esse mote que as Secretarias de Estado da Saúde e, a partir do final dos anos 70, os Municípios, passaram a ampliar e constituir redes básicas de saúde.

O que diferencia essas duas vertentes reformadoras que compõem a tipologia proposta por MERHY é a incorporação efetiva da assistência médica, não mais como mero instrumento de um programa de Saúde Pública. Assim comenta o autor:

“Pela ótica médica, mais hegemônica, os problemas seriam passíveis de um enquadramento segundo um raciocínio paradigmático – biologista e naturalista –, no qual a doença começaria gradualmente, de modo simplificado e precoce, clinicamente, e iria se tornando complexa até a constituição de um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. A esta lógica seqüencial corresponderiam intervenções médicas, inespecíficas e específicas, que permitiriam intervir antes do início do quadro patológico se iniciar – como campo privilegiado da Saúde Pública – ou gradualmente. Isto é, interviriam do momento mais simples, em termos clínicos/terapêuticos, para o mais complexo – que incorporaria grande quantidade de insumos e equipamentos – que se traduziriam do ato mais barato e de menor complexidade tecnológica para o mais caro e mais complexo”.

Na prática, o que se observou foi que esse aspecto, na medida em que limitou sua abordagem a uma questão de racionalidade organizativa fundamentada na relação custo-efetividade da assistência médica, complementado pelas ações de Saúde Pública nos momentos da prevenção primária, conforme LEAVELL & CLARK (1976), terminou produzindo um modelo tecnoassistencial onde, não necessariamente, a histórica dicotomia entre Saúde Pública e assistência médica é superada.

Assim, a rede básica tendeu a manifestar, concomitantemente, duas possibilidades a partir da mesma matriz. Ou bem manteve os mesmos padrões tecnoassistenciais típicos do modelo médico-sanitário, ou bem assumiu a responsabilidade de porta de entrada do sistema e de triagem dos problemas de saúde, encaminhando os usuários para os serviços públicos e privados, fossem esses serviços ambulatoriais especializados, hospitalares ou mesmo para consumo de procedimentos auxiliares de diagnose e terapia, inseridos em uma lógica de mercado, seja no incentivo à demanda como necessidade/capacidade de regulação da oferta.

Mais do que um simples triador e reordenador da demanda por serviços de assistência médica, a rede básica desenvolveu um comportamento assistencial peculiar, assimilando o péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica, reafirmando a abordagem meramente voltada para a doença. Caracterizou-se um tipo de atenção “queixa/condução”, que poderia ser exemplificado da seguinte forma: cefaléia → dipirona, lombalgia → diclofenaco, dor abdominal → hioscina, retorno sem resolução da queixa → encaminhamento para especialista, etc. Traduz-se, aqui, o que será identificado como padrão de resolubilidade para a rede básica, em termos de assistência médica: atenção individual, medicalizante e de baixíssima qualidade. REIS (2001) destaca que esse modelo reformador é organizado gerencialmente, fundamentado em conceitos oriundos da Saúde Pública, tais como regionalização, descentralização, etc., e da epidemiologia, utilizando, entretanto, a assistência médica como instrumento tecnológico de ação.

MERHY, em sua proposta tipológica para entender as distintas conformações tecnoassistenciais, identifica, ainda, uma terceira posição, por ele denominada de transformadora, que entende a necessidade de uma transformação radical nas relações Estado/sociedade, a partir da democratização do poder político e da socialização dos benefícios sociais, em uma leitura estrutural que aponta para uma transformação das políticas sociais.

Os eixos definidos por essa matriz identitária apontavam para um conjunto de idéias que conformam uma nova política de saúde:

- saúde como um bem público, direito de cidadania e dever do Estado, exigindo um novo arcabouço político e constitucional;
- garantia de acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e saúde;
- garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde;
- saúde como uma política inserida – e financiada – na lógica da seguridade social e não na lógica de seguro (público ou privado);
- participação da sociedade civil e implementação de instâncias e mecanismos de controle social sobre a política de saúde;

- implantação de um Sistema Único de Saúde, superando a dicotomia assistência médica/Saúde Pública e concretizando a integração institucional no campo da Saúde.

Pela vertente transformadora, segundo MERHY (1997), a:

“(...) rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto de práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando mudança no sentido das práticas”.

O desafio colocado, a partir dessa concepção, não é o de somar, incorporar ou redefinir pesos das práticas de assistência médica e ações coletivas no interior das unidades básicas, mas o de reinventar “o quê” e “como” fazer um novo modelo tecnoassistencial estruturado a partir da realidade, que permita, ao mesmo tempo, transformá-la e garantir, de fato, o cumprimento dos princípios ou eixos paradigmáticos da universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade.

Nesse contexto, em meados do ano de 1994, o Ministério da Saúde apresenta o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de superar um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, iniquidades. O PSF passa a ser a principal resposta governamental à crise do modelo assistencial, assumindo *status* de prioridade na proposta de reorganização do sistema de saúde. (MERHY, 2003).

Em documento propositivo para a organização do PSF no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1998, afirma que o objetivo do programa é:

“(...) a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”. O mesmo documento aponta os princípios sob os quais a Unidade de Saúde da Família atua: “*caráter substitutivo – novo processo de*

trabalho centrado em ações de vigilância à saúde; Integralidade e Hierarquização – vínculo à rede de serviços, com referência e contra-referência para os diferentes níveis de assistência; Territorialização e adscrição de clientela; e equipe multiprofissional.”

A implantação do PSF é caracterizada por duas fases bem marcadas de expansão: a primeira, entre os anos de 1994 a 1998, quando passa de 0,8 a 7% de cobertura da população brasileira; e a segunda, de 1998 a 2000, quando o resultado desse atendimento salta para 22,5% da população do país. O fator diferenciador entre as duas fases deve-se à distribuição das equipes por regiões e Municípios de portes heterogêneos e, ainda, à definição de uma política de financiamento específica para a atenção básica que foi determinante na expansão de cobertura, apesar de não ter garantido a implantação desse modelo nos grandes centros urbanos (VIANA, 2002).

Segundo REIS (2001), o sucesso desses programas de saúde dependerá, todavia, do abandono da prática atual, baseada na verticalização das ações. Todas as unidades de saúde do Município deverão estar envolvidas e participar, ativa e responsavelmente, das ações programáticas, inclusive os hospitais e unidades de maior complexidade, públicos e privados.

Modificar o modelo de atenção não é tarefa simples, implica em mudança de conceitos de atenção à saúde, de processos de trabalho, de distribuição de recursos, das pessoas e suas competências, das normas que regem o setor e das relações entre os diferentes componentes do sistema que funcionam e se estruturaram de outro modo, há décadas.

As políticas públicas na área da Saúde devem, por meio de um sistema organizado, hierarquizado e regionalizado, dar respostas não só às necessidades percebidas de saúde, mas também às diferentes aspirações de cidadania com respeito à sua dignidade, autonomia e direitos.

Em uma determinada área, constituída por um Município, um conjunto de Municípios ou bairros, sempre existirão problemas e agravos de saúde de toda ordem, cuja magnitude e qualificação dependerão, obviamente, de suas características físicas, estruturais e epidemiológicas, entre outras. Não é necessário e ou não se pode oferecer todas as tecnologias a cada bairro ou Município, sob a pena de incrementar a ociosidade e ou desperdício.

Assim, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático – administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde em uma dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção – primário, secundário e terciário.

A literatura mundial é abundante em mostrar que a regionalização dos sistemas de serviços de saúde faz-se em função do uso correto de alguns conceitos: a economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2000), os serviços podem-se organizar em arranjos híbridos, que combinam a concentração de certas atividades com a dispersão de outras. Em geral, os serviços de atenção primária tendem a se dispersar, ao contrário dos serviços de maior densidade tecnológica, que devem ser concentrados.

Segundo MENDES (2004), os serviços que podem e devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economia de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade.

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade (BUNKER, LUFT & ENTHOVEN, 1982). De forma correlata, BENGGOA (2001) fala de uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas. Alguns estudos sugerem que a escala ótima para unidades hospitalares estaria entre 100 e 450 leitos (ALETRAS, JONES & SHELDON, 1997), embora se considere que esses parâmetros se apliquem, de forma mais clara, em serviço vocacionados à área de alta complexidade, que incorporem alto grau de recursos tecnológicos.

Para MENDES (2004), o desenho das redes de atenção à saúde será feito em uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços, o qual prevalece como princípio. Por isso, esse autor advoga que o desenho das redes assistenciais deve ser flexível, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde. Acrescentaríamos, ainda, a importância de serem consideradas questões relacionadas a aspectos socioculturais, na definição desses espaços de produção de cuidado.

Alguns fatores relacionados ao modelo assistencial hospitalocêntrico – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, ao padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais de saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos para avanços maiores e mais consistentes do SUS.

Existe uma idéia, compartilhada nacionalmente, de que uma política substantiva de descentralização e tendo como foco o Município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a construção de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, é um dos caminhos para superar as dificuldades na implementação do SUS.

Esse modelo assistencial a ser construído, a partir dos sistemas integrados de serviços de saúde, com articulação e pactuação regional, deve ser dinâmico, progressivo e flexível na definição das competências dos gestores e dos gerentes de serviços do SUS, contar com a participação e controle da população e ter, implícita, a perspectiva de construir ou oferecer serviços com ampla suficiência, para satisfazer as demandas e necessidades de saúde do usuário plenamente.

Os sistemas integrados de serviços de saúde representam a atenção contínua aos cidadãos, prestada por uma rede de pontos de atenção à saúde. Dessa forma, presta-se a atenção adequada e no lugar certo, no custo correto e com a qualidade desejada (CAMPOS, 1991).

Essa concepção reposiciona os hospitais nos sistemas de serviços de saúde: de um lado, rompe com o modelo hospitalocêntrico, onde a unidade hospitalar é o ponto de atenção à saúde mais importante e o que (des)organiza os sistemas de serviços de saúde; de outro, subverte a organização piramidal convencional, estruturada em níveis de complexidade crescente, substituída pela rede horizontal, em que todos os pontos de atenção à saúde são importantes, mas onde há um centro de atuação e resolubilidade representado pela atenção primária à saúde. Esse modelo de atenção combinaria as características de comunicação e decisão descentralizadas, concedendo a prioridade de atuação e acompanhamento dos cidadãos nos nós críticos representados pela atenção básica.

O papel dos hospitais em um sistema integrado de serviços

Segundo a OMS (WHO, 2000), o novo papel dos hospitais nos sistemas integrados de serviços de saúde exige deles um conjunto de características:

- lugar para manejo de eventos agudos;
- utilização exclusiva em casos de possibilidades terapêuticas;
- densidade tecnológica compatível com suas funções – o que significa contar com unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo, unidades de internação, centro cirúrgico, unidade de emergência, unidade de apoio diagnóstico e terapêutico, unidade de atenção ambulatorial, unidade de assistência farmacêutica, unidade de cirurgia ambulatorial, unidade de hospital-dia, unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;
- escala adequada para operar com eficiência e qualidade; e
- projeto arquitetônico compatível com as suas funções e acolhedor para os seus usuários.

Como já se comentou aqui, estudos internacionais indicam que um porte ótimo de hospitais é definido entre 100 e 450 leitos. Possivelmente, esse e o motivo de 80% dos leitos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido estarem localizados em hospitais com mais de 300 leitos. Pela mesma razão, ainda nos países desenvolvidos, observa-se um movimento expressivo de fechamento e de fusões hospitalares em curso (SALTMAN, FIGUERAS & SAKELLARIDES, 1999).

Atenção integral de um paciente no hospital pressupõe o esforço de uma abordagem integral de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que precise de cuidados hospitalares. Tal abordagem implica garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

Cuidado integral em nível hospitalar, como em qualquer outro nível de atenção à saúde, ocorre a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras

e leves (MERHY, 2002) ¹. Trata-se de tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção, vista no hospital e a partir do hospital, tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si; e a integralidade da atenção tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde (CECÍLIO, 2003).

O cuidado, nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar. Basta imaginarmos quantos cuidadores, de forma complementar, se dedicam a um mesmo paciente durante um período de internação hospitalar. Entretanto, a rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde que estão longe de atender essas características, ou seja, de constituírem espaços verdadeiros para a atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada.

O cuidado hospitalar ocorre em um contexto de crescente racionalização das práticas hospitalares (CARAPINHEIRO, 1998), caracterizado, entre outros fatos, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por trabalhadores distintos. Uma das sobrecargas – talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é a coordenação adequada desse conjunto diversificado, especializado, fragmentado em atos cuidadores individuais (MERHY & CECILIO, 2002).

Essa dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “*como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados*” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); outra coisa é pensar nos arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nessa medida, parece-nos que o tema

¹ **Tecnologias duras** são aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; **tecnologias leve-duras** são decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como os da área clínica e da epidemiologia; e **tecnologias leves** são as relacionais, presentes no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e do paciente.

da integralidade do cuidado no hospital, como nas demais unidades de serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma questão proposta para a gestão hospitalar.

Hoje, o sistema de saúde se comporta mais como uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam, do que como um sistema onde o funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, contribua para o bom funcionamento do todo. Uma das conseqüências dessa forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o do usuário e não o de qualquer serviço de saúde. A integralidade do cuidado que cada pessoa necessita, freqüentemente, transversaliza todo o sistema. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Se houver algum grau de integralidade “focalizado”, será porque uma equipe de determinado serviço de saúde, em razão de um bom nível de articulação de suas práticas, consiga escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazida por cada indivíduo. Porém, a “linha de cuidado”, pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde (CECÍLIO, 2001).

O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado, pensada de forma mais ampla, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a atenção integral de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, cumpre-nos a tarefa de pensar quais dispositivos devem ser considerados no hospital, que o “conectem”, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde. O que significa pensar a integralidade desde o *locus* privilegiado que é a unidade hospitalar.

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é como unidade de referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Segundo essa concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência pós-atendimento. Com certeza, já seria um ganho a implementação efetiva desses circuitos base-topo e topo-base, o que, na prática – sabemos bem –, nem sempre é alcançado com sucesso.

Mesmo que tal concepção funcionasse bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas. Sabemos, por exemplo, que, por mais que

se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares continuarão sendo importantes portas de entrada da população, no seu propósito de acessar o SUS. Sem querer apontar explicações para esse fato, o que se pretende fixar aqui é o fato de não se ter sabido trabalhar, de forma mais cuidadosa, essa demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes no cotidiano dos serviços. Atender, dia-a-dia, uma demanda interminável é uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. As urgências/emergências, todavia, seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade.

Um bom ponto de partida parece ser a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede. Nesse caso, o hospital faria a referência para outros serviços, colocando sob questionamento o senso comum de que a alta complexidade está “no topo”, justamente onde se encontra o hospital. Como exemplo, para o hipertenso ou portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o “topo”, em determinado momento da vida, significa ter acesso à rede básica, um bom acolhimento da unidade de saúde e o seu cuidado pessoal garantido pelo vínculo a uma equipe de saúde (CECÍLIO, 1997).

***CAPÍTULO III - A DEFINIÇÃO DA MISSÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE***

O CONTEXTO BRASILEIRO E A DEFINIÇÃO DA MISSÃO HOSPITALAR

A estratégia mais adequada em relação à implementação do SUS é, sem dúvida, o fortalecimento da capacidade dos governos de dirigir o sistema de saúde em cada nível de gestão, configurar desenhos próprios e adequados e incorporar a participação crescente de atores do controle social.

O atual modelo de atenção à saúde, fruto do amadurecimento das instituições políticas democráticas do final da década de 80, estimula a hierarquização dos serviços por nível de complexidade da assistência com gestão municipal.

A necessidade de readequação de estrutura, cultura e comportamento organizacional dos serviços de saúde do sistema brasileiro como um todo, repercute em questões que remetem à clara definição da missão de cada tipo de estabelecimento de saúde e do seu papel na rede.

No hospital, a finalidade básica é o atendimento assistencial em regime de internação hospitalar, sem que isso exclua o atendimento ambulatorial. São pertinentes a esse espaço as atividades de prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa. Já os cuidados podem ser descritos como gerais, especializados e não especializados. (CASTELAR, 1995)

Na assistência hospitalar, o impacto na melhoria das condições de saúde da população, considerando a magnitude dos recursos empregados, é relativo. Esse fato revela uma unanimidade: é urgente melhorar a eficiência e eficácia hospitalar, seja em relação à sua inserção na rede de serviços ou à utilização de recursos já empregados nesse setor.

O processo de descentralização pretende, entre outras coisas, o aumento da cobertura das ações e uma atuação mais coordenada dos serviços de saúde. Todo esse processo resgata a possibilidade de concretizar anseios antigos e, também, desafios significativos para a implementação do SUS, principalmente para os gestores e gerentes dos serviços de saúde. Entre os maiores desafios colocados ao sistema, destaca-se: a garantia da atenção integral à saúde nos diferentes níveis de intervenção, a identificação das populações mais expostas a riscos e a melhoria da qualidade do atendimento, considerando os recursos disponíveis e a satisfação dos usuários e trabalhadores do sistema.

Se pensarmos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar, ainda, outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, a concessão de alta a cada paciente deve ser vista como um momento privilegiado para se produzir continuidade do tratamento em outros serviços, cumprindo um papel de contra-referência, na construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode ser aproveitado para apoiar o paciente na sua conquista de uma maior autonomia e na reconstrução do seu modo de encaminhar a vida.

Pensar a gestão e a missão de um hospital é tentar estabelecer os mecanismos de coordenação adotados para conduzir o seu cotidiano. Convivem, nos hospitais, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas diversas.

Tomando por eixo as perspectivas organizacionais – racional, natural, política e múltipla – é possível estabelecer um contraponto entre as características do hospital e a organização da sua gestão. Para tanto, utilizamos, como suporte, a análise elaborada por LIMA (1996).

Na perspectiva racional, a organização é vista como um grande instrumento, desenhado segundo uma racionalidade instrumental, para alcançar objetivos pré-determinados. A ênfase está colocada nos objetivos e na estrutura organizacional. Suas bases visam assegurar permanente avaliação do desempenho organizacional e estabelecer um adequado desenho do trabalho, imprimindo racionalidade instrumental às ações que são desenvolvidas para alcançar os objetivos programados.

É possível estabelecer um paralelo com os serviços hospitalares, onde a pouca preocupação com a eficiência denota a baixa racionalidade instrumental. De modo geral, não há compromisso no sentido de adequar o que se arrecada com o que se gasta e, menos ainda, com o quanto custa. Normalmente, a falta de compromisso e de responsabilização está presente nesse tipo de organização e a identificação e melhora dos resultados não é o foco da gestão. Nesse sentido, os objetivos organizacionais são pouco claros e não são difundidos.

Para LIMA (1996), as organizações públicas hospitalares apresentam uma dimensão racional inadequadamente valorizada nos vícios de uma lógica burocrática excessiva. Tomaram desta aquilo que lhe é menos apropriado – a divisão funcional do trabalho, a ênfase

na especialização, no elevado número de níveis hierárquicos, na comunicação vertical e na formalização – e deixaram de lado o que qualquer organização precisa ter: a preocupação com a (re)definição de seus objetivos e resultados, com sua avaliação sistemática e com a padronização dos processos de trabalho passíveis de maior normatização, além de buscar imprimir eficiência às ações desenvolvidas.

Sob a ótica da perspectiva natural, a sobrevivência do sistema/organização depende da inter-relação entre seus subsistemas e também com o ambiente. Aqui, observa-se a ênfase na tecnologia e no ambiente, em que somente a definição de objetivo e um desenho organizacional mais eficiente não respondem, de modo efetivo, ao adequado desempenho organizacional. Quando se refere às organizações hospitalares públicas, LIMA (1996) identifica razoável instabilidade nesse ambiente, que tende a ser complexo pela necessidade de estabelecer relações com outras organizações do setor e fora dele. O referido autor destaca que essas relações apresentam um baixo nível de coordenação e estruturação. Como exemplos de fatores que contribuem para a instabilidade do ambiente dos hospitais, estão o próprio perfil epidemiológico e a descontinuidade político-administrativa.

De acordo com MORGAN (1991), as categorias centrais, desde a perspectiva política das organizações, são os interesses, os conflitos e o poder.

LIMA (1996) considera que o funcionamento insatisfatório da organização resulta da falta de consideração das relações de poder, tanto internas como externas, da potencialidade dos conflitos e da diversidade de interesses. Gerenciar sob essa perspectiva significa estar atento a essas dimensões, especialmente quando se busca estabelecer mecanismos que possibilitem a participação e a negociação dos interesses existentes e que viabilizem o estabelecimento de compromissos, propiciando, assim, a acumulação de forças internas e externas necessárias à implementação das decisões.

Sob a ótica da organização hospitalar, essa questão assume relevância estratégica, dada a baixa autonomia administrativo-financeira dos gerentes do serviço público e a necessidade destes assumirem o papel de articuladores e negociadores internamente, para constituir coalizões em torno do projeto institucional, e externamente, para viabilizar e implementar as decisões no nível dos órgãos gestores, financiadores e outros prestadores de serviços de saúde.

Há que se considerar, ainda, que as organizações de saúde detêm forte centralidade no trabalho médico, o que confere a esta categoria profissional um elevado nível de poder. É reconhecida, também, a interdependência entre o trabalho do médico e o dos outros segmentos profissionais da organização. Este padrão é verdadeiro para as organizações hospitalares e cabe ao gestor tentar aglutinar as fontes de poder – internas e externas –, de modo a garantir o cumprimento da missão hospitalar.

A partir de uma visão dialética, ASTLEY & VAN DE VEN (1983) referem-se à perspectiva múltipla considerando que diferentes contribuições teóricas contribuem com quadros distintos para o mesmo fenômeno organizacional, sem que um anule o outro. E concluem que uma só questão pode apresentar aspectos opostos e contraditórios. Entretanto, uma ou outra perspectiva poderá prevalecer, dependendo de uma série de fatores, como a estrutura organizacional e, principalmente, o modelo de organização e gestão.

A adaptação da *Démarche Stratégique* e o papel dos hospitais na rede de atenção à saúde

No Brasil, vivemos um processo de descentralização crescente, que exige das organizações – sobretudo as públicas – o alcance de maior eficiência e efetividade social. Em um contexto de demanda cada vez maior por serviços de saúde com qualidade, as organizações precisam maximizar a utilização de recursos e responder às necessidades sociais, adotando e valorizando novas posturas gerenciais. No cenário internacional, essa indução a adaptação se faz presente, principalmente na competitividade e nas constantes inovações tecnológicas.

No Sistema Único de Saúde brasileiro, já há algum tempo, são debatidas propostas relacionadas à melhoria de gestão como base para o aumento da qualidade na prestação de serviços.

Desenvolver uma maneira adequada de administrar serviços de saúde significa mais do que adaptar ao campo sanitário procedimentos modernos de “organização e método”. Para que a gestão tenha um papel estratégico na implantação do Sistema Único de Saúde, ela deve, necessariamente, cuidar daquelas características consideradas negativas para alcançar os objetivos do sistema e que não escapam à sua capacidade de influência. Ao mesmo tempo em que é imprescindível a recuperação da função social do sistema público de saúde, garantindo-se a universalidade e a equidade na distribuição dos benefícios, há de se quebrar a estrutura tradicional do sistema, marcadamente centralizadora e anacronicamente fundada nos princípios da escola da Administração Científica, cuidando de se assegurar produtividade e eficácia minimamente razoáveis.

Para MERHY (2000), a reestruturação produtiva do setor Saúde questiona os atuais arranjos entre as diferentes tecnologias e núcleos de competência, promovendo tensões que podem funcionar como possibilidades de novas transformações e impondo, como desafio, a luta pela saúde como bem público.

CAMPOS (1994) reconhece que os sistemas administrativos de empresas públicas na área da Saúde estão superados e propõe que se trabalhe com a idéia básica de radicalizar o processo de descentralização, estendendo-o a cada unidade de saúde ou mesmo equipe multiprofissional. Esse tipo de proposta não mais reserva espaço para os tradicionais

programas de atenção à saúde onde são definidas, previamente, condutas e organização do processo de trabalho. O planejamento, dessa maneira, deveria definir objetivos estratégicos e a forma de alcançá-los, e cada equipe local teria autonomia para se organizar do modo que julgasse conveniente, sempre dentro dos limites gerais da política de saúde vigente. Do ponto de vista do acompanhamento, dever-se-ia, igualmente, fugir à lógica do controle e avaliação tradicionais, centralizada e autoritária, apostando na avaliação de desempenho segundo critérios definidos inicialmente, quando do planejamento.

Esse tipo de gestão tenderia a amenizar a alienação dos profissionais do seu objeto – o paciente, a saúde – e de seu instrumento de trabalho – o hospital, o centro de saúde, o próprio sistema; e a romper com o corporativismo profissional e com o fracionamento das atividades desenvolvidas pelos vários indivíduos. Também essencial à transformação do modo de produção de serviços de saúde é a democratização dos instrumentos gerenciais das empresas públicas, única forma de evitar a utilização do público pelo privado.

Os fatores organizacionais ocupam lugar de destaque na crise das instituições de saúde, segundo afirmam MOTTA (1990), MALIK & VECINA (1990) e LIMA (1993). Este último destaca, entre os fatores de ordem organizacional – mesmo que associados a causas estruturais (dimensão política) –, o não-alcance de resultados e a utilização inadequada de recursos existentes; e explica essa crise de eficácia e eficiência, em parte, pela falta de clareza quanto aos objetivos da instituição.

Normalmente, os propósitos de um serviço traduzem, de forma genérica, o conceito de missão. Entretanto, conforme alerta CECÍLIO (1997), é preciso ter claro qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano, além de que esta deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas sobre o compromisso de oferta de determinado serviço ou organização: quais produtos, para qual clientela e com que características.

Sem clareza da sua missão e do seu papel na rede assistencial, nenhuma instituição de saúde poderá ser planejada e adequada para dar uma resposta competente aos desafios colocados. CAMPOS (1997) acredita que a perda de identidade organizacional, a desmotivação e o descontentamento dos profissionais levam a alguns impasses que devem ser considerados em qualquer tipo de intervenção que se proponha.

Esse conjunto de determinantes, associado à limitada utilização de instrumentos que possam orientar a tomada de decisão – como o planejamento, a epidemiologia e o sistema de acompanhamento e avaliação por meio de parâmetros e indicadores –, faz com que o hospital brasileiro responda, de modo insuficiente, às necessidades da população e impossibilita que a assistência hospitalar resgate o compromisso com a qualidade na atenção à saúde.

Ainda no ano de 1997, matéria jornalística² veiculou pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), por encomenda do Ministério da Saúde, que buscava conhecer o que os brasileiros pensavam em relação à Saúde no país. Especificamente sobre a assistência hospitalar, os entrevistados apontaram como problemas mais graves: filas de espera (32%); emergências que não são atendidas (15%); médicos mal preparados (12%); demora para internações (11%); falta de equipamentos modernos (10%); e profissionais que tratam mal as pessoas/são rudes (9%). Entre os piores serviços públicos na área da Saúde, foram apontadas as emergências nos prontos-socorros e hospitais públicos (29%). Para os dias de hoje, considerando que diferentes programas e projetos foram desenvolvidos e implantados ao longo deste período de tempo desde a realização da pesquisa em tela, fica a interrogação: Quantas dessas dimensões ou percentuais tiveram a sua posição alterada positivamente, em relação ao nível de saúde oferecido à população?

Conforme DUSSAULT (1992), a procura da melhoria do nível de saúde está relacionada à utilização eficiente e eficaz dos recursos disponíveis para produzir serviços de saúde. Assim, o desafio de qualquer país consiste em aumentar a coerência entre recursos, serviços e necessidades da população. O mesmo autor adverte que não basta o acréscimo do volume de recursos, pois, se eles forem mal utilizados, ou melhor, administrados de forma ineficiente, o resultado será o emprego maior de recursos sem o devido impacto nos serviços de saúde.

Segundo MOTTA (1991), o maior risco para o desempenho das organizações é, efetivamente, a má gerência dos recursos disponíveis. Em organizações privadas, os indicadores da má gerência expressam-se nas falências, concordatas ou na necessidade de aporte emergencial de recursos financeiros por parte dos gestores públicos.

² Jornal *O Globo*, de 15 de junho de 1997; O País, p.16.

Para SOUZA (1997), essas considerações demonstram a importância da introdução de tecnologias de gestão voltadas para o aperfeiçoamento do perfil assistencial das unidades de trabalho, que tragam como ponto central o usuário, na perspectiva da integração inter e intra-serviços, articulada a uma estrutura de oferta, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

A *Démarche Stratégique* (ARTMANN, 2002) constitui um enfoque de planejamento ou de gestão estratégica desenhado para hospitais do setor público de serviços de saúde, influenciado pela necessidade de adaptar o hospital a um contexto econômico restritivo e responder aos novos desafios impostos pela evolução tecnológica em saúde e ao ambiente competitivo. Porém, deve-se considerá-la como um recurso de valorização dos processos comunicativos e da cultura institucional. A *Démarche Stratégique* está baseada em autores como CREMADEZ (1992), MICHEL CROZIER (1977), ERHARD FRIEDBERG (1977), PORTER (1982) e THEVENET (1993), entre outros.

Para SOUZA (1997), ela se mostra importante, particularmente em um cenário caracterizado por um *mix* público/privado caracterizado pela maior autonomia para as unidades complexas do setor público e pela introdução de elementos de competitividade, o que pode redundar em maior descoordenação do sistema de saúde. Para esta autora, no caso do Brasil, é imprescindível buscar a integração com a rede, transformando a relação de concorrência em relação de colaboração.

Quanto à inserção da *Démarche* no campo de planejamento, deve-se tomar por base a elaboração de MERHY (1995) sobre as diferentes configurações que o planejamento assume enquanto tecnologia de gestão:

“... saberes e práticas que se propõem operar sobre diferentes dimensões da realidade social na busca de efeitos finais, previamente colocados para o próprio desenho da intervenção, isto é, o planejamento como modo de agir sobre algo de modo eficaz.”

Ultimamente, o Brasil tem vivenciado, na área de planejamento e gestão em saúde, um *mix* de tecnologias de planejamento estratégico, a partir de um processo de construção e desconstrução dos métodos ou da testagem e adaptação destes às mais diversas realidades, tirando partido das potencialidades dessas tecnologias no sentido de ampliar a capacidade de governo e a governabilidade dos atores sociais envolvidos com o processo de gestão das organizações de saúde.

A *Démarche* cumpriria o papel de um enfoque estratégico aplicado ao desenho da missão e da sua negociação segundo a idéia de rede, na medida em que se baseia na análise das potencialidades e fraquezas dos atores do mercado – parceiros e concorrentes – e nos fatores de governabilidade referidos na definição da oferta, privilegiando a ambiência externa – onde se incluem as necessidades de serviços que atendam a demanda e perfil epidemiológico da população.

A compreensão do enfoque metodológico pressupõe o entendimento da dinâmica e a complexidade do funcionamento das organizações hospitalares, levando em consideração suas características e especificidades. MINTZBERG (1995), um dos autores-chave para consulta sobre esse enfoque, dá valiosa contribuição à definição das estruturas organizacionais, a partir de cinco tipos de configurações: Estrutura Simples; Burocracia Mecanizada; Burocracia Profissional; Forma Divisionada; e Adhocracia. Segundo esse autor, a que mais se aproxima das organizações hospitalares é a denominada Burocracia Profissional, que, para a tarefa de coordenação, apóia-se na padronização de habilidades e seus parâmetros associados, no delineamento do treinamento e da doutrinação. Essa configuração de estrutura organizacional admite especialistas bastante treinados e doutrinados – os profissionais – para o núcleo operacional e, então, concede-lhes considerável controle sobre o seu trabalho.

As organizações hospitalares são consideradas complexas, em função das características do processo de trabalho e do ambiente em que se inserem. A estrutura dessas organizações é essencialmente burocrática e sua coordenação é definida por padrões, que predeterminam o que deve ser feito. Esse tipo de organização sustenta-se na autoridade de natureza profissional – conhecimento, habilidade e perícia – e apresenta duas características marcantes: a autonomia profissional; e o fato de os resultados do trabalho profissional serem de difícil mensuração. MINTZBERG (1995) afirma que a autonomia não somente permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes, como também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização.

Para LE LUDEC (1990) *apud* Artmann (2002), a autonomia médica baseia-se, primordialmente, em um saber não partilhado, que se traduz por insuficiências, talvez mesmo por rupturas na comunicação, que conduzem a uma subotimização dos recursos da organização e a uma ausência de visão institucional.

Pode-se dizer que, nas organizações hospitalares, não raro, coexistem duas hierarquias paralelas, uma com orientação técnica e outra com orientações burocráticas; estas, por não se articularem, tendem a constituir fontes de conflitos no seio da organização.

Outra dimensão importante a ser considerada diz respeito à manutenção do poder pelo administrador, que, nessas estruturas, dependerá da avaliação que os profissionais fizerem do trabalho dele. A sua permanência no organismo dependerá de até quando os profissionais o perceberem como um servidor eficaz para os interesses do grupo.

A partir das contribuições de MINTZBERG, que possibilitam a compreensão das relações entre os diferentes componentes da estrutura organizacional, CREMADEZ & GRATEAU *apud* Artmann (2002), apontam as características das organizações hospitalares da França e se apóiam no conceito de diferenciação/integração para refletir sobre as relações entre os diversos atores do hospital e o funcionamento da organização.

Para CREMADEZ *apud* Artmann (2002), a diferenciação é fonte de eficiência e promove importante impacto no funcionamento do hospital. Manifesta-se, principalmente, na relação entre administração e médicos, bem como entre logística e centro operacional. À medida que a comunicação se torna difícil no interior da organização, em função da diferenciação, reforça barreiras existentes entre os setores funcionais.

LAWRENCE & LORSCH (1973) *apud* Artmann (2002), entendem por integração o processo de colocar em prática os mecanismos de revelação e solução de conflitos, para evitar os efeitos deletérios da diferenciação. Nesse sentido, CREMADEZ & GRATEAU (1992) destacam que é preciso aproveitar as diferenças para garantir a convergência das ações dirigidas a objetivos comuns.

Segundo CREMADEZ & GRATEAU (1997), *apud* Artmann (2002), os três paradigmas básicos que compõem o sistema de saúde são o paradigma da medicina, o paradigma da Saúde Pública e o paradigma profissional. A sua mudança está condicionada, portanto, à reestruturação do setor baseada em uma nova forma de gestão. Ainda segundo esses autores, o universo médico vive sua revolução industrial, um progresso técnico e científico que exige crescente especialização e concentração de atividades. A rapidez das mudanças acentua a dicotomia entre as características do exercício da medicina e a estrutura administrativa. Contraditoriamente, o médico deve considerar o indivíduo na sua interação

com o ambiente, onde a oposição generalista X especialista perde a sua força e o médico deve aprender a agir coletivamente. A eficácia passa a depender, cada vez mais, da atuação de equipes multi ou interdisciplinares. À ética organizacional de valorização da diversidade e de construção da solidariedade entre os diferentes atores, sejam eles cuidadores ou não, soma-se o respeito da deontologia profissional.

Mudanças no paradigma do serviço público e no conceito de universalidade no atendimento são questionadas por gerarem desigualdades, na medida em que se beneficiar sem discriminação tornou-se fonte de desigualdade.

A mudança do paradigma profissional resulta da inovação tecnológica. A competência profissional não mais se expressa, essencialmente, na experiência, embora permaneça como indispensável à competência clínica. Esses fatos têm reflexos diretos no modo de gestão das organizações.

A necessidade de intervenções concretas diante dos problemas da sociedade, sejam eles relacionados a questões econômicas, sociais, culturais, setoriais, tecnológicas, de organização da vida urbana ou rural, ou ainda, a questões éticas e de sobrevivência da espécie, conduzem ao questionamento sobre o poder de resposta de uma disciplina isolada ou um saber segmentado. A área da Saúde não foge a esse diagnóstico e reflete essas mesmas tendências contraditórias que, pela complexidade de seu objeto, necessariamente devem ser abordada de forma interdisciplinar (ARTMANN, 2002). A questão da abordagem da saúde, na sua complexidade, é muito bem apresentada por MINAYO (1991) quando diz que nenhuma disciplina, por si só, dá conta do objeto que persegue, porque ele envolve, ao mesmo tempo, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o plano biológico. Em última instância, as condições da saúde e da doença traduzem as razões sociohistóricas e culturais de indivíduos e grupos.

A interlocução de MINTZBERG e a *Démarche* dá-se, justamente, na perspectiva de que esta valoriza a configuração estrutural particular do hospital, ou seja, a burocracia profissional, no sentido de que a ação interna consiste, também, em restaurar a comunicação entre as equipes médica e administrativa, assim como entre os próprios profissionais.

A potencialidade da *Démarche* está, entre outras condições, no rompimento da distância entre o centro estratégico e o centro operacional por meio da difusão das

preocupações estratégicas da organização, na destruição da divisão vertical entre os que pensam e os que executam.

CREMADEZ & GRATEAU (1992) *apud* Artmann (2002), dizem que o objetivo da *Démarche Stratégique* é organizar a ação coletiva, orientando a dinâmica dos atores para a busca de sinergias. Por isso, ela deve ser aberta, objetiva, ativa e comprometida. Para esses autores, a organização hospitalar tende a apresentar-se fechada para o ambiente externo e este comportamento se expressa por alguns indicativos: o meio ambiente percebido como restrição, a atitude reativa de seus membros, e a centralidade na própria instituição.

A expressão *Démarche Strategique*, segundo Artmann (2002) pode ser traduzida como gestão estratégica e do ponto de vista teórico-metodológico, alimenta-se de várias fontes e acolhe enfoques de planejamento e de gestão estratégica que se apóiam em elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, e da área do desenvolvimento organizacional e cultural. No método em questão são introduzidas algumas categorias próprias das áreas da Saúde e da Epidemiologia. Esse enfoque propõe-se a definir, racionalmente, a missão do hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de serviços de saúde. A unidade hospitalar é compreendida como uma organização pró-ativa centrada no exterior, de atuação dinâmica e destacada sobre o ambiente, que é visto por ela como recurso e não como restrição. Para tanto, a definição da sua missão terá de ser negociada com o ambiente externo institucional, incluindo outros hospitais da área à qual a organização pertence.

A gestão estratégica aproxima o estratégico do operacional, à medida que a alta cúpula da organização estabelece as diretrizes centrais do projeto institucional. Mas a estratégia, propriamente dita, dependerá da articulação de todos os atores envolvidos em uma prática de decisão mais integradora e transparente, de associação do raciocínio gerencial com o conhecimento e os procedimentos técnicos, de crescimento a partir da diversidade. E, ainda, induz a um tipo de planejamento contínuo, flexível e ajustado, onde a preocupação com os resultados implica a promoção de avaliações, que se traduzem em projetos de ação e estímulo à mudança. A negociação da missão também deve contemplar o raciocínio de custos e oportunidades.

Uma das formas da gestão estratégica alcançar consenso e solidariedade entre os atores institucionais é estimular a renovação do contrato psicológico entre os profissionais e a organização – em que pese a mudança de paradigma da medicina, do serviço público e do profissional –, mediante a capacitação de lideranças, a criação de uma linguagem comum e a própria identificação e apropriação da missão da instituição pelos atores.

A construção do processo de mudança faz-se desde a base e representa os planos de ação definidos pela coletividade, resultado de uma prática política de sinergias.

Esse método desdobra-se em algumas fases:

- Análise da situação existente – diagnóstico administrativo e médico, incluindo, ainda, concorrentes, parceiros e rede.
- Segmentação estratégica – análise significativa, a partir de categorias próprias.
- Análise de valor de cada segmento – análise de critérios, que pretende hierarquizar os segmentos.
- Avaliação da posição competitiva – identificação dos fatores-chave de sucesso de cada segmento e do grau de controle da instituição sobre eles.
- Portafólio de atividades – matriz (gráfico) de valor que ajuda a definir a estratégia geral de atuação ou de alcance dos objetivos.
- Elaboração de planos de ação – o que fazer para implementar a estratégia e consolidá-la.
- Processo contínuo de retomada da análise estratégica do valor e posição competitiva, com o objetivo de aprimorar a estratégia geral.
- Montagem dos indicadores de monitoração do plano – acompanhamento das mudanças propostas.

O contato com essa metodologia remete-nos, de imediato, ao problemático desafio imposto ao sistema de saúde brasileiro, no que se refere à construção de uma rede assistencial resolutiva, hierarquizada e equânime – tanto no acesso quanto na distribuição de recursos humanos e financeiros. É consenso nacional a necessidade de termos, cada vez mais, de organizações com missão bem-definida – considerando as necessidades reais do ambiente em

que estão inseridas –, com postura gerencial capaz de garantir a otimização de recursos para responder à demanda crescente por serviços de saúde com qualidade. Organizações que considerem a participação de sua base de funcionários e a percepção do consumidor sobre os serviços que lhe são oferecidos.

Entretanto, quando analisamos os componentes básicos desse método, não podemos deixar de perceber algumas dificuldades para a sua implantação em nossas instituições hospitalares, principalmente no que se refere à falta de interesse de amplos segmentos de atores, à mudança de paradigmas, ao corporativismo, ao estigma do serviço público, à relação público X privado e à necessidade de investimento na capacidade gerencial em todos os níveis do sistema.

Embora o sistema de saúde brasileiro apresente algumas boas iniciativas na área de planejamento – induzidas a partir da NOB-96 e, com maior ênfase, da NOAS-2001/ 2002 –, ainda nos ressentimos da ausência de um método sistemático, porém suficientemente flexível e criativo como para conjugar o conhecimento sobre a realidade com um plano de ação. Um plano de ação com a capacidade de avaliar o resultado das ações desencadeadas, fazendo com que o planejamento expresse, de fato, a real pactuação entre os diferentes atores do processo, e não apenas um desenho teórico-normativo para captação de recursos financeiros (UGÁ, 1994). A *Démarche Stratégique* parece atender, em parte, a essa carência instrumental, mesmo que a sua adoção enfrente algumas dificuldades iniciais, inerentes a um método que implica mudança de cultura para sua implantação.

A partir desses dados, pode-se permitir pensar a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por CARLOS MATUS, de forma articulada com o enfoque da *Démarche Stratégique*, como o fez Artmann (2002a).

Para tanto, dever-se-ia considerar as duas estratégias de forma complementar: a *Démarche Stratégique*, voltada ao ambiente externo; e o PES – mediante a definição de planos e operações – dirigido à proposição de alternativas para o ambiente interno à organização.

O plano, segundo o método PES, seleciona um conjunto de problemas, analisa-os, identifica seus nós críticos e, com esta base definida, elabora um conjunto de operações – “jogada” ou ação que o ator realiza para mudar a realidade – para enfrentar cada problema.

Conseqüentemente, tudo depende da eficácia dessas operações e da sua viabilidade no plano político.

Nesse sentido, é importante a interação do nível técnico com o político, para a criação de estratégias viáveis à resolução de problemas. O PES contribui com a idéia de plano de ação, não lida apenas com aspectos econômicos, de organização, de segurança, etc., mas também considera o poder político, os conhecimentos, as capacidades organizativas, entre outros. E ainda distingue a parte do plano sob governabilidade de um ator que necessita da cooperação de outros, para alcançar as suas metas – sempre focando problemas, riscos e oportunidades.

O PES referenda a necessidade de considerar vários atores, envolvidos em um jogo de conflito e cooperação. Ele foi concebido para servir aos dirigentes políticos, no governo ou em situação de oposição, e seu tema são os problemas públicos. Portanto, além de consistente e efetivo método de planejamento, também é uma importante ferramenta de governo. Outrossim, o PES causa incômodo, muitas vezes, por evidenciar erros bastante elementares, não tão fáceis de se aceitar com tranqüilidade.

A aplicabilidade do PES no SUS, no contexto da descentralização/regionalização, pode ser muito interessante na medida em que o sistema busca, no bojo da sua política de descentralização, a capacidade de reconhecer dificuldades e propor alternativas de resolução mais próximas das necessidades identificadas entre a população. O planejamento estratégico traz a possibilidade de trabalhar com a apreciação situacional, ultrapassando o conceito de diagnóstico do planejamento tradicional, este de diretrizes amplas, nem sempre aplicáveis às realidades locais.

No PES, a explicação da realidade demanda não apenas a disponibilidade de dados e informações, como também de leituras diferenciadas dos diversos atores envolvidos. Explicar a realidade – para o PES – significa distinguir diferentes explicações, atitude fundamental para a avaliação das necessidades regionais.

Outro fato relevante para o PES é a abordagem de problemas – onde a participação cidadã é possível – e não de setores. O planejamento estratégico desenvolve uma teoria para o entendimento e classificação desses problemas, permitindo priorizar as ações a serem

implementadas. O plano baseia-se na explicação situacional de cada problema e compõe-se de operações que atacam os nós críticos dos problemas.

A elaboração do plano permite um trabalho conjunto entre os diversos atores do SUS, de forma descentralizada e regionalizada, permitindo que cada um identifique as necessidades locais e sua capacidade de atendimento. Como os planos são construídos de forma democrática, permite-se que as ações não sejam impostas e sim negociadas, de forma cooperativa.

O PES reconhece o problema político que envolve a análise e construção de um plano viável. Por essa razão, adapta-se tão bem às políticas públicas de saúde, que lidam com necessidades reais e urgentes, necessitam de soluções igualmente reais e urgentes e devem considerar os recursos existentes, inclusive os financeiros e humanos, que são os maiores pontos críticos no sentido da efetiva implantação do SUS. O planejamento estratégico lida com problemas e soluções pró-ativas.

No atual estágio de implementação do SUS, trabalha-se para a viabilização de espaços microrregionais de saúde. Em determinadas situações, o PES pode permitir, conjuntamente com a *Démarche Stratégique*, não apenas a identificação das dificuldades encontradas para que esses espaços se conformem além das estruturas burocráticas e decisões cartoriais, mas também para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde e, ainda, a forma de agregar qualidade a esses serviços.

Quando se dispõe de um plano que resume a mediação entre o conhecimento e a ação, é possível avaliar os resultados alcançados nos sistemas de saúde. Mesmo esse plano imponha uma espécie de inércia à necessidade de avaliação dinâmica, sobretudo no caso dos planos para as áreas sociais, mais exigentes. Esta “rigidez” no modelo tradicional de planejamento leva a que, a despeito das características do plano, os diversos atores utilizem, principalmente, o recurso da improvisação na condução dos desafios diários das políticas aplicadas à administração pública.

Uma das maiores dificuldades do SUS, nos dias de hoje, é poder contar com um apoio efetivo para a tomada de decisões e a criação de mecanismos possíveis de avaliação. Esta parece ser, justamente, a principal contribuição que o PES e a *Démarche Stratégique*, juntos, podem oferecer ao nosso Sistema Único de Saúde.

***CAPÍTULO IV - O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO
E O PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE***

BREVE HISTÓRICO: O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO E O PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

A história da assistência médico-hospitalar no Brasil inicia-se com a implantação de instituições caritativas e filantrópicas.

A primeira Santa Casa foi instalada no ano de 1543 em Santos, no litoral do atual Estado de São Paulo. Essas instituições preenchiam um espaço ou cumpriam uma função muito mais de saneadora da sociedade, no sentido de retirar de seu convívio indivíduos que contrariavam sua ordenação, do que propriamente a função terapêutica que se reconhece nos dias de hoje (MACHADO, 1978).

Essa lógica de funcionamento acaba por gerar importante vazio no setor de assistência á saúde, provocando, na década de 30 – e mais intensamente, na década de 50 –, um crescimento acelerado de instituições hospitalares privadas que ofereciam assistência altamente especializada, de alto custo e baixo impacto na saúde coletiva (SANTOS FILHO, 1991).

Esse modelo de atenção hospitalar torna-se hegemônico após o golpe de 1964, acentuando, cada vez mais, a centralização dos serviços nas grandes cidades do Sul e Sudeste do país (LUZ, 1979). Dessa forma, reduz-se, consideravelmente, qualquer papel que a atenção básica possa desenvolver como estratégia preventiva e promotora de saúde. Ao final dos anos 70, todo esse modelo entra em um processo de crise irreversível, que só obtém uma resposta da sociedade para o seu enfrentamento na proposta de reforma do setor, mais de dez anos depois, com a aprovação do Sistema Único de Saúde, o SUS, cujo ideal de implantação se expressa em um modelo de atenção à saúde que estimule a hierarquização de todos os níveis de atenção com gestão descentralizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987 e 2000).

Todo esse contexto de baixa remuneração do setor Saúde, escasso aperfeiçoamento técnico continuado de recursos humanos, instrumentalização e medicalização do atendimento demonstram uma situação dramática que aponta para um quadro de ineficácia e baixa resolubilidade de uma rede hospitalar imensa, porém defasada e mantida por Municípios, Estados e União a um alto custo.

A exemplo da pluralidade de modelos e sistemas locais de saúde, vocacionados ou especializados em alguns níveis de assistência e diferenciados na sua capacidade de gestão, recursos e equipamentos, a rede hospitalar do atual sistema público ressentiu-se, também, de uma heterogeneidade marcante, especialmente no que diz respeito à sua esfera administrativa, capacidade gerencial, grau de resolubilidade, perfil assistencial, característica da oferta de serviços e inserção no SUS. Os hospitais de pequeno porte merecem destaque nessa rede, representando cerca de 64% dos serviços hospitalares brasileiros. Apesar de sua baixa complexidade, representam significativa relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde e alto potencial de resolubilidade para a atenção básica e o primeiro nível da média complexidade.

Grande parte desses pequenos hospitais enfrenta dificuldades de sustentabilidade econômica e do seu real papel no sistema de saúde brasileiro; para sobreviverem, induzem a demanda pela oferta de leitos com o intuito de cobrir seus custos fixos, realizando internações hospitalares de indicação pouco precisa ou mesmo desnecessária.

Chama a atenção o fato de cerca de 64% das instituições hospitalares públicas e privadas contarem menos de 50 leitos. São os chamados hospitais de pequeno porte. Questiona-se, a partir desse dado, o papel que esse tipo de unidade deve assumir frente à reconhecida expansão da atenção básica.

O presente trabalho tomará, como referência, a definição divulgada pela OPAS³ no Estatuto da Organização Nacional de Acreditação (1999), que designa como hospitais de pequeno porte todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internação de pacientes, que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente de médicos.

Segundo a mesma definição, a condição de hospital de pequeno porte ainda exige a presença de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos. No caso específico deste estudo, definiu-se, como *Hospital de Pequeno Porte, toda*

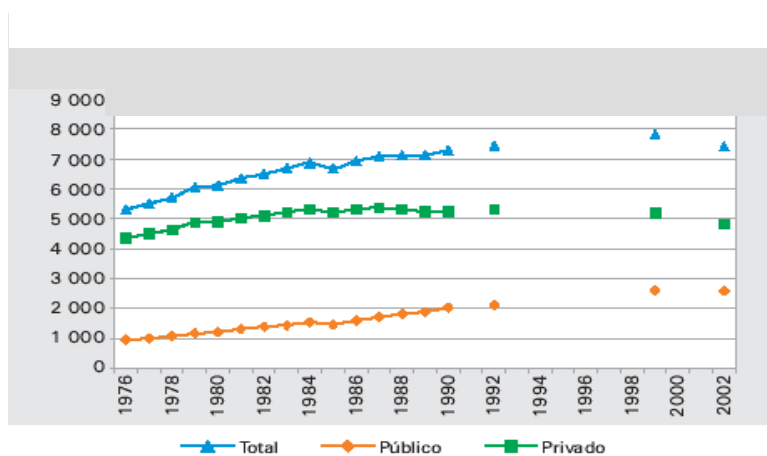
³ Estatuto da Organização Nacional de Acreditação, Diretrizes do Sistema e do Processo de Acreditação, Dezembro de 1999.

unidade hospitalar que possui entre cinco e 50 leitos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/MS.

O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO

Segundo Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (PAMS) realizada pelo IBGE no ano de 2002, os estabelecimentos de saúde com serviço de internação cresceram cerca de 1,28% ao ano entre 1976 e 2002, alcançando o número de 7.397 unidades, e o setor privado é responsável por 65% desse total. Contudo, a partir do ano de 1999, observa-se, inicialmente, uma tendência para a estabilização do número de estabelecimentos com internação, e, a seguir, ligeira queda nesse quantitativo. A Figura 1 configura essa tendência, inclusive apontando para a diminuição da diferença público-privado no conjunto dos estabelecimentos com internação. Esse movimento deve-se, principalmente, à diminuição de 507 estabelecimentos privados e à pequena redução do setor público, esta de cerca de 25 unidades.

Figura 1 – Estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por esfera administrativa, Brasil, 1976-2002

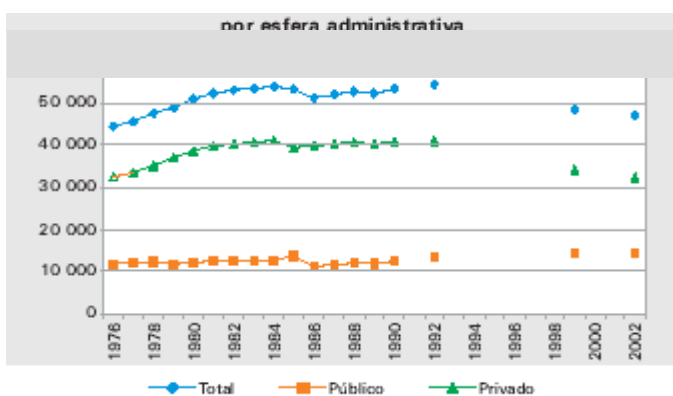


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

O comportamento do número de leitos acompanha a tendência de queda apresentada nos estabelecimentos com internação. O número de leitos havia passado de 443.888 em 1976, para 544.357 em 1992, significando um aumento de 22,63% ou 1,28% ao ano; e declinou para 471.171 em 2002, significando uma redução de 13,44%, que equivale a uma perda de 1,47% ao ano. Essa queda no número de leitos acontece, principalmente, no setor privado, responsável por 76,61% dos leitos em 1990 e por 68,64% destes em 2002, uma queda

proporcional que corresponde, em valores absolutos, a menos 83.891 leitos. O setor público sofreu menores alterações, registrando um acréscimo, entre 1992 e 2002, de 11.239 leitos; entre 1999 e 2002, especialmente, observa-se um pequeno crescimento de 3.245 leitos. Essas tendências podem ser observadas na Figura 2.

Figura 2 – Leitos em estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por esfera administrativa. Brasil, 1976-2002



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

Avaliando-se a cobertura potencial dos leitos para internação em relação à população, observa-se uma queda significativa desse indicador em todas as regiões. A variação para o total do Brasil foi de 3,65 leitos/1000 habitantes em 1992 para 2,70 leitos/1000 habitantes em 2002, que significa uma redução de cerca de 25%. Nesse período, a perda mais significativa aconteceu na Região Sudeste. Já em 2002, a macrorregião com maior índice foi a Região Sul e as macrorregiões com menor indicador foram a Norte e a Nordeste (Tabela 1).

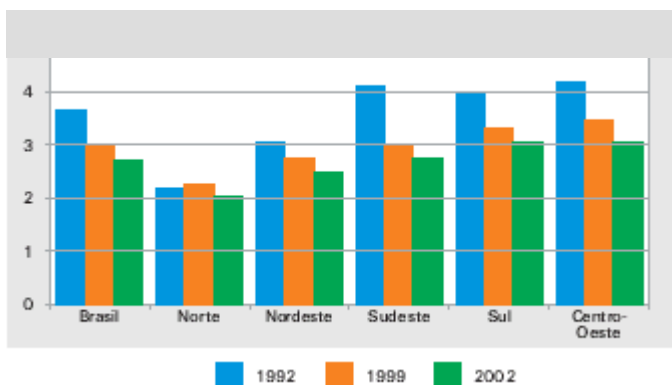
Tabela 1 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 2002

Grandes Regiões	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa						
	Público				Privado		Total
	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS	Total	
Norte	1 289	6 762	5 531	13 582	10 471	14 071	27 653
Nordeste	3 650	21 235	26 851	51 736	62 726	70 428	122 164
Centro-oeste	1 492	3 786	5 988	11 266	21 099	25 610	36 876
Sudeste	6 695	26 657	21 082	54 434	117 000	150 665	205 099
Sul	4 257	4 353	6 691	15 301	57 732	64 078	79 379
Brasil	17 383	62 793	66 143	146 319	269 028	324 852	471 171

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1992-2002

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de julho de 2002, preconiza que o parâmetro de cobertura de leitos por população esteja na faixa entre 2,5 e 3,0 leitos /1000 habitantes. Considerando as grandes regiões brasileiras, apenas a Região Sul e a Região Centro-Oeste alcançam o parâmetro preconizado; segundo a PAMS/IBGE, quando é aplicado esse indicador às unidades da federação (UF), 12 Estados ainda apresentam cobertura inferior ao mínimo recomendado pelo MS (Figura 3).

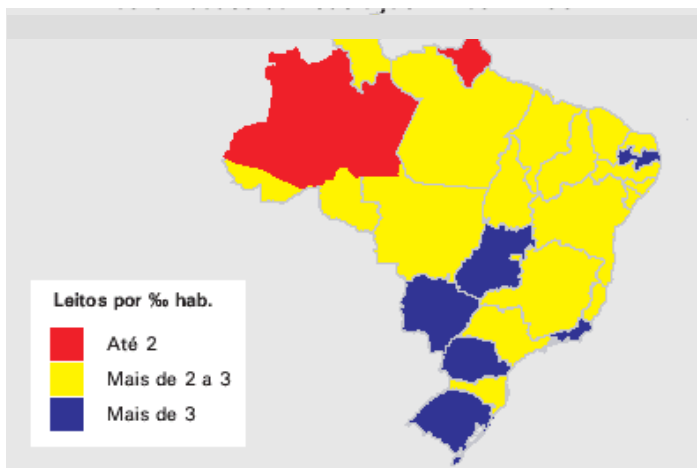
Figura 3 – Leitos por 1000 habitantes em estabelecimentos de saúde com serviço de internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

Os dados levantados na PAMS para 2002 apresentam 12 Estados com indicadores de leito por 1000 habitantes menores que 2,5. São eles: Amazonas, 1,59; Amapá, 1,66; Para, 2,09; Bahia, 2,18; Distrito Federal, 2,20; Sergipe, 2,21; Ceará, 2,23; Roraima, 2,25; Rondônia, 2,35; Tocantins, 2,37; Alagoas, 2,37; e Espírito Santo, 2,39. Os Estados com indicadores maiores que três são: Rio de Janeiro, 3,40; Goiás, 3,33; Paraíba, 3,27; Mato Grosso do Sul, 3,24; Rio Grande do Sul, 3,19; e Paraná, 3,03 (Figura 4)

Figura 4 – Leitos por 1000 habitantes em estabelecimentos de saúde, segundo as unidades da federação (UF). Brasil, 2002



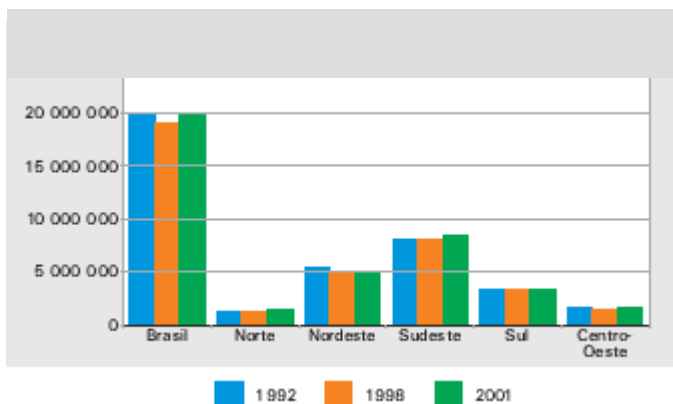
Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

As internações, ao contrário do comportamento dos estabelecimentos com internação e dos leitos, apresentam-se estáveis durante o mesmo período. A variação foi de 19.864.441, em 1992, a 19.967.198 em 2002 (Figura 5).

A participação do setor público no movimento das internações, cerca de 30% do total no ano de 2002, vem-se ampliando nos últimos anos, especialmente na Região Sudeste e na Região Sul. Já as internações em estabelecimentos privados sofreram queda na maioria das macrorregiões, no mesmo período.

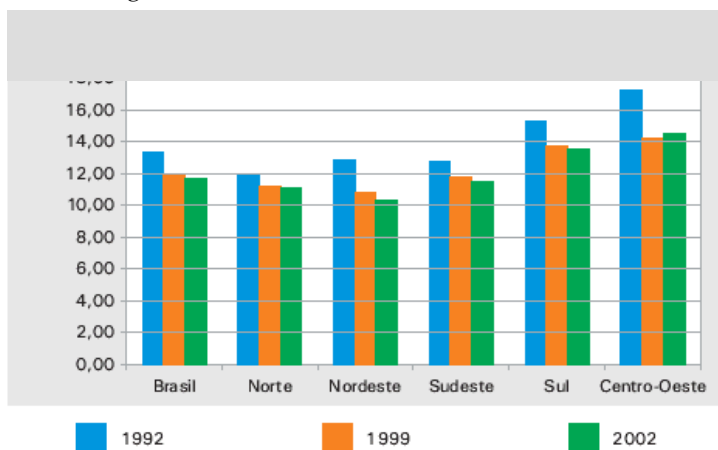
Pelos parâmetros do Ministério da Saúde, estima-se que de 7 a 9% da população teriam a necessidade de internações hospitalares durante o período de um ano. Embora se observe uma tendência de queda em todas as regiões (Figura 6) e na maioria das UF, nenhuma delas apresenta índices inferiores ao preconizado.

Figura 5 – Internações em estabelecimentos de saúde, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

Figura 6 – Internações por habitantes em estabelecimentos de saúde, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, 1992-2002



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS), 1976-2002

O SETOR HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)/MS registra a existência de 6.012 estabelecimentos de saúde com serviço de internação, tomando por base o ano de 2004.

A rede hospitalar do SUS é heterogênea, principalmente no que diz respeito à sua localização, característica da oferta de serviços e forma de organização e gestão.

A Tabela 2 apresenta a preponderância de hospitais com até 50 leitos na rede hospitalar brasileira – 64% do total dos estabelecimentos com internação na rede SUS –, ainda que tenha sofrido queda de cerca de 10% nos últimos doze anos, segundo pesquisa realizada em 1992, por Possa.² Pode-se inferir que esses dados são coerentes com a carência de leitos mais especializados, quando relacionamos o número de leitos de uma unidade hospitalar com sua complexidade tecnológica. Para algumas especialidades, este dado tende a ser dramático, como na área de terapia intensiva e urgência e emergência. Nota-se, também, que foram descartados, os estabelecimentos de saúde com número de leitos inferior a cinco, que totalizavam 211 unidades.

No outro extremo da tabela, os hospitais que possuem mais de 100 leitos representam apenas 16 % do total dos estabelecimentos e seriam estes os de maior viabilidade econômica e com escala de “produção” adequada como já comentado anteriormente.

² Em 1992, o número de hospitais com menos de 50 leitos representava cerca de 75% do total de hospitais do Brasil, conforme relatou Possas no artigo “Fiscal Crisis and Health Policy Strategies: Challenges to Health Reform in Brasil”.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o número de leitos. Brasil, abril de 2004

Faixa de Leitos	Frequência	Frequência acumulada	%	% acum .
5 a 10	3 1 5	3 1 5	5 %	5 %
11 a 20	1 . 1 1 9	1 . 4 3 4	1 9 %	2 4 %
21 a 30	1 . 0 5 2	2 . 4 8 6	1 7 %	4 1 %
31 a 40	8 1 3	3 . 2 9 9	1 4 %	5 5 %
41 a 50	5 6 3	3 . 8 6 2	9 %	6 4 %
51 a 60	3 8 0	4 . 2 4 2	6 %	7 1 %
61 a 70	2 8 2	4 . 5 2 4	5 %	7 5 %
71 a 80	2 1 9	4 . 7 4 3	4 %	7 9 %
81 a 90	1 7 6	4 . 9 1 9	3 %	8 2 %
91 a 100	1 3 7	5 . 0 5 6	2 %	8 4 %
> 101	9 5 6	6 . 0 1 2	1 6 %	1 0 0 %
Total	6 . 0 1 2		1 0 0 %	

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

A distribuição regional dos hospitais tende a acompanhar o desenvolvimento econômico de cada região e a sua população, justificando, assim, que 46,34% dos estabelecimentos de saúde estejam na Região Sudeste e na Região Sul, as mais desenvolvidas e que concentram cerca de 57,3% da população brasileira (Tabela 3). Também se destaca a Região Nordeste pelo grande número de unidades hospitalares; entretanto, essa situação é atribuída, em parte, ao processo de municipalização, que, sobretudo nessa região, privilegiou a construção de hospitais de pequeno porte e de baixa densidade tecnológica. Já a criação de pequenos hospitais, principalmente em Municípios pequenos do interior, deve-se aos mecanismos de investimento tradicionais no Brasil, particularmente às emendas parlamentares que, raras vezes, têm em consideração as necessidades de saúde mais prementes da localidade.

**Tabela 3 – Estabelecimentos de saúde segundo as unidades da federação (UF).
Brasil, abril de 2004**

Estabelecimentos de saúde segundo as Unidades da Federação									
UF	Unidades	UF	Unidades	UF	Unidades	UF	Unidades	UF	Unidades
AC	21	AL	101	DF	22	ES	84	RS	354
AM	96	BA	503	GO	391	MG	637	PR	478
AP	16	CE	280	MS	107	SP	681	SC	213
PA	210	MA	312	MT	140	RJ	339		
RO	61	PB	191						
RR	16	PE	279						
TO	43	PI	200						
		SE	55						
		RN	182						
N	463	NE	2103	CO	660	SE	1741	SC	1045
%	7,70%		34,98%		10,98%		28,96%		17,38%
Total 6012									

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Os leitos de internação destinados ao SUS acompanham a tendência dos estabelecimentos de saúde, no que diz respeito à sua distribuição. A Região Sudeste concentra o maior número de leitos em valores absolutos e percentuais em relação ao total do país, seguida da Região Nordeste e da Região Sul (Tabela 4). Entretanto, para melhor análise, é importante considerar a cobertura desses leitos em relação à população de cada Estado (Figura 7). O comportamento desse indicador coloca a Região Sul como a de maior índice; e a Região Sudeste na quarta posição, apenas à frente da Região Norte. Esse fato merece destaque ainda maior quando lembramos que o Sudeste, especialmente o Estado de São Paulo, é referência de média e alta complexidade para vários outras unidades da federação.

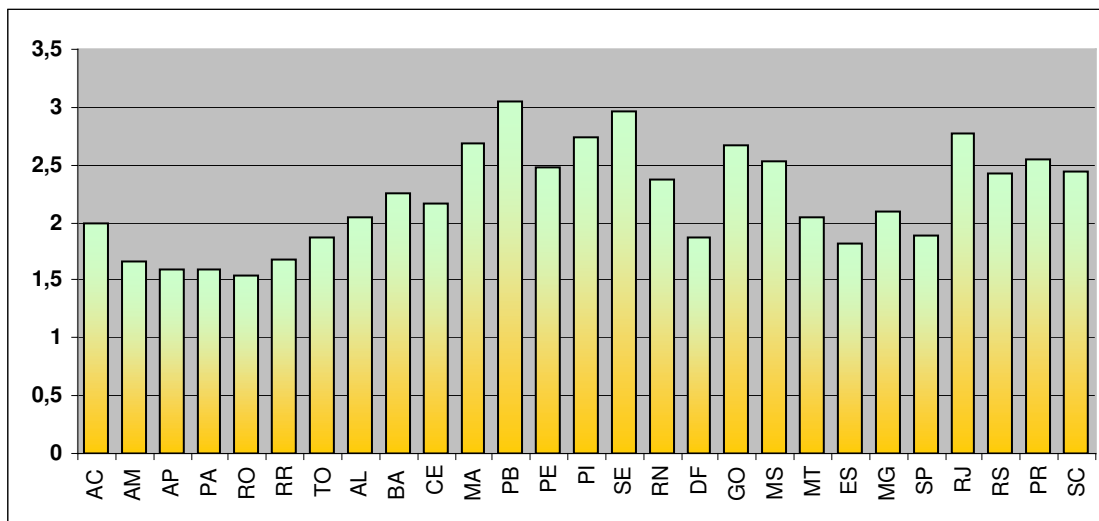
Tabela 4 – Leitos hospitalares em estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as unidades da federação (UF) e as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004

Leitos existentes para internação, segundo as Unidades da Federação									
UF	Leitos	UF	Leitos	UF	Leitos	UF	Leitos	UF	Leitos
AC	1.204	AL	5.938	DF	4.099	ES	5.928	RS	25.545
AM	5.042	BA	30.212	GO	14.089	MG	38.937	PR	25.241
AP	855	CE	16.727	MS	5.492	SP	72.852	SC	13.747
PA	10.492	MA	15.760	MT	5.428	RJ	41.333		
RO	2.250	PB	10.715						
RR	599	PE	20.129						
TO	2.306	PI	8.012						
		SE	5.572						
		RN	6.864						
N	22.748	NE	119.929	CO	29.108	SE	159.050	SC	64.533
	5,75 %		30,33 %		7,36 %		40,23 %		16,32 %
Total 395.368									

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

A oferta de leitos destinados ao SUS, observando a média entre os Estados brasileiros, está em torno de 2,24 leitos por 1000 habitantes. Considerando leitos exclusivamente para o SUS, apenas oito unidades da federação atingem o índice preconizado pelo Ministério da Saúde, que varia entre 2,5 e 3,0 leitos/1000 habitantes. Outro dado relevante é a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Em 2004, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), aproximadamente 30.260.457 usuários de planos privados de saúde tem cobertura para internação hospitalar, esses usuários representam 17,10% da população brasileira.

Figura 7 – Distribuição do número de leitos por 1000 habitantes segundo a unidade da federação (UF). Brasil, abril de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

A distribuição dos estabelecimentos de saúde com serviço de internação segundo a população do Município propõe uma discussão similar à que fazemos ao considerar a sua distribuição por Estados. Corrobora que a rede hospitalar do SUS está localizada, predominantemente, em Municípios pequenos, 50% em Municípios de até 30.000 habitantes e apenas 22% em grandes centros urbanos com população acima de 200.000 habitantes (Tabela 5). Essa situação sinaliza para alguns dos principais problemas que o SUS enfrenta, seja na dificuldade de fixação de profissionais da Saúde, na escassa avaliação de tecnologias em saúde, no crescente incremento nos custos dos serviços de saúde e, ainda, na necessidade, cada vez maior, de gestores públicos preparados e competentes.

**Tabela 5 – Estabelecimentos de saúde segundo a população do Município.
Brasil, fevereiro de 2004**

Estabelecimentos de saúde segundo a população do município				
População município	freq	freq. Acum .	%	% acum .
0 a 5000 hab.	326	326	5 %	5 %
5001 a 10000 hab.	786	1.112	13 %	18 %
10.001 a 20.000 hab.	1.233	2.345	21 %	39 %
20.001 a 30.000 hab.	679	3.024	11 %	50 %
30.001 a 50.000 hab.	627	3.651	10 %	61 %
50.001 a 100.000 hab.	657	4.308	11 %	72 %
100.001 a 200.000 hab.	373	4.681	6 %	78 %
> 200.001 hab	1.331	6.012	22 %	100 %
Total	6.012		100 %	

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

No Brasil, dos 6.012 estabelecimentos de saúde que dispõem de leitos de internação hospitalar, 4.199 são classificados como hospitais gerais, o que significa cerca de 70% das unidades (Tabela 6). Chama a atenção o equilíbrio da oferta entre unidades mistas e hospitais especializados. Na busca dos dados em relação ao tipo de unidade hospitalar, todos os hospitais com leitos cadastrados no CNES/MS em algum período do ano de 2003 e que informaram a sua produção utilizando os registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foram incluídos no presente estudo.

Tabela 6 – Estabelecimentos de saúde segundo o tipo de unidade. Brasil, abril de 2004

Estabelecimento de saúde com internação segundo o Tipo de Unidade	Freq	%
Posto de saúde	5	0,08
Centro de saúde / unidade básica	26	0,43
Policlínica	9	0,15
Hospital geral	4199	69,84
Hospital especializado	747	12,43
Unidade mista	826	13,74
Pronto socorro geral	63	1,05
Pronto socorro especializado	25	0,42
Unidade móvel fluvial	0	0
Clinica especializada/ambulatório de especialidade	35	0,58
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	6	0,1
Unidade de saúde da família -isolado	7	0,12
Unidade de vigilância sanitária/epidemiologia-isolada	2	0,03
Cooperativa	0	0
Centro de parto normal - isolado	12	0,2
Hospital/dia - isolado	42	0,7
Outros	8	0,14
Total Geral	6.012	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

A Tabela 6 demonstra que 42,61% dos estabelecimentos de saúde são públicos, sendo que a maior parte deles, 38,96%, estão diretamente ligados a algum nível da administração direta da saúde – 73% destes, aproximadamente, da administração municipal. Na seara privada, observa-se uma predominância compartilhada entre as empresas privadas e as entidades beneficentes sem fins lucrativos.

Do ponto de vista do número de leitos, essa relação entre públicos e privados também se mantém (Tabela 7). Entretanto, pode-se verificar significativa redução no segmento da administração direta da Saúde (Ministério e Secretarias de Estado e Municipais de Saúde), basicamente em função do aumento do número de leitos nos estabelecimentos de saúde de natureza privada, classificados como entidades beneficentes sem fins lucrativos.

Segundo BUSS (1993), essa situação é preocupante, dificultando, sobremaneira, o exercício do papel regulador do sistema por parte do Estado.

Tabela 7 – Estabelecimentos de saúde e número de leitos por natureza da instituição. Brasil, abril de 2004

Natureza da Organização	Estabelecimentos		Leitos	
	Total	%	Total	%
Adm Direta da Saúde (MS,SES e SMS)	2342	38,96	119.322	30,58
Adm Direta de outros órgãos (MEC,MEx,Marinha,etc)	47	0,78	7.049	1,81
Adm Indireta - Autarquias	62	1,03	12.084	3,1
Adm Indireta - Fundação pública	80	1,33	10.479	2,69
Adm Indireta - empresa pública	16	0,27	1.631	0,42
Adm Indireta - Org social pública	15	0,25	2.987	0,77
Subtotal - Publico	2562	42,61	153.552	39,35
Empresa privada	1674	27,84	102.816	26,35
Fundação privada	139	2,31	10.431	2,67
Cooperativa	4	0,07	207	0,05
Serviço social autônomo	4	0,07	603	0,15
Entidade beneficente sem fins lucrativos	1617	26,9	121.972	31,26
Economia mista	5	0,08	440	0,11
Sindicato	7	0,12	207	0,05
Subtotal - privado	3450	57,39	236.676	60,65
Total	6012	100	395.368	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

DIAGNÓSTICO DO SETOR HOSPITALAR DE PEQUENO PORTE

A seguir, apresentaremos os resultados da pesquisa realizada sobre o segmento de hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde, utilizando os dados e conceitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/MS.

Características relacionadas ao estabelecimento de saúde

O número de estabelecimentos de saúde que possuem entre cinco e 50 leitos, aqui denominados hospitais de pequeno porte, soma 3.520 unidades, representando 64% do total das unidades hospitalares da rede assistencial do SUS. Nesse conjunto, destacam-se as faixas que compreendem de 11 a 20 e 21 a 30 leitos, que representam 31,05 e 29,20% do total mencionado, respectivamente.

A maior parte desses estabelecimentos, 39,86%, está localizada nos Estados da Região Nordeste. Observa-se, também, que a maioria deles tem 11 a 20 (25,4%) e 21 a 30 (26,76%) leitos (Tabela 8).

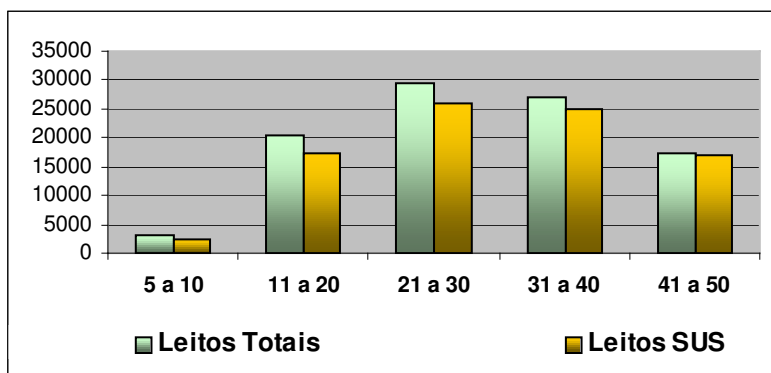
Tabela 8 – Estabelecimentos de saúde por faixa de leitos segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004

Grandes Regiões	Estabelecimentos de saúde por faixa de leito, segundo Grandes Regiões						
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%
Norte	27	74	91	65	49	306	8,69
Nordeste	131	402	355	306	209	1403	39,86
Centro-Oeste	19	151	147	107	70	494	14,03
Sul	20	117	181	172	132	622	17,67
Sudeste	55	150	168	149	173	695	19,74
Total	309	1093	1028	711	379	3520	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Esses estabelecimentos contam com 97.737 leitos, dos quais 87.862 estão disponíveis ao SUS, o que representa 89,89% do total existente (Tabela 9). A maioria desses leitos encontra-se na Região Nordeste. Eles estão concentrados, majoritariamente, nas unidades que possuem entre 41 e 50 leitos. Esse dado já era esperado, mas a queda de percentual relacionado aos estabelecimentos entre 11 e 20 leitos surpreende, principalmente porque não mantém a mesma relação de proporcionalidade que os hospitais com 21 a 30 leitos. Apesar dos estabelecimentos entre 11 e 20 leitos representarem cerca de 25,4% das unidades, possuem apenas 15% dos leitos; e os estabelecimentos entre cinco e 10 leitos, antes 7,15% das unidades, representam 2,20% dos leitos. Isoladamente, o maior quantitativo de leitos encontra-se em unidades que possuem entre 31 e 40 leitos, localizadas na Região Nordeste.

Figura 8 – Leitos totais e leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos estabelecimentos com internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

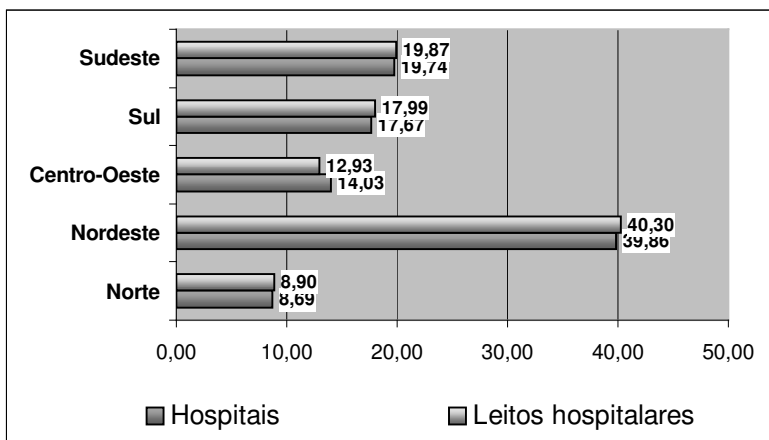
Tabela 09 – Leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos estabelecimentos com internação, segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004

Leitos destinados ao SUS							
Grandes Regiões	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	TOTAL	%
Norte	238	1.194	2.220	2.169	2.002	7.823	8,9
Nordeste	1.028	6.166	8.902	10.356	8.959	35.411	40,3
Centro-Oeste	150	2.272	3.224	3.035	2.676	11.357	12,93
Sul	157	1.789	4.076	4.883	4.905	15.810	17,99
Sudeste	366	2.243	3.819	4.498	6.535	17.461	19,87
Total	1.939	13.664	22.241	24.941	25.077	87.862	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Em termos percentuais, há correlação quantitativa entre o número de hospitais e o número de leitos nos hospitais de pequeno porte, se consideramos as macrorregiões brasileiras (Figura 9)

Figura 09 – Distribuição percentual dos estabelecimentos de saúde e leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as macrorregiões brasileiras. Brasil, abril de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Os hospitais de pequeno porte estão predominantemente localizados em Municípios do interior, apenas 12% fazem parte de alguma Região Metropolitana ou capital brasileira. É importante relacionar que as Regiões Metropolitanas abrigam 1.174 estabelecimentos de saúde com serviço de internação no Brasil disponíveis ao sistema público. Esse número representa cerca de 20% da rede hospitalar brasileira. Nas Regiões Metropolitanas, a presença dos hospitais de pequeno porte deve estar relacionada a hospitais especializados e hospitais-dia, apresentando uma distribuição mais equilibrada em termos de porte, principalmente entre aqueles de 21 a 30 leitos (Tabela 10).

Tabela 10 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a Região Metropolitana.

Brasil, abril de 2004

UF	Região Metropolitana	Total de Municípios	Estabelecimentos de saúde por porte segundo a Região Metropolitana					Total
			5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	
AL	Maceió	4	2	2	4	2	2	12
BA	Salvador	9	4	8	14	4	1	31
CE	Fortaleza	13	4	5	2	7	1	19
ES	Vitória	6	4	3	7	5	3	22
GO	Goiânia	10	1	3	8	4	1	17
MA	São Luis	4	7	9	11	5	9	41
MG	Belo Horizonte	26	3	15	5	5	6	34
MG	Ipatinga	5	0	3	8	6	2	19
PA	Belém	4	0	2	1	2	1	6
PE	Recife	13	1	4	1	2	1	9
PR	Curitiba	19	2	3	0	2	1	8
PR	Londrina	6	5	3	4	2	2	16
PR	Maringá	7	0	3	1	1	0	5
RJ	Rio de Janeiro	17	0	3	2	2	2	9
RN	Natal	6	0	0	3	3	1	7
RS	Porto Alegre	25	3	5	7	6	1	22
SC	Blumenau	12	3	2	3	2	1	11
SC	Criciúma	6	2	4	1	2	2	11
SC	Florianópolis	12	3	3	5	6	1	18
SC	Itajaí	6	0	1	1	0	0	2
SC	Joinville	11	5	14	9	7	4	39
SC	Tubarão	11	6	1	0	2	0	9
SP	Campinas	14	0	2	2	1	0	5
SP	Santos	9	0	0	1	0	0	1
SP	São Paulo	33	0	2	2	2	0	6
Total		288	45	99	101	96	68	409

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

A grande concentração dos hospitais de pequeno porte ocorre em Municípios com população até 30 mil habitantes, próxima a 60%. Cerca de 27,81% dos estabelecimentos estão localizados em Municípios entre 10 mil e 20 mil habitantes (Tabela 11). Entretanto, chama a atenção a presença desse tipo de unidade em Municípios acima de 100 mil habitantes, o que se justifica pela presença de hospitais especializados e hospitais-dia nessas localidades.

Tabela 11 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a população do Município. Brasil, abril de 2004

População do município	Estabelecimentos de saúde por porte segundo a população do município							
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%	% acum
até 5.000 hab	57	159	73	32	4	325	9,23	9,23
5.001 a 10.000	54	281	243	159	54	791	22,47	31,7
10.001 a 20.000	36	231	291	231	190	979	27,81	59,52
20.001 a 30.001	12	62	279	127	117	597	16,96	76,48
30.001 a 40.000	5	28	4	71	68	176	5	81,48
40.001 a 50.000	1	11	7	37	26	82	2,33	83,81
50.001 a 60.000	4	12	0	19	17	52	1,48	85,28
60.001 a 70.000	9	6	3	16	16	50	1,42	86,7
70.001 a 80.000	2	5	7	13	15	42	1,19	87,9
80.001 a 90.000	0	5	8	6	3	22	0,63	88,52
90.001 a 100.000	1	5	0	6	11	23	0,65	89,18
acima de 100.001	71	89	27	82	112	381	10,82	100
Total	309	1093	1028	711	379	3520	100	

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

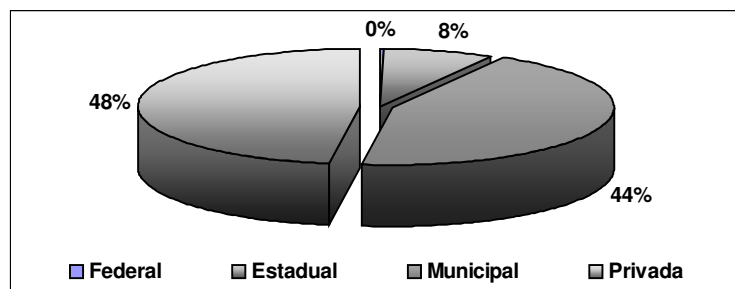
A Tabela 12 demonstra que há, praticamente, um equilíbrio entre unidades de natureza pública e privada. Entre os estabelecimentos públicos, é maior a concentração de unidades que possuem entre 11 e 20 leitos, sobretudo naqueles ligados à administração direta da Saúde, principalmente no nível municipal; já no setor privado, há ligeira predominância das unidades que apresentam entre 21 e 30 leitos e distribuição equilibrada entre as empresas privadas e as entidades beneficentes sem fins lucrativos. Nesse parâmetro, os hospitais de pequeno porte apresentam uma realidade diversa da encontrada na rede hospitalar brasileira como um todo, onde a oferta de serviços na rede privada representa 65% do total dos estabelecimentos. Essa observação reforça o argumento de que, por um determinado período, os gestores do SUS estimularam a criação de pequenos estabelecimentos de saúde com serviço de internação, não só motivados pelo processo de municipalização (Figura 10), mas também induzidos por um processo histórico e cultural que sempre privilegiou a unidade hospitalar como o local onde os problemas de saúde podem ser resolvidos. São dados que corroboram a avaliação de que é pertinente a inversão do modelo de atenção atual, convergindo para uma prática de atenção integral a saúde.

Tabela 12 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a natureza da instituição. Brasil, abril de 2004

Natureza do estabelecimento de saúde	Estabelecimentos de saúde por porte segundo a natureza da instituição						
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%
Administração Direta Da Saúde (MS,SESE SMS)	203	627	473	301	176	1780	50,57
Administração Direta De Outros Órgãos (Mec,MEx,Marinha,Etc)	4	7	0	3	1	15	0,43
Administração Indireta - Autarquias	0	3	2	2	3	10	0,28
Administração Indireta - Fundação Pública	1	9	7	7	4	28	0,8
Administração Indireta - Empresa Pública	0	1	3	0	3	7	0,2
Administração Indireta - Organização Social Pública	0	1	0	0	0	1	0,03
Sub-total estabelecimentos públicos	208	648	485	313	187	1841	52,3
Empresa Privada	82	271	281	178	94	906	25,74
Fundação Privada	1	22	13	31	8	75	2,13
Cooperativa	0	0	0	0	0	0	0
Serviço Social Autônomo	0	0	0	0	0	0	0
Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos	18	149	249	185	90	691	19,63
Economia Mista	0	0	0	1	0	1	0,03
Sindicato	0	3	0	3	0	6	0,17
Sub-total estabelecimentos privados	101	445	543	398	192	1679	47,7
Total	309	1093	1028	711	379	3520	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Figura 10 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a esfera administrativa da instituição. Brasil, abril de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2004

Considerando-se o tipo de unidade, a maioria dos hospitais de pequeno porte é geral (66,11%) e possui entre 21 e 30 leitos. As unidades mistas representam 22,30%, dado que não surpreende e difere do comportamento da rede hospitalar no seu conjunto, onde há claro

equilíbrio entre as unidades mistas e os hospitais especializados (Tabela 13). Espera-se que essa característica provoque um impacto no perfil assistencial desse tipo de estabelecimento.

Tabela 13 – Estabelecimentos de saúde com serviço de internação, por porte e segundo o tipo de unidade. Brasil, fevereiro de 2004

Natureza do estabelecimento de saúde	Estabelecimentos de saúde com internação por porte segundo o tipo de unidade.						
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%
Posto de Saude	1	2	0	0	0	3	0,09
Centro de Saude/Unidade Básica	15	7	1	0	0	23	0,65
Policlínica	4	2	2	0	0	8	0,23
Hospital Geral	77	622	766	563	299	2327	66,11
Hospital Especializado	49	53	59	41	30	232	6,59
Unidade Mista	113	362	169	99	42	785	22,3
Pronto Socorro Geral	13	13	8	3	2	39	1,11
Pronto Socorro Especializado	3	4	3	0	1	11	0,31
Consultório Isolado	0	0	1	0	0	1	0,03
Clinica Especializada/Ambulatório de Especialidade	18	8	5	0	2	33	0,94
Unidade de Apoio Diagnose de Terapia (SADT Isolado)	2	1	1	0	0	4	0,11
Unidade de Saude da Família -Isolado	2	3	1	0	0	6	0,17
Unidade de Vigilância Sanitária/Epidemiologia-Isolada	0	1	1	0	0	2	0,06
Centro De Parto Normal - Isolado	4	2	2	2	1	11	0,31
Hospital/Dia - Isolado	8	13	9	3	2	35	0,99
Total	309	1093	1028	711	379	3520	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

A avaliação dos recursos humanos guarda uma importância singular na avaliação dos estabelecimentos de saúde. A produção de serviços do setor caracteriza-se pela intensidade de utilização e pela crescente especialização e diversificação da força de trabalho dos profissionais de saúde. A forma de vinculação desses profissionais com os respectivos estabelecimentos de saúde, sobretudo nos privados, e a metodologia empregada na atualização do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde acrescenta alguma dificuldade na coleta desse tipo de dado.

Em relação a postos de trabalho médico, especificamente observou-se um aumento constante para todas as macrorregiões brasileiras nos últimos dez anos, conforme a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS)/IBGE de 2002.

Buscando compor um perfil de recursos humanos, selecionamos aqueles profissionais cuja presença se mostrou prevalente no universo dos hospitais de pequeno porte. Certamente,

esse perfil de profissionais demonstra relação com a oferta assistencial dessas unidades (Tabela 14).

O percentual de 81% dos estabelecimentos de saúde possuem médico clínico geral não surpreende. Entretanto, a ausência desse profissional em 19% dessas unidades, considerando-se o seu perfil assistencial, é preocupante. Interessante, também, é a presença de profissionais ligados à área da gineco-obstetrícia, que, somados, alcançam o percentual de 79% nessas unidades. Essa busca apontou, ainda, um dado relevante: a presença de cirurgião dentista em pelo menos 17% dos hospitais de pequeno porte.

Em termos globais, observa-se que o perfil dos profissionais de saúde presentes nos hospitais de pequeno porte empresta à unidade condições de prestar atendimento nas quatro especialidades médicas consideradas básicas – clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria.

Tabela 14 – Percentual de estabelecimentos de saúde por porte, segundo a presença de profissionais de saúde. Brasil, fevereiro de 2004

Profissionais de saúde	Percentual de estabelecimentos de saúde por porte segundo a presença de profissionais de saúde					
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Médicos em Geral (Clínico Geral)	51%	71%	76%	94%	123%	81%
Médico Cirurgião em Geral	21%	37%	52%	76%	106%	56%
Médico Anestesiologista	18%	21%	33%	55%	85%	38%
Médico Ginecologista	9%	11%	14%	21%	34%	16%
Médico Obstetra	4%	7%	12%	20%	28%	13%
Médico Ginecologista/Obstetra	23%	37%	45%	67%	94%	50%
Médico Pediatra	27%	32%	43%	62%	98%	48%
Cirurgião Dentista em Geral	15%	12%	20%	18%	25%	17%
Enfermeiro em Geral	52%	42%	75%	65%	115%	65%
Enfermeiro Obstetra	1%	2%	4%	5%	11%	4%
Técnico em Enfermagem em Geral	35%	23%	44%	36%	72%	38%
Auxiliar de Enfermagem	86%	60%	102%	80%	138%	87%
Parteira	2%	3%	8%	6%	8%	5%

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

Quando analisamos a média de profissionais por estabelecimento de saúde, constatamos que existem cerca de 3,04 médicos clínicos gerais por estabelecimento, no universo dos hospitais de pequeno porte, e a maior concentração dessa categoria se encontra nas unidades que contam entre 41 e 50 leitos (Tabela 15).

Tabela 15 – Média de profissionais por estabelecimento de saúde considerando o porte, segundo a categoria profissional. Brasil, fevereiro de 2004

Profissionais de saúde	Média de profissionais por estabelecimentos considerando porte segundo categoria profissional					
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Médicos em geral (clínico geral)	1,42	2,11	2,45	4,23	6,35	3,04
Médico cirurgião em geral	0,44	0,66	1,03	1,71	2,88	1,2
Médico anestesista	0,4	0,41	0,63	1,12	2,01	0,79
Médico ginecologista	0,13	0,17	0,21	0,34	0,68	0,27
Médico obstetra	0,06	0,12	0,26	0,38	0,77	0,28
Médico ginecologista/obstetra	0,47	0,76	1,09	1,92	3,21	1,33
Médico pediatra	0,55	0,7	1	1,62	3,36	1,25
Cirurgião dentista, em geral	0,23	0,19	0,35	0,38	0,53	0,32
Enfermeiro em geral	0,63	0,54	1,18	1,27	3,18	1,17
Enfermeiro obstetra	0,01	0,02	0,04	0,06	0,14	0,05
Técnico de enfermagem, em geral	1,03	0,73	1,65	1,98	5,57	1,8
Auxiliar de enfermagem	4,54	4,12	10,74	12,62	30,4	10,64
Parteira	0,03	0,07	0,21	0,2	0,19	0,15

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

Da mesma forma como o perfil dos profissionais de saúde se relaciona com a característica assistencial da unidade, certamente as questões ligadas à estrutura física causam impacto no seu potencial de oferta de serviços à rede assistencial (Tabela 16).

Sobre as condições de estrutura física, 84,5% dos hospitais de pequeno porte possuem sala de cirurgia. Em média, há 1,5 sala por unidade, com maior concentração nos estabelecimentos que contam entre 41 e 50 leitos. Porém, a variação encontrada no universo dos hospitais de pequeno porte foi de 0 a 10 salas cirúrgicas. A sala cirúrgica é um tipo de estrutura que, necessariamente, incorpora determinado grau de equipamentos; por essa razão, é curioso observar, principalmente quando relacionamos os procedimentos mais frequentes realizados por esse tipo de hospital, a grande predominância dos procedimentos relacionados à clínica médica. Esse dado reflete, mais uma vez, a política tradicional de investimentos que, raramente, utiliza critérios de avaliação de tecnologia em saúde. É mister, também, considerar as questões relacionadas ao custeio das ações, que, quando planejado de forma articulada com os investimentos, garante a utilização de todo o potencial da capacidade instalada nos serviços de saúde.

Ainda em relação à estrutura física, é marcante a presença de sala destinada à realização de parto de risco habitual. Esse tipo de estrutura aparece em cerca de 67,3% dos hospitais de pequeno porte. Embora a sua presença seja importante em termos absolutos, este é o tipo de estrutura que, considerando o perfil assistencial e a localização dessas unidades, deveria estar presente em 100% delas, exceto naquelas especializadas em áreas diferentes da assistência materno-infantil.

Tabela 16 – Média de salas em estabelecimentos de saúde considerando o porte, segundo a estrutura física. Brasil, fevereiro de 2004

Estrutura Física	Média de salas em estabelecimentos de saúde considerando o porte segundo estrutura física					
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Consultórios Médicos	0,5	0,5	0,7	0,8	1,7	0,8
Sala Repouso/Observação – Indiferenciado	1,2	0,9	1,2	1,5	2,6	1,3
Odontologia	0,4	0,3	0,2	0,3	0,5	0,3
Sala de Pequena Cirurgia	0,5	0,6	0,7	0,9	1,2	0,8
Sala de Nebulização	0,3	0,4	0,4	0,4	0,7	0,4
Sala de Curativo	0,7	0,8	0,8	0,9	1,4	0,9
Sala de Cirurgia Ambulatorial	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2
Sala de Cirurgia	0,9	1,1	1,3	1,8	2,8	1,5
Sala de Recuperação	0,2	0,3	0,4	0,6	0,9	0,4
Sala de Parto Normal	0,5	0,7	0,8	1	1,3	0,8

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

Os equipamentos médico-hospitalares vêm sendo utilizados cada vez mais nos cuidados à saúde. Sua importância no setor de apoio e diagnóstico e em algumas terapias ou processos terapêuticos, aliada à forma acrílica com que esses equipamentos são incorporados aos serviços e os custos adicionais que representam, faz com que a análise da densidade tecnológica nessa área contribua para a definição do perfil assistencial dos hospitais em geral, particularmente dos de pequeno porte (Tabela 17).

A presença de equipamentos médico-hospitalares nos hospitais de pequeno porte aponta para uma baixa densidade tecnológica e permite a inferência de que tratamos de unidades voltadas para ações de baixa complexidade, nas quatro clínicas básicas. Os equipamentos mais presentes são: o desfibrilador cardíaco, em 54% dos casos; e o berço aquecido, em 49%. O porte hospitalar que mais agrega tecnologia, em termos gerais, é o que

possui entre 41 e 50 leitos. Entretanto, chama a atenção a existência de uma relação inversa entre a incorporação tecnológica e o número de leitos do hospital de pequeno porte.

Tabela 17 – Percentual da presença de equipamentos por estabelecimento de saúde, segundo o tipo de equipamento. Brasil, fevereiro de 2004

Equipamentos	Percentual da presença de equipamentos por estabelecimento de saúde segundo o tipo de equipamento					
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total
Raio X até 100 mA	17%	31%	42%	53%	79%	43%
Raio X Dentário	7%	8%	6%	8%	9%	7%
Tomógrafo Computadorizado	3%	2%	1%	2%	6%	2%
Ultra-som Convencional	1%	2%	3%	3%	4%	2%
Eletrocardiógrafo	32%	40%	50%	67%	97%	54%
Berço Aquecido	17%	37%	49%	60%	87%	49%
Desfibrilador	25%	27%	33%	47%	81%	39%
Monitor de ECG	23%	25%	34%	48%	82%	38%
Respirador/Ventilador	23%	24%	30%	44%	70%	34%
Equipamento para Hemodiálise	3%	1%	1%	1%	2%	1%

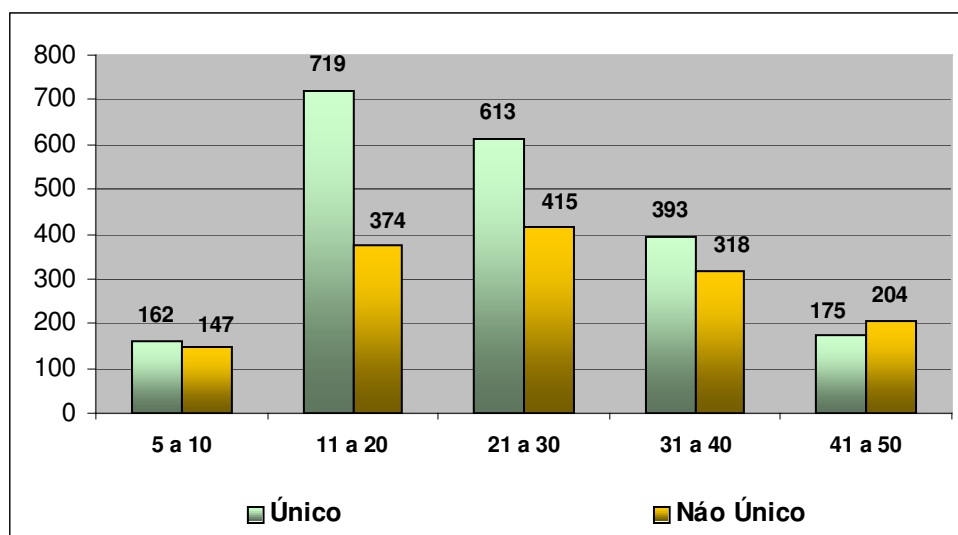
Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

Características do Município onde se localizam os hospitais de pequeno porte

Os hospitais de pequeno porte estão presentes em 2.726 Municípios brasileiros, que abrigam 112.582.785 habitantes – cerca de 65,65% da população do país. Em alguns desses Municípios, normalmente os maiores ou as capitais dos Estados, encontramos até 24 unidades abaixo do limite de 50 leitos, embora seja mais freqüente a coexistência de dois hospitais, um deles de característica geral e o outro voltado para o atendimento ao parto. Em relação à natureza da instituição, também encontramos, com maior freqüência, a coexistência de uma unidade pública, normalmente municipal, e outra privada sem fins lucrativos.

Os hospitais de pequeno porte representam a única oferta de internação hospitalar em cerca de 58,58% Municípios, somando 2.062 unidades. Essa característica é mais marcante em unidades de menor porte, que possuem entre 11 a 20 e 21 a 30 leitos (Figura 11). Os hospitais que representam a única possibilidade de internação no Município detêm 49.876 leitos destinados ao SUS, quantitativo que representa 56,76% do total de leitos desses hospitais, responsáveis pelo acolhimento de uma população estimada de 27.344.372 pessoas – 15,45% da população brasileira.

Figura 11 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a possibilidade de internação no Município. Brasil, fevereiro de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

A maior parte, 61,82% dos hospitais de pequeno porte, localiza-se em Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS), com concentração das unidades entre 11 e 20 leitos (Tabela 18). Cerca de 21,31% dos hospitais de pequeno porte estão sob gestão municipal e 68,33% sob gestão estadual; os demais 10,36% estão localizados em Municípios ou Estados que não detêm a gestão de unidades hospitalares.

Tabela 18 – Estabelecimentos de saúde por porte, segundo a condição de gestão do Município. Brasil, fevereiro de 2004

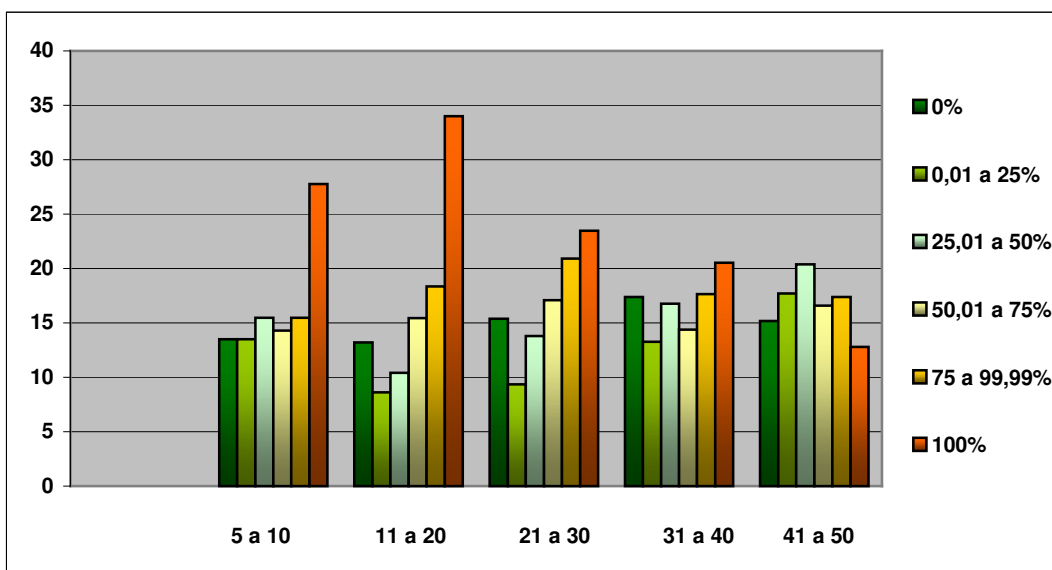
Condição de gestão do município	Estabelecimentos de saúde por porte segundo a condição de gestão do município						
	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%
Gestão Plena da Atenção Básica / NOB	148	677	606	455	290	2176	61,82
Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada / NOAS	27	91	160	169	137	584	16,59
Gestão Plena do Sistema Municipal / NOAS	59	86	107	118	127	497	14,12
Gestão Plena do Sistema Municipal / NOB	15	38	67	57	76	253	7,19
Não habilitado	2	2	1	0	1	6	0,17
Sem informação	1	0	1	0	2	4	0,11
Total	309	1093	1028	711	379	3520	100

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

O conjunto de Municípios onde se localizam os hospitais de pequeno porte, em torno de 15%, apresenta cobertura zero em relação ao Programa Saúde da Família (PSF); e 23% representam o outro extremo, alcançando a cobertura de 100% ou mais. A informação sobre a cobertura do PSF é importante, na medida em denota o grau de organização da atenção básica a partir de um programa estratégico; ademais, com base na avaliação do impacto obtido com essas ações, espera-se observar, de forma concomitante, a mudança do perfil de necessidade entre os outros níveis de atenção. Cabe salientar que outros aspectos, que não apenas a cobertura do Programa de Saúde da Família, corroboram essa mudança de perfil, alguns deles relacionados a características clínicas e epidemiológicas, outros à esfera da gestão pública.

Ao analisarmos dados referentes à cobertura do PSF por porte dos hospitais em tela (Figura 12), verificamos que o grupo de unidades entre 11 e 20 leitos concentra o menor número de Municípios com cobertura zero, assim como o maior percentual de Municípios com cobertura de 100% ou mais. Esse achado pode estar relacionado ao tamanho da população do Município, já que unidades desse porte são mais frequentes em Municípios com menos de 20 mil habitantes.

Figura 12 – Percentual dos estabelecimentos de saúde por porte, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). Brasil, fevereiro de 2004



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

Características da produção dos estabelecimentos de saúde

Produção hospitalar

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil realizou, no ano de 2003, 1.777.911.592 procedimentos ambulatoriais e 12.094.894 internações hospitalares, correspondendo a um impacto financeiro de R\$ 5.519.370.898,83 e R\$ 5.862.158.099,21, respectivamente.

Na internação hospitalar, os recursos financeiros destinados aos hospitais de pequeno porte representam 13,85% do total de recursos disponíveis para a rede hospitalar do SUS. Esses hospitais foram responsáveis por cerca de 21,22% do total de internações pelo SUS no ano de 2003.

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH)/SUS, no ano de 2003, os hospitais de pequeno porte apresentaram média de valor faturado por internação hospitalar de R\$ 262,75, quando única opção de internação no Município; e de R\$ 369,58, quando presentes outros hospitais no mesmo Município. Esse dado pode ser explicado, em parte, pela prevalência de unidades do tipo geral ou unidades mistas em Municípios onde há um único hospital; e guarda relação com o perfil de utilização de leitos nesses hospitais, que, embora apresentem maior número de leitos, registram uma taxa de ocupação em torno de 30% e permanência acima de 10 dias – em média – por internação hospitalar.

Quando o hospital de pequeno porte é o único do Município, apresenta frequência de produção de AIH semelhante à do grupo de hospitais que não são os únicos no seu Município, embora o valor faturado contra essa mesma produção seja maior no segundo grupo. Esse fato leva-nos a pensar em procedimentos de maior complexidade, se considerarmos que existe uma relação aproximada entre o valor praticado pela tabela de remuneração do SUS e a complexidade dos procedimentos.

Os responsáveis, em grande parte, por essa produção são os hospitais que representam a única opção em Municípios com cobertura de PSF de até 50%. Já no segundo grupo, a maior produção é desenvolvida por unidades em Municípios com cobertura do PSF acima de 70% (Tabela 19).

De forma geral, não podemos desprezar o fato de que o pagamento por produção é indutor de um determinado grau de seletividade dos procedimentos a serem informados ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH)/SUS. Os dados de produção dos hospitais de pequeno porte, no que diz respeito à frequência e aos valores dos procedimentos informados, parecem explicitar a relação problemática existente entre o papel desses hospitais na rede de atenção e a sua viabilidade financeira.

Tabela 19 – Produção de internações hospitalares considerando frequência e valor financeiro, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e a opção de internação no Município. Brasil, 2004

	Cobertura de PSF em %	Freq	Valor em R\$	% freq	% valor
Não único	0%	100.775	30.302.562,00	3,92	3,73
	até 50 %	732.782	297.203.165,35	28,54	36,59
	50,01 a 70 %	190.565	66.479.281,13	7,42	8,18
	acima de 70 %	263.406	81.866.515,50	10,26	10,08
	Sub-total	1.287.528	475.851.523,98	50,14	58,59
Único	0%	290.024	77.179.105,64	11,29	9,5
	até 50 %	295.706	77.385.434,33	11,52	9,53
	50,01 a 70 %	175.025	45.395.746,11	6,82	5,59
	acima de 70 %	519.460	136.415.791,44	20,23	16,8
	Subtotal	1.280.215	336.376.077,52	49,86	41,41
Total		2.567.743	812.227.601,50	100	100

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fevereiro de 2004

A observação do perfil assistencial a partir dos procedimentos mais frequentes até o alcance de 75% da produção total dos hospitais de pequeno porte conforme a opção de internação no Município e a cobertura do Programa Saúde da Família confirma que essas unidades apresentam características predominantes de atendimento clínico e obstétrico, voltado a procedimentos de baixa complexidade (Tabela 20). O escopo de procedimentos apresentados varia em número e complexidade, entre os hospitais que representam a única opção de internação do Município e aqueles que dividem o espaço geográfico com outros estabelecimentos com internação.

Para os hospitais que são únicos no Município, as características das internações, exceto a realização de parto, apresentam estreita relação com ações e procedimentos desenvolvidos pela atenção básica e insignificante produção cirúrgica. É interessante o achado de que a produção, nesses hospitais, praticamente não sofre variação de perfil conforme aumenta o percentual de cobertura do Programa Saúde da Família.

Tabela 20 – Procedimentos de internação hospitalar informados pelo hospital de pequeno porte único no Município, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) até o alcance de 75% da produção total de internação hospitalar. Brasil, 2003

	Cobertura do PSF			
	0 %	0,01 a 50 %	50,01 a 70 %	acima de 70 %
Procedimentos correspondentes a 75% da produção total	Cesariana	Cesariana	Cesariana	Cesariana
	Parto normal	Parto normal	Parto normal	Parto normal
	Pneumonia adulto	Pneumonia adulto	Pneumonia adulto	Enteroinf. Clínica medica
	Insufic. Cardíaca	Enteroinf. Clínica medica	Enteroinf. Clínica medica	Pneumonia adulto
	Enteroinf. Clínica medica	Insufic. Cardíaca	Insufic. Cardíaca	Insufic. Cardíaca
	Pneumonia criança	Pneumonia criança	Pneumonia criança	Pneumonia criança
	DPOC	Enteroinf. Pediatria	Crise asmatica	DPOC
	Crise asmatica	DPOC	Enteroinf. Pediatria	Enteroinf. Pediatria
	Enteroinf. Pediatria	Crise asmática	DPOC	Crise asmatica
	Pneumonia em lactente	Pielonefrite	Pneumonia em lactente	Pneumonia em lactente
	Crise hipertensiva	Pneumonia em lactente	Pielonefrite	Pielonefrite
	Pielonefrite	Crise hipertensiva		
	AVC Agudo	AVC Agudo		
	Gastrite/duodenite	Gastrite/duodenite		
	Diagnostico e/ou Io. Atendimento em pediatria			
	Diabete Mellitus			
	Herniorrafia inguinal			
	Dengue Clássica			

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, 2003

Nota: os procedimentos que não estão presentes em todos os grupos encontram-se destacados

Os hospitais de pequeno porte não únicos no Município apresentam um número maior de procedimentos para atingir o percentual de 75% de sua produção total, embora o perfil assistencial não apresente, à exceção da incorporação de alguns procedimentos cirúrgicos, significativa mudança em relação ao apresentado pelos hospitais únicos no Município. O

perfil assistencial segundo a faixa de cobertura do PSF também não apresenta alterações importantes nas internações ocorridas nessas unidades (Tabela 21).

As informações levantadas, mesmo que de forma global, dão indícios de que o perfil dessas unidades está sendo definido, principalmente, em função da necessidade de captação de recursos para a sua sustentação financeira, do que em consideração às necessidades epidemiológicas e clínicas da população que atendem. Também é importante considerar que o perfil assistencial, como já foi visto, guarda relação estreita com a incorporação tecnológica e a presença de profissionais de saúde. Um dos fatores que pode estar influenciando no perfil assistencial é a impossibilidade de adequar a oferta de serviços às necessidades da população sem que haja uma redefinição do papel dessas unidades rede de serviços do sistema, e dos investimentos voltados para esse fim.

Tabela 21 – Procedimentos de internação hospitalar informados pelo hospital de pequeno porte não único no Município, conforme a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) até o alcance de 75% da produção total de internação hospitalar. Brasil, 2003

	Cobertura do PSF			
	0 %	0,01 a 50 %	50,01 a 70 %	acima de 70 %
Procedimentos correspondentes a 75 % da produção total	Parto normal	Parto normal	Parto normal	Parto normal
	Crise asmática	Crise asmática	Insufic. Cardíaca	Enteroinf. Clínica médica
	Enteroinf. Clínica médica	Insufic. Cardíaca	Crise asmática	Pneumonia adulto
	Pneumonia criança	Pneumonia criança	Pneumonia adulto	Cesariana
	Insufic. Cardíaca	Pneumonia em lactente	Cesariana	Insufic. Cardíaca
	Cesariana	Pneumonia adulto	Enteroinf. Clínica médica	Pneumonia criança
	Enteroinf. Pediatria	Enteroinf. Pediatria	Pneumonia criança	Enteroinf. Pediatria
	Pneumonia adulto	Enteroinf. Lactente	DPOC	Crise asmática
	DPOC	Enteroinf. Clínica médica	Pneumonia em lactente	Pneumonia em lactente
	Pneumonia em lactente	Herniorrafia ing	Enteroinf. Pediatria	DPOC
	Colpoperineoplastia ant/post	DPOC	Crise hipertensiva	Enteroinf. Lactente
	Herniorrafia ing	Curetagem pós-aborto	Enteroinf. Lactente	Crise hipertensiva
	Enteroinf. Lactente	Colpoperineoplastia ant/post	AVC Agudo	Herniorrafia ing
	Dengue clássica	Pielonefrite	Pielonefrite	Colpoperineoplastia ant/post
	Crise hipertensiva	AVC Agudo	Herniorrafia ing	Pielonefrite
	Pielonefrite	Crise hipertensiva	Curetagem pós-aborto	Dengue clássica
	AVC Agudo	Gastrite/duodenite	Gastrite/duodenite	AVC Agudo
	Gastrite/duodenite	Cesariana	Colpoperineoplastia ant/post	Gastrite/duodenite
	Curetagem pós-aborto	Dengue clássica	Dengue clássica	Curetagem pós-aborto
	colpoplastia posterior	colpoplastia posterior	colpoplastia posterior	colpoplastia posterior
	Herniorrafia umbilical	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna	Facectomia para implante de lente intra-ocular	Laqueadura tubária
	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna	Colecistectomia	Desnutrição (clínica médica)	Desnutrição (clínica médica)
	Cuidados prolongados - Paciente neurológico	Facectomia para implante de lente intra-ocular	Desidratação aguda (clínica médica)	Colecistectomia
		Histerectomia total	Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	Desidratação aguda (clínica médica)
		Hemorragia digestiva		Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica
				Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna
				Estreptococcias (clínica médica)
				Cólica nefrética

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, 2003

Nota: os procedimentos que não estão presentes em todos os grupos encontram-se destacados

Ainda em relação ao perfil assistencial dos hospitais de pequeno porte, chama a atenção que o parto normal se apresente como o procedimento mais freqüente nos hospitais que não são a única opção de internação no Município, com índice que varia, conforme a cobertura de PSF, entre 11,82 e 16,95% do total de procedimentos informados (Tabela 22). Invariavelmente, nos hospitais únicos no Município, o parto cirúrgico aparece em primeiro lugar e o de risco habitual vem na segunda posição – também variando conforme a cobertura de PSF, entre 14,85 e 19,46% do total da produção dessas unidades.

Ao comparar a realização de parto normal entre os hospitais de pequeno porte, observa-se grande variação desse procedimento entre os que são a única opção de internação do Município e os demais. O percentual preconizado pelo Ministério da Saúde para a realização de parto cirúrgico não deve ultrapassar 30% do total de partos realizados pelo estabelecimento, exceto para aquelas unidades consideradas como referência de atendimento à gestação de alto risco, caso que não se aplica a essa amostra.

Tabela 22 – Percentual de parto normal realizado em hospital de pequeno porte, segundo a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e a opção de internação no Município. Brasil, abril de 2003

C o b e r t u r a d e P S F				
	0 %	0,01 a 50 %	50,01 a 70 %	a c i m a d e 70 %
Único	44,85	44,49	45,49	49,95
Não único	81,83	96,13	76,78	77,96

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2003

Produção ambulatorial

O ano de 2003 marcou o início da migração de dados dos Sistemas de Informação do SUS – SIA/SUS e SIH/SUS – para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com vistas a centralizar, em um só sistema, as informações referentes à produção ambulatorial e de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde; o que seria, também, uma forma indireta de manter o cadastro dos estabelecimentos atualizado. No momento de realizar a convergência dos dados, foi identificado que os códigos dos dois sistemas não se relacionavam e que, para uma única unidade, poderia haver vários códigos cadastrados ao longo do tempo, conforme a necessidade e/ou disponibilidade de novos serviços pelo SUS. Esse movimento inviabilizou a obtenção de dados confiáveis em relação à totalidade da produção ambulatorial dos hospitais de pequeno porte.

Assim, decidiu-se realizar um estudo exploratório da produção ambulatorial dos hospitais de pequeno porte com até 30 leitos, por duas razões: primeiramente, pelas dificuldades encontrada para obtenção das informações referentes à produção ambulatorial dos hospitais de pequeno porte no ano de 2003 – os hospitais de até 30 leitos representam 69,03% do total de unidades de pequeno porte –; e secundamente, pela manutenção da hipótese inicial desta dissertação *per se*, de uma superposição da produção dos hospitais de pequeno porte com a do PSF ser mais provável quanto menor for o porte do hospital.

A metodologia de trabalho consistiu na identificação dos estabelecimentos de saúde com até 30 leitos e no cruzamento, caso a caso, dos códigos de identificação de cada sistema. Chegou-se a encontrar 18 códigos diferentes para uma mesma unidade hospitalar. A partir daí buscou-se as informações possíveis em relação ao perfil assistencial, frequência e valores dos procedimentos realizados por esses estabelecimentos.

Os resultados encontrados demonstram que não há diferença no perfil da oferta de serviços ambulatoriais entre os hospitais de pequeno porte, observadas as características de opção no Município e o percentual de cobertura do Programa Saúde da Família maior ou menor que 70%. Porém, é significativa a diferença na frequência de procedimentos ambulatoriais entre os hospitais localizados em Municípios com cobertura de PSF, maior e menor que 70%, e, conseqüentemente, no impacto financeiro que essa frequência representa.

Os procedimentos ambulatoriais informados pelos hospitais de pequeno porte apresentam características comuns aos procedimentos e atividades desenvolvidos pela atenção básica, inclusive no perfil das consultas médicas, que, praticamente, se restringem às especialidades básicas. Merece destaque a participação dos procedimentos relacionados à patologia clínica na produção ambulatorial total dos hospitais de pequeno porte. De procedimentos tipicamente hospitalares, ressalta o atendimento médico especializado em urgência/emergência, com 5,76%, e o atendimento médico com observação até 24 horas, que representa apenas 3,09% do total informado (Tabela 23). Ainda que não apareça na relação de até 75% da produção, alguns procedimentos, quando somados, representaram cerca de 7% do total produzido pelos hospitais de pequeno porte. Esses procedimentos são todos relacionados à área de odontologia, especificamente as urgências odontológicas, como extração dentária, drenagem de abscesso dentário e analgesia.

Tabela 23 – Procedimentos ambulatoriais informados pelo hospital de pequeno porte até o alcance de 75% da produção ambulatorial total. Brasil, 2003

Procedimentos correspondentes a 75% da produção ambulatorial total	%
Administração de medicamento p/ paciente	12,69
Consulta em clínica médica	10,79
Curativo por paciente	7,27
Atendimento médico especializado em urgência/emergência	5,76
Inalação / nebulização	5,67
Consulta/atendimento urgência em clínicas básicas	4,94
Atendimento médico c/ observação até 24 horas	3,09
Hemograma completo	2,54
Consulta em pediatria	2,29
Glicose	2,11
Parasitológico (métodos de concentração)	1,69
Procedimentos coletivos (paciente/mês)	1,63
Atividade executada p/ agente comunitário saúde -PAC	1,35
Coleta material p/exame laboratório patologia clínica	1,35
Pesquisa elementos anormais/sedimentos na urina	1,33
Terapia de re-hidratação oral	1,31
Retirada pontos cirurgias básicas-p/paciente	1,22
Coleta material p/exames citopatológicos	1,21
Colesterol total	1,17
Consulta odontológica (1ª consulta)	1,01
Consulta em gineco-obstetrícia	0,87
Excisão / sutura simples pequenas lesões pele/mucosa	0,74
Unidade remuneração p/transp.terrestre 50 km p/paciente./acompanhante	0,69
Consulta em cirurgia geral	0,68
Consulta em ginecologia	0,65
Triglicérides	0,65
Consulta/atendimento atenção básica enfermeiro(a)	0,59

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, 2003

Não foi identificada diferença de perfil assistencial entre os hospitais de pequeno porte, seja por número de leitos, cobertura do PSF ou representar ou não a única possibilidade de internação no Município. Contudo, a frequência com que os procedimentos foram informados demonstrou que, no nível ambulatorial, há clara sobreposição entre as ações desenvolvidas na atenção básica e neste tipo de estabelecimentos (Tabela 24). A frequência de procedimentos dos hospitais localizados nos Municípios que tem cobertura do PSF acima de 70% é, em média, 40% menor que a informada pelos hospitais localizados em Municípios com cobertura inferior a esse percentual, independentemente de ser ou não a única opção local

de internação. Esse mesmo percentual se repete quando analisamos o impacto financeiro das atividades ambulatoriais desenvolvidas por esses hospitais, ou seja, os Municípios que apresentam índice inferior a 70% de cobertura do PSF alocam, em média, 40% a mais de recursos financeiros nesse tipo de atividade, nos hospitais de pequeno porte (Tabela 25).

Tabela 24 – Procedimentos realizados em hospital de pequeno porte, segundo cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e opção de internação no Município. Brasil, 2003

Unidades		Procedimentos	
		Cobertura do PSF>70%	Cobertura do PSF<70%
Único	1.494	11.408.362	18.679.208
Não único	936	7.102.468	11.702.636
TOTAL	2.430	18.510.830	30.381.844

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, 2003

Tabela 25 – Valor (em R\$) dos procedimentos realizados em hospital de pequeno porte conforme a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e segundo a opção de internação no Município. Brasil, 2003

Unidades		Valor	
		Cobertura do PSF>70%	Cobertura do PSF<70%
Único	1494	14.861.956,84	24.968.116,78
Não único	936	9.262.310,31	15.166.290,03
TOTAL	2430	24.124.267,15	40.134.406,81

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, 2003

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados referentes ao setor hospitalar no Brasil confirmam a diversidade da rede desses serviços. Em relação à natureza das unidades, 15% delas não se relacionam com o sistema público de saúde e foi, justamente o setor responsável pela diminuição do número de leitos hospitalares observada nos últimos anos, no país.

A cobertura de leitos por população coloca 15 unidades da federação com indicador acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, quando se considera o total de leitos existentes. Ao considerarmos a oferta de leitos pelo Sistema Único de Saúde, apenas oito Estados se enquadram nos parâmetros recomendados.

O comportamento das internações hospitalares tem-se mantido estável nos últimos anos, principalmente às custas do aumento da participação do setor público nesta variável. Todos os Estados têm mantido o parâmetro de necessidade de internações hospitalares entre 7 a 9% de sua população.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde aponta a existência de 6.012 estabelecimentos com serviço de internação que atendem ao Sistema Único de Saúde. Nesses serviços, estão disponíveis 448.945 leitos hospitalares, sendo 86,9% (395.368) destinados ao SUS. A macrorregião brasileira com maior percentual de unidades hospitalares é a Nordeste, respondendo por 34,98% do total dos estabelecimentos, mas a maior concentração de leitos está na Região Sudeste, que é responsável por 40,23% dos leitos existentes no SUS.

Atualmente, 22% dos leitos hospitalares destinados ao SUS estão localizados em estabelecimentos de saúde com menos de 50 leitos – 64% dos estabelecimentos da rede hospitalar brasileira – e consumiram cerca 13,85% do total dos recursos destinados à internação hospitalar no Brasil, no ano de 2003. Esses estabelecimentos foram responsáveis por 21,22% das internações hospitalares no mesmo período.

Diferentemente do que ocorre com o conjunto da rede hospitalar, no segmento dos hospitais de pequeno porte, há maior oferta de serviços pelo setor público, principalmente pela grande presença de hospitais públicos municipais.

A maior parte dos hospitais de pequeno porte possui entre 21 e 30 leitos e estão localizados em Municípios pequenos, no interior dos Estados.

O tipo de unidade encontrado surpreendeu pela sua diversidade. Apesar de a maior parte ser caracterizada como hospital geral, foram encontrados leitos com produção informada em unidades de perfil ambulatorial e de atendimento na atenção básica, como centros de saúde e até mesmo unidades de Saúde da Família.

Geralmente, esses hospitais dispõem de profissionais médicos ligados às especialidades básicas. É digna de nota a presença de salas cirúrgicas nessas unidades, embora a presença do médico anestesista não seja observada na mesma proporção. Do ponto de vista da disponibilidade de equipamentos médico-hospitalares, observam-se unidades de baixa incorporação tecnológica, com características voltadas para a atenção ao parto de risco habitual e pequenas urgências.

Os hospitais de pequeno porte estão presentes em 2.726 Municípios brasileiros, na sua maioria contando menos de 30.000 habitantes; 58,58% dessas unidades representam a única possibilidade de internação na localidade. É comum que esses hospitais, embora de natureza pública municipal, estejam sob gestão estadual.

Os resultados mais importantes desse diagnóstico foram encontrados na análise da produção hospitalar e ambulatorial.

Os dados disponíveis para análise não demonstraram significativa variação de complexidade nas internações hospitalares, independentemente de representarem ou não a única possibilidade de internação no Município ou do percentual de cobertura do Programa Saúde da Família. O escopo de procedimentos nos hospitais únicos no Município é mais restrito e a frequência da produção informada é, proporcionalmente, menor nesse grupo. A média do valor da AIH também é menor nesse grupo de hospitais.

A produção informada de internações hospitalares nos hospitais de pequeno porte define essas unidades como de baixa complexidade, com características predominantes de atendimento clínico e obstétrico.

Considerando-se as internações hospitalares, o fato de o perfil da produção pouco variar, conforme a cobertura do PSF, não permite, por si só, concluir acerca da resolubilidade da atenção básica nesses Municípios. Parte do perfil apresentado deve-se à capacidade de

produção de serviços de saúde ser limitado pelo porte, perfil dos profissionais de saúde e incorporação tecnológica. Outro componente que parece determinante dos dados de produção desses hospitais diz respeito à remuneração da tabela SUS, quando se observa grande similaridade em relação à média dos valores dos procedimentos informados.

Quanto à gestão dessas unidades, os indicadores extraídos dos dados de produção apontam para dificuldades importantes. Os índices de permanência hospitalar são bastante altos, considerando-se o nível de complexidade e, ainda, a taxa de ocupação dos hospitais de pequeno porte, oscilante entre 30 e 35%.

Na produção ambulatorial desses hospitais, o que se observa é uma sobreposição importante dos procedimentos realizados pela atenção básica. Não há diferença de perfil assistencial, quando se considera o hospital enquanto único no Município. Contudo, a frequência de procedimentos realizados nos hospitais de pequeno porte localizados em Municípios com cobertura do PSF superior a 70%, é muito inferior à dos demais Municípios. O impacto financeiro dessas ações representa uma economia de 40% para os Municípios que apresentam cobertura do PSF superior a 70% da sua população.

***CAPÍTULO V - HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE:
UMA ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO***

UMA ESTRATÉGIA PARA A REORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

A assistência hospitalar tem-se constituído em um dos temas de maior visibilidade do SUS. O congestionamento dos prontos-socorros, as filas dos prontos-atendimentos e ambulatorios, a falta de leitos nas unidades de terapia intensiva (UTI), a demora para marcação de exames e a dificuldade de acesso a procedimentos cirúrgicos e internações são parte do cotidiano da maioria dos hospitais brasileiros.

Para além da dificuldade de acesso a assistência, outros problemas se acumulam nesse campo. Entre eles, destacam-se a baixa resolubilidade e a qualidade dos serviços ofertados. Outra dimensão crítica da problemática hospitalar refere-se à sua precária integração à rede assistencial, resultando em sobreposição de ações – e transtornos – para usuários e gestores dedicados à manutenção e promoção da continuidade da assistência.

As repercussões da dificuldade de acesso e desse insulamento dos hospitais em relação ao conjunto de serviços da rede assistencial contribuem, de forma decisiva, para o desgaste e o descrédito do SUS e constituem verdadeiros desafios aos que pretendem garantir a assistência integral aos usuários do sistema.

ROLLO (1997) apresenta, muito bem, a imagem negativa da opinião pública sobre as diversas instituições hospitalares, sua visão de impessoalidade e fragmentação da prática profissional, do não-envolvimento com paciente e familiares, da combinação do excesso de demanda com a ociosidade, do sucateamento de recursos tecnológicos e humanos, da não-integração com o sistema loco-regional de saúde, expressos, ainda, no desrespeito a contratos e normas e na desmotivação dos trabalhadores. E toda essa situação ainda é permeada – e agravada – pelo desespero daqueles que necessitam de cuidados hospitalares.

Reconhecendo que os hospitais são importantes equipamentos na garantia de equidade, na integralidade da assistência e na defesa da vida, e que os defensores da Reforma Sanitária devem apresentar propostas concretas para a superação do modelo assistencial hegemônico nos hospitais e na relação destes com o sistema de saúde, a aposta que se faz é a de que é possível mudar essa situação. Existem exemplos que abrem caminho a essa perspectiva de mudança, como a bem-sucedida Reforma Psiquiátrica. Essa iniciativa do SUS foi possível

graças a uma série de medidas: a redefinição das relações dos profissionais com os doentes, familiares e comunidade; o trabalho em equipes multiprofissionais; a valorização do vínculo e da responsabilização no processo terapêutico; e a modificação da noção de cura e reabilitação do doente mental. Outro exemplo é a crise da eficiência e eficácia dos hospitais dos EUA, que tem exigido mudanças no modelo assistencial daquele país, mesmo que por motivos de sobrevivência e disputa de mercado, para abordagens centradas no paciente. Inegável, ainda, o êxito de experiências de atenção domiciliar terapêutica (ADT) – assistência e internação – no bom seu trabalho de fortalecimento do vínculo profissional e de envolvimento da família no processo terapêutico, obtendo bons resultados, principalmente em relação à adesão dos profissionais e na excelente relação custo/benefício da ADT. Ainda podem ser citadas experiências de humanização em hospitais infantis e outras de gestão, onde gestores e diretores têm ousado na implementação de mudanças do modelo assistencial.

Para CAMPOS (1994), o hospital pode ser “(...) *um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um local onde sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência a coletividade (...)*”.

A missão e o perfil assistencial do hospital não têm sido entendidos como prioridades da agenda do setor. Com isso, a sua modelagem tem-se dado da forma mais tradicional possível: pela oferta, baseada em uma relação de compra e venda de procedimentos médicos. Essa discussão não é banal, não podendo ser simplificada. Ela remete à questão do perfil da atenção básica e da relação Público X Privado. Tradicional, também, é a visão de que essa problemática passa à margem da complexidade que implica a organização hospitalar. Não só é possível, como desejável, que os paradigmas do atendimento, até então hegemônicos, sejam questionados a partir do hospital.

O “novo hospital” pode – e deve – ser um espaço de promoção da saúde, com equipes trabalhando e colaborando ativamente, na construção de novas relações dentro do sistema de saúde. Sua missão e perfil devem ser negociados permanentemente, vistos e revistos sob a ótica de um sistema de saúde integral – e como um todo, integrado – que atenda as necessidades reais das pessoas. Para CECÍLIO (1997), “*atuar a partir do hospital pode ser, quase que paradoxalmente, uma importante estratégia para enfrentarmos a lógica hospitalocêntrica que tanto queremos modificar*”.

É necessária uma intervenção responsável, com o objetivo de substituir a forma vertical e fragmentada dos organogramas e aumentar a autonomia de gestão dos hospitais. Considerando-se a heterogeneidade do conjunto dos hospitais brasileiros, a construção de propostas e estratégias para segmentos específicos dessa rede pode ser de grande efetividade, desde que expresse uma política clara de reforma do sistema hospitalar na perspectiva de um modelo usuário-centrado que garanta, principalmente, a integralidade do cuidado.

Os hospitais de pequeno porte com base, segundo os achados do diagnóstico apresentado por este trabalho, inspiram a tentação de “ousar” e propor uma redefinição das relações entre essas unidades e o sistema de saúde. Não se trata, aqui, de estabelecer algum tipo de proposição verticalizada para estas unidades, e sim de problematizar e estimular o exercício criativo, na busca de alternativas viáveis e estruturantes para a conformação de redes solidárias, coerentemente com o projeto e o processo vigentes de construção do SUS.

Os hospitais de pequeno porte são estratégicos para o sistema, e uma proposta específica para esse segmento deve reunir um grande potencial de:

- agregação de resolutividade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica da rede existente;
- garantia de continuidade da assistência prestada entre os diferentes níveis de complexidade;
- garantia ao Programa Saúde da Família de acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade;
- contribuição à organização do sistema de referência e contra-referência para os serviços hospitalares, nos diferentes níveis de complexidade;
- estímulo à ampliação de cobertura do PSF, por meio da implantação de novas equipes;
- estímulo à fixação dos profissionais de saúde na rede municipal;
- estímulo ao exercício do controle social sobre o processo de produção dos serviços de saúde;

- adequação do fluxo da demanda por internações, considerando-se o perfil assistencial dessas unidades;
- estímulo a modalidades de assistência alternativas à internação hospitalar; e
- indução do processo de descentralização.

O hospital de pequeno porte também adquire relevância extrema, na perspectiva da relação entre gestor e prestador e na mudança do modelo de alocação de recursos financeiros, com a possibilidade da implantação de um orçamento global e de um sistema de acompanhamento, estabelecidos a partir de novos pactos e contratos.

Pretende-se, além do que já foi mencionado, provocar um ajuste no número de leitos existentes na rede, baseado em características epidemiológicas e populacionais; e estimular a discussão acerca da missão e do perfil assistencial dessas unidades para a realização de procedimentos de baixa e média complexidade nas clínicas médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e odontológica.

Essa proposta se desenvolve sob a ótica de alguns eixos norteadores, elementos de sustentação e inter-relação entre todas as ações estratégicas desenvolvidas. São eles:

- I. Qualidade e a garantia de acesso** – é o primeiro eixo, absolutamente essencial. Sabe-se que a dificuldade de acesso a determinados serviços é um ponto importante de estrangulamento do sistema hospitalar, e sua superação absolutamente prioritária. Não basta ampliar a cobertura das ações, é necessário que a melhoria de acesso venha acompanhada de uma preocupação contínua com o aprimoramento da qualidade dos serviços.
- II. Humanização** – eis outra linha orientadora principal de todas as políticas de saúde. Deve ser caracterizada não somente por uma melhoria das condições gerais de atendimento, tornando-as mais adequadas e confortáveis para usuários e profissionais, mas, sobretudo, pelo direcionamento das atividades de gestão e da atenção na satisfação das necessidades dos usuários e familiares, em substituição ao atual enfoque nas doenças e na conveniência dos profissionais de saúde.

- III. Inserção na rede** – Outro elemento central na elaboração e implementação de políticas de atenção hospitalar é o claro entendimento de que os hospitais não são ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. Todas as medidas adotadas devem considerar a missão e o perfil dessas unidades visando à sua inserção na rede de serviços do sistema, para que sejam vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas pelo conjunto do sistema de saúde. Vale destacar o papel dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades de saúde e da demanda de serviços, bem como na efetiva condução e controle das ações implementadas.
- IV. Democratização da gestão** – Entende-se que as instituições hospitalares devem assumir a responsabilidade social de um trabalho transparente, garantido na ampliação dos mecanismos de participação social. O Conselho Gestor da Unidade Hospitalar, nos moldes previstos para o SUS, e a participação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde assumem relevância estratégica na implementação deste eixo de ação.
- V. Contratação** – Outro avanço a ser buscado é a melhor contratação dos serviços. O estabelecimento da “contratualização” legitima e efetiva todo o processo de discussão e de definição de demanda, de metas quantitativas e qualitativas por serviços, de obrigações e responsabilidades para cada um dos atores envolvidos, de critérios e instrumentos de monitoração, de avaliação de resultados e cumprimento das metas estabelecidas, de mecanismos de participação e controle social, além da regulação do sistema como um todo. Acreditamos que a contratação ou “contratualização”, no sentido que o termo vem sendo empregado, ainda que reconhecendo um neologismo na proposição, vai além das exigências formais de vínculo entre gestor e prestador de serviços de saúde. Ela aponta, claramente, para a necessidade de pactuações loco-regionais e sua internalização nos limites do estabelecimento de saúde.
- VI. Financiamento global** – É necessário avançar sobre os procedimentos de financiamento existentes, revendo os modelos atuais de alocação de recursos e tentando alcançar mecanismos de orçamentação e financiamento global.

VII. Descentralização e regionalização – São consideradas eixos orientadores fundamentais na construção das políticas de atenção hospitalar.

VIII. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – O processo de pactuação proposto vem de encontro ao fortalecimento dos fóruns de negociação e deliberação do SUS, priorizando a reserva desses espaços para a definição das políticas desenvolvidas pelo gestor nacional do sistema. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite assumem um papel de extrema importância na construção e legitimação desse processo.

Essas diretrizes apontam para mudanças conceituais no foco da atenção à saúde, deslocando a ótica tradicional que privilegia a doença, centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para a um modelo de cuidado que responda, efetivamente, às necessidades de saúde do usuário, suas relações e espaços de vida.

Ainda, para contribuir com a definição clara e objetiva da missão do hospital de pequeno porte na rede de atenção à saúde e, conseqüentemente, com a operacionalização e internalização dos pactos e contratos estabelecidos, sugere-se que o enfoque da *Démarche Stratégique* e a metodologia proposta por MATUS, o Planejamento Estratégico Situacional, sejam utilizados de forma complementar.

Na perspectiva do presente estudo, o fato de as unidades hospitalares de pequeno porte serem preservadas ou resignificadas dentro do sistema loco-regional de saúde pode significar uma novidade, no caminho de um diálogo ou aproximação entre as propostas de organização da atenção e gestão da saúde, principalmente nos pequenos Municípios.

Do ponto de vista do financiamento, há um claro esgotamento do modelo e das possibilidades de sobrevivência do hospital tradicional em Municípios de pequeno porte. Entretanto, suas características estruturais e físicas demonstram grande potencial de aplicação para novas tecnologias, que tratem a rede básica e o hospital de maneira complementar e respondam, com eficiência e eficácia, às demandas locais de saúde. Pleiteada sob esse prisma, a formação de uma rede solidária de abrangência regional aparece como uma alternativa a ser considerada, especialmente nos atendimentos de urgências, emergências e partos.

O “novo hospital”, ainda, poderá – e deverá – responder com um serviço de internação, observação ou atenção domiciliar de arranjo inovador, que induza ao desenvolvimento do trabalho em equipe e à focalização do centro do cuidado com a sua saúde no cidadão.

O desenho organizacional ideal para esse tipo de unidade passa pela constituição de unidades de produção e gestão colegiadas, adaptadas ao porte da unidade e do Município em questão. O essencial é que o processo de educação – permanente – dos recursos humanos e a definição do processo de trabalho estejam garantidos.

Não se pode esquecer, ou entender como de menor importância, a questão relacionada aos valores e cultura específicos de cada localidade. Para maior adesão e legitimação de qualquer proposta que se pretenda concretizar, há necessidade de **uma marca local, um nome** que varie entre unidade mista e hospital, mais complexo que o primeiro e mais atraente que o segundo. Sem dúvida, algo que denote **integralidade** seria muito bem visto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muito, fala-se da ausência de políticas específicas para o setor hospitalar e da necessidade de se construir e implementar uma política que induza a uma reestruturação das instituições hospitalares, em resposta às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde locais e regionais.

Sem embargo, deve-se compreender que a orientação política para a área hospitalar, fragmentada e inespecífica, não resulta, simplesmente, da falta de vontade política dos gestores da saúde no país. A configuração da realidade atual, no que se refere à atenção hospitalar, é resultante de um processo histórico condicionado por vários determinantes inter-relacionados, desde aqueles referentes à evolução dos modelos de organização e gestão em saúde e à redefinição de perfis epidemiológicos e práticas assistenciais, passando pelo campo do poder corporativo-institucional, até os valores e representações sociais dos usuários em relação à instituição hospitalar.

Hoje, temos uma rede de serviços hospitalares, construída e legitimada pela história, uma realidade concreta operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e sob as diretrizes gerais de políticas públicas de saúde quase sempre conflitantes com a prática desenvolvida nas unidades.

Ao se discutir a necessidade de (re)construção de uma política para o setor hospitalar brasileiro, é preciso apreender a sua historicidade e os seus determinantes, os seus valores e protagonistas envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que sejam, de fato, impactantes, coerentes com as políticas públicas de saúde mais amplas, para todo o país.

Esse movimento de conformação da distribuição e configuração das estruturas hospitalares, portanto, não pode ocorrer de forma isolada e descolada dessas políticas e de outros processos organizativos, como aqueles relacionados à gestão dessas unidades, à evolução das tecnologias e práticas assistenciais e às corporações profissionais – especialmente a corporação e o processo de trabalho médico.

A ausência ou ineficiência de políticas de atenção primária contribuiu, fortemente, para que os hospitais assumissem e se responsabilizassem, igualmente, pela prestação de serviços básicos, a serem organizados em outro ponto do sistema. A centralização e o poder crescente

das instituições hospitalares, tanto na capacidade de oferta de serviços quanto na concentração de saberes e tecnologias em saúde, fez com que a lógica da sua organização ficasse absolutamente subvertida. Em decorrência de um processo vicioso, os hospitais passaram a organizar o sistema e determinar qual a sua demanda, subordinando a rede de serviços de saúde ao hospital.

A cada nova necessidade percebida pelo hospital, da qual o sistema não tinha capacidade de se apropriar, o hospital lançava um novo “pseudópode” e assumia a responsabilidade por esse novo serviço. Reflexo disso é que, ainda hoje, temos, em vários Municípios do país, mesmo com todo o esforço para a implementação de uma forte política de atenção básica, várias estruturas hospitalares encarregadas da organização e prestação de serviços, além da formação de profissionais de saúde da atenção básica local.

Obviamente, não se trata, apenas, de uma sobrecarga de atribuições e de uma distorção da missão institucional, mas também de um significativo aumento de custos sobre todo o sistema. Do ponto de vista organizacional, a resultante dessa sobrevalorização das unidades hospitalares é o seu isolamento em relação ao sistema de saúde, seja no dimensionamento e adequação da oferta de serviços, seja nas medidas de regulação, avaliação de resultados e eficiência.

Outro aspecto, claramente marcado na configuração atual da rede hospitalar brasileira, diz respeito à instalação de um espírito corporativista entre as instituições hospitalares, com graves conseqüências. A explosão da medicina científica moderna de princípios do século XIX, motivadas pelas grandes descobertas da Biologia, foi logo acompanhada por uma rápida evolução da tecnologia médica. No século XX, as conquistas tecnológicas atingiram tamanho grau de sofisticação que acabaram por provocar certa dependência da medicina à alta tecnologia, incentivada pelas indústrias de material médico-hospitalar. Verifica-se uma necessidade, estimulada na unidade hospitalar, de acompanhar, na mesma velocidade, o atual processo de avanço do conhecimento tecnológico na área biomédica.

Nesse contexto, o hospital acaba se transformando no *locus* privilegiado da prática assistencial – e também pedagógica – em saúde. O modelo flexneriano instalado, hegemônico, reforça a priorização da tecnologia de ponta, a adoção de procedimentos de alta complexidade e a identificação do hospital como “cidadela do poder médico”, de uma prática mecanicista,

“patologizada”, desumanizada, centrada nas necessidades e comodidades dos profissionais de saúde, condicionando os pacientes e seus familiares a uma situação de passividade e inferioridade diante dos profissionais de saúde.

É esse modelo de gestão adotada pela unidade hospitalar, pautado na abordagem do processo de saúde-doença e na condução do trabalho centrado no profissional. Geralmente, as instituições adotam modelos de gestão internos altamente verticalizados, centrados nas corporações, com baixa capacitação e limitada incorporação de ferramentas gerenciais e de monitoração e avaliação dos serviços. O elevado grau de ineficiência gerencial nos hospitais brasileiros é evidente, sem dúvida um dos elementos centrais a ser considerado para a superação da crise do setor hospitalar brasileiro.

Igualmente, não se pode deixar de desconsiderar, por todas as razões apresentadas aqui, a representação social do hospital reproduzida pela população. Os próprios usuários legitimam as instituições hospitalares como espaços privilegiados para a assistência e resolução dos agravos à saúde. Em parte, Esse aspecto pode explicar, em parte, a “ferocidade” de apetite dos gestores pela construção de novas unidades hospitalares; ou os obstáculos políticos enfrentados para discutir o possível – e desejável – fechamento de leitos ou a reorientação da missão de determinadas instituições.

Está claro o quanto continua sendo difícil romper com o modelo hegemônico, redirecionar o enfoque (hospitalocêntrico) e desenhar novos papéis e missões para a rede básica de serviços de saúde, para a “*construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo*” (MERHY, 1997).

O SUS é o instrumento maior de uma proposta avançada de política de saúde, fundamentada em conhecimentos técnico-científicos – econômicos, jurídicos – e na legitimidade dos interesses da Saúde Pública brasileira. Se aplicado em todo o seu radicalismo, o SUS deverá provocar uma verdadeira reforma do Estado. Conquistado e institucionalizado no bojo de um intenso processo de disputa e mobilização, sua implementação definitiva só acontecerá pelas mãos da sociedade organizada e mobilizada contra as forças conservadoras, que sustentam o neoliberalismo e sua política financeira. Não é possível aceitar que a política econômica e a submissão às regras de mercado levem à

destruição insidiosa de um sistema de saúde que representa um grande avanço na conquista do direito de cidadania e na defesa da vida.

Eis um grande desafio colocado para uma verdadeira transformação do modelo tecnoassistencial da rede de serviços de saúde, em que liberdade e autonomia não sejam expressões do individualismo, nem do corporativismo, onde impere o pluralismo técnico, religioso, político, sindical, cultural, racial, de expressão, e o compromisso com a saúde e a vida. Torna-se fundamental, portanto, garantir o controle social permanente.

O SUS não é um dogma de fé, mas uma construção política. É preciso pensar o país e o mundo reais, ousar encarar as profundas mudanças – ainda que isso implique a contestação de velhos dogmas e convicções –, exercer a reflexão à altura da generosidade com os que suportam a exploração e lutam contra ela, preâmbulo da agenda de uma nova sociedade.

A separação, de todo artificial, entre as reformas de estrutura administrativa e desenho organizacional, por um lado, e do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária, por outro, tem conduzido inúmeros esforços a impactos de efeito reduzido sobre os problemas de saúde, ou mesmo sobre a eficiência dos serviços. Sem a definição de estratégias, sem forte disposição e vontade política determinante, não haverá eficácia social nas atividades oferecidas pelo Sistema Único de Saúde.

A reorientação do modelo de gestão e de atenção à saúde, a ser desenvolvido, certamente dependerá de todo um processo que garanta condições objetivas de transformação, respeito aos valores humanitários de solidariedade e de reconhecimento dos direitos de cidadania, que orientem a formação de um novo paradigma de organização dos serviços. Para se constituir um novo modelo assistencial, é pressuposto imbuir os trabalhadores de uma nova subjetividade, que perpassa o seu cabedal técnico e é entendida como um conjunto de princípios: acolhimento, vínculo e responsabilidade, integralidade e autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M. **Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança – Política de saúde e Inovação Institucional.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

ARTMANN, E. **Enfoque da *Démarche Stratégique* na Gestão Hospitalar** In: MINAYO, M.C.S, DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento, Epistemologia e Método.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

ARTMANN, E. *et al.* **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparativa de duas experiências.** Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 13 (4): 723-740, 1997.

ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidariedade em rede.** Campinas, 2002a. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

ASTLEY, W.G., VAN DE VEN, A.H. **Central perspectives and debates in organization theory.** Administrative Science Quarterly, n. 8: 245-273, 1983.

BARNUN, H. *et al.* **Incentives and provider payment methods.** Washington, Human development and operation policy, HROWP, n° 51, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM n° 545, de 20 de maio de 1993 (Norma Operacional Básica-SUS)** 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96,** Brasília, 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Hospitalar no SUS, 1995 a 1999.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias.** Brasília, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE . **Apuração dos custos de procedimentos hospitalares: alta e média complexidade.** Brasília, MS/Reforsus RFP n° 003/99. Brasília, 2002.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set 1990.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório “Reduzindo as Desigualdades e ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil”**. Brasília: MS, 2002.

BRIEDON, R. *et al.* **Satisfaction with Health systems in ten nations.** Health Affair, 9:185-92, 1990.

BUENO, W.S. & MERHY, E.E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Campinas, Unicamp, (mimeo) 1997.

BUSS, P.M. **Assistência hospitalar no Brasil: uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. In: Informe epidemiológico do SUS.** Brasília, Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), Funasa/MS, V 2, nº 2, 1993.

CAMPOS, G.W.S.; MEHRY, E.E. & NUNES, E.D. **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989.

CAMPOS, G.W. **Saúde pública em defesa da vida.** São Paulo, Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde.** In MERHY, E.E. & ONOKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo, Hucitec, 1992.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** Porto, Editora Afrontamento, 3ed, 1993,

CARRIN, G *et al.* **The influence of financial participation by the population on the demand for health care: an analytical tool for countries in greatest need.** Genova. WHO-DICC, 1994.

CASTELAR, R. *et al* (org.). **Gestão hospitalar um desafio para o hospital brasileiro.** Rio de Janeiro, ENSP, 1995.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo, São Paulo, Paz e Terra, vol I. 4ª ed.2000.

CECÍLIO, L.C.O. **A Modernização Gerencial dos Hospitais Públicos: o difícil exercício da mudança.** Rio de Janeiro: RAP 31(3) 1997.

CECILIO, L.C. & MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, (mimeo). 2003.

CECILIO, L. C. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital. In: Revista Espaço para a saúde. Vol I. .** Paraná. Núcleo de estudos em saúde coletiva. NESCO. UEL.UEM.UEPG, 2000

CECILIO, L. C. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol 4 nº 2. Abrasco, 1999.

CESSS, **Rapport de la comission d'enquete sur les services de santé et les services sociaux.** Québec: Gouvernement du Québec. Les Publications du Québec, 1988.

CONTRANDRIOPOULOS, A.P. & POUVOURVILLE, G. **Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième vie.** Rennes: École Nationale de Santé Publique, p.3, 1991

CREMADEZ, M. *et al.* **Le manegement Stratégique Hospitalier.** Paris: Inter Editions, 1992 (1ed.), 1997 (2ed.) *apud* ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidadriedade em rede.** Campinas, 2002. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

CROZIER, M. & FRIEDEBER G. **L'acteur et le Systeme.** Paris: Seuil, 1977. *apud* ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidadriedade em rede.** Campinas, 2002. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

DONALSON, C. **Economics of care financing: the invisible hand.** London, Macmillan Press Ltd. 1993.

DRUMMOND, M.F.; STODDART, G.L. & TORRANCE, G.W. **Methods for the economic evaluation of health care programmes.** Oxford. Oxford Medical Publications, 1997.

DUSSAULT, G. **A gestão de serviços e saúde: características e exigências.** Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 26 (2) abr-jun 1992.

FERGUSON, B.; TREVOR, A.S. & POSNETT, J.(Editors) **Concentration and choice in health care**. London, Financial Times Healthcare, 1997

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre, L.P.M., 1987.

IBGE. **Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro, IBGE,2002

IBGE. **Hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro, BNDES, 2002.

HUERTAS, F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo, Fundap, 1996.

JOHNSON, G. **Atención gerenciada en los Estados Unidos. Reunión regional sobre nuevas modalidades de organización y gestión de las instituciones de la salud en el contexto de las reformas sectoriales**. Montevideú, 23-25 Oct. 1995

LAWRENCE & LORSCH. J.H. **Adapter les Structures de l' Entreprise**. Paris, Editions d'Organisation. 1973 In **Cremades & Grateau. Le management stratégique hospitalier**. Paris: Inter Editions, 1992. *apud* ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidariedade em rede**. Campinas, 2002. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

LE LUDEC, T. & DELACTER, B. **La démarche stratégique: Un systeme conduit de changement a l'hôpital public**. Memoire de fin assistant, Lille, 1990. *apud* ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidariedade em rede**. Campinas, 2002. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

LIMA, C.R. **Reforma do Estado e política de Saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e de Crítica de Lawrell**. Londrina, Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), n 40-50, 1995.

LUZ, M.T. **Saúde e medicina no final do milênio**. Recife, Conferência no IV Encontro Nacional de Saúde Coletiva, 1994.

LUZ, M.T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. Physis. Revista de Saúde Coletiva, vol. 7, nº 1, 1997.

MACHADO, R.M.C. (org.) **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

MALIK, A.M. & VECINA, G. **Desenhando um caminho alternativo para gerencia em saúde.**In: **Seminário novas concepções em administração e desafios para o SUS: em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial.** Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz, 1990.

MALTA, D.C. FERREIRA, L.M.; REIS, A.T. & MERHY, E.E.. **Mudando o processo de trabalho na rede publica – alguns resultados da experiência de Belo Horizonte.** Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Saúde em Debate, v. 24, n.56, p. 21-34, set-dez 2000.

MALTA,D.C. *et al.* **Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde asuária-centrada.** In: CR Campos, et al (orgs) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público.** São Paulo, Ed. Xamã. 1998.

MATUS, C. **Adeus senhor presidente: governantes governados.** São Paulo: Fundap, 1996.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior.** São Paulo: Fundap, 2000.

MEDICI, A. C. **Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995.** São Paulo, (mimeo), 1995.

MEDICI, A.C. & BELTRÃO, K.I. **As contribuições da economia a análise dos problemas enfrentados pelo setor Saúde na América Latina.** México, (mimeo). 1993.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde.** São Paulo, Ed. Hucitec, (2ed) 1999.

MENDES,E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I.** Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001

MENDES,E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II** Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** Campinas, 2000. [Tese de livre docência, Universidade de Campinas - UNICAMP).

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços em saúde e, colegiadamente, reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações da saúde)**. In: CECILIO, L.C.O. (org.) *et al.* **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil**. In GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. & ONOKO, R (orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público como política**. São Paulo, Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1996.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo, Atlas, 2003.

MOTTA, F.C.P. **Teoria da administração: alcance, limites, perspectivas**. Rio Janeiro, ENSP/Fiocruz, Fundap, 1990.

MOTTA, P.R. **Participação na gerência: uma perspectiva comparada**. RAP. 15 (4), 1981

OMS. **The world health report. Improving performance**. Geneva, World Health Organization. 2000.

OMS. **World Health Report**. Geneva, World Health Organization, 2000.

PIOLA, S.F. & BIASOTO, G. Financiamento do SUS nos anos 90 In: NEGRI, B; GIOVANNI, G.(orgs.) **Brasil – radiografia da saúde**. Campinas, Unicamp, IE, 2001.

PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M. **Economia da saúde. Conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília, Ipea, 1995.

PORTER, M.E. **Choix Stratégiques et Concurrence**. Paris, 1982. apud ARTMANN, E. **Demarché Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque em busca da mudança através da comunicação e da solidariedade em rede**. Campinas, 2002. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

PORTO, S. *et al.* **Metodologia eqüitativa de alocação geográfica de recursos**. Relatório de pesquisa, (mimeo), 2002.

REIS, A.A.C. **Cartas sanitárias: Um Instrumento para o Processo de Planejamento Participativo e de Gestão Estratégica de Serviços Básicos de Saúde**. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP], 2001

REIS, A. CAMPOS, C.R. MALTA, D.C. & MERHY, E.E. **Posfácio** In: **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã VM, 1998.

RINGEN, K. & EVANG K. **A Giant in Public Health**. J. Publ. Health Pol., 1990.

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao planejamento estratégico)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

RIVERA, F.J.U. **Planejamento e programação em saúde, um enfoque estratégico**. São Paulo, Ed. Cortez/Abrasco. 1989.

SALTMAN, R.B. & FIGUEIRAS, J. **European Health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SANTOS & FIALHO, L.C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec/Edusp, 2 v., 1991.

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

SILVEIRA, L.T. **Construindo indicadores e escutando “ruídos”: Uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado. O Qualis/Zerbini/SP (Uma modelagem do PSF)**. Campinas, 2003. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP].

SOUZA, C. **Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização**. DADOS, Revista de Ciências Sociais, vol 4, nº 3 Rio de Janeiro, 1998.

SOUZA,R.M.P. A **"Demarche"** Estratégica: uma abordagem teórico-metodológica. Rio de Janeiro, 1997. [Dissertação de Mestrado, FIOCRUZ - ENSP].

SOUZA, M.& KALICHIMAN, A. **Vigilância à saúde:epidemiologia, serviços e qualidade de vida.** São Paulo, Caderno Cefor, Série Textos, 1992.

STARFIELD,B. **Primary care: balancing health needs, services and technology.** New York, Oxford Univ. Press, 1998

TERRIS, M. **Tendências actuales en la salud pública de las Américas. In: OPAS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.** Washington, OPS/OMS, Publ. Cient nº 540, 1992.

TOURAINÉ, A. **As possibilidades da democracia na América Latina.** Rev. Bras. Ciências Sociais, 1: 5-15, 1986.

UGÁ, M.A.D. **Ajuste estrutural, governabilidade e democracia.** In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L. **A miragem da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

UGÁ, M.A.D. **Os instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações.** In: PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M. **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília, IPEA, 1995.

UGÁ, M.A.D. **Competição Administrada pelo Estado: Notas para Discussão.** Londrina: Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Nº 46, mar 1995;

UGÁ, M.A.D. **Descentralização e democracia: o outro lado da moeda.** Planejamento e Políticas Públicas, 5: 87-104, 1991.

UGÁ, M.A.D. **Proposta de reforma do setor saúde no contexto do ajuste macroeconômico.** IMS. Rio de Janeiro, (mimeo), 1997

UGÁ, M.A.D. **Análise da conjuntura do financiamento do setor saúde no Brasil. Relatório de Pesquisa.** Rio de Janeiro, ENSP, (mimeo), 1999.

VIANNA, S.M. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2001.