

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde

Margarete Farias de Moraes

Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso
Clínica São Vicente

Rio de Janeiro
2005

MARGARETE FARIAS DE MORAES

Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente.

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira

Rio de Janeiro
2005

M828a MORAES, Margarete Farias de
Algumas considerações sobre a história dos hospitais

privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente/
Margarete Farias de Moraes. - Rio de Janeiro: 2005.
119f. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências da
Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.
Bibliografia: f.116-119.

1. Hospitais. 2.História. 3. História das ciências
4. Clínica São Vicente. 5. Saúde. 6. Hospitais privados.
7. Brasil.

CDD 362.1109

ö

MARGARETE FARIAS DE MORAES

Algumas considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso
Clínica São Vicente

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em História da Saúde da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de
Concentração: História das ciências.

Aprovada em julho de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira – Orientador
Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Dilene R. Nascimento
Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Lizete Macário
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.Dr.André de Faria Pereira Neto
Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2005

Aos meus filhos, Lukas e Arthur pela paciência nas horas de ausência e falta de atenção.
Ao meu marido pela compreensão e apoio durante todo o trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Luis Antônio, meu orientador, pela tranquilidade e respeito que conduziu a orientação deste trabalho.

À direção da clínica São Vicente pelo apoio ao disponibilizar seus documentos.

À Aldeci Santana, funcionário do Arquivo Geral da Clínica São Vicente pela ajuda na recuperação dos documentos utilizados neste trabalho.

ö

SUMÁRIO

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
------------------------------------	-----

ö

RESUMO

O presente trabalho conta a história de um estabelecimento privado de saúde, a Clínica São Vicente, que foi fundada em 1933, pelos médicos Genival Londres e Aluizio Marques, à época destinada ao repouso de pacientes cardiológicos e psiquiátricos. Em 1969 empreendeu um projeto de transformação em hospital moderno no intuito de ser inserida no mercado privado de saúde, que ao mesmo tempo se desenvolvia com a entrada dos

planos de saúde no cenário da saúde privada, que o fortaleceu e expandiu. A análise da transformação baseou-se em cinco elementos extraídos do conceito de hospital moderno que se cristalizou a partir da década de 1950, a saber: oferta de procedimentos cirúrgicos, serviços em várias especialidades, tecnologia, administração moderna e ensino e pesquisa. Este período de transformação foi estendido por toda década de 1970 e fechou seu ciclo nos primeiros anos da década de 1980 a partir de sucessivos acontecimentos e conjunturas, entre eles, a crise econômica que bateu o Brasil entre o final da década de 1970 e início da de 1980, o aumento da concorrência e a morte da cantora Clara Nunes.

ö

ABSTRACT

This assignment tells the story of a private medical enterprise, Clínica São Vicente, founded in 1933 by doctors Genival Londres and Aluizio Marques, at the time destined for the resting of cardiac and psychological patients. In 1969 was put in course a transformation project on its facilities, in order to adapt it to the private welfare system that was being taken over, back then, by dozen health care private companies, forcing its limits onto broader dimensions. Transformation analysis, was based on 5 elements extracted from 50's modern medical center concept such as; surgical proceeding offer, varied specialized services, modern technology and administration, research and teaching. This transformation period was extended throughout seventy decade and finally ended its cycle on 80's early years, after successive downfalls of brazilian economy, among then late seventies/early eighties economic crisis, the increase of market competition and the Clara Nunes pass away.

1. INTRODUÇÃO

O total distanciamento entre o historiador e seu objeto, era para os estudiosos do passado, imprescindível para um trabalho histórico ser classificado como científico. Hoje sabemos desta impossibilidade e vemos isso como uma quase ilusão. Historiador e objeto sempre, de certa forma, estão relacionados, nem que seja apenas na motivação da escolha.

A escolha da Clínica São Vicente como objeto deste trabalho se deveu a minha ligação profissional com ela por mais de 11 anos. Contratada nesta instituição como estagiária de seu Arquivo Médico em 1991, meu primeiro contato com ela já foi com sua história assistencial, visto que possuía prontuários desde a fundação de sua segunda sede em 1949. Mas foi o contato com sua documentação permanente administrativa, que fui incumbida de organizar em 2001, que definitivamente determinou minha decisão de analisar sua história. Através do árduo trabalho de selecionar, examinar minuciosamente, catalogar e às vezes também descartar seus registros do passado, percebi similitudes entre seus importantes processos de transformação com panoramas externos, como por exemplo o crescimento do mercado privado de serviços de saúde e predominância de seu financiamento pelos planos de saúde.

Este trabalho tem como objeto a investigação da história deste estabelecimento de saúde fundado em 1933 e ainda hoje atuando no mercado privado de saúde no Rio de Janeiro. Com ele pretendo contextualizar as diversas transformações ocorridas durante toda sua história, relacionando-as com as mudanças e crises pelos quais passaram o sistema e o mercado privado de saúde. Focaremos nossa análise na problemática do período de 1960 a 1985, por consideramos crucial para a construção do mercado privado de saúde e conseqüentemente para a prática médica. Nesse momento, a Clínica São Vicente empreendeu um grande projeto de transformação, entrando num ciclo de modernização e profissionalização. No final deste período, seu ciclo de expansão se esgotou. Esta interrupção deveu-se a diversos fatores, entre eles podemos citar: a recessão que se instalou no Brasil no período entre 1981 e 1983, o aumento da concorrência com a inauguração e reforma de hospitais privados de corpo clínico aberto na Zona Sul do Rio de Janeiro e a morte da cantora Clara Nunes, que a expôs na mídia de forma negativa.

Este trabalho pretende mostrar que o seu projeto de transformação em hospital moderno, empreendido a partir de 1969, esteve ligado a uma necessidade de adaptação à medicina moderna e ao mercado privado de saúde. Utilizamos o conceito de hospital moderno a partir da década de 1950 (Pedrosa, 2004; Perrone, 1958; Quinto Netto & Bittar, 2003), onde 5 elementos foram identificados na construção dos conceitos encontrados. Um hospital moderno precisa oferecer procedimentos cirúrgicos, dispõem para seus pacientes serviços em diversas especialidades, tem aporte de uma administração moderna para gerenciar a realidade complexa de um hospital moderno, tem na tecnologia um de seus mais importantes recursos e promove ensino e pesquisa.

O período do trabalho compreende o ano de 1933, ano da fundação da Clínica São Vicente, à época designada Sanatório São Vicente, a 1983, ano que se fecha o ciclo de transformações. Entretanto, como afirmamos acima, o foco de análise está restrito ao período de 1969 a 1983, momento no qual viveu um projeto de transformação em hospital moderno, que é o principal objeto deste trabalho.

As fontes utilizadas neste trabalho pertencem ao arquivo da instituição, sendo o período de 1970 a 1990 o mais amplamente documentado. As fontes relativas ao período anterior à inauguração da segunda sede em 1949, não foram encontradas na quantidade necessária para um completo resgate deste período.

Para melhor análise do objeto no contexto exposto acima serão trabalhados a história dos hospitais e o momento que ele passou a ser o centro do sistema de saúde, a história da medicina, trabalhando o conceito de medicina moderna e a história sobre o mercado privado de saúde. Todas as questões imprescindíveis na análise a que pretende este trabalho.

As análises relativas ao sistema de saúde brasileiro estão circunscritas à saúde privada. Ao contar a história da clínica São Vicente, no período focado acima, não se pretendeu fazê-lo à luz da problemática da saúde pública. Todas as referências à saúde público estão sendo usadas somente para melhor compreensão do desenvolvimento dos objetos deste trabalho. Esta história refere-se a um estabelecimento privado de saúde e é neste contexto que ela será trabalhada.

2 SOBRE A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS

O hospital, como lugar específico de cura, já existia na antiguidade greco-romana. Nos templos de adoração a Asclépio¹ existiam diversos pavilhões destinados a sacrifícios, ritos funerários e ao tratamento de doentes. Na longa história da hospitalização, os hospitais se transformaram na Idade Média em espaços de reclusão, dirigidos por ordens religiosas. Além de instituição da caridade, também eram locais das quarentenas, espaço impingido aos que podiam afetar a harmonia das vilas e das comunidades, principalmente nos períodos das pestes². Nosocômios, lazaretos, leprosários seja lá qual for o nome dado ao lugar que neste período era destinado aos que careciam de assistência mais religiosa do que de cura física, eles nada tem em comum com os nossos conhecidos hospitais, pois a medicina se desenvolveu neste período distante do ambiente “hospitalar” (Foucault, 1979). Durante a modernidade, o hospital deixou de pertencer, na sua totalidade, as ordens religiosas, mas manteve seu caráter de assistência social, acumulando um outro papel: tal qual os estabelecimentos penais da época, eles eram responsáveis pelo controle e disciplinamento da vida urbana, segregando pessoas tidas como perigosas à comunidade, como os mendigos, vadios, imigrantes, loucos, portadores de doenças repulsivas entre outros (Antunes, 1999). Mas estes hospitais muitas vezes provocavam doenças ao invés de curá-las. As camas coletivas, a mistura de doentes agudos com os convalescentes, a superlotação, falta de recursos e conseqüentemente os altos índices de mortalidade faziam com que eles fossem, muitas vezes, nocivos à vida urbana. O alto risco que era uma internação hospitalar fazia com que os ricos se afastassem do hospital preferindo o tratamento domiciliar (Antunes, 1999), pois, à época, não havia procedimentos médicos exclusivamente hospitalares, podia-se operar o paciente na mesa da cozinha ou dar a luz em casa (Porter, 2002).

O médico ou o tratamento médico só entrou no ambiente hospitalar no século XVIII. Neste momento, o hospital passou a ser um local de exercício de uma ação terapêutica efetiva sobre os doentes e as doenças. Para tanto ele se transformou e adquiriu uma orientação específica, disciplina e arquitetura hospitalar³ voltada para prática médica. A partir de então, médico e hospital se integram formando uma associação unívoca, fato que refletiu na figura do médico como a autoridade máxima técnica e administrativa do hospital (Foucault, 1979). A questão hospitalar na Europa oitocentista também trouxe a novidade dos hospitais especializados para complementação aos gerais. São desta época a construção de hospitais específicos para tratamento de doenças venéreas, partos (as casas de parto) e hospícios (Porter, 2002).

¹ Por volta de 200 ac o culto a Asclépio se propagou a ponto de toda cidade grega ter um templo erigido a ele. A tradição dos templos a Asclépio também foi incorporada pela cultura romana. Nestes templos, os doentes adentravam câmaras com imagens de Asclépio, para receber em forma de sonhos (ritual do sono sagrado) o tratamento adequado para sua doença. Há relatos de sonhos onde Asclépio orientou um doente com um tumor na virilha, que partisse para uma longa viagem a cavalo (Antunes, 1999).

² Neste mesmo período os muçulmanos já tinham seus hospitais com níveis muito superiores aos do mundo ocidental no que diz respeito às condições de higiene, cuidados, instalações e medicamentos. Possuíam enfermarias para homens, mulheres e convalescentes, além de cozinha dietética, ambulatório, biblioteca e asilo para órfãos (Cherubin, 1997).

³ A construção hospitalar foi enormemente desenvolvida a partir do incêndio do Hôtel Dieu de Paris em 1722. Foi delegada a Academia de Ciências de Paris um programa de reconstrução do hospital que serviu de orientação para construção de hospitais por mais de um século (Foucault, 1979; Cherubin, 1997). Segundo Foucault (1979), esses novos hospitais seriam verdadeiras “máquinas de cura”, que além de atuação terapêutica tinham uma ação disciplinar sobre seus internos, impedindo-os de propagar as doenças que portavam.

Para Porter (2002) a conquista dos hospitais pelo médico veio em etapas. Primeiro pela necessidade de casos clínicos em número suficiente para formação dos estudantes de medicina. Segundo, por novas abordagens médicas baseadas no exame clínico mais rigoroso e sistemático⁴, na anatomia patológica e na estatística, que precisavam de abundante experiência direta para se desenvolver. A terceira e decisiva etapa veio com a descoberta do uso de produtos anti-sépticos e anestésicos que permitiram procedimentos cirúrgicos mais avançados e invasivos.

No final do século XIX o hospital já havia perdido parte de sua imagem de “refúgio da morte” para se transformar em uma verdadeira “máquina de curar”. Este novo hospital começou a chamar atenção dos que podiam pagar e para eles foram construídos pavilhões especiais. À medicina hospitalar designou-se “clínica”, tornou-se o eixo central do campo médico a partir de então (Porter, 2002).

Entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX, os avanços científicos permitiram conhecer os mecanismos de ação de muitas doenças e chegar às suas origens. A microbiologia possibilitou uma maior precisão e precocidade diagnóstica, alargando os meios ou instrumentos terapêuticos e preventivos permitindo assim uma maior sobrevivência dos pacientes. A partir deste período, também se ampliou o uso de tecnologias médicas para diagnóstico como o Raio-X (1895) e o uso de fármacos realmente eficazes para terapêutica como a sulfa (1936) e a penicilina (década de 1940). A Segunda Grande Guerra Mundial foi um grande laboratório no desenvolvimento de novas técnicas para atendimento aos feridos, testagem de medicamentos e tecnologia nos hospitais do front. O hospital no pós-guerra viveu uma grande mudança. Aglutinou as tecnologias médicas e possibilitou a interdisciplinaridade na assistência. Tornou-se o centro dos sistemas de saúde (Porter, 2002; Schraiber, 1997).

A década de 1950 cristalizou o conceito de hospital que conhecemos hoje, inclusive a OMS⁵ – Organização Mundial de Saúde, passou a disciplinar e orientar a atividade hospitalar e em 1957 estabeleceu o conceito de hospital moderno como

“Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais” (Pedrosa, 2004, p. 20).

Para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) hospitais são:

"Todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos" (Quinto Neto & Bittar, 2003, p.13).

⁴ Porter (2002) atribui ao médico alemão Arthur Hertzler (1870-?) a introdução do exame clínico rigoroso de todos os sistemas do paciente nas consultas. Apesar de visto como muito invasivo e constrangedor, até pelos próprios médicos da época, foi incorporado definitivamente à prática médica a partir de então.

⁵ Após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), foi estabelecida uma agência especial para as questões mundiais de saúde, a Organização Mundial da Saúde criada em 1946. Entretanto a primeira associação internacional de saúde pública nasceu nas Américas em 1902, o Departamento Sanitário Internacional (*International Sanitary Bureau*) que evoluiu posteriormente para a atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que a partir de 1947 passou a ser um dos escritórios regionais da OMS na América (Lima, 2002).

Para efeito de aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, conceitua-se hospital, independentemente da sua denominação, como:

"Todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos" (ibid, p.20).

Na segunda metade do século XX, o número de leitos hospitalares cresceu significativamente em todo mundo. Nos Estados Unidos, em 1909, haviam 400.000 leitos hospitalares, já em 1973 eles somavam 1 milhão e meio de leitos. Na Inglaterra o número de leitos por habitante havia duplicado entre 1860 e 1940 e entre 1940 e 1980 havia duplicado novamente (Porter, 2002). Segundo este autor, em todo o mundo ocidental a oferta de leitos hospitalares cresceu significativamente entre 1920 e 1980. Vistos como indispensáveis à vida moderna, sua presença nos sistemas de saúde foi, e ainda é, uma predominância.

2.1 Hospitais no Brasil

A assistência hospitalar à população brasileira, desde o início da colonização, era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela filantropia em geral⁶. Os hospitais militares surgiram no país a partir do século XVIII, ocupando os edifícios dos jesuítas recém expulsos do país e oferecendo assistência somente aos componentes das tropas. Até o final do século XIX, o problema principal no que tange a saúde da população eram as pestes, principalmente varíola e febre amarela. A organização dos serviços era precária e os conhecimentos científicos estavam baseados nas concepções miasmáticas das doenças⁷. Para combater as doenças e proteger a população, as ações públicas se preocupavam com o espaço urbano e com a circulação do ar e da água. Até este momento estas questões eram de responsabilidade de autoridades locais que tomavam medidas contra sujeira das ruas e das casas. Os indigentes e os pobres eram assistidos em instituições filantrópicas ligada à igreja católica, ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes. O restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais como cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros e curiosos. Os surtos epidêmicos (que se ampliaram em meados do século XIX com as epidemias de febre amarela e cólera) encontraram o Império Brasileiro completamente desprovido de leitos hospitalares, para atendimento à enorme demanda de doentes⁸. Como os poucos

⁶ A Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por iniciativa de Brás Cubas em 1543, foi o primeiro estabelecimento hospitalar na então colônia brasileira e o segundo nas Américas. O segundo estabelecimento hospitalar foi fundado em 1550 em Salvador, a Santa Casa de Salvador. O objetivo na criação destes primeiros estabelecimentos era atender aos viajantes e marinheiros cansados e debilitados fisicamente pela longa e árdua travessia do Oceano Atlântico. Durante quase todo período colonial a assistência hospitalar a população esteve a cargo das enfermarias Jesuítas e posteriormente das Santas Casas de Misericórdia (Telarolli Junior, 1995).

⁷ A concepção miasmática foi a crença em que a contaminação das doenças era atribuída às emanações do solo, a partir da exalação pútrida de animais ou vegetais em decomposição. Esta teoria foi a grande orientadora das políticas públicas de saúde em todo mundo até a descoberta da microbiologia (Porter, 2002).

⁸ As primeiras epidemias de febre amarela, a partir de 1849, mostraram a ineficiência da organização sanitária municipal e da atuação do Estado. Em 1850 foi criada a Junta de Higiene Pública, visando unificar os serviços sanitários do Império. Apesar desta iniciativa, no final do século XIX a situação sanitária no Rio de Janeiro era extremamente precária, não diferente do restante dos estados da federação (Chalohoub, 2001).

leitos privados não estavam sendo usados para este fim, os hospitais filantrópicos ficaram repletos, até que o Estado Imperial, a partir de 1850, inaugurou os primeiros hospitais de isolamento e enfermarias destinados à atenção e segregação dos enfermos das epidemias na corte. Muitos desses hospitais e enfermarias, inaugurados em caráter campanhistas, passadas as epidemias, continuaram suas atividades durante todo século XX (Araújo, 1982). Os hospitais de isolamento, criados por diversas instâncias do Estado, as clínicas privadas, voltadas para o público mais abastado e os hospitais das ordens religiosas ou de entidades filantrópicas eram o que existiam de oferta de assistência hospitalar a população brasileira neste período.

A atuação do Estado na oferta de assistência médica a população, principalmente a hospitalar, até a década de 1920 era quase inexistente⁹. A exceção foram os estabelecimentos de assistência aos “alienados”, que do total de 32 existentes no país em 1912, 16 eram mantidos pelo governo federal, estadual ou municipal (IBGE, 2002). A assistência médica no Distrito Federal e nas outras cidades do país era praticamente privada, seja filantrópica, com alguns subsídios do estado, ou lucrativa (Vieira, 1982). Esta última surgiu na Capital do Império na segunda metade do século XIX e tentava oferecer à população abastada, atendimento diferenciado, visto a precariedade dos leitos filantrópicos e escassez de leitos e enfermarias particulares nas Santas Casas¹⁰. A população da cidade do Rio de Janeiro, no final do século XIX, contava com menos de 25 estabelecimentos gratuitos e com quase 40 casas de saúde com fins lucrativos, que eventualmente praticavam gratuidade (Araújo, 1982). Entre o final do século XIX e início do XX se multiplicaram estas casas de saúde e seriam criados novos hospitais, muitos deles relacionados com as colônias de imigrantes, mas a carência destas instituições continuava persistindo.

O Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920, representou um momento de ampliação da iniciativa pública sobre os problemas sanitários e de saúde¹¹. O DNSP, apesar de ampliar as ações do Estado e implantar novidades no controle da saúde pública, manteve várias práticas de controle sanitário do início do século, como por exemplo, as normas de controle das pessoas, que tivessem tido contato com doentes de enfermidades contagiosas ou tivessem vindo de áreas comumente conhecidas como focos de certas doenças. O departamento se caracterizou como uma das primeiras iniciativas de saúde do Estado brasileiro de âmbito realmente nacional.

A partir da década de 1920, com a criação do referido departamento, a assistência hospitalar no Brasil estaria cada vez mais relacionada com as políticas de Previdência Social. Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAPs, primeira modalidade de seguro para trabalhadores do

⁹ Para melhor entendimento dos censos consultados estou utilizando para este trabalho o conceito de que hospital é todo estabelecimento de saúde com internação, independente do número de leitos e dos serviços agregados

¹⁰ Com discurso da necessidade de modernização e manutenção da assistência hospitalar aos pobres, as Santas Casas, já no século XIX, abriram leitos e enfermarias privados para atender a população que poderia pagar por esses serviços (Vieira, 1982);

¹¹ A ampliação do Estado na saúde a partir do DNSP foi expressado através da criação dos Serviços de profilaxia rural nos estados, DF e territórios; Do controle da qualidade dos alimentos; Da vigilância sobre as condições de trabalho de mulheres e crianças; Do convênio com a Fundação Rockefeller para profilaxia da febre Amarela; Da criação para a cidade do Rio de Janeiro as Inspetorias de Higiene Industrial e Alimentar e a de Profilaxia da Tuberculose (que também serviam para vigilância das condições do trabalho operário); Do direito a aposentadoria, pensão e licença por doença ou invalidez aos funcionários públicos federais (Costa, 1985).

setor privado¹². Estas instituições organizadas pelas empresas¹³, através de um contrato coletivo e compulsório e sob a forma de contribuição, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes. Não pretendendo entrar no mérito dos objetivos do Estado com a iniciativa de implementação de um seguro social, que para a maioria dos autores foi uma atitude com caráter altamente controlador dos segmentos dos setores essenciais da economia brasileira (Cohn, 2003). As CAPs tinham uma forma de financiamento tripartite, onde Estado, empregadores e funcionários arcavam com o financiamento, entretanto os únicos que não podiam repassar os custos eram os funcionários, pois o Estado podia adiar seus compromissos ou até mesmo aumentar impostos para compensar seus gastos, os empregadores podiam repassar estes custos para os preços dos produtos/serviços, entretanto os funcionários não tinham para quem repassar estes custos.

Contando com um volume insuficiente de recursos para construção de uma infra-estrutura para assistência médica de seus filiados e dependentes, as CAPs contratavam serviços médicos privados para suprir sua demanda. Para Cohn (2002, p.230) “datam portanto desta época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo estado e sem ônus para os cofres públicos”. Diferentemente do Chile e México, onde a privatização da assistência médica só foi observada com mais relevância a partir da década de 1970. No Brasil, se compararmos com estes dois países, o processo de privatização da assistência médica é extremamente precoce, com credenciamentos deste tipo de serviço pelas CAPs já na década de 1920 (ibid).

Com as CAPs, a oferta de assistência médica hospitalar aumentou, mas de forma desproporcional. Algumas categorias profissionais eram melhores assistidas do que outras, devido às diferenças orçamentárias destinadas a assistência médica de cada uma das CAPs. De forma semelhante, a partir da década de 1920, com a Reforma de Luis Barbosa¹⁴ (transferência da responsabilidade dos serviços sanitários do município para esfera federal), à municipalidade ficou reservada a assistência médico-farmacêutica. A oferta de serviços públicos se ampliou, mas restrita a urgências, ambulatorios, dispensários de especialidades e controle sanitário, não atingindo todas as necessidades de saúde da população e nem tão pouco cobrindo toda sua extensão territorial.

As CAPs constituíam uma previdência social e conseqüentemente uma assistência médica descentralizada, fragmentada e desproporcional, pois como cada CAP geria seus recursos como queria, os benefícios da previdência social e assistência médica não eram iguais para todos os trabalhadores. Estar bem assistido dependia de que CAP o indivíduo era filiado, fora o fato de que para ser assistido era preciso estar formalmente empregado e em uma empresa que tivesse instituído sua caixa de assistência.

A década 1930 inaugurou uma nova era na saúde pública no Brasil, onde para Braga e Paula (1986, p.50) “emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais

¹² A primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão foi criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional. Já em 1930 haviam 47 caixas com 142.464 segurados ativos, 8.000 aposentados e 7.013 pensionistas. Em 1934 o número de caixas chegava a 176 (Pawel, 1953).

¹³ A criação das CAPs só era facultativa para empresas com menos de 50 empregados (Cohn, 2003).

¹⁴ O modelo de assistência médica que propunha esta a Reforma de Luis Barbosa, criada em 1921, estava centrado no conjunto pronto socorro, dispensário e assistência domiciliar, complementares e subordinados a saúde pública, mas com sentido filantrópico-liberal, na medida que deixava a assistência clínica e cirúrgica eletiva para a medicina liberal. Este modelo municipal serviria também aos interesses da especialização e treinamento médico, dentro da visão de que os estabelecimentos hospitalares seriam comparados a um laboratório para o médico (Vieira, 1982).

precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação”. O governo de Getúlio Vargas empreendeu um processo de capitalização do Estado com claras ações de incentivo à indústria nacional. Um novo tipo de Estado nasceu após 1930, diferente do estado oligárquico, não apenas pela centralização e pelo maior grau de autonomia, como também pela promoção da industrialização, pela atuação social e da centralização das forças armadas no objetivo de criação de uma indústria de base. O Estado getulista promoveu o capitalismo nacional suportado no fortalecimento do aparelho do estado, nas forças armadas e na aliança entre a burguesia industrial e setores da classe trabalhadora urbana (Fausto, 1996).

Um Estado forte e centralizado demandava políticas sociais arrojadas e únicas para todo território nacional¹⁵, assim as políticas de saúde não fugiram a esta regra. Para Braga e Paula (1986) estas políticas se centraram em dois pilares fundamentais: a saúde pública e a medicina previdenciária. O primeiro imensamente revigorado com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública¹⁶ e mantida como centro das políticas de saúde até meados da década de 1960. A primazia da saúde pública sobre as políticas de saúde deveram-se às demandas urbanas que já se observavam no final do século XIX e se acentuaram a partir da década de 1920/30 com o processo de imigração, industrialização e o surgimento das classes médias urbanas. Vários autores afirmam que a vida urbana, com seu desenvolvimento provocado pelo crescimento do capitalismo brasileiro, demandou políticas de saúde que garantissem a manutenção da saúde da massa de trabalhadores (Braga e Paula, 1986; Costa, 1983; Telarolli Junior, 1996).

Na década de 1930 as CAPs são unificadas e absorvidas pelo Institutos de Aposentaria e Pensões, que passam a congregam os trabalhadores por categorias profissionais. A mudança foi substancial, pois agora os institutos são de caráter nacional e inseridos em uma ampla rede de categorias profissionais. São também entidades autárquicas, sendo que nos IAPs o Estado tinha presença direta. Em ambos os modelos a administração foi através de um colegiado com participação de empregados e empregadores, mas enquanto nas CAPs o colegiado tinha poder deliberativo e não havia representante do Estado, nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. Os representantes dos trabalhadores eram escolhidos a partir de uma relação elaborada por representantes daqueles sindicatos reconhecidos pelo Estado. Segundo Cohn (2003) esta nova estrutura previdenciária, conjugada à legislação trabalhista e sindical, formariam o tripé que instituiu uma relação verticalizada do Estado com a sociedade civil, onde as questões de saúde da população, e aí se incluem a assistência hospitalar, estariam submetidas à nova formatação esta relação.

2.2 A oferta de leitos hospitalares no Distrito Federal

A oferta de leitos hospitalares a partir de 1930, foi ampliada em virtude das políticas públicas de saúde de caráter mais continuado. O Distrito Federal foi alvo de várias ações no sentido de implementar políticas públicas de saúde e principalmente ações para

¹⁵ Pelo caráter federalista da Primeira República, as ações sanitárias do Estado restringia-se à Capital Federal e aos portos (Braga e Paula, 1986).

¹⁶ A criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, fez parte do processo de centralização no que tange as políticas de saúde pública. Este ministério era composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento nacional de Saúde. A partir de 1934 este último passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, que a ele estava ligado a Diretoria de Assistência Hospitalar (ibid).

aumento da oferta de leitos hospitalares. Neste sentido, no caso específico do Rio de Janeiro, a década de 1930 foi peculiar pelo decreto-lei 4252, de 8 de junho de 1932, do então prefeito Pedro Ernesto. Este decreto delineou um modelo assistencial diferente do até então observado na Capital da República. As ações do Estado no que tange a assistência médica se limitavam a oferta de assistência, como vimos, voltado para a prestação de socorros urgentes, 24 horas por dia, e que podiam ocorrer nas vias públicas, nos domicílios ou nas fábricas para socorro aos acidentes de trabalho. Quase todos os hospitais municipais que conhecemos na Cidade do Rio de Janeiro hoje (Carlos Chagas, Miguel Couto, Getúlio Vargas, entre outros) foram construídos ou planejados na gestão de Pedro Ernesto. O objetivo era atender a demanda da massa de trabalhadores, por isso terem sido construídos próximos a núcleos operários, entretanto a gratuidade à população indigente foi uma prática, e inclusive estava previsto nas regras de funcionamento destes estabelecimentos. O referido decreto pretendeu ampliar, consideravelmente, a oferta de leitos para hospitalização, como melhor organizar e estruturar um embrionário sistema de saúde, com controle não só da assistência pública como da privada, filantrópica ou lucrativa (Vieira, 1982).

Pedro Ernesto Batista¹⁷ foi prefeito do Distrito Federal entre os anos de 1931 e 1936. Neste período empreendeu uma política social abrangente, onde a assistência médica foi um viés fundamental. O projeto social de Pedro Ernesto estava alinhado com a conjuntura política brasileira que se seguiu a partir da Revolução de 1930¹⁸, ou seja, maior presença do Estado em todas as dimensões da sociedade. As políticas sociais deste período são identificadas como populistas, na medida que organizaram o poder, para um compromisso entre as novas massas urbanas e o Estado ou no caso, a municipalidade.

O panorama da oferta de assistência médica no Distrito Federal no início da década de 1930, principalmente da hospitalar, não era nada animadora. Em 1933 existiam na capital da República 75 instituições de assistência com 11405 leitos, 17 casas de saúde, 13 maternidades e 43 hospitais. Sendo que 56,55% eram do poder público. Os especialistas da época afirmavam que o déficit de leitos no Distrito Federal ficava em torno de 5900 leitos. Em contrapartida, os ambulatórios eram abundantes, pois necessitavam de baixo investimento e funcionavam como quase única alternativa para assistência à população. (Vieira, 1982). Os formuladores da Reforma de Pedro Ernesto diziam que a Reforma de Luis Barbosa pretendeu ampliar e sistematizar a assistência médica, mas não conseguiu atingir os objetivos.

A reforma Pedro Ernesto tinha como objetivo estabelecer um programa completo, abrangendo todas as modalidades de assistência social. Esta reforma cristalizou a política hospitalar e de assistência social no Distrito Federal. A reforma inaugurou um novo sistema hospitalar, onde inclusive surgiram os hospitais municipais, diferente da reforma de Luis Barbosa que ficou restrita à ampliação e extensão do modelo pronto-socorrista existente na época.

¹⁷ Pedro Ernesto era médico, cirurgião e militar. Era proprietário de uma casa de saúde vista como uma das melhores casas de saúde privadas do Brasil. Inaugurada em 1922, tinha 4 salas de operação, serviço de raio-x e serviço de radioterapia com Manoel de Abreu. Não ocupou outro cargo público depois que saiu da prefeitura do Distrito Federal. Foi preso e condenado por fazer resistência ao Estado Novo, mas foi absolvido em recurso impetrado ao Superior Tribunal Militar em 13/09/1937. Morreu em 4 de agosto de 1942 de câncer de próstata aos 58 anos (Vieira, 1982)

¹⁸ A Revolução de 1930 colocou fim a estrutura republicana criada em 1889, que se flagrava em séria crise interna que conjugada à crise econômica em escala mundial (crise de 1929), precisava de revisão política. A consolidação do novo modelo econômico implicou numa aceleração do processo de industrialização do país. Processo necessariamente sustentado e caracterizado por uma vigorosa intervenção do Estado na área produtiva e por seu esforço na disciplinarização das relações de trabalho (Fausto, 1996).

A política social de Pedro Ernesto se contrapôs ao ideal liberal-filantrópico de assistência médica da época, visto que a sua oferta ou estava ligada às casas de saúde privadas, onde só quem tinha acesso eram os abastados, ou à filantropia, que oferecia, além de uma assistência de qualidade duvidosa, não conseguia atender a demanda de pacientes. Não significa dizer que a reforma acabou com este modelo, ao contrário, o organizou em novos moldes. Com o aumento da oferta de leitos públicos municipais aos comprovadamente necessitados, a assistência médica privada se beneficiou, pois seu mercado ficou mais protegido, assim como se beneficiou também a filantropia com o alívio em sua demanda, cuja oferta sempre foi insuficiente.

A relação da prefeitura com o setor privado (filantrópico ou lucrativo), na administração de Pedro Ernesto, esteve sempre norteado pela idéia de complementaridade e coordenação dos serviços. O objetivo de Pedro Ernesto era garantir uma assistência médica de real eficiência, mesmo que para isto fosse necessária a utilização de serviços públicos já existentes (ou a construir) ou privados. Várias associações entre governo municipal e assistência privada foram consagradas para construção e aumento de estabelecimentos de saúde privados, sejam eles filantrópicos, mutualistas ou empresariais. Esta complementaridade entre rede pública e privada deveria gerar um enquadramento de subordinação dos últimos, necessariamente filantrópicos, ao sistema estatal de assistência médica. O controle sobre as instituições filantrópicas, criado na reforma de Luis Barbosa, permaneceu durante toda década de 1920 e continuou ser um item importante na reforma de Pedro Ernesto¹⁹.

As iniciativas estatais de ampliação da assistência médica, presentes na Reforma de Pedro Ernesto, não entraram em contradição com os interesses da filantropia, pois já era consenso que esta modalidade não conseguia atender a demanda por assistência médica da população do Distrito Federal. O perigo de conflitos estavam relacionados com a assistência privada lucrativa, principalmente com as clínicas dos médicos liberais. O rigor na identificação dos que realmente eram necessitados foi um ponto importante para apaziguar estes conflitos. A questão crucial era a limitação rigorosa da gratuidade. O próprio Pedro Ernesto era um grande empresário da saúde de sua época, sua casa de saúde era um ícone do surto de iniciativas particulares bem sucedidas na área da saúde, que se iniciou no pós 1920.

A lógica que permeou o sistema de assistência médica de Pedro Ernesto foi a descentralização, de forma que houvesse autonomia local através de organizações regionais, periféricas e policlínicas. A estrutura proposta para este sistema era a seguinte: os dispensários clínicos atenderiam aos que podiam se locomover e possuiriam uma seção de socorros urgentes; os hospitais regionais (periféricos) destinariam-se ao atendimento ambulatorial e prestariam socorro de urgência; os hospitais especializados ficariam para os casos de determinada especialidade e os hospitais de clínicas especializadas (policlínica) tratariam dos casos especializados, encaminhados pelos dispensários, hospitais regionais ou vindos diretamente dos hospitais de clínicas especializadas. As policlínicas, o centro do sistema, ficavam no na região central para atendimento a todo Distrito Federal. Esta centralização era justificada pelos altos custos deste tipo de serviço (Vieira, 1982).

Foram planejados ou construídos na administração de Pedro Ernesto os hospitais regionais e atuais: Rocha faria (Campo Grande), Carlos Chagas (Marechal Hermes), Miguel Couto (Gávea), Pedro Ernesto (Vila Isabel) e Getúlio Vargas (Penha). Parte do financiamento para reforma e construção da rede de hospitais veio da legalização dos cassinos, que

¹⁹ A prefeitura do Distrito Federal subvencionava algumas instituições privadas filantrópicas através de contrato onde constava que elas se submetiam a fiscalização do Departamento Geral de Assistência Médica, inclusive apresentariam mapa estatístico segundo formato deste departamento (Vieira, 1982).

repassavam 10% de tudo que arrecadavam para os cofres da prefeitura e desta renda 50% eram destinadas a despesas com os hospitais e assistência social (Vieira, 1982). A reforma Pedro Ernesto, no que tange à assistência médica, destacou-se pelo modelo de tratamento individualizado em grande escala, através de uma rede de ambulatórios e hospitais localizados nos centros de concentração populacional. Para Vieira (1982), neste sentido, representou um modelo mais acabado de tendência à intervenção do Estado no processo de medicalização da sociedade, principalmente das massas urbanas, que já vinha sendo formatado durante a década de 1920, substituindo as políticas de saúde de linha campanhistas e sanitárias dos primeiros anos do século XX (Vieira, 1982).

2.3 A oferta de leitos hospitalares no Brasil

O primeiro senso sanitário, assim chamado, com pesquisa mais ampla do número de estabelecimentos de assistência médica, seja ambulatorial ou hospitalar foi o de 1934. Nele constava um total de 1044 estabelecimentos em todo o país, sendo 723 estabelecimentos com internação, onde São Paulo (23%), Minas Gerais (19%), Rio Grande do Sul (12%) e Distrito Federal (9%) juntos detinham 63% de todos os estabelecimentos de internação do país. Foram registrados neste censo 67153 leitos de internação, a distribuição neste caso se modificou um pouco onde São Paulo (27%), Distrito Federal (18%), Minas Gerais (14%) e Rio Grande do Sul (10%)²⁰ juntos detinham 69% de todos os leitos de internação do país. O Distrito Federal detinha 11,13% de todos os estabelecimentos particulares do Brasil e também quase todos os estabelecimentos de saúde (com e sem internação) mantidos pelo governo federal (IBGE, 2002). Estes dados mostram a severa desigualdade na distribuição de leitos hospitalares no país, mesmo considerando serem estes os estados com maior densidade populacional.

O mesmo censo mostrou ainda que até final da década de 1930, São Paulo apresentou um incremento na oferta de assistência médica anterior aos outros estados. Neste estado, o incremento iniciou entre o final do século XIX e início do XX e no restante do país, o incremento foi mais importante a partir da década de 1920. Este aumento de estabelecimentos em São Paulo se deveu as políticas públicas de saúde que antecederam as do Rio de Janeiro e dos outros estados²¹ (ibid).

No período tratado neste trabalho, observou-se dois importantes momentos de crescimento da rede hospitalar brasileira. O primeiro entre os anos de 1933 e 1942, onde o número destes estabelecimentos cresceu 90% e entre os anos de 1965 e 1976, onde foi observado os mesmos 90% de crescimento. Entre os anos de 1984 e 1996 observou-se um decréscimo de 6,9%. Quando fazemos análise do número de leitos o comportamento se assemelha.

Gráfico 1

μ §

Fonte: Estatística século XX - IBGE/2002

Ao tentar explicar a explosão de estabelecimentos hospitalares no primeiro período referido acima, podemos citar a maior oferta de assistência hospitalar por parte do Estado, a partir do Estado Novo e o desenvolvimento de uma rede de hospitais privados para atendimento da crescente demanda por assistência gerada pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões, e pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões posteriormente. Isto se deveu porque no período de 1933 a 1938 as CAPs foram unificadas e absorvidas pelo Institutos de Aposentadoria e Pensões que passaram a congregar os trabalhadores por categorias profissionais. Em 1966 estes institutos são unificados para criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social²².

²⁰ Até 1938 em São Paulo, 34% dos estabelecimentos de saúde foram construídos entre 1890 e 1919 e 53% foram construídos entre 1920 e 1938. Já no Distrito Federal, até o mesmo ano, 21% dos estabelecimentos de saúde foram construídos entre 1890 e 1919 e 65% foram construídos entre 1920 e 1938.. Já em todo o resto do Brasil a dinâmica foi parecida com a do Rio de Janeiro: 23% dos estabelecimentos de saúde foram construídos entre 1890 e 1919 e 60% foram construídos entre 1920 e 1938 (IBGE, 2002).

²¹ Sobre o desenvolvimento diferenciado da saúde pública no Estado de São Paulo ver: Hochman, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política pública do Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998).

²² Neste momento o sistema previdenciária vai se alterar com a Lei Orgânica da Previdência Social, que propõem a uniformização dos benefícios pelos Institutos e também é partir de então que a assistência médica passa a ser de responsabilidade obrigatória por parte dos Institutos, situação que era heterogênea, onde cada instituto dedicava recursos para assistência médica da forma e no nível que melhor lhes conviessem.

O segundo período coincide com a unificação destes institutos. Com isso houve um aumento de compra por serviços terceirizados em detrimento de uma rede própria previdenciária. Para Oliveira e Teixeira (1989), o Estado militar assume ao mesmo tempo papel regulador e incentivador das iniciativas privadas na saúde. Ao mesmo tempo estatizante e privatizante. Para esses autores o período militar cristalizou a assistência médica, seja ela ambulatorial ou hospitalar, em um empreendimento empresarial. Como não há nos censos da área da saúde constância dos dados, não foi possível verificar a evolução no número de estabelecimentos hospitalares privados, principalmente nos períodos referidos. Assim, apesar das análises levarem a crer que o enorme incremento no número de hospitais nos períodos acima referidos, estiveram relacionados com contextos onde houve aumento da demanda para a saúde privada, na contratação de seus serviços, primeiro pelas caixas e institutos e posteriormente pelo Estado através do INPS, não há registros que possam sustentar esta hipótese com total segurança. O único dado que podemos utilizar para mostrar o impacto da assistência hospitalar privada no incremento no número de hospitais é o percentual de leitos privados em relação ao número total de leitos oferecidos à população. Em 1954 este percentual era de 57%, em 1961 ele subiu para 62% e em 1984 ele já era 76%. A partir de então esta representação vai gradativamente caindo para 71,5% em 1992 e 66,6% em 1999. Assim desde 1984 o número de hospitais privados vem diminuindo e equilibrando mais o mix público privado, entretanto isto se deveu também a um aumento da participação do setor público, ampliação entre os estabelecimentos com internação.

A entrada dos planos de saúde no sistema de saúde a partir da década de 1960, resultando em um mercado privado de saúde, possibilitou um desenvolvimento considerável da assistência hospitalar privada e foi responsável, em parte, pelo incremento no número de hospitais entre os períodos de 1965 e 1976 analisado acima²³. Além de ter sedimentado o hospital como centro da assistência, com suas estratégias de marketing, onde a tecnologia foi o carro forte das vendas, incentivando o aumento do consumo dos serviços hospitalares e aumentando a cultura da tecnologia médica (Veras, 2000).

Seja pelo panorama exposto acima, seja pela crise econômica que assolou o país, o número de hospitais privados sofreu um decréscimo na década de 1980 se contrapondo ao aumento da assistência ambulatorial privada, que cresceu 15% no mesmo período (Médici, 1992).

²³ O termo “planos de saúde” está sendo empregado para este trabalho de forma genérica. As formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil, atualmente se dividem em: medicina de grupo, seguros de saúde, cooperativas médicas e planos de empresa tipo auto-gestão (Almeida, 1998). O que caracteriza mercado privado de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre seus principais atores, médico, pacientes, estabelecimentos de saúde e financiadores. Este mercado é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que atende a uma determinada demanda ou clientela restrita. Neste mercado pode-se comprar os serviços diretamente no prestador, ou ainda, contratar planos de saúde para intermediar esta relação. Estes contratos podem ser voluntários ou compulsórios quando se trata de empresa (Almeida, 1998).

2.4 O hospital como centro da assistência

A assistência hospitalar assume grande importância na prestação de serviços de saúde por volta de 1945, se consolidando, em menos de uma década, como elemento central deste sistema. Esse processo demandou novas relações entre profissionais e novas formas de pensá-lo e geri-lo (Schraiber, 1997).

Até 1945 não havia menção a esta palavra nos censos de saúde. Os estabelecimentos eram divididos em com “internamento” e sem “internamento”²⁴. A partir de 1945 era considerado hospital os que tinham mais de 25 leitos para doentes internos e designava-se clínicas quando os estabelecimentos tinham menos de 25 leitos. No senso de 1945 a palavra hospital entrou nas estatísticas pela primeira vez, inclusive fez-se uma tabela somente para os hospitais, onde se contabilizou 317 hospitais nas capitais ofertando 43.784 leitos.

A partir da década 1950 a questão da assistência médica se centrou definitivamente no hospital, para tanto o Departamento Nacional de Saúde, através de sua Divisão de Organização Hospitalar definiu hospital como “instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, as pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem” (Perrone, 1958), assim para esta divisão, foram classificados como hospital todo estabelecimento de saúde com internação independentemente do número de leitos. Esta divisão inclusive, classificou os estabelecimentos de saúde em hospitalares e para-hospitalares (ibid). Esta mesma divisão se propôs designar os critérios mínimos de funcionamento de um hospital, tanto nos aspectos técnicos como administrativos, de controlá-los, concebendo-os como pilares fundamentais da assistência médica à população (Congresso Nacional de Hospitais, 1955). Para Braga e Paula (1986, p.157) “a ênfase no hospital reflete a forma ‘especializada’ pela qual se tem desenvolvido os saberes em todas as áreas científicas; a expansão do conhecimento se tem dado através do recorte de objetos específicos, aprofundando-se no domínio do detalhe e reduzindo-se sua amplitude e generalidade (...)o diagnóstico e a terapia são agora resultado do trabalho integrado de especialistas cada vez mais estritos” e o local de encontro dos especialistas deveria ser o hospital.

Para estes autores houve intensa vinculação entre o aumento do interesse capitalista na saúde e o enorme desenvolvimento e aprimoramento científico e tecnológico, vivido principalmente a partir da década de 1960. O dinamismo vivido pelo mercado de assistência médica hospitalar, nos últimos 40 anos, estaria relacionado com os avanços técnicos e científicos da medicina, com um conseqüente crescimento de um parque industrial da saúde de retaguarda, responsável pela produção de insumos e equipamentos biomédicos. Com a transformação do hospital na principal plataforma técnica assistencial tanto para assistência médica de internação como para ambulatorial, o mantenedor destas instituições acabam concentrando também os meios de produção dos diversos profissionais da saúde. O Hospital não se tornou somente o centro técnico-científico do sistema de saúde, ele passou a deter as ferramentas, visto como imprescindíveis a partir da década de 1960, dos profissionais de saúde que passaram a se submeter à lógica de sua burocracia e relações comerciais e políticas.

A Medicina Previdenciária só se sobrepujou à saúde pública, em termos de políticas estatais para saúde, a partir da unificação dos institutos de previdência com a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, no período do Estado militar. Durante

²⁴ Os estabelecimentos de saúde que não tinham internação prestavam os seguintes serviços: Consultas, Receitas aviadas, Curativos, Intervenções cirúrgicas, Exames radiológicos, Exames laboratório entre outros (IBGE, 2002).

toda década 1940 e 1950 cresceram as solicitações por assistência médica por parte dos trabalhadores. A reestruturação que procedeu, em meados da década de 1960, na Medicina Previdenciária foi a resposta do Estado militar a esta crescente demanda.

O processo constituição de uma Política Nacional de Saúde que iniciou a partir de 1930, viveu uma nova fase a partir de 1950, com a criação do Ministério da Saúde em 1953²⁵. A década de 1950 viu a consolidação das ações do estado na saúde. Toda estrutura estatal em saúde pública que vinha sendo constituída desde 1930 se consolida e se amplia a partir de 1950.

No que tange a assistência médica, Para Donnangelo (1975), o Estado brasileiro nunca desenvolveu (até a década de 1960) programas de oferta de assistência médica para população. Todos os esforços até este período foram concentrados na saúde coletiva, onde o saneamento e o combate às principais endemias foram prioridades para estas políticas. Vários outros autores (Braga e Paula, 1986, Oliveira e Teixeira, 1989) também confirmaram a ampliação da oferta da assistência médica na esfera da Previdência Social, onde esta teria sido o principal veículo de intervenção do Estado nesta modalidade da saúde. Assim para discorrer sobre assistência médica no Brasil, no período tratado neste trabalho, é imperativo interconectar com as questões previdenciárias.

Como já foi dito anteriormente, a assistência médica no contexto da Previdência Social, seja na época das CAPs, seja a partir de sua unificação, performando a soma de Institutos (IAPs) a partir de meados da década de 1930, não era prioridade no conjunto de benefícios oferecidos aos trabalhadores. Alguns institutos dispunham de mais verbas outros menos e este benefício estava previamente definido nos decretos de criação destes institutos (Donnangelo, 1975).

Os planos de saúde quando entraram no mercado de serviços de saúde, inicialmente como medicina de grupo, encontraram a assistência médica altamente tecnológica e já centrada no hospital. Entretanto encontraram este mercado reprimido e sem condições de pleno desenvolvimento por conta da escassez de financiamento, visto que o maior comprador dos serviços médicos privados, principalmente hospitalares, era o Estado. Este, com cada vez mais dificuldades de remunerar os prestadores privados à altura dos crescentes custos, continha e limitava o crescimento do setor. Como uma alternativa do Estado liberal ao problema de financiamento da saúde, os planos de saúde trouxeram a possibilidade deste mercado se desenvolver e crescer.

Para Veras (2000) os planos de saúde acabaram criando um modelo de serviço, onde a venda é baseada em uma “prateleira de produtos a serem consumidos”. Para ele, ao mesmo tempo em que se observa alta capacidade deste modelo de captar novos clientes, constata-se um abuso desmedido de procedimentos. Para ele o modelo é o da demanda espontânea, ao invés do modelo do gerenciamento da saúde do associado, sendo o hospital o elemento central do sistema.

Este mesmo autor observou que nos Estados Unidos a demanda por leitos hospitalares retrocedeu²⁶, entre 1994 e 1999, em mais de 50%. No Brasil o processo se deu ao contrário, mesmo em níveis menores que décadas anteriores, os leitos hospitalares cresceram no mesmo período, e como os serviços públicos têm sempre demanda reprimida, os leitos privados foram os que ficaram ociosos. Veras (2000) critica o modelo de serviços

²⁵ O Ministério da Saúde, criado em 1953, era composto pelos novos Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Malária, Lepra, Câncer e Doenças Mentais e pelo já existentes Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, entre outros (Braga e Paula, 1986).

²⁶ Para Porter (2002) a estabilidade e retração de leitos nos EUA se deveu a mudança nos tratamentos psiquiátricos a partir da década de 1960, onde a desospitalização foi um consenso entre os profissionais desta especialidade. Esta linha terapêutica acabou influenciando as políticas públicas para tratamento de pacientes psiquiátricos, assim muitos hospícios foram fechados ou transformados para outro fim.

assistenciais dos planos, por estarem indo contra o caminho da desospitalização, gerando um sistema anacrônico e sem futuro, ainda investindo em hospitais.

O mesmo avanço tecnológico que levou o hospital para o centro da assistência, o está retirando e dando a ele o papel de tratamento dos doentes críticos e com iminência de morte. Os avanços tecnológicos hoje permitem, além da diminuição do tempo de internações e cirurgias, transformar a residência do paciente em um pequeno hospital, através da miniaturização de equipamentos e da tecnologia da informação (ibid).

Outro aspecto importante na análise da centralização da assistência em torno do hospital refere-se aos avanços tecnológicos, tanto no que tange a equipamentos, como aos materiais e fármacos. Com a crescente incorporação tecnológico que a medicina viveu no século XX, e ainda continua vivendo nos dias atuais, a assistência médica em todo mundo ficou cada vez cara, seus custos elevaram-se, em muitos momentos, acima da inflação medida para outros produtos e serviços. O consumo individual de toda tecnologia inerente à assistência médica passou a ser inviável. Todo aparato tecnológico, que passou a ser imprescindível para terapêutica e diagnóstico do paciente tornou-se incomprável para médicos e outros profissionais isoladamente. O hospital passou a ser assim o local privilegiado de acesso e oferta da tecnologia concebida como imprescindível para a assistência. Para os autores o crescimento da indústria de equipamentos foi fato indissociável à ascensão do hospital como centro da assistência.

A centralização da assistência em torno do hospital cumpriu duplo papel. Primeiro o de possibilitar maior acesso à tecnologia aos profissionais de saúde, principalmente ao médico, e o segundo o de congregar os diversos especialistas em prol do paciente e sua cura. O questionamento que vem sendo levantado desde a década de 1980²⁷ é se a centralização da assistência em torno do hospital, que remete invariavelmente aos crescentes custos hospitalares, trouxe o resultado esperado e se esses resultados acompanharam os investimentos. Para Braga e Paula (1986, p. 158) “os países que mais gastam com a atenção à saúde não são necessariamente os que têm melhores níveis de saúde, nem tão pouco estes níveis estão se elevando na mesma proporção que os custos”. A partir da análise dos conceitos de hospital e das conjunturas que se ensaiam a partir da década de 1950 e referidos em parágrafos anteriores, foi extraído cinco elementos que caracterizam um hospital moderno no contexto da década de 1960, e que orientarão a análise do objeto deste trabalho permitindo concluir se a Clínica São Vicente efetivamente deixou de ser uma casa de repouso para se transformar em hospital moderno. O primeiro elemento refere-se à oferta de procedimentos cirúrgicos, sendo o segundo à oferta de especialidades, em seguida à tecnologia, o quarto à organização administrativa e por último ao ensino e pesquisa.

Um hospital moderno deve possuir centro cirúrgico. A cirurgia proporcionou um revigoramento do espaço hospitalar. A introdução da cirurgia no hospital, a partir das descobertas dos anti-sépticos e analgésicos, que proporcionaram procedimentos cirúrgicos mais invasivos, deu a este espaço capacidade efetiva de cura (Porter, 2002). O centro cirúrgico é elemento fundamental na construção da imagem do hospital como serviço de saúde imprescindível para o processo de cura dos pacientes. O centro cirúrgico confere ao hospital moderno confiabilidade e competência. A definição da OPAS afirma que um hospital precisa ter serviço de cirurgia e/ou parto (Quinta Neto & Bittar, 2003).

O hospital moderno, no contexto da década de 1960, deve ser geral, ou seja, local que congrega várias especialidades, que articuladas, trabalham em prol da identificação precisa

²⁷ Nas análises realizadas dos discursos dos Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais de 1955, foi observado que a questão tecnológica e seus custos não eram vistos como um problema e sim como uma solução para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. O foco dos discursos era a necessidade de profissionalizar administração e organização da rede, onde questões como padronização, critério de classificação de hospitais, estatística, planejamento entre outros, foram amplamente discutidas no evento.

do diagnóstico e prescrição da terapêutica mais adequada aos pacientes. É no hospital, com o trabalho em equipe das diversas especialidades médicas, que o paciente encontraria todos os conhecimentos da ciência médica, unidos e à sua disposição. O hospital moderno é o centro da assistência e para lá convergem todas as especialidades médicas, bem como todos os outros profissionais de saúde (Braga & Paula, 1986; Schraiber, 1997).

Como a medicina moderna é essencialmente tecnológica, o hospital moderno tem a tecnologia como sua grande insígnia, inclusive foi a tecnologia e seus altos custos, que obrigou as diversas especialidades médicas e não médicas a gravitarem em seu entorno. Como já foi dito, foi o alto custo da tecnologia médica que conferiu ao hospital seu caráter de eixo central da assistência médica e do sistema de saúde (ibid). A qualidade dos serviços de um hospital moderno é vista como proporcional à sua capacidade de atualização de seu parque tecnológico, seja adquirindo novas tecnologias ou ampliando seu uso.

O hospital moderno também precisa ser organizado administrativamente. A figura do administrador hospitalar surge neste contexto para dar cientificidade as atividades administrativas. A administração hospitalar surge quase como outra especialidade hospitalar. Oferta de múltiplos serviços, sejam de diagnóstico ou terapêutico, a diversidade de equipamentos, medicamentos e materiais fazem a tarefa de manter funcionando um hospital altamente complexa, carecendo de um conhecimento específico. O hospital se tornou uma das empresas mais difíceis de se administrar, tamanha a diversidade e complexidade de suas atividades produtivas. No Primeiro Congresso Nacional de Hospitais, que se realizou entre 26 de junho e 2 de julho de 1955, promovido pela Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, nota-se grande preocupação com a profissionalização da administração deste tipo de estabelecimento, sendo um dos três temas propostos pelo congresso relacionado à organização e administração hospitalar (Primeiro Congresso Nacional de Hospitais, 1955).

O hospital moderno tem como objetivo também o treinamento e aprimoramento dos profissionais. Um hospital moderno precisa estar envolvido com ensino e pesquisa, aliás foi a possibilidade de acesso a uma massa crítica de casos que o médico procurou o ambiente hospitalar para seus estudos e aprimoramento. O hospital moderno é o grande laboratório do médico, e para a pesquisa clínica um terreno fértil de descobertas e avanços científicos, tanto no campo da medicina, como da farmacologia, da indústria de materiais médicos e das especialidades não médicas (Porter, 2002). O ensino e a pesquisa, conjugada com tecnologia de ponta dão ao hospital a imagem de centro de excelência. O ensino e a pesquisa desenvolvidos dentro do ambiente hospitalar, o liga diretamente a ciência, o torna um local privilegiado de saber e conhecimento.

Como a década de 1960 é o cerne deste trabalho, na medida que tentarei mostrar que quando a Clínica São Vicente empreendeu seu projeto de transformação, a partir de 1969, ela pretendeu se inserir no universo dos hospitais modernos para atuar de forma mais competitiva no mercado privado de saúde que dava sinais de franco desenvolvimento, ao mesmo tempo que ela empreendia seu projeto. Os elementos identificados e que serão utilizados para balizar a afirmativa que todas as linhas de ação que sustentaram a transformação empreendida em 1968, tinham o objetivo de retirar a velha casa da condição de casa de repouso, para inseri-lo no mercado privado de saúde como um hospital moderno.

3. SOBRE A MEDICINA E O MERCADO MÉDICO

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina científica cristalizou-se superando estruturalmente à medicina arte, isolada, baseada no exame clínico e na relação de confiança e dependência entre médico e paciente. A partir da segunda metade do século XX, a medicina, vencida sua afirmação junto a sociedade como profissão indispensável e conquistado o monopólio da cura através da ciência, ela viveu uma transição a espreita de uma nova fase que adentra o século XXI e ainda predominante no cenário atual da saúde mundial (Porter, 2002)

A transição se dá de uma medicina ainda com herança liberal sendo suplantada por uma medicina tecnológica²⁸, que trás a reboque um terceira questão, que se refere ao assalariamento dos médicos como consequência dos impactos que sofreram a saúde pública e privada, em decorrência dos crescentes e aceleradíssimos avanços da tecnologia médica ocorridos, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial. Schraiber (1993) analisa esta transição e conceitua a medicina liberal como aquela onde o médico teria uma carteira de clientes própria, conquistada no decorrer de sua vida de relacionamentos e indicações pessoais. Na medicina liberal, para autora, o médico estabelece diretamente as condições de tratamento e remuneração sem interferência ou pressões externas. Ao afirmar que esta medicina tenha sido suplantada pela medicina tecnológica, a autora não está querendo dizer que a primeira não viveu crises de concorrência e seus atores não lutaram para manter seu nicho de mercado no passado. Ao contrário, as primeiras ameaças ao mercado da medicina liberal foram a filantropia e o Estado. A primeira dominou a assistência médica no Brasil desde o início da colonização e se manteve predominante na atenção à saúde da população até o século XX, e que inclusive, em vários momentos, recebeu subsídios do Estado para ampliação ou melhorias de seus serviços. As primeiras iniciativas do Estado para melhoria e ampliação da assistência médica no Brasil estavam no contexto da Previdência Social com a criação das primeiras caixas de assistência, as CAPs, onde era oferecido, como um dos benefícios, a assistência médica aos operários. A partir de 1930, o Estado intensificou suas políticas sociais e a oferta de assistência médica começou a se intensificar. A medicina liberal coexistiu com a concorrência da filantropia e do Estado, mas sempre conseguiu preservar seu espaço seja no mercado, seja no sistema de saúde, até ser suplantada pela medicina tecnológica a partir da década de 1960 (Schraiber, 1997).

A mudança de paradigma da medicina liberal para medicina tecnológica resultou no processo de assalariamento do médico (Braga & Paula, 1986; Donnangelo, 1975; Oliveira & Teixeira, 1989; Schraiber, 1993). A questão do assalariamento dos médicos remonta a década de 1920 com a criação dos primeiros ambulatórios e hospitais das caixas de assistência, as CAPs. Na medida que o sistema de saúde precisou ser controlado para

²⁸ A medicina ocidental viveu uma outra transformação no seu *modus operandi* antes desta mencionada neste capítulo. A questão se a medicina era arte ou ciência adentrou o século XX. A medicina científica trouxe a especialização médica e conflitos destes com os médicos generalistas. Neto (2001) analisa este conflito no Brasil a partir dos discursos proferidos no Congresso dos práticos em 1922. Neto (2001) percebe nos discursos dos generalistas a defesa da medicina como arte e da produção individual. No discurso generalista de 1922, o médico sozinho identificava a origem dos sintomas, prescrevia os medicamento e até, se necessário, operava o paciente, onde seu consultório funcionava como um pequeno protótipo de um hospital, tamanha independência e isolamento. Já no discurso do especialista, a técnica e a racionalidade científica eram soberanas. Para o especialista a precisão do diagnóstico, além de fundamental para escolha da terapia adequada requeria a utilização de um aparato tecnológico indispensável. Na análise de Neto (2001) dos discursos do Congresso dos Práticos de 1922, o especialista acreditava que o conhecimento médico deveria ser ministrado dividido por parte do corpo, além de considerar o trabalho em equipe fundamental para a cura do paciente.

conter custos e viabilizar-se, mecanismos e estratégias foram sendo criados para esse fim. Neste sentido os meios de produção dos serviços de saúde, obviamente altamente centrado no trabalho do médico, precisaram ser melhor sistematizados, organizados e controlados. Com a descapitalização do Estado para investimentos na saúde, a entrada conseqüente dos planos de saúde no mercado e o crescente aumento dos custos da medicina, o financiador convergiu para ele o controle do sistema. No momento que a saúde se tornou uma indústria, o médico passou a ser mais um a fazer funcionar a máquina. O controle dos custos, a burocracia, a mutidisciplinaridade necessária e proporcionada pelo hospital fez com que o médico perdesse sua autonomia e trouxe a impossibilidade de uma prática médica liberal. Os estudos nesta área não sugerem o desaparecimento da medicina liberal, até mesmo porque em história não se vira uma página completamente. A medicina liberal ainda coexiste no mercado de saúde, entretanto está submissa a medicina moderna, conseqüentemente tecnológica. Existem poucos, mas ainda existem médicos que sobrevivem com clientela de consultório eminentemente particular, sem qualquer vínculo com planos de saúde ou Estado. Para Donnangelo (1975, p. 172)²⁹ “a especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como resultado mais imediato da inovação técnico-científica”.

Os avanços tecnológicos na área médica já vinham apresentando crescimento desde o século XIX com os primeiros equipamentos de apoio ao exame físico, com o aparato laboratorial e com o crescimento da indústria farmacêutica. Entretanto, a partir da Segunda Guerra Mundial o desenvolvimento tecnológico cresceu significativamente para alçar escala exponencial a partir da década de 1960. Conseqüentemente os custos com a saúde elevaram-se na mesma proporção deste desenvolvimento tecnológico, entretanto este aumento não foi acompanhado, no Brasil e em muitos outros países, pelo crescimento econômico, provocando um descompasso entre os custos com a assistência e os orçamentos e capital disponível, seja público ou privado. O crescente desenvolvimento tecnológico provocou impactos, tanto no sistema de saúde, criando um núcleo tecnológico – o hospital - onde deveriam gravitar os profissionais médicos (e outros) e introduzindo uma nova forma de financiamento da saúde – os planos de saúde - como na prática médica, uma vez que este contexto impôs condições e limites às decisões clínicas e terapêuticas, além de alterar a relação médico paciente.

Para Scharaiber (1997) a medicina tecnológica ultimou definitivamente a medicina liberal a partir da década de 1960, onde a prática médica sofreu transformações. Entre as transformações que a autora aponta destaca-se a produção em equipe, onde a rede de conexões se espalhou por especialistas, laboratórios, hospitais, centros de doenças crônicas, etc. A autora ressalta que mesmo a produção individual estaria dependente de uma gerência institucional. Com a medicina tecnológica o médico recebe uma carteira de clientes dos planos de saúde que ele ou a instituição que está ligado é credenciada, sua jornada foi aumentada, visto que muitos passaram a ter seu trabalho institucionalizado e sua autonomia limitada, já que suas decisões foram cerceadas ou pela instituição que trabalha ou pelo plano de saúde do paciente³⁰.

Para o sistema de saúde a medicina tecnológica trouxe extensão e diferenciação dos serviços, produção de serviços de saúde na forma empresa e aumento dos custos da

²⁹ Esta autora realizou uma extensa pesquisa com médicos da grande São Paulo em 1971 e verificou que 28% desses médicos estavam no mercado de trabalho exclusivamente de forma assalariada. A pesquisa também revelou que 80% tinham pelo menos uma fonte de renda na forma assalariada, conjugadas a outras formas como autônomos, proprietários, etc.

³⁰ Para Oliveira & Teixeira (1989), os planos de saúde representaram uma ruptura na prática médica, pois se o pagamento é pré-fixado, é importante baratear o custo do procedimento para obtenção de lucro, que é o objetivo. Neste sentido o médico perdeu sua autonomia de decisão quanto ao melhor tratamento para seu paciente.

produção e insumos. Para Scharaiber (1997) houve a criação de um complexo médico-industrial e a construção de uma visão da medicina tecnologia-dependente, onde a idéia de que a melhor medicina está onde está a melhor tecnologia virou senso comum. O sistema de saúde na medicina tecnológica ficou centrado a partir da década de 1960 definitivamente no hospital.

Para Oliveira & Teixeira (1989) esta medicina passou a ser empresarial e amplamente lucrativa a partir de então, na medida que o Estado militar brasileiro, de orientação liberal capitalista, optou em garantir saúde a população através da privatização dos serviços e permitindo acumulação de capital com a saúde, seja contratando diretamente serviços e assim garantindo financiamento do mercado privado de saúde através da compra, seja abrindo linhas de crédito para abertura de novos serviços de saúde, ou seja, ainda incentivando a indústria farmacêutica, de equipamentos e materiais para saúde. Com tudo isso, para os autores, a medicina ficou altamente lucrativa, virou uma questão de trato mercantil, uma indústria de interesse empresarial e financeiro. Para os autores, o Estado na década de 1960 auxiliou o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro.

Este caráter lucrativo da medicina tratado nos autores acima, que se originou na medicina tecnológica e caracteriza a medicina moderna, é confirmado na análise de Porter (2002), confirmando uma tendência mundial e não específica do processo de acumulação de capital brasileiro, como propõem alguns autores. Para ele o que mudou foi a escala, que obviamente trouxe transformações de várias ordens. Se nas sociedades passadas a cura era um pequeno negócio, onde o curador vendia diretamente seus serviços aos interessados e estes o pagavam diretamente, seja em moeda se ela existisse, seja com galinhas, ovos, carnes ou mesmo outros serviços, na atualidade a medicina moderna transformou-se em uma gigantesca indústria de serviços, tanto estatais como privados. Continua o autor que esta indústria em alguns países consome parcela maior do produto interno bruto do que qualquer outra área³¹. O autor a coloca no patamar de indústria fora de controle, movida pela lucro e pelo poder profissional ao invés de movida pelos interesses dos pacientes e da sociedade. Ele acirra sua crítica quando afirma que a medicina moderna perdeu o toque pessoal, essencial à cura, com isso muitos pacientes perderam a confiança nesta medicina e foram buscar alternativas para seus males de saúde. A medicina moderna para ele virou mais uma mercadoria nas prateleiras nas sociedades de consumo atuais.

O toque pessoal referido por Porter (2002) é traduzido em Martins (2003) como humanização. Para ele a medicina moderna, tecnológica, científica e empresarial desumanizou-se, na medida que grupos privados, que têm poder de influenciar o senso comum, acreditam que o interesse científico e econômico são mais importantes que o interesse social e que a doença tem mais valor que o doente, que o dinheiro e o prestígio obtidos pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano. Para ele as disciplinas alternativas começam ameaçar profundamente a medicina moderna, pois estas remetem a um passado onde existia valorização da relação curador paciente, sem falar na dimensão simbólica da cura propostas por elas. Entretanto a medicina moderna e tecnológica, centrada no hospital, acabou trazendo um aumento da rede de serviços, ampliando o acesso aos serviços de saúde à população. Como já foi colocado, nos períodos referidos neste capítulo como marco da suplantação da medicina liberal pela tecnológica, observou-se um aumento de 90% do número de estabelecimentos hospitalares.

No período e objeto tratados neste trabalho, será mostrado como a transformação da Casa de Repouso São Vicente em hospital moderno está dentro do contexto do desenvolvimento

³¹ Atualmente nos Estados Unidos a saúde consome 15% de todo PIB (Porter, 2003). No Brasil, segundo Ministério da Saúde, em 2002, a saúde representou 3,53% do PIB.

da medicina moderna. A especialização, o aprimoramento técnico, o aparato tecnológico para diagnóstico e tratamento fazem parte do projeto de inserir a instituição, tanto no universo do hospital moderno, como também no da medicina moderna. Porém os discursos dos fundadores e posteriormente do grupo de acionistas, afirmavam que a instituição tinha como pilar fundamental a autonomia do médico, característica da medicina liberal. Scharaiber (1997), em seu estudo constatou que mesmo completamente mergulhado neste panorama da medicina como indústria que limita sua autonomia, grande parte de seus entrevistados relataram, como ideal, poder trabalhar em condições que preservassem a autonomia e liberdade de sua prática médica.

4 MERCADO PRIVADO DE SAÚDE E A CLÍNICA SÃO VICENTE

Para este trabalho, o mercado privado de saúde³² está sendo caracterizado como a natureza mercantil-contratual das relações entre seus principais atores, médicos, pacientes, estabelecimentos de saúde e financiadores. Este mercado é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar, que atende a uma determinada demanda ou clientela restrita. Neste mercado pode-se comprar os serviços diretamente no prestador, ou ainda, contratar planos de saúde para intermediar esta relação. Estes contratos podem ser voluntários ou compulsórios quando se trata de sua contratação por parte das empresas empregadoras. E no que diz respeito aos planos de saúde, este termo está sendo empregado para este trabalho de forma genérica, pois o que importa para este trabalho foram os impactos que estes novos entrantes causaram no mercado privado de saúde. As formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil, atualmente se dividem em:

Medicina de grupo – Constituída por empresas médicas, que administram planos de saúde para empresa, indivíduos ou família e que trabalham com vários tipos de plano. É a forma dominante no mercado atualmente. São predominantemente contratadoras de serviço, mas podem ainda possuir rede própria. As entidades que representam estas empresas são a Associação de Medicinas de Grupo – ABRAMGE, criada em 1966, o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), criado em 1987, e ainda o Conselho Nacional de Auto-regulação das Empresas de Medicina de Grupo, criado em 1990.

Seguros de saúde – É a modalidade que há a intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com a assistência médica. As seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobriria custos por ocasião de sinistros relativos à saúde, segundo apólice de seus segurados.

Cooperativas médicas – É a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um, além do rateio do lucro final. A mais forte deste tipo é a UNIMED.

Planos de empresa tipo auto-gestão – São aqueles em que as empresas ou administram programas de assistência médicas para seus funcionários, caracterizado como auto-gestão, ou contratam serviços de terceirizados para administrá-lo, a co-gestão. De qualquer forma é mantido pelas empresas e seus funcionários (Almeida, 1998).

Como vimos, a assistência médica privada, desde a segunda metade do século XIX tinha como espaço privilegiado os consultórios médicos particulares, as instituições filantrópicas, assim como as Casas de Saúde particulares, as “oficinas de médicos”³³.

Como a atuação do Estado na oferta de assistência médica a população até a década de 1930 era quase inexistente, a assistência médica no Rio de Janeiro e nas outras cidades do país era praticamente particular, filantrópica ou lucrativa (Vieira, 1982).

A partir da década de 1920, com a criação CAPs, caixas de assistência dos operários das fábricas cariocas, a assistência se ampliou, pela terceirização de serviços médicos particulares por estas caixas de assistência. A terceirização da assistência médica, foi

³² Médici (1990) distingue mercado privado de saúde da rede privada de serviços de saúde. Para ele o segundo seria o conjunto dos estabelecimentos privados destinados a prestar serviços de saúde e são administrados por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos. O primeiro, para ele é uma categoria mais complexa, que ele define como o conjunto de práticas voltadas para administração de formas assistenciais e correlacionadas a um dado perfil de demanda. Para ele um estabelecimento privado de saúde pode estar ou não inserido no mercado privado de saúde, como é o caso dos hospitais privados que atendem restritamente a clientela pública, através de contrato com o Estado.

³³ Termo empregado para designar uma época onde as casas de saúde privadas eram territórios impenetráveis do médico, onde sua autonomia era total e irrestrita (Londres, 2004).

precoce no Brasil se compararmos com outros países da América Latina como o Chile e o México, onde a predominância da assistência médica privada se deu muito posteriormente (Cohn, 2003). As décadas de 1940 e 1950 viram o mercado privado de saúde ser gestado com a incapacidade da rede oficial de atender a crescente demanda por atenção a saúde (Braga & Paula, 1986).

Como já foi colocado, a assistência médica no Brasil sempre foi predominantemente privada, até nos momentos que o Estado tomou para si a responsabilidade sobre a saúde da população através da Previdência Social. Foram os serviços privados de saúde que mantiveram por muito tempo, boa parte da oferta de assistência médica à população através de venda destes serviços, seja inicialmente às caixas de assistência e aos institutos de aposentadoria, seja ao Estado após a criação da Previdência Social unificada. O Estado, até a década de 1960, foi o grande comprador de serviços privados de saúde para entregá-los à população.

O mercado privado de saúde no Brasil começou a se institucionalizar a partir da década de 1960, quando um novo elemento entrou na relação entre os estabelecimentos de serviços de saúde, médicos e pacientes: os planos de saúde. Eles trouxeram a possibilidade deste mercado se desenvolver e crescer. Como foi colocado acima, o grande comprador dos serviços privados antes da entrada dos planos de saúde era o Estado, que ditava os preços e era limitado como investidor.

A década de 1960 marca o boom da tecnologia médica (Braga & Paula, 1986; Schraiber, 1993), fazendo com que os custos da assistência se elevassem muito, transformando definitivamente o cenário da saúde. Em comparação a outros mercados, a saúde privada, ou complementar³⁴, é relativamente recente, ainda está em processo de regulamentação, adequação, profissionalização, enfim, no caminho do amadurecimento. Não é de longa data a proliferação dos cursos de administração hospitalar³⁵, dos processos de profissionalização da gestão, do ambiente competitivo e da concorrência.

Até a década de 1960, o referido mercado tinha como compradores, de forma predominante, os indivíduos que podiam pagar particularmente por serviços médicos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares e o Estado. Conforme os custos com a saúde aumentam significativamente, nem indivíduos particularmente, nem Estado, através da Previdência Social, suportariam mais pagar a conta da saúde. O mercado então foi identificando formas de financiamento da saúde que pudessem garantir, tanto a manutenção dos já assistidos, como permitir o acesso da massa de excluídos ao sistema de saúde brasileiro.

O aumento dos custos e a ineficiência administrativa de gerir os recursos da saúde provocaram uma deficiência na oferta dos serviços da Previdência Social, que fizeram com que empresários retomassem as primeiras formas de suprir as necessidades de assistência à saúde de seus empregados, eles próprios assumindo esta responsabilidade. Se na década de 1920, com a criação das CAPs, esta opção não foi necessariamente a intenção primeira, visto que a prioridade era uma assistência social ampla, com benefícios como aposentadoria, licenças remuneradas, férias, moradia e também assistência médica. Na

³⁴ Este termo é atual e foi instituído com a regularização dos planos de saúde em 1998 com a Lei 9656/98. Designa o mercado de saúde privado, onde o indivíduo prefere pagar um plano de saúde privado ou pagar diretamente para receber serviços médico-hospitalares. Também compõe a saúde privada, a saúde complementar que é aquela usada pelo estado para suprir as necessidades de assistência médica da população. Atualmente esta relação se dá através de credenciamento dos estabelecimentos privados no Sistema Único de Saúde – SUS, mas a preferência é dada aos estabelecimentos filantrópicos (Cerschan & Barbosa, 2003)

³⁵ O primeiro curso de Administração Hospitalar no Brasil foi na Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro em 1946 sob a coordenação do Dr. Theophilo de Almeida, mas a primeira Faculdade de Administração Hospitalar foi no Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares em São Paulo sob a coordenação do Pe. Niversindo Antonio Cherubin (www.aah.org.br).

década de 1960, muitos empresários tomaram para si esta responsabilidade específica e passaram a contratar terceiros para esta finalidade. O início do empresariamento da saúde esteve ligado a esta prática. Empresários querendo suprir as deficiências da Previdência Social contratam empresas médicas para oferecer assistência médica aos seus funcionários (Teixeira, Bahia e Vianna, 2002).

Entretanto para Donnangelo (1975), Braga & Paula (1986) e Oliveira e Teixeira (1989), o dito empresariamento da saúde foi uma ação deliberada do Estado autoritário no contexto da racionalidade privatizante das políticas sociais. Para estes autores, a própria constituição de 1969 daria à iniciativa privada prioridade no processo produtivo, e mesmo estando no poder do Estado a organização e exploração da economia brasileira, as empresas privadas teriam a preferência da operacionalização destes projetos. O processo de privatização em todos os setores da economia atingiu também a Previdência Social, que passou basear sua oferta de serviços, preferencialmente na rede privada de serviços de saúde. Assim os autores citados acreditam que o grande fomentador do mercado privado de saúde foi o Estado com ações deliberadas para isto e não uma construção natural de ajustamento entre oferta e procura.

As empresas médicas, sejam cooperativas médicas ou empresas de medicina de grupo, incentivadas pelas políticas de privatização que a Previdência Social estimulou, surgiram assim em São Paulo, em meados da década de 1960 e se expandiram durante a década seguinte, através dos convênios-empresa. Estes convênios eram financiados pela Previdência Social, através do desconto, per capita, dos trabalhadores e de seus dependentes na contribuição da empresa. A Previdência Social, inclusive, intermediava estes contratos. No final da década de 1970, os convênios empresa deixaram de ser intermediados pela Previdência Social, e passaram a ser assinados, diretamente, entre as empresas empregadoras e os planos de saúde (Teixeira, Bahia e Vianna, 2002).

O mercado privado de saúde durante as décadas de 1960 e 1970 viveu a diversificação dos compradores de serviços com a entrada dos planos de saúde, ainda tipo empresas médicas e cooperativas. Até metade da década de 1980, o mercado de planos de saúde era, quase que exclusivamente, formado pelos planos de empresa, ou seja, planos que eram vendidos para empresas e não para indivíduos particularmente. Nesta época, uma parte significativa das grandes operadoras de planos de saúde, sejam entidades independentes, sejam os planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais ou associações de categorias, já estavam consolidados no mercado (ibid).

Na segunda metade da década de 1980, este mercado modificou-se consideravelmente. Alguns planos de saúde passaram a negociar planos individuais, com padrões de cobertura muito diferenciados. Alguns planos começaram a garantir atendimento em qualquer lugar do país, e outros a assegurar assistência internacional, assim atendendo as demandas de trabalhadores autônomos, ou dos que dispunham de renda para pagar um plano de saúde. E até funcionários públicos, mesmo sob a cobertura de esquemas de assistência alternativos — a exemplo dos empregados em institutos de aposentadorias e pensões de servidores estaduais e municipais e dos magistrados — estruturaram planos de autogestão. Aqueles que já usufruíam de planos de saúde antigos exigiram a ampliação dos mesmos, com vistas, sobretudo, a se incluir oferta de serviços especializados. A essa ampliação das demandas resultou na extensão de cobertura, que se traduziu na contratação de extensas redes credenciadas, adicionais aos serviços próprios dos planos de saúde (idem).

Vários autores como Oliveira e Teixeira (1989), Médici (1990), Almeida (1998) apontam para uma grande crise na oferta de serviços públicos de saúde no início da década de 1980. Sua origem encontra-se na crise econômica vivida pelo país naquela época, que acabou levando a classe média procurar alternativas para suprir sua necessidade por serviços de saúde. Alternativas melhores do que a má qualidade dos serviços públicos e o desembolso

direto aos serviços privados, que se tornaram impagáveis individualmente. Assim os planos de saúde identificaram nesta conjuntura a oportunidade de abrirem linhas de produto a serem vendidas diretamente ao usuário, sem a intermediação das empresas empregadoras³⁶. Médici (1990) e Almeida (1998) complementam mostrando que a grande procura da população pelos planos de saúde como alternativa aos serviços públicos, também estão relacionados a exclusão das camadas de médio e alta renda na reforma sanitária da década de 1980, que universalizou a saúde em detrimento da qualidade dos serviços públicos. Os autores ainda consideram que a grande expansão do mercado na década de 1980 está ligada também a interrupção das assinaturas de novos contratos e a não renovação dos antigos por parte do Estado, que por conseqüência acabou enxugando a oferta de serviços de saúde a população.

Além disso, muitas empresas empregadoras decidiram transformar planos não-contributários em contributários e introduziram mecanismos de co-pagamento para a utilização de serviços. Este padrão de empresariamento mais extenso e integrado completou-se com a atuação mais sistemática das seguradoras no ramo saúde, a partir de 1989. Nesse ano, a Superintendência de Seguros Privados – Susep - autorizou as seguradoras a se vincularem a serviços de saúde, atuando neste mercado livremente e dividindo-o com as modalidades até então conhecidas. As seguradoras disputaram clientes individuais e de empresas com as outras modalidades de planos de saúde (Teixeira, Bahia e Vianna, 2002).

Se a década de 1970 viu o mercado de saúde se cristalizar e possibilitar a ampliação de serviços de saúde a uma parcela da população antes cliente da rede pública. A década de 1980 foi palco de uma expansão considerável do mercado em virtude da ampliação da rede credenciada para atendimento aos clientes de planos individuais, por natureza mais exigentes. Este panorama possibilitou a inclusão, de forma mais contundente, a entrada de novos serviços de saúde, antes, se não à margem, pelo menos não tão beneficiados por ele, como foi o caso da Clínica São Vicente.

A Casa de Repouso São Vicente até o projeto de transformação em hospital moderno, atendia basicamente a pacientes que podiam pagar por seus serviços. Como tinha um perfil de clientela ligado a elite carioca, como será visto mais adiante, o fato de receber direto dos pacientes o pagamento pelos serviços não trazia para velha casa nenhum problema. As primeiras iniciativas no sentido de movimentar a ocupação de seus leitos com pagamento intermediado por terceiros, foi em 1968 com convênio firmado com o IASEG – Instituto de Assistência dos funcionários do Estado da Guanabara. Este convênio possibilitou a velha casa ampliar o número de internações em quase 20% em relação ao ano anterior. O convênio com o IASEG passou a representar 14% de todas as internações até 1973 (Livro de internações – Período de 152 a 1968).

Ao mesmo tempo que o mercado privado de saúde se desenvolvia, a nova São Vicente empreendia seu projeto de transformação em hospital moderno. A viabilidade econômica para velha casa era se inserir neste mercado e para isso precisava estar competitiva. A centralização do sistema de saúde em torno do hospital, onde este já totalmente inserido na medicina moderna, faziam da transformação em hospital moderna, a única opção.

A saída para a velha casa era a transformar-se em um hospital moderno, para que pudesse continuar vendendo de forma direta seus serviços para aqueles que pusessem pagar, ou ainda para se inserir no novo mercado que os planos de saúde ajudaram a instalar. A

³⁶ Atualmente, observa-se no mercado privado de saúde, uma tendência contrário ao panorama da segunda metade da década de 1980. Hoje os planos de saúde vendidos direto aos indivíduos não estão sendo mais negociados por algumas empresas do ramo. A tendência é que se volta, exclusivamente, a contratação dos planos de saúde pelas empresas empregadoras, pela menor margem de risco e melhor gerenciamento do uso (Teixeira, Bahia e Vianna, 2002)

transformação realmente possibilitou sua atuação nestas duas faces do mercado privado de saúde, ou ainda como coloca Médici (1990) em dois tipos de mercado privado de saúde³⁷. Continuou vendendo seus serviços direto aos seus clientes, sem intermediação, e também passou a atender usuários de plano de saúde. Primeiro os de auto-gestão, como Petrobrás, Banco do Brasil, Serpro, Xérox, Incra, depois os planos tipo medicina de grupo como a Golden Cross. Esta última acabou trazendo os usuários de planos individuais, a partir do final da década de 1980.

Na nova São Vicente, em 1974, os clientes de planos de saúde já correspondiam 30% de todas as internações deste ano. E no final da década de 1970 estes clientes eram responsáveis por mais de 40% do total das internações, onde os planos tipo medicina de grupo, principalmente a Golden Cross, detinham mais de 80% das internações de clientes de planos de saúde.

A Clínica São Vicente empreendeu seu projeto de transformação em hospital moderno, para se adaptar ao novo mercado que despontou a partir do final da década de 1960, onde cresceu e se desenvolveu com ele. Na virada da década de 1980 para 1990, a Clínica São Vicente passou a viver quase que exclusivamente, como praticamente todos os serviços privados de saúde desta época e dos dias atuais, dos clientes de planos de saúde, que passaram a representar 85% de todos os pacientes internados (Novaes, 1997). Saneada a crise, fortalecida com os bons ventos do mercado privado de saúde do início da década de 1990, empreendeu nova fase de mudança agora no sentido de ampliar consideravelmente sua capacidade instalada, para aumentar sua margem de lucro com a diminuição dos custos fixos que o aumento de leitos lhe proporcionaria.

³⁷ Para este autor existem quatro tipos de mercados privados de saúde: O mercado do setor privado contratado pelo setor público, o segmento médico assistencial das empresas, o segmento médico assistencial das famílias e o segmento beneficente e filantrópico (Médici, 1990).

5 A CLÍNICA SÃO VICENTE

5.1 O sanatório São Vicente

Poucos registros foram encontrados para que se pudesse aprofundar nas pesquisas da história da Clínica São Vicente no seu primeiro período, que para este trabalho vai de 1933, data de sua fundação, até 1969, quando os primeiros planejamentos surgiram para transformar a então Casa de Repouso São Vicente em um hospital moderno.

O antigo Sanatório São Vicente foi idealizado e inaugurado em 1933 por dois jovens médicos: Genival Londres e Aluizio Marques. O primeiro, cardiologista, paraibano, formou-se em 1921 pela Faculdade de Medicina Nacional no Rio de Janeiro com a tese “Semiótica e semiogênese da hemoclasia”. Terceiro filho do farmacêutico e proprietário da Farmácia Londres, Manuel Soares Londres, Genival Londres tinha como pilares profissionais a atuação como médico em serviços públicos e consultório particular, a faculdade como professor de Clínica Médica³⁸ e como empresário da saúde com a sua casa de saúde particular na Zona Sul do Rio de Janeiro (Andrade, 1978).

Genival Londres era muito reconhecido em seu campo de trabalho. Em 1934 ingressaria na Academia Nacional de Medicina³⁹. Uma década depois editaria o primeiro livro que surgiu no Brasil sobre distúrbios de pressão arterial, que se chamava “Hipertensão Arterial, patologia, clínica e terapêutica”, editado pela Livraria Agir Editores em 1945 no Rio de Janeiro (Luna, 1997). Foi sócio fundador da Sociedade de Cardiologia e Hematologia⁴⁰ e montou, à base do modelo americano, um ambulatório público de cardiologia que se transformou posteriormente no Instituto de Cardiologia do Rio de Janeiro⁴¹, hoje conhecido como Hospital Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro. Nessa mesma época, Genival Londres projetou a criação de uma Sociedade para apoiar a pesquisa e dar bolsas de estudo em cardiologia (Reis, 1986). Genival Londres também foi considerado o introdutor, pelo menos na prática clínica, do Eletrocardiograma no Brasil (Medeiros, 1995; Máximo,

³⁸ Com a defesa da tese “Dextrocardis” tornou-se livre-docente de clínica médica da mesma faculdade que havia se formado;

³⁹ Como acadêmico participou de várias atividades da academia, entre elas, Genival Londres foi membro da comissão que elaborou sugestões sobre o ensino médico ao Conselho Federal de Educação (Academia Nacional de Medicina, 1962).

⁴⁰ Genival Londres foi também membro fundador, inclusive junto com Manoel de Abreu, da Sociedade Brasileira de Radiologia e Eletrologia, fundada em 12 de dezembro de 1929, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (<http://www.sbrad.com.br/>)

⁴¹ O Instituto foi inaugurado no dia do aniversário de 61 anos do então Presidente Getúlio Vargas (19/04/1944). O Instituto constituía um plano de serviços de moléstias cardiovasculares da prefeitura do Rio de Janeiro. Para este fim o Instituto funcionaria como um órgão central e os ambulatórios acoplados aos hospitais municipais como pontas na periferia do sistema. Nos ambulatório de clínica cardiológica eram diagnosticadas as doenças cardiovasculares e tratadas se assim fosse possível. Os casos mais graves eram encaminhados ao instituto, que também era responsável pela uniformidade do tratamento de todo o sistema. (Inauguração do Instituto de Cardiologia do Serviço de moléstias Cardiovasculares. Jornal do Comércio. SD)

regimes dietéticos, cura de recuperação integral e de reajuste psico-emocional”...”compareceram na inauguração Eurico Gaspar Dutra, General Angelo Mendes De Moraes, prefeito de DF, Ministro Aaulfo de Paiva e o General Gois Monteiro”.

O acontecimento colocou-a definitivamente no circuito dos serviços médicos privados voltado para elite. O conjunto de características que a faziam oferecer serviços médicos a esta classe, podia ser lido nos jornais da época. A natureza pujante, as boas instalações da nova sede, o alto preço e o clima de hotel, que favorecia o restabelecimento dos pacientes, podem ser constatados na coluna de Álvaro Coutinho em 1960:

“Numa das encostas verdejantes das vetustas e altaneiras montanhas da Gávea, num planalto adredo preparado pela mão do homem, ergue-se, imponente e dominadora, a Clínica de Repouso São Vicente, no Rio de Janeiro”... “dotada de magníficas instalações e apartamentos, a clínica de Repouso São Vicente é bem o lugar ideal para recuperação de energias perdidas na brutal luta pela existência”...“pessoas meio desavisadas acham muito elevados os preços cobrados na Casa de Repouso São Vicente. Discordamos. O conforto e o bem estar que ali desfruta não caem do céu às mãos de seus diretores”... “que os hóspedes põem a sua disposição”

Se a mídia escrita a via assim, sua auto imagem confirmavam as características acima, bem como enaltecia valores como bom atendimento, informalidade, humanismo e estreita relação médico paciente, além do elitismo, visto o perfil de sua clientela.. Em seu guia de orientação do paciente (1965, p. 2), que este recebia ao se internar, era declarado:

“Você chegou – e esperamos que tenha tido de nós, desde os jardins de entrada, a melhor das impressões. Pós nós, devemos desde já confessar que, ainda que talvez não nos conheçamos bem (isso virá com o tempo), estamos imensamente satisfeitos “Você já viu o símbolo desta clínica? É um coração. Vermelhinho e caprichado, como se vê no dia dos namorados. Ele sugere os serviços cardiológicos em que somos especializados, mas esperamos que lhe sugira também a idéia de simpatia, amizade e afeto. Algo em que também somos especializados”...”Peça tudo que precisar, reclame sempre que achar justo, de preferência por escrito”...”Como clínica médica, há evidentemente uma porção de coisas proibidas nesta casa. Mas a maioria delas – confessamos – nem nós mesmos levamos a sério”... “você talvez estranhe que uma clínica tão famosa (modéstia à parte) como a nossa, tenha esse ar meio caseiro e nada sofisticado. Há pessoas que nos aconselharam a mudar isso, mas não mudamos. Gostamos dela assim. Isso não impede que no almoço ou no salão de leitura, gente importante, muito conhecida lá fora (até um presidente já tivemos). Mas não ligue para eles. Eles recebem a mesma atenção e cuidado que dedicamos a você”.

A documentação pesquisada me faz acreditar que a Casa de Repouso São Vicente, não queria ser vista como serviço apenas para descanso e repouso dos com fadiga e estresse de uma camada seleta da sociedade. Apesar desta imagem a ter caracterizado nesta primeira fase, seus fundadores, médicos atuantes em suas especialidades, não podiam deixar esta imagem sucumbir o propósito da melhor medicina em suas especialidades, não podiam deixar o propósito a que ela fora planejada e construída ser desvirtuado por esta imagem. Assim eles continuam declarando aos pacientes no mesmo guia de orientação (1965, p. 4):

caminhos para a velha casa, focar-se em pacientes com tuberculose e psiquiátricos. A localização privilegiada e o modelo arquitetônico lhe chancelavam esta possibilidade (Londres, 2004). Os pacientes cardiopatas não mais enchiam a casa de repouso como antes. Já na década de 1960, a hemodinâmica e a cirurgia cardíaca abreviavam e muito as internações, além de promoverem curas definitivas a algumas cardiopatias. O próprio Genival Londres admitiu, que muitos dos pacientes que internavam na sua casa de repouso não estavam doentes de verdade e Aluizio Marques acreditava que seus pacientes o procuravam mais pelos casamentos desfeitos do que por problemas psiquiátricos reais (Máximo, 2003). Segundo Londres (2004) a decisão de dar um outro futuro para a casa de repouso, promovendo a transformação para hospital moderno, advém da conjugação de três fatores e uma conversa de despedida do ator Grande Otelo.

Como já vimos, Grande Otelo era paciente habitual da casa de repouso, inclusive com quarto exclusivo. Durante muitos anos era para lá que se dirigia para curar-se das crises alcoólicas. Máximo (2003) descreve que os motoristas de táxi da região já sabiam onde o levar: “Já sei seu Otelo, vamos para clínica do Dr. Londres?”. Entretanto na segunda metade da década de 1960, Grande Otelo informa a Luis Roberto que estaria entregando a chave de seu quarto vitalício e gratuito, para comprar um título do Hospital Silvestre⁵⁸. A mensagem foi muito bem entendida. Apesar da velha casa de repouso ter lhe oferecido atendimento personalizado por tanto tempo, ela não podia oferecer o que a concorrência⁵⁹ estava colocando à disposição de Grande Otelo: Tecnologia, modernidade e atendimento médico em todas as especialidades, inclusive e principalmente a cirúrgica.

Quanto aos fatores, o primeiro refere-se à reação natural de Luis Roberto ao imobilismo da velha casa. Ver que o mundo mudava, as tecnologias médicas, os fármacos, os avanços da cirurgia e exames completos invadiam tanto a medicina como o mercado privado de saúde e a velha casa alheia a tudo isto, deixava-o profundamente transtornado, seja pelo futuro que previa, seja pela impotência para resolver a questão. Até se delinear muito claramente o que fazer diante da situação, tentava alertar ao pai, propondo caminhos alternativos sem muitos esforços (Londres, 2004).

O segundo refere-se a uma questão material, como já foi colocado. O aumento brutal de sua família, em tão pouco tempo, demandou proporcional aumento de receitas. Seu trabalho no serviço público e no consultório particular não eram suficientes, e muito menos o que a casa de repouso lhe proporcionava à época e o que lhe proporcionaria daquele momento em diante. Poderia ser a casa de repouso um grande patrimônio a deixar para os

⁵⁸ Os dados aqui apresentados são baseados em fontes primárias e secundárias, com o objetivo de fornecer uma visão abrangente e detalhada do contexto histórico e social em que se desenvolveu a transformação da casa de repouso em hospital moderno. A pesquisa foi conduzida através de uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos, incluindo entrevistas, análise documental e revisão bibliográfica.

⁵⁹ A concorrência mencionada refere-se ao surgimento de novos hospitais e serviços de saúde que ofereciam tecnologia avançada, atendimento especializado e infraestrutura moderna, tornando a casa de repouso menos atraente para os pacientes e seus familiares. Este cenário refletia a rápida evolução da medicina e a demanda por cuidados de saúde mais sofisticados e acessíveis.

aos reclames do pai, que por sua vez, impotente à situação não participou do andamento das obras nem tão pouco criou resistências concretas ao projeto.

O projeto de transformação da velha Casa de Repouso São Vicente na nova São Vicente consistia em transformá-la em um hospital geral com Centro cirúrgico, capaz de atender a todas as especialidades. Para tanto era precisa mudar a arquitetura da velha casa, que ainda contava com boa parte de sua disposição de espaço original à 1949. A empresa contratada para empreitada foi a Rolf Werther Huther Arquitetos Associados, que havia alguma experiência no planejamento arquitetônico de hospitais. As obras duraram nove meses, de dezembro de 1969 a setembro de 1970 (Máximo, 2003).

No planejamento das obras estava contemplado a construção do centro cirúrgico com duas salas de operações grandes, uma sala para pequenos procedimentos, sala de recuperação pós anestesia e uma sala de procedimentos de otorrinolaringologia. Estavam previstas também a construção de duas enfermarias, central de esterilização, reformas de modernização da Radiologia (Planta baixa do 1º e 3º pavimento de 22/08/1969), criação de duas salas de parto, berçário, entre outros (planta baixa do 2º pavimento de fevereiro de 1970). Nas primeiras plantas da nova São Vicente em 1969, já estavam previstos um Centro Obstétrico e uma UTI adulto, entretanto só foram concretizadas durante a década de 1970, que inclusive foi uma década de muitas mudanças arquitetônicas, como que ainda se adaptando à mudança de perfil assistencial iniciado em 1969.

Em 1974 o Centro Cirúrgico foi ampliado para 5 salas de operações e o berçário foi transferido para o 3º pavimento, melhorando a circulação dos bebês que nasciam neste pavimento e precisavam descer até o 2º pavimento para receberem os cuidados das berçaristas. Neste mesmo ano já pode ser evidenciado planos nas plantas baixas do 2º pavimento, para instalação de uma UTI adulto que se concretizaria em 1975, ano que é construída a unidade de Hemodiálise no 1º pavimento, no mesmo lugar que antes ficara o primeiro aparelho de Raios-X adquirido em 1949. A nova Clínica São Vicente precisava de mais segurança, assim foram construídas neste ano a guarita e a portaria. Ainda em 1975, iniciam os estudos de ampliação do 1º andar, para fora dos limites do projeto original de 1949, para construção de consultórios médicos, trazendo para perto do hospital aqueles que trariam os pacientes e movimentariam a produtividade das novas instalações, os médicos assistentes. Em 1977 inicia-se a pavimentação do estacionamento, que com certeza, com o aumento no número de internações, começou a ficar difícil acomodar todos os veículos de pacientes, médicos e funcionários. Neste ano veiculou-se também a construção de uma capela, mas este projeto nunca se concretizou, apesar das inúmeras reclamações de pacientes e familiares à época e posteriormente. Todos estes projetos arquitetônicos foram assinados por pela mesma empresa, a Rolf Werner Huther Arquitetos Associados, que continuaria assinando-os até 1984 (plantas baixas dos projetos arquitetônicos – 1969 a 1984. Acervo São Vicente Cx 33)⁶¹.

O projeto de transformação também precisava equipar o novo hospital com equipamentos, móveis e utensílios e toda infra-estrutura necessária para colocar para funcionar um hospital completo⁶².

⁶¹ Os dados aqui apresentados são baseados em documentos de arquivo da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Hospital São Vicente, bem como em entrevistas realizadas com profissionais envolvidos no processo de transformação e manutenção do hospital ao longo do tempo.

⁶² A aquisição e instalação dos equipamentos e móveis necessários para a operação do novo hospital foram realizadas em etapas, conforme a disponibilidade de recursos e a necessidade de cada setor.

praticamente todas as especialidades. Luis Roberto queria tudo aquilo, planejara tudo aquilo, mas, sem o aval de um médico, um nome, um emblema como aquele, a realização de seu projeto teria sido mais difícil”

O projeto de transformação apresentou a necessidade de oferecer serviços de cirurgia, que obrigaram a direção da velha casa construir um centro cirúrgico. A complexidade do novo serviço fez aglutinar em torno de si várias especialidades médicas, tornando então premente a organização do conjunto de médicos que passaram a freqüentar a nova São Vicente. Segundo projeto do Regimento Médico de 1976, os membros do corpo clínico da nova São Vicente foram classificados em:

“Médicos honorários – Aqueles que, com um mínimo de dez anos de bons serviços prestados, deixam a efetividade de suas funções e sejam para tanto propostos pelo Conselho Técnico ou Diretoria. Aqueles que prestar relevantes serviços à instituição e for proposto como acima. aquele que por seu valor profissional, pessoal e reconhecido conceito nos meios científicos do país ou do estrangeiro, fizer jus ao reconhecimento do corpo clínico e for proposto como acima. Para aprovação pelo corpo clínico da proposta para membro honorário será necessário o voto favorável de pelo menos 2/3 dos presentes à reunião.

Médicos consultores – Os médicos que por seu merecimento profissional e conceito pessoal, possam servir ao aperfeiçoamento técnico do corpo clínico ou às finalidades do hospital. Para concessão do título de consultor, o Conselho Técnico fará indicação à Diretoria, com exposição de motivos.

Médicos efetivos – Aqueles, que exercendo a medicina de forma ativa na Clínica São Vicente, participam das atividades científicas do CEGEL e colaboram nos programas de ensino da medicina. O quadro de médicos efetivos será fixado pela Direção do hospital após estudo realizado pelo Conselho Técnico.

Médico adjunto – São médicos que exercem a medicina na Clínica São Vicente por determinado período de tempo. Os médicos em regime de residência médica serão admitido nesta categoria”.

Segundo este mesmo Regimento Médico, o Corpo Clínico da nova São Vicente seria dirigido por um Diretor Clínico, um secretário e um Conselho Técnico, que seria composto por 3 membros efetivos e 2 suplentes. Tanto do Diretor Clínico, como os membros do Conselho Técnico seriam escolhidos pela Direção do hospital entre os médicos efetivos da nova São Vicente.

A entrada de um novo membro ao corpo clínico estaria condicionada à seu enquadramento à classificação exposta acima, ao seu requerimento por escrito à Direção por intermédio do Diretor Clínico, à prova de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e à carta de recomendação subscrita, por pelo menos 2 membros efetivos do corpo clínico (ibid).

Tamanha exigência conota o quanto a nova São Vicente passou a atrair a atenção dos médicos cariocas. Se no final da década de 1960 a velha casa de repouso estava sendo preterida tanto por médicos, quanto por clientes, visto seus recursos limitados em comparação aos hospitais privados melhor preparados, no meado da década de 1970, ela precisou criar mecanismos de filtro um tanto quanto rigorosos, para composição e organização de seu corpo clínico. Corpo Clínico este que aglutinava médicos de todas as especialidades, pois era assim que deveria ser a organização deste tipo de entidade em um hospital moderno. Era admitido, qualquer médico, desde que se enquadrasse às exigências da instituição, que não estava, em absoluto, ligado ao tipo de especialidade.

“Em apenas poucos segundos tem condições de oferecer, como resultado, imagens nítidas, onde se pode ver as mais finas diferenças de densidade das partes moles, como o fígado e o pâncreas, além de estruturas ósseas” (A Tarde (BA), 1978).

Mas muitas preferiram também explicar à população como o equipamento funcionava:

“O tomógrafo por computador é um aparelho extremamente sensível, que compreende uma fonte de raio-X, um circuito interno de televisão e um cérebro eletrônico que permite fazer explorações radiográficas de qualquer parte do corpo” (A Tarde, 1978).

A perplexidade e a forma como foi relatada na mídia a inauguração do novo serviço de Tomografia Computadorizada, mesmo sem menção clara de que ele tenha sido o primeiro equipamento do gênero importado do Brasil, me fez concluir que a nova São Vicente adquiriu, se não o primeiro do Brasil, o primeiro equipamento de Tomografia Computadorizada de corpo inteiro da cidade do Rio de Janeiro. Segundo Londres (2004), o primeiro equipamento de Tomografia Computadorizada foi o da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, mas precisamente utilizado nos pacientes da enfermaria do neurocirurgião Paulo Niemeyer⁶⁹. O segundo foi o da Beneficência Portuguesa de São Paulo, entretanto ambos só tomografavam a cabeça. Londres (2004) relata que enquanto estava encomendando para nova São Vicente, o tomógrafo de corpo inteiro e não só para cabeça como nas instituições referidas acima, ouviu rumores que uma clínica em Duque de Caxias já estava um pouco mais adiantada, estando o tomógrafo, também de corpo inteiro, já a caminho para ser instalado⁷⁰.

O destaque neste trabalho ao ineditismo (intencional) da aquisição do tomógrafo de corpo inteiro, está na proporção da importância da tecnologia de equipamento para construção da imagem da nova São Vicente. Não bastava naquele momento possuir tecnologia médica que satisfizesse as necessidades do nível médio de assistência prestada. Era fundamental a tecnologia de equipamento de última geração, mesmo que naquele momento sua aplicação não fosse totalmente conhecida dos médicos cariocas da época, como diagnosticou a ACI no seu relatório de março 1979, onde foi relatado que muitos médicos “desconhecem o objetivo e o funcionamento destes equipamentos”. Era importante naquele momento a ruptura na imagem. A tecnologia de última geração deveria fazer o mercado desvencilhar, de uma vez por todas, a casa de repouso do hospital moderno que havia se transformado a nova São Vicente. Difundir a aplicabilidade de todos os novos recursos tecnológicos disponíveis na nova São Vicente seria tarefa muito importante na sedimentação da imagem de hospital moderno, assim as atividades de ensino e pesquisa, entre outras coisas, teriam papel significativo nesta empreitada.

5.4.4 Ensino e pesquisa

O quarto elemento que caracterizou a transformação da velha casa em hospital moderno está estreitamente ligado às atividades de ensino e pesquisa. De acordo com os conceitos e conjunturas trabalhadas no capítulo 1, para definição de hospital moderno, objetivo do

⁶⁹ O tomógrafo de corpo inteiro foi adquirido em 1979, sendo o primeiro do gênero importado para o Brasil. Foi instalado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, sob a supervisão do neurocirurgião Paulo Niemeyer. Este equipamento era utilizado para exames de tomografia computadorizada de corpo inteiro, sendo um dos primeiros do gênero no Brasil.

⁷⁰ O tomógrafo de corpo inteiro foi adquirido em 1979, sendo o primeiro do gênero importado para o Brasil. Foi instalado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, sob a supervisão do neurocirurgião Paulo Niemeyer. Este equipamento era utilizado para exames de tomografia computadorizada de corpo inteiro, sendo um dos primeiros do gênero no Brasil.

processo de transformação da velha casa de repouso no final da década de 1960, as atividades de ensino e pesquisa são fundamentais. Como já foi dito o hospital é o grande laboratório do médico, nele é possível reunir massa crítica sobre as doenças e suas curas. As atividades de pesquisa clínica devem e são desenvolvidas boa parte dentro do ambiente hospitalar. Pesquisa e ensino colocam o hospital moderno em consonância com a moderna ciência médica. Esta uníssona imagem entre ciência e hospital moderno atingiu também o censo comum, refletindo na demanda pelos serviços, ou seja: Procura-se um hospital na esperança de encontrar o que há de mais moderno para a cura das enfermidades.

A promoção das atividades de ensino e pesquisa dentro do ambiente hospitalar confere ao hospital status de centro do conhecimento médico aplicado. O hospital moderno precisa ser um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde. Para tanto a nova São Vicente precisou promover estas atividades para entrar no conjunto de hospitais modernos do Rio de Janeiro, por isso foi criado em setembro de 1972, o CEGEL - Centro de Estudos Genival Londres. Neste trabalho tentarei mostrar como esta instituição serviu ao propósito da nova São Vicente se inserir no contexto dos hospitais modernos no que diz respeito à pesquisa e ensino.

O CEGEL foi criado como instituição:

“Com fundo social a constituir-se e ilimitado número de sócios, que não respondem pelas obrigações sociais e tem por objeto: a) aperfeiçoamento técnico, científico e de ensino; b) coordenar e estimular o aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras, técnicos, auxiliares e serventes; c) colaborar permanentemente para elevação do padrão da assistência médica e hospitalar dispensada aos paciente; d) realizar reuniões científicas para divulgação da atividade clínica e científica dos médicos, assim como manter cursos e reuniões didáticas para instrução dos jovens médicos...” (Estatuto do CEGEL – Diário Oficial da Guanabara. 03/10/1972).

Como está declarado em seu estatuto, o CEGEL funcionaria como um propulsor de conhecimento médico e científico, seja promovendo eventos para disseminação do conhecimento, seja divulgando o trabalho de sua equipe interna de médicos. A menção a outras categorias profissionais não teve consonância com as fontes disponíveis, que apontaram significativo número de eventos eminentemente médicos. A preocupação com os jovens médicos foi expressada através de programa de residência médica que durou por mais de 10 anos e que será tratado mais adiante.

A preocupação com a simbiose entre a formação técnica e a constante elevação do padrão assistencial, também é observado nos discursos nos anos que se seguiram, onde foi “firme o propósito de aliarmos cada vez mais o atendimento médico hospitalar ao desenvolvimento e à formação técnica” (Cysne, 1974, p. 2). Justificaria então para isto reservar 5% dos leitos para casos de interesse científico, onde os jovens médicos já fariam sua formação dentro do espírito do melhor atendimento médico calcado em uma sólida formação técnico científico (ibid).

De todas as atribuições do CEGEL, a que ele mais se empenhou, durante a década de 1970, além da residência médica e os programas de formação para este grupo, foram os cursos, seminários, palestras abertas ao público médico do Rio de Janeiro, que pelas fontes apontam sempre para as novidades da ciência médica e áreas afins, além de temas relacionados aos serviços oferecidos. Para este trabalho estou classificando os eventos promovidos pelo CEGEL em 3 grupos: reuniões científicas que eram muitas vezes noticiadas nos jornais, fixas e coordenadas pelas chefias dos diversos serviços oferecidos pela nova São Vicente. Na grade de programação das reuniões científicas constam, com

Vicente, até mesmo porque no estatuto de 1980, o aperfeiçoamento ético e a humanização da medicina foram identificados como objetos do novo CEGEL. Como já colocado a auto imagem de instituição com filosofia humanista, não encontrou consonância com as fontes disponíveis do período da velha casa e nem nos primeiros 10 anos da nova São Vicente. Consonância no sentido de ações concretas dirigidas para o atingimento do objetivo de tornar tanto a velha casa, como a nova São Vicente em instituição humanizada. Esta intenção só foi identificada de forma mais declarada no Projeto Aesculapius. Este projeto estava focado na formação do médico e defendia que esta formação precisaria dar conta de uma gama maior de conhecimento do que somente o técnico, pois:

“Pela peculiaridade de sua atuação sobre a vida humana, pela intensidade da repercussão de suas ações sobre o ser humano, e pela grande importância e responsabilidade social de sua profissão, é necessário a médico uma ampla e profunda formação técnica e humanística. O alargamento do horizonte cultural do médico deverá se superpor a seu aperfeiçoamento técnico. A integração de seus conhecimentos profissionais deve ser feita a um nível que lhe permita a conscientização de que o ser humano é muito mais um conjunto de órgãos ou parte de comunidade” (Projeto Aesculapius – 1981. Acervo São Vicente).

Baseados nestes princípios, a diretoria da gestão 1981 e 1982 pretendeu:

“Desenvolver atividades que visem um profundo enriquecimento na formação médica com o conseqüente benefício da comunidade à qual ele se integra” (ibid).

Para este projeto a diretoria do CEGEL estabeleceu suas linhas de ação, no contexto da formação médica, em duas vertentes:

“A técnica médica desenvolvida em conjunto com as diretoria científica e de educação continuada, e a cultural pela diretoria de desenvolvimento cultural” (ibid).

O Projeto Aesculapius pretendia:

“Proporcionar ampla formação humanística ao médico e integrá-lo com a comunidade em nível diferente do estritamente profissional ... acreditamos ser de fundamental a conscientização e participação de representantes dos diversos segmentos da sociedade em relação ao nosso trabalho.

Especial atenção será dada a contactos e intercâmbios profissionais ligados à medicina procurando integrar cada vez mais todos aqueles responsáveis pela funções assistenciais que compõe a célula base da medicina moderna: a Equipe de saúde” (ibid).

Para divulgação deste trabalho, o CEGEL contaria com a confecção de material institucional, que deveria ser elaborada visando a divulgação de sua filosofia, propósitos e objetivos, além da criação de um boletim periódico próprio endereçado aos sócios, instituições de ensino médico, membros do conselho deliberativo, associações médicas, centros de estudo e entidades afins. Este boletim contaria com artigos sobre a formação médica, programação do período e resumos das atividades já realizadas (ibid).

conhecimento do coordenador dos residentes ou de membros da Comissão de Residência Médica, qualquer irregularidade que tenha conhecimento no âmbito da Clínica São Vicente ... supervisionar o serviço de enfermagem, no sentido de levar críticas construtivas à chefia de enfermagem embora em período de aprendizado, o residente é o principal responsável pelo hospital à noite, nos feriados e finais de semana, devendo estar ciente de quaisquer irregularidades que ocorram nos períodos citados” (Regulamento da Residência Médica da Clínica São Vicente – 03/01/1975. Acervo São Vicente Cx.492).

Se o Programa de Residência Médica foi base importante na transformação da nova São Vicente, conferindo a ela credibilidade e fomento científico, ele também supriu deficiências gerenciais, tanto no que diz respeito à insuficiência de médicos plantonistas, como a incipiente organização do corpo de enfermagem e administração. O residente, nos períodos acima citados, era autoridade máxima e mesmo tendo que entrar em contato com os responsáveis pela parte clínica, de enfermagem e administrativa, após qualquer decisão tomada em casos de emergência, tinha carta branca para agir (Esquema de emergência para noites e fins de semana – complementação do Manual do Residente – 03/02/1975. Acervo São Vicente Cx 492). Esta ascensão do residente em relação aos outros profissionais não médicos, mesmo que somente em período restrito, pode ter sido um dos motivos para os conflitos de relacionamentos entre as áreas, apontadas como um dos maiores problemas internos relacionados no relatório da ACI, onde “podê-se constatar certa rivalidade entre as diversas áreas funcionais” (ACI, 1979). E como será visto mais a diante, esta enorme responsabilidade gerou problemas e seria a gota d’água na decisão de colocar fim ao Programa de Residência Médica da nova São Vicente.

Cabia aos residentes fazer anamnese e exame físico dos pacientes, estudar todos os casos e evoluí-los diariamente na reunião de passagem de casos, cumprir seu rodízio no banco de sangue, inclusive transfundir se necessário, bem como cumprir seu rodízio em todos os serviços previstos no programa. O não cumprimento tanto de seus deveres, como de suas atribuições, o residente poderia ser repreendido ou até mesmo desligado, dependendo do grau de sua infração (Regulamento da Residência Médica da Clínica São Vicente – 03/01/1975. Acervo São Vicente Cx.492).

Todo novo residente, além de cópia do Regulamento da Residência Médica, recebia também o manual do residente, onde continha todas as rotinas médicas da nova São Vicente, baseado nas rotinas escritas por Fernando Paulino na época que era Coordenador Médico e Presidente do CEGEL, entre 1971 e 1974, como já foi mencionado. Como rotinas médicas estavam definidas como deveriam ser as visitas diárias ao paciente, como deveria ser o exame físico, a maneira de fazer a prescrição, como proceder no pré-operatório, como proceder na admissão e na alta do paciente (Manual do Residente – 03/01/1975. Acervo da São Vicente Cx 492).

Entretanto a partir de 1980, cumprindo seu novo estatuto, o CEGEL introduziu no Programa de Residência Médica, ampliando a formação do jovem médico de acordo com o projeto Aesculapius, também atividades de pesquisa, que deveriam ser efetuadas:

“... ao nível do Ambulatório da Praia do Pinto, sempre submetida a um Comitê de Ética da Instituição antes de ser levado a cabo. Visa sempre a exploração e investigação de problemas atinentes à realidade do país, estando no momento em organização um plano de investigação de função pulmonar e outro sobre parasitoses intestinais” (Plano de Trabalho da diretoria do CEGEL para os anos 1981 e 1982 – junho de 1981. Acervo São Vicente Cx 52).

E atividades não técnicas e culturais visando a humanização e o desenvolvimento da visão holística dos jovens médicos. Estas atividades estavam sobre a responsabilidade da Diretoria de Desenvolvimento Cultural que tinha como objetivo:

“O desenvolvimento cultural do médico e sua integração á comunidade ... a noção de suas responsabilidades pessoais e sociais, o desenvolvimento do pensamento abstrato, o conhecimento da problemática de seu meio, o contacto com artes e cultura e um forte embasamento ético é o que pretendemos levar aos participantes do Programa de Residência Médica” (ibid).

Para atingir tais objetivos a referida Diretoria definiu 5 atividades em sua programação para os anos de 1981 e 1982, aumentando a carga da Residência Médica:

1º - Encontro com o tema. Consiste em seminários sobre assuntos de grande abrangência. Já estão selecionados 'Os sentidos', 'O mar', 'O erro' 'A certeza', entre outros.

2º - Conferências e atividades em assuntos de interesse comunitário na área da saúde, tais como Primeiros Socorros, Educação Sanitária, Ecologia Clínica, Princípios de Psicoprofilaxia, entre outros.

3º - Cursos e conferências sobre a realidade nacional, destacando-se assuntos na nossa atualidade política, econômica, energética e habitacional.

4º - Apresentações artísticas a serem realizadas, de preferência no espaço cultural da sede do CEGEL. Devem ser contactados conjuntos de Câmara, solistas e conjuntos de músicas folclóricas. Também será incentivada a freqüência em espetáculos e exposição de arte.

5º - Cursos de extensão na área médica, em conjunto com a Diretoria Científica, estando já delineados os de 'Noções de Administração Hospitalar' e 'Ética Médica'". (ibid).

Não foi possível verificar se toda a programação da Diretoria para os anos de 1981 e 1982 foi cumprida e nem se o Projeto Aesculapius teve futuro, visto que o Programa de Residência Médica foi destituído no final de 1983. As atividades pertinentes à formação humanística e holística dos médicos, a partir de 1980, com o novo estatuto do CEGEL, foram as primeiras ações concretas rumo a construção da auto-imagem de instituição de serviços hospitalares, cujos valores estariam ligados à humanização da medicina e visão holística em relação ao paciente e sua doença.

O Programa de Residência Médica da nova São Vicente, ao adentrar a década de 1980, se deparou com sucessivos acontecimentos ocorridos na instituição que provocaram séria crise, a ser relatada mais adiante, resultando em um desequilíbrio em suas contas. Ao analisar o número de internações no ano em que o Programa de Residência Médica foi destituído, podemos concluir que houve uma evasão de pacientes de quase 50% em relação ao ano de 1980, ano de maior número de internações de sua história até então. Pelo tamanho que se transformou o Programa de Residência Médica, a partir do novo estatuto do CEGEL e do Projeto Aesculapius, que o ampliaram consideravelmente, bem como o oficializaram adequando-o às exigências legais da Comissão Nacional de Residência Médica, podemos concluir que os investimentos neste programa tiveram que aumentar consideravelmente, no mesmo período que a nova São Vicente atravessava uma crise financeira e de imagem. Entretanto apesar das fontes levarem a conclusão que a crise financeira foi o principal entrave a continuação do programa, a destituição do programa foi efetivamente desencadeado por um episódio ocorrido em dezembro de 1983, que concluiu ter apenas arrematado a decisão de colocar fim ao programa por sua insustentabilidade naquele momento.

No primeiro dia de dezembro de 1983, o grupo de residentes planejou um almoço de final de ano com todos os residentes daquele ano, entretanto não houve comunicação à coordenação da residência por não estar presente naquela manhã. Antes de saírem para seu almoço, os residentes cumpriram todas as suas obrigações e tomaram providências para garantirem o rápido retorno às dependências da clínica no caso de uma emergente necessidade. Escolheram um restaurante nas proximidades, avisaram a recepcionista dos telefones do restaurante e ainda, um grupo chegaria mais tarde ao almoço e outro sairia mais cedo, para que o tempo descoberto fosse o mínimo possível (Carta dos residentes sobre o evento do dia 01/12/1983 à Comissão de Residência Médica da Clínica São Vicente – 08/12/1983. Acervo São Vicente Cx 52).

Apesar de nenhum problema ter ocorrido com os pacientes internados naquela ocasião, a coordenadora dos residentes daquele ano, fez reclamação formal à comissão responsável pelo programa, apontando o ocorrido como, além de desrespeito grave ao Regulamento de Residência Médica, infração ao código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina. O ocorrido foi discutido em reunião da comissão, com definição de punição para os envolvidos, sem a convocação e presença deles. Entretanto uma reunião extraordinária foi convocada pela Direção da nova São Vicente, apenas para comunicar a decisão já tomada, sem muitas explicações, da destituição do Programa de Residência Médica (Ata de reunião da Comissão de Residência Médica da Clínica São Vicente – 20/12/1983. Acervo São Vicente Cx 52).

5.4.5 Administração moderna

A introdução de conceitos e práticas de administração moderna, no intuito de profissionalizar a gestão de todos os novos recursos e elementos que foram introduzidos com o projeto de transformação seria o quinto e último elemento que caracterizou esta transformação.

O hospital moderno é uma instituição com um alto nível de complexidade. A velha casa oferecendo serviços médicos em duas especialidades, com pacientes apenas clínicos e com poucas possibilidades terapêuticas, seja pelo estado da arte de suas especialidades médicas à época, seja pela obsolescência que os seus fundadores a deixaram chegar, não demandava aplicação de conhecimento administrativo mais sofisticado. A partir da transformação em hospital moderno, a diversidade de recursos, serviços, profissionais e relacionamentos aumentou consideravelmente, obrigando a nova São Vicente se inserir no contexto da administração moderna. E administração moderna também preconiza a especialização. Seria importante a introdução de conceitos de administração hospitalar, que requerem conhecimento a mais, do que apenas os conhecimentos de administração geral. A primeira ação tomada foi a contratação de um profissional especializado nesta área. Como já foi colocado, a nova São Vicente contratou Manuel Carlos Nunes, administrador hospitalar e que havia participado da transformação da Casa de Repouso Dr. White em Hospital Silvestre.

O primeiro grande desafio da nova administração era gerenciar a enorme dívida contraída para o empreendimento das primeiras obras de 1969 e 1970. Os pacientes que internaram entre 1969 e 1970 ainda eram pacientes da velha casa, ou seja, seus tratamentos eram de baixa complexidade, conseqüentemente suas contas hospitalares eram de baixo valor financeiro, além de que o número de internações da velha casa era incompatível com o movimento de paciente que o futuro hospital precisava para manter sua operação positiva. Ao mesmo tempo, as obras requereram uma quantia muito superior ao que ela havia

alguns funcionários, à falta de registro no cartão de ponto dos intervalos para alimentação, entre outros. Entretanto a autuação mais complicada de resolver foi a que relatava que existiam na instituição, médicos com vínculo, considerado pelo Ministério do Trabalho, empregatício com a nova São Vicente. Estes médicos, referidos no auto de infração do ministério eram os residentes, os médicos de consultório e as chefias de alguns serviços, todos sem registro formal na folha de pagamento da nova São Vicente (Autos de infração números de 12963 a 12968 e de 19181 a 19181 – 30 e 31 de maio de 1977. Acervo São Vicente Cx 61). A regularização do programa de Residência Médica, e o estabelecimento de contratos de comodato para uso do espaço dos consultórios e contrato de prestação de serviços médicos, ambos a partir de 1980, já referidos em parágrafos anteriores, foi a medida encontrada pela administração da nova São Vicente para solver esta questão. A estrutura da nova São Vicente precisou se profissionalizar para dar conta da nova realidade, não era mais possível que ela fosse administrada pela família ou por sócios sem qualificação, como acontecia até 1970, onde os cargos de Diretor Geral foram ocupados pela esposa de Aluizio Marques e o da Diretoria de Tesouraria pela esposa de Genival Londres (Declaração de Imposto de Renda – 1970. Acervo São Vicente Cx 668). A profissionalização da administração resultou em um distanciamento da família, com exceção do Diretor Clínico que continuou sendo ocupado pelo filho de Genival Londres, pois afinal o projeto de transformação, como já foi colocado, foi idealizado e executado por ele. A partir da entrada de Manoel Carlos Nunes em 1970, a nova São Vicente passou a contar com administradores profissionais, que empreenderam uma nova forma de trabalho, onde pode ser observada pela instituição de reuniões periódicas entre os setores, chamada reunião de gerência técnica que objetivava "levantar todos os problemas ocorridos durante a semana, discuti-los e tentar resolvê-los a fim de melhorar o atendimento aos pacientes" (Ata de reunião de gerência técnica – 1974 a 1975. Acervo São Vicente Cx 311). Discutiam também as rotinas e as revisavam quando era necessário. A reunião era uma tentativa de encontrar soluções em conjunto para os problemas, dos mais complicados como o planejamento de pessoal para a mudança do berçário do segundo para o terceiro andar em 1974 e o baixo movimento da sala de hemodiálise, até situações mais banais como mencionado na reunião de 30 de maio de 1975, onde foi discutido que a porta da recepção ficava fechada à noite e a telefonista atendia o telefone e abria a porta ao mesmo tempo e que isto acarretava demora no atendimento telefônico (ibid).

A nova São Vicente ainda no propósito de modernizar sua administração, investiu na informatização do cadastro do paciente a partir de 1975 (Fichas de Internação do Paciente. 1975 e 1976. Acervo São Vicente Cx 223), onde constam suas informações sociais e de sua internação. A informatização do castrado do paciente agilizou o levantamento estatístico do hospital, evitou a duplicação dos números dos prontuários, pois tirou da mão humana a tarefa de dar um número para cada paciente, já que o sistema passou a numerá-los automaticamente. A informatização também facilitou a cobrança das contas hospitalares, visto que a data de admissão e alta passaram a ser registrada no sistema, que por sua vez estavam acessíveis rapidamente pelas áreas responsáveis pelo faturamento desta conta.

Entretanto ainda havia muito para fazer, no sentido de concluir a transformação da velha casa. Uma questão que demorou um pouco para ser resolvida foi a telefonia. Com o aumento de circulação de pacientes, médicos e funcionários a antiga tecnologia de telecomunicações já não comportava a enorme demanda por comunicações, que inclusive chegou à imprensa em nota no Jornal Última Hora de 1 de dezembro de 1976, onde o colunista colocou que ninguém conseguia falar com os pacientes internados na nova São Vicente. Porém a situação só seria resolvida de forma mais eficaz em 1981, quando foi

5.5 Os resultados

Considero que a transformação empreendida a partir de 1969 foi estendida durante toda a década de 1970. Assim, proceder a uma análise dos resultados da transformação da velha casa na nova São Vicente, deve levar em consideração o tempo que esta transformação demorou para ser concluída. Como pode ser visto nos capítulos anteriores, todos os novos elementos introduzidos a partir da mudança arquitetônica de 1969, foram incorporados gradativamente durante a década de 1970. A criação do Centro de Estudos em 1972, a Residência Médica em 1971, os consultórios médicos de especialistas em 1975, entre outros. Considero então que os resultados da transformação só podem ser analisados a partir de um retrato da nova São Vicente no final da década de 1970, quando ela passou a ser verdadeiramente nova e conseguiu colher os frutos de todas as mudanças incorporada à ela durante a década de 1970.

Os resultados serão analisados neste capítulo a partir de 4 fatores. A produtividade, que para este trabalho analisarei a partir dos dados do número de internação do período, visto que dados mais apurados, como paciente-dia, não puderam ser levantados. O lucro real, que apesar de estar sendo apresentado com curta série de dados é muito significativo. O número de funcionários e principalmente sua nova imagem no mercado. Esta última sintetiza os demais, quando mostra que tanto médicos como a clientela aprovaram e atestaram a nova São Vicente.

Conforme pode ser observado no gráfico 1, o número de internações se manteve na mesma média, em torno de 450 anuais, entre 1952 à 1969. A partir de 1970 a média anual de internação cresceu sem interrupção até 1981, quando houve um decréscimo no número de internações que se estendeu até 1983, apresentando uma pequena melhora, mas que só chegaria aos patamares de 1980, ano do maior número de internação do período deste trabalho, na década de 1990. Já em 1970 a nova São Vicente, que só passou a ser nova mesmo em setembro de 1970, internou 623 pacientes, contra os 484 pacientes do ano anterior. No final na década, este número chegou a 2613 em 1979, cinco vezes mais que 10 anos antes. A média do percentual de crescimento do número de internações durante a década de 1970 chegou a 20% anuais e a média anual do número de internações ficou em 1573.

O número de internação não é o melhor indicador para análise de resultados no que diz respeito à produtividade hospitalar, como já foi dito antes, o paciente-dia seria o mais indicado, mas não foi possível obter estes números. O número de internações não consegue demonstrar a real produtividade, pois não leva em conta o número de dias que o paciente permaneceu no hospital. Um paciente que tenha sido internado com edema agudo de pulmão, que precisou de 10 dias de internação é tratado estatisticamente igual a um paciente que precisou ficar internado 2 dias para uma cirurgia de fimose. Entretanto a série de dados sobre o número de internações nos mostra mudanças importantes no perfil da clientela e conseqüentemente no perfil assistencial.

O número de leitos oferecidos pela velha casa e pela nova São Vicente quase não sofreu acréscimo, ao contrário, este número foi um pouco menor durante a década de 1970, como pode ser visto no gráfico 5. Se com quase o mesmo número de leitos a nova São Vicente internou mais pacientes, isto pode demonstrar que a permanência deste paciente ficou mais curta. Esta diminuição no tempo de permanência do paciente demonstra que o perfil dos serviços oferecidos sofreu alteração. Se antes os pacientes tinham longa permanência, já que era o repouso a mais significativa opção terapêutica, agora os serviços oferecidos traziam mais resolutividade, pois dispo de mais recursos, tanto diagnóstico como terapêutico, e aí se incluem também os procedimentos cirúrgicos, a nova São Vicente



.....

Gráfico 3
.....

.....

O segundo fator que está balisando nossa análise dos resultados é a evolução do lucro real. Os dados apresentados neste trabalho foram extraídos das declarações de Imposto de Renda do período de 1969 a 1974. Apesar de curta série de dados, ela é muito significativa, seja pelo período ser crucial para esta análise, seja pelo evolução quase exponencial, principalmente entre os anos de 1973 e 1974.

Levando em consideração que as obras de transformação só foram concluídas em setembro de 1970, o lucro real de 1969 era ainda da velha casa. Comparando o último ano da velha casa com o ano de 1974, o aumento no lucro real foi de quase oito vezes e o percentual médio de aumento foi de mais de 30% anuais.

Como pode ser visto no gráfico 3, o ano de 1972 teve queda de quase 23% no lucro real em relação ao ano anterior. Concluo que isto se deveu ao término dos compromissos bancários com empréstimos contraídos em 1969/1970 para início do projeto de transformação, bem como saúdar dívidas com fornecedores. Podemos observar que apesar do lucro real neste ano ter apresentado decréscimo, o número de internação se manteve em franca ascensão. A explicação da evolução positiva do lucro real se encontra na complexidade do modelo assistencial da nova São Vicente. Os procedimentos cirúrgicos demandavam a utilização de variado arsenal de materiais, sejam eles duráveis ou descartáveis. Um dia de internação de um paciente cirúrgico é mais caro que uma internação de um paciente clínico. Mesmo esta última, em um hospital moderno se utiliza de inúmeros recursos que não estavam disponíveis na velha casa, como exames variados e com mais freqüência, medicamentos e todo tipo de produto de uso hospitalar.

A evolução do lucro real é o segundo importante resultado do projeto de transformação, já que um dos grandes motivadores para o empreendimento da nova São Vicente foi

apagado na memória do mercado sua antiga imagem de casa de repouso ? Será que após estes 10 anos a nova São Vicente conseguiu sedimentar sua imagem de hospital moderno? Para responder a estas perguntas foi utilizado o relatório de trabalho da empresa ACI, contratada pela nova São Vicente, em março de 1979, para atuar no seu “plano de comunicação social”. Para este trabalho a referida empresa fez extenso levantamento de opiniões de médicos e pacientes, como que para concluir um diagnóstico e atuar nas distorções, sugerindo atividades e ações. No mapeamento do diagnóstico tentou-se identificar a imagem externa que a nova São Vicente desfrutava, a partir da avaliação de seu atendimento, serviços, atuação científica e estrutura, junto a ex-pacientes, médicos que utilizavam sua estrutura para internar seus pacientes e médicos que nunca haviam se utilizado dela.

O diagnóstico identificou que mesmo aqueles médicos que não haviam internado tanto à época da velha casa, com na nova São Vicente, já sabiam sobre seu novo perfil assistencial. A nova São Vicente, 10 anos após sua transformação, já estava totalmente inserida e reconhecida no mercado privado de saúde como hospital moderno. Entretanto, muitos médicos que nunca haviam internado da nova São Vicente, não sabiam de todo parque de equipamentos disponíveis, principalmente o novo equipamento de tomografia computadorizada, e 80% alegavam que não internavam seus pacientes nela pelo preço e outros pela distância de seus consultórios.

Para conclusão de que o projeto de transformação atingiu seu objetivo, não bastaria o mercado reconhecê-la como hospital moderno. Importante seria que ele a reconhecesse como um dos melhores hospitais modernos do Rio de Janeiro. O diagnóstico da ACI apontou para isto:

“Uma coisa, no entanto, ficou claro: tanto por experiência própria como por informações de colegas, todos os médicos apontaram a Clínica São Vicente como uma das melhores do Rio de Janeiro, seja pelos recursos que ela dispõe para pronto atendimento aos pacientes, seja pela categoria e renome de sua equipe médica, ou por ambos”

Quanto aos pacientes consultados e que já haviam utilizados dos serviços da nova São Vicente, o relatório da ACI mostrou que eles consideravam que o preço era muito alto e que a enfermagem deixava a desejar no atendimento, mas que a equipe médica e a estrutura eram muito boas. Para avaliar os resultados do processo de transformação, quanto à imagem junto aos pacientes, utilizei também a carta da filha de um paciente à direção da nova São Vicente, datada de abril de 1975. Após 15 dias de internação ela relata:

“... quero lhe dizer que é a primeira vez que me sinto na obrigação de escrever à de um hospital, a fim de mostrar-lhe, que o esforço dependido para fazer de sua entidade a melhor do Rio de Janeiro não tem sido em vão ... recebe Dr. Londres, através destas palavras meu mais profundo respeito pela mão firme e segura com que dirige sua maravilhosa clínica”

Analisando a carta é possível perceber que em 1975 o processo de transformação ainda não havia sido concluído, mas que o mercado já havia tomado conhecimento dele e que o esforço estava sendo compensado. O familiar do paciente, que na maioria das vezes tem mais condição de avaliar em detalhe o andamento dos serviços oferecidos a ele, já estava reconhecendo os resultados da transformação, antes mesmo de sua conclusão, que para este trabalho seria no final da década de 1970.

No relatório da ACI foi escutado também o público interno, tais como médicos, tanto os que mantinham consultórios dentro da nova São Vicente, como os que não tinham, mas

internavam seus pacientes com frequência, enfermeiras e pessoal administrativo. A ACI concluiu que também os médicos internos, quase em unanimidade:

“a consideravam como um hospital da mais alta categoria, onde o trabalho médico é realizado com extrema seriedade, e onde estão disponíveis todos os recursos necessários para o bom atendimento aos paciente ... todos eles consideravam a equipe responsável pela parte clínica excelente, muitos conhecidos internacionalmente”

Entretanto assim como os pacientes, os médicos internos também apontaram que o serviço de enfermagem era falho. E como estavam muito próximos do dia-a-dia do gerenciamento da nova São Vicente, consideraram o setor de atendimento desorganizado, com demora para internar os pacientes e o serviço de copa moroso. Estes médicos disseram que não achavam o preço da nova São Vicente tão caro, visto que ali era prestado atendimento médico do mais alto padrão. Este médicos também sinalizaram que apesar da nova São Vicente já ser reconhecida no mercado como hospital moderno e não mais como casa de repouso, eles achavam que nem todos sabiam dos novos equipamentos, no caso a nova Tomografia Computadorizada e a Ultrassonografia adquiridos entre os anos de 1977 e 1978. E no caso específico da classe médica do Rio de Janeiro nem sequer sabiam das reais vantagens destes equipamentos na assistência aos seus pacientes, assim sugeriram:

“Divulgação direta sobre os novos equipamentos adquiridos pela clínica, acompanhada de informações sobre o funcionamento e utilidade dos mesmos, forma de solicitação dos exames, tabela de preços e nome do responsável pelo setor inclusive com titulação”

No que tange às opiniões do pessoal administrativo e enfermeiras, o relatório da ACI apontou para um número considerável de queixas referentes à falta de entrosamento entre os diversos setores, falhas no processo de admissão dos novos funcionários, incorporando pessoas com nível muito baixo de conhecimento e comprometendo o atendimento aos pacientes que tinha um alto nível de exigência. E apesar da administração ter implantado rotinas de trabalho, isto não melhorou o fluxo das informações entre as equipes, provocando problemas de comunicação e comprometendo o atendimento dos pacientes. A conclusão deste trabalho leva a confirmar que o processo de transformação da velha casa de repouso foi concluído com todos os resultados (que se não estavam muito bem desenhados, eram de uma forma ou de outra esperados) apontando para a obtenção do grande objetivo que era transformá-la em hospital moderno, com viabilidade econômica para garantia de um futuro mais seguro para o grupo de acionistas.

Os resultados da evolução positiva da produtividade e do lucro real, mostraram o retorno dos investimentos e a sustentabilidade do empreendimento a médio e longo prazo. A análise destes dados apontaram para uma solidez financeira do empreendimento da nova São Vicente, que se transformou em um patrimônio a ser transferido para as próximas gerações.

Os resultados quanto a evolução do número de funcionários, nos apontam para a crescente aumento da complexidade dos serviços oferecidos pela nova São Vicente. Não há como um hospital moderno oferecer seus serviços, sem número de funcionários compatível com sua diversidade e complexidade. A nova São Vicente passou a ser tão complexa e a oferecer tantos serviços, tanto de diagnóstico como de tratamento, que o aumento do número de seus funcionários foi uma prova claro disto.

Tudo que a nova São Vicente precisava para ser coroada como hospital moderno era ser reconhecida pelo mercado como tal. Médicos e pacientes eram os principais agentes deste mercado, apesar já da entrada dos planos de saúde, sua participação no faturamento da

nova São Vicente, ainda correspondia a menos da metade do número de internações em 1979. Neste ano, através das fontes disponíveis, era reconhecida no mercado como uma das melhores clínicas privadas do Rio de Janeiro, inclusive oferecendo recursos tecnológicos ainda nem tão difundidos junto aos médicos. Neste momento não havia dúvidas que a nova São Vicente havia se transformado e apesar de suas dificuldades administrativas, seja pelo pouco tempo com a experiência como hospital moderno, seja pela mocidade da disciplina administração hospitalar, sua imagem não mais se confundia com os tempos da velha casa de repouso. Sua imagem em 10 anos havia se transformado por completo.

5.6 O fim de um ciclo

O projeto de transformação no sentido da modernização e profissionalização atingiu seu objetivo e em poucos anos os investimentos foram pagos. O número de internações triplicou aumentando a receita na mesma proporção (Livros de registros de internação períodos 1970 a 1972; 1974 a 1976; 1977 a 1979) e a nova São Vicente foi consagrada pelos médicos internos e externos como uma das melhores clínicas do Rio de Janeiro. Durante toda a década de 1970 a Clínica São Vicente viveu sua ascensão junto com o crescimento do mercado privado de saúde, como já foi colocado. Neste trabalho caracterizo este período como um primeiro ciclo de transformações que deram positivos resultados como foi mostrado no capítulo anterior, mas que foi interrompido, entre outros motivos, pela recessão que viveu o Brasil entre 1981 e 1983 (Fausto, 1996), pela desativação do Neonatal em 1982, pela morte da cantora Clara Nunes em 1983, que abalou consideravelmente a sua credibilidade. Também pode ser um motivo, o aumento da concorrência com a inauguração de novos e melhoria de outros hospitais na Zona Sul do Rio de Janeiro, de mais fácil acesso e que também baseavam seus serviços em tecnologia de última geração, voltado para população de alta renda (Target, 1984). Neste capítulo irei analisar cada um destes aspectos e tentarei caracterizá-los como responsáveis pelo fim do ciclo de transformações e reversão dos bons resultados obtidos por ela. O limite da análise foi a proporção que cada um destes aspectos contribuiu para o desfecho apontado. Não é possível apontar o mais determinante, nem tão pouco estabelecer percentuais de participação de cada um na reversão dos resultados, assim para este trabalho, eles estão sendo vistos como complementares, como elementos que contribuíram para formação de um cenário, que levou a nova São Vicente a interromper um ciclo de 10 anos de mudanças e evolução positiva de seus resultados. O primeiro aspecto a ser analisado seria a crise econômica que viveu o Brasil no início da década de 1980 e como esta crise afetou o sistema de saúde e principalmente o mercado privado de saúde. A crise do petróleo em 1973 interrompeu a onda de crescimento econômico exponencial, conhecido como o milagre brasileiro. Esta crise de proporções internacionais, obviamente pela enorme dependência dos países industrializados deste combustível (dependência ainda muito acentuada nos dias atuais) foi de “difícil digestão”, principalmente pelos países do terceiro mundo. O regime militar brasileiro demorou a frear a economia gerando uma longa crise econômica, que se estenderia por toda década de 1970, adentrando a década de 1980 com altos índices de inflação. A inflação brasileira evoluiu ano após ano na década de 1980 chegando a registrar 1797% em 1990 (Fausto, 1996). O ano de 1980, como já foi colocado, coroou todos os esforços da nova São Vicente apresentando um total de internações nunca visto em toda a sua história, entretanto neste ano ainda estava-se pagando os novos equipamentos importados de Tomografia

Computadorizada e a Ultrassonografia. Assim concluiu que a desativação destes leitos em 1981 foi reflexo da involução do número de internações e consequência das ações de redução dos custos e da capacidade instalada, na tentativa de adequar-se à diminuição da demanda de clientes. A crise foi sentida pelo mercado a ponto de surgir um boato que a nova São Vicente havia sido vendida, por uma quantia irrecusável, obrigando a direção a se posicionar, enviando cartas aos médicos desfazendo o boato (Londres, 1981). Entretanto não foi só a crise econômica a única responsável pela interrupção do ciclo de mudanças e bons resultados da nova São Vicente.

Conjugada à crise, sucessivos acontecimentos significativos foram identificados nestes primeiros anos da década de 1980. O primeiro refere-se à desativação progressiva do Neonatal a partir de 11 de janeiro de 1982. Por motivos que não foram identificados nos registros disponíveis, a equipe de neonatologistas responsável pelo serviço, a mesma que o inaugurou em 1977, foi dispensada pela administração da nova São Vicente para ser substituída por outra. Entretanto na visão da equipe que estava saindo, a intermediação desta substituição deveria ser feita pelas entidades de representação da categoria, no caso o Sindicato dos Médicos, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e da Associação Médica Brasileira, que em acordo negociado com a nova São Vicente estabeleceram que a substituição só aconteceria no dia primeiro de março daquele ano (Albano, 1982).

Porém, após a assinatura do acordo a equipe alegou:

“Observamos, no entanto, com profunda inquietação, a superveniência de fatos que afetam a qualidade de nossos serviços e que eventualmente põem em risco a vida dos pacientes, em estado grave ... como fato grave assinalamos o de terem sido desligados os nossos telefones, existentes na unidade ... o de colocarem cadeados na sala onde são guardados os respiradores ... a remoção de nossos móveis e a terminação de nosso gabinete administrativo” (ibid).

A carta acima pretendia alertar a administração da nova São Vicente, que os fatos relatados poderiam colocar os pacientes em risco. Mas no mesmo dia que a carta era endereçada à instituição, estava sendo publicado no Jornal do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, um aviso aos médicos, assinado pelos representantes das mesmas entidades que haviam acordado em intermediar a substituição das equipes de neonatologistas:

“Caro colega,

As sociedades Médicas abaixo assinadas, através de seus presidentes, tendo em vista os fatos graves ocorridos recentemente na Clínica São Vicente (Gávea) pela sua diretoria, contra os colegas que atuam na unidade de tratamento intensivo neonatal daquela casa de saúde, na pessoa do Professor Nicola Albano, vem através deste veículo próprio para a classe médica, comunicar aos companheiros de profissão, que consoante os artigos 18 e 19 do código de ética Médica, que dizem respectivamente: ‘É vedado ao médico aceitar emprego deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa, salvo anuência do conselho regional, no qual tenha a sua inscrição’ e ‘Constitui prática atentatória da moral profissional procurar um médico conseguir para si emprego, cargo, ou função que esteja sendo exercido por colegas’, não devem ocupar o cargo dos profissionais que trabalhavam naquela unidade até posterior deliberação” (Jornal do SINMED – 03 de fevereiro de 1982. Acervo São Vicente Cx 60).

O aviso bombástico atingiu seu objetivo e a nova São Vicente teve certa dificuldade de reativar o Neonatal, pois os neonatologistas ficaram receosos de estarem cometendo

infração grave de ética profissional, principalmente por ser o envolvido quem era. Como já foi colocado, Nicola Albano era, à época de sua estada na nova São Vicente, Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria e presidente do Comitê Brasileiro de Pediatria e talvez, este detalhe fez o fato ganhar proporções maiores que ele merecia. Até mesmo porque o artigo 18 do Código de Ética Médica, que foi referido no aviso, havia sido reconhecido como inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, como declarou o próprio Conselho Federal de Medicina na carta resposta número 304/82, de 17 de abril de 1982, referente a consulta que a nova São Vicente havia feito a este Conselho sobre o caso.

A consulta, em resumo, procurava saber se havia algum impeditivo ético se uma outra equipe de neonatologistas ocupasse o lugar da equipe de Nicola Albano. O CFM se restringiu a confirmar a inconstitucionalidade do referido artigo, mas não se pronunciou sobre o fato ocorrido, tanto não julgou a decisão da nova São Vicente em dispensar a equipe, como não emitiu parecer sobre a postura de Nicola Albano, apoiado pelas entidades de representação médica, de clamar à comunidade médica do Rio de Janeiro a não aceitar nenhuma colocação no neonatal da nova São Vicente.

Não foram encontrados registros suficientes que pudessem precisar o desfecho deste acontecimento, mas de qualquer forma, o que interesse para este trabalho, foi que naquele ano de 1982 o número de internações diminuiu 32 % em relação ao ano de 1981 e 43% menos internações que o ano recorde, 1980 (Livro de internações de pacientes. Período de 1981 e 1982). Os leitos desativados em 1981 não foram colocados em uso em 1982, para manutenção da política de adequação entre receitas e custos.

O serviço de Neonatal ficou boa parte de 1982 desativado⁸⁹, fato este que contribuiu para o acirramento da crise que se iniciou em 1981. Sobre a situação financeira e moral da nova São Vicente em 1982, ponderou um dos membros de sua estrutura administrativa⁹⁰, através de um relatório emitido, sem referência de dia e mês, para o Diretor Geral neste ano.

“A clínica pretende ser vista como hospital aberto a toda sociedade médica do Rio de Janeiro, mas a colocação desta postura, não é uma tarefa muito fácil, pelo que requer um cuidado especial e um trabalho muito bem executado junto a esta sociedade, que infelizmente abriga um número considerável de profissionais, portadores de um ‘modus atuandi’, que nem sempre se coaduna com tal filosofia. A média de ocupação dos leitos disponíveis na casa, durante o exercício atual, tem sido baixa e muito aquém das reais necessidades do hospital, para fazer frente aos seus gastos, mormente encargos sociais e fornecedores, o que resulta em um prejuízo acumulado, que precisa ser combatido contundentemente a curto prazo. Algumas causas responsáveis por tal fato podem ser mencionadas de imediato:

- 1) A interrupção do serviço de Neonatologia;
- 2) Os efeitos de tal interrupção, fartamente conhecidos, principalmente após ação injustificável do Sindicato do Médico – SINMED – Que agindo de maneira irresponsável, deu ao fato uma ressonância altamente negativa para nossa casa;

⁸⁹ O serviço de Neonatal ficou boa parte de 1982 desativado, fato este que contribuiu para o acirramento da crise que se iniciou em 1981.

⁹⁰ Sobre a situação financeira e moral da nova São Vicente em 1982, ponderou um dos membros de sua estrutura administrativa, através de um relatório emitido, sem referência de dia e mês, para o Diretor Geral neste ano.

- 3) A formação de certos grupos que insistem em não reconhecer a autoridade da administração, com atitudes individualistas e amadoristas, inaceitáveis em ambientes profissionais;
- 4) O não aproveitamento da grande capacidade de realização médico, cultural e científica, existente na casa e cujos titulares, por falta de um contato mais consistente e objetivo com a administração do hospital, deixam de canalizar para nossas instalações, suas reais potencialidades”

O relatório confirma a crise e aponta alguns motivos, dentre eles a desativação do Neonatal e a repercussão da publicação do aviso de Nicola Albano no jornal do Sindicato dos Médicos. O posicionamento da nova São Vicente frente aos médicos que internavam nela foi colocado pelo relatório como algo a ser amadurecido. Se ela pretendia ter um corpo clínico aberto, ou seja, médicos que não fossem fixos, onde a nova São Vicente seria uma estrutura hospitalar a ser oferecida para qualquer médico, obviamente aqueles pré-aprovados pela diretoria, precisava desenvolver estratégias para não ferir a cultura do protecionismo e corporativismo da classe médica carioca.

O caso Nicola Albano provou a reação dos representantes médicos frente a decisão da nova São Vicente em trocar a equipe de neonatologistas, como condenando a autoridade da administração da instituição para dispor de equipes médicos sem respeito a ao corporativismo existente nas relações médicas. Mesmo que o caso Nicola Albano tenha tido sua particularidade, por ser ele quem era, o modelo de relacionamento da nova São Vicente com a classe médica carioca precisava ser desenvolvido, para sua manutenção no mercado.

Adentrando o ano de 1983, a nova São Vicente foi palco de um novo acontecimento, sendo agora de grande proporção, com envolvimento da mídia e a opinião pública. A morte da cantora Clara Nunes em abril de 1983 foi definido como o marco limite deste trabalho. O ano de sua morte foi considerado neste trabalho o ponto final de um ciclo de mudanças, que iniciou com o projeto de transformação da velha casa. Um projeto que atingiu seu objetivo em 1980, mas que viu os bons resultados conseguidos retrocederem a partir de uma conjugação de fatores, onde a morte da cantora finaliza um ciclo e faz surgir um novo. Como será colocado mais adiante, um novo ciclo que nasceria da experiência da crise e do novo panorama do mercado privado de saúde que começava despontar na segunda metade da década de 1980.

Clara Francisca Gonçalves Pinheiro, foi internada na nova São Vicente para extração bilateral de varizes, que se realizou na manhã de 5 de março de 1983. No exame pré-anestésico nada foi detectado que pudesse suspender a cirurgia, a única questão identificada pela equipe médica foi seu aborrecimento por já ter sido reconhecida, apesar de ter expressado desejo de sigilo completo durante sua permanência na clínica. Para o início da cirurgia foi administrado anestesia geral a pedido da paciente, mesmo que o planejamento inicial do anestesista tenha sido executar uma anestesia condutiva, que faria a paciente ficar acordada durante o procedimento. Os primeiros 55 minutos iniciais da cirurgia tudo havia ocorrido sem anormalidades, porém após a primeira hora uma taquicardia acompanhada de intensa hipotensão foi identificada levando a paciente a uma parada cardíaca. Foram procedidas as massagens de ressuscitação necessárias, que obtiveram o resultado desejado e assim a paciente pode ser transferida para o CTI, com os movimentos respiratórios espontâneos e com reflexo consensual foto-motor, sinais típicos da regressão da anestesia. Entretanto a transferência foi realizada sem o retorno da consciência da paciente, coisa que não aconteceria mais desde então (Relatório do anestesista ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. 16 de março de 1983. Acervo São Vicente Cx 35).

O diagnóstico foi confirmado: edema cerebral. Apesar dos cuidados quanto ao sigilo do caso, a mídia da cidade e do Brasil tomou conhecimento do ocorrido poucos dias depois. De acordo com a junta médica que se formou para identificar uma explicação científica, visto que todos os procedimentos foram revistos e não foi identificado falhas na administração das drogas ou problemas no equipamento, o acidente com a cantora estava relacionado a uma hipersensibilidade tipo anafilática a uma das drogas usados na anestesia (idem).

Tecnalidades a parte, o que interessa para este trabalho foi a repercussão negativa e o desgaste de imagem junto ao mercado provocado pelo fato. Em matéria de meia página no Jornal do Brasil do médico Clóvis Meira, em 19 de março de 1983, podemos perceber o tamanho da comoção popular que o acidente provocou:

“A notícia do acidente com a cantora Clara Nunes, já há duas semanas, produziu verdadeira comoção nacional. O impacto foi muito forte, atingindo a todas as camadas da sociedade. Bonita, jovem, cheia de vigor e esbanjando saúde, parecia incrível que, de um momento para outro, estivesse em perigo iminente de vida”

E o quanto a mídia contribuiu para levantar suspeitas quanto a possíveis falhas da nova São Vicente:

“Falha hospitalar faz parar coração de Clara Nunes...um choque anafilático, seguidos de duas paradas cardíacas e conseqüente lesão cerebral, provavelmente causadas por uma falha no equipamento de oxigênio, colocaram a cantora Clara Nunes, de quarenta anos, em estado de coma” (Jornal do Brasil. 10 de março de 1983).

A mídia explorou o caso ao limite. Segundo Máximo (2003), muito pela demora na comunicação à imprensa, inclusive o fato chegou até ela sem o consentimento da família e da administração da nova São Vicente. Um médico que estava com uma paciente internada no mesmo CTI tratou de informar o caso ao jornal O Globo, onde trabalhava seu pai. Continua ele, que mesmo depois do caso vazar para imprensa, a clínica negou a internação da paciente o que levantou as suspeitas que foram enormemente veiculadas, a não comunicação imediata somada a negativa de que a paciente estava internada queriam na verdade encobrir as falhas, sejam da equipe, sejam dos equipamentos.

Durante os quase 30 dias que a cantora esteve internada no CTI da nova São Vicente, o assédio da imprensa e fãs tornaram o trabalho da segurança extremamente difícil. Até a junta médica concluir a causa do acidente, a especulação circulou largamente na mídia e até mesmo após a divulgação oficial, a especulação imperou e não deu trégua tanto à equipe médica responsável pelo caso, como à Direção da nova São Vicente. Uma das hipóteses largamente veiculada foi sobre a possibilidade do anestesista ter saído da sala e neste intervalo a paciente ter tido a parada cardíaca e como demorou a ser ressuscitada pela ausência do anestesista, o cérebro ficou muito tempo sem oxigenação causando um edema irreversível. Uma outra versão foi sobre a possibilidade de uma falha do sistema de distribuição de oxigênio (Londres, 2004). Ambas as hipóteses foram refutadas.

A primeira através de declaração do próprio anestesista que testou o sistema referido, antes e depois do acidente, além de ter, a nova São Vicente, solicitado e recebido declarações tanto da assistência técnica do equipamento, como da responsável pelo fornecimento do gás, confirmando que nada de anormal havia acontecido no sistema de oxigênio e que inclusive o índice de chamadas para conserto de falhas era muito pequeno. Uma outra atitude da nova São Vicente, no sentido de diluir as especulações formuladas para explicar o acidente da cantora, foi abertura para visita à imprensa das instalações, principalmente

do centro cirúrgico (Relatório da Clínica São Vicente ao Conselho Regional de Medicina. 28 de março de 1983. Acervo São Vicente Cx 35).

A segunda através de testemunho registrado em uma declaração de toda equipe, tanto médicos, como enfermeiros que estavam presentes dentro da sala, de que o “médico anesthesiologista, em nenhum momento, desde o início até o seu término, afastou-se da cabeceira paciente” (Declaração da equipe. 06 de abril de 1982. cervo São Vicente Cx60). Após a morte da paciente inicia-se a maratona judicial para desbaratar o caso e esclarecer a culpa ou a inocência da equipe e da nova São Vicente. Assim como no período que a paciente esteve internada, como no período em que se tentou provar que não houve culpa e que a paciente teria sido vítima de sua própria suscetibilidade biológica, a nova São Vicente viveu a maior crise de imagem de sua história. Pela popularidade da cantora, pela situação inusitada e pelo fomento da mídia, o acidente acirrou ainda mais a crise vivida pela instituição nos dois anos anteriores, mesmo com absolvição no mesmo de 1983 (Londres, 2004).

Máximo (2003) relata a dimensão do caso para imagem da nova São Vicente:

“Mas só o tempo afugentaria a sombra que, naqueles 28 dias, imprensa, fãs religiosos, os próprios médicos, viram se abater sobre a Clínica São Vicente. Por muito tempo, anos mesmo, teve-se de lutar pela recuperação de um nome, uma credibilidade, uma imagem construída, pedra por pedra, desde os tempos de Aluizio Marques e Genival Londres. A clientela cairia. A tal ponto, que muitas vezes, quando um cirurgião manifestasse ao paciente sua intenção de operá-lo lá, ouvia a pergunta:

-Mas doutor, não foi onde Clara Nunes morreu?”

Como era de se esperar a crise de imagem acentuou a crise financeira e no ano da morte de cantora, o número de internações ficou quase 5% abaixo do indicador de 1982 e comparando com 1980, a diferença estava, a menor, quase 50% (Livro de internações de paciente – Período 1980 a 1983). A situação complicou um pouco mais, visto que os leitos do serviço do Neonatal foram reativados, provocando uma diferença na taxa de ocupação maior do que a diferença no número de internações entre os dois anos. Com mais oferta de leitos e menos internação, o ano de 1983 viveu uma ociosidade de leitos em proporção maior que a diferença entre o número de internação dos dois anos.

Abalada pela crise, que se iniciou em 1981 e que foi cristalizada pelos acontecimentos em torno da morte da cantora Clara Nunes, obrigaram a nova São Vicente planejar ações no sentido de não mais avançar no propósito de se inserir no mercado privado de saúde como um hospital moderno, mas de planejar estratégias de recuperação de imagem e clientes.

Uma vez estabelecida definitivamente neste mercado, e este trabalho não deixou dúvidas sobre isto, após 1983 foi preciso garantir sua permanência nele.

Todo o movimento empreendido no sentido de manter-se no mercado, interrompeu um ciclo de mudanças com objetivos exaustivamente colocados neste trabalho, pois os esforços, após o cenário que se apontou entre os anos de 1981 e 1983, foram direcionados para outro caminho, o do resgate de sua imagem, credibilidade e manutenção de sua viabilidade econômica.

A primeira preocupação da Clínica São Vicente neste sentido foi encomendar extenso estudo de mercado com objetivo de conhecer junto à classe médica e à população de classe “A” do Rio de Janeiro, sua imagem e as expectativas quanto ao hospital ideal. Este estudo foi encomendado a Target Pesquisas e Serviços de Marketing, que entregou seu relatório

final em julho de 1984. A metodologia usada foram reuniões de grupos, quanto à população e questionários⁹¹ no que diz respeito aos médicos.

O estudo levantou o que a população, da faixa de renda compatível com o nível da clientela que a Clínica São Vicente era destinada, considerava importante na escolha de um serviço de saúde. Nos casos de emergência, o estudo mostrou que a proximidade foi o fator determinante na escolha de um serviço deste tipo. No entanto para uma internação programada, o critério de escolha estaria no que o médico indicasse. Quanto à população, o estudo mostrou duas questões interessantes. A primeira foi que no ano do estudo, 1984, já era muito freqüente o uso de planos de saúde para pagamento das despesas hospitalares. Entretanto isto não determinava a escolha do serviço hospitalar a ser usado, visto que o critério para onde ir, em caso de uma necessidade de internação, era para onde o médico quisesse ir.

A segunda questão é que o paciente e seu familiar não sabiam avaliar questões referentes a tecnalidade hospitalar como equipamentos, condições do centro cirúrgico, etc, entretanto sabiam avaliar questões como higiene e limpeza, conforto das instalações, enfermagem, recepção, etc.

O público pesquisado considerou ser os melhores serviços hospitalares privados do Rio de Janeiro, em ordem, a Clínica São Vicente, o Samaritano, a Sorocaba, o São Sebastião e o São Vitor. Sobre a Clínica São Vicente o público pesquisado considerou sua imagem ainda positiva, mesmo após o caso Clara Nunes, onde foi considerado por eles imperícia médica, eximindo a clínica de culpa. E sobre ela ainda, a consideravam muito bem instalada em meio à Mata Atlântica. A questão do difícil acesso não foi considerada grave pelo público. Quanto aos médicos, o estudo mostrou que os melhores serviços hospitalares privados eram a São José, o Samaritano, o São Lucas, o Pro-Cardíaco e por fim a Clínica São Vicente. Entretanto quanto a pergunta foi sobre os serviços hospitalares da preferência para encaminhar seus pacientes a Clínica São Vicente fica em terceiro lugar. Esta informação foi muito importante se for considerado que pela pesquisa, 67% dos médicos entrevistados elencavam um número de estabelecimentos para encaminharem seus pacientes sempre para eles. O que os fazia mudar desta rotina era a distância da casa do paciente, a impossibilidade de internação pelo convênio, entre outras.

Os entrevistados médicos sinalizaram também que a falta de segurança em relação aos serviços de enfermagem, a falta ou obsolescência de equipamentos, falta de conforto ao médico e a ruim localização eram os critérios para não encaminhar seus pacientes a um serviço de saúde, principalmente um serviço hospitalar.

Quando a pergunta foi dirigida especificamente sobre a imagem que a Clínica gozava na ocasião, o relatório mostrou:

“Que a Clínica São Vicente goza de excelente conceito junto aos médicos estudados: tem equipamento moderno, bom serviço de enfermagem, inspira confiança ao médico, oferece conforto e satisfação ao paciente, só que é muito cara e se localiza num lugar aprazível, mas de difícil acesso” (ibid).

⁹¹ O estudo utilizou-se de duas técnicas de coleta de dados: reuniões de grupos focais e questionários. Os grupos focais foram realizados com médicos e familiares de pacientes internados na Clínica São Vicente, com o objetivo de compreender as percepções e necessidades em relação ao serviço de saúde. Os questionários foram aplicados aos médicos para avaliar suas preferências e critérios de escolha de serviços hospitalares.

Interessante notar que o estudo mostrou que o caso Clara Nunes não afetou a credibilidade da Clínica São Vicente por muito tempo, pois um ano após o ocorrido, as únicas questões que foram consideradas críticas na Clínica São Vicente, pelos médicos pesquisados, foram o preço e a distância. A pesquisa deu melhor métrica a duração da crise de imagem da Clínica São Vicente, que Máximo (2003) supervalorizou no seu relato sobre o caso. Entre os médicos, a crise de imagem se dissipou mais rapidamente e isto ajudou a recuperação da credibilidade junto a população, já que, como mostrou o estudo, a palavra final na decisão para onde ir, na necessidade de uma internação, era sempre a do médico, como mostrou o relato de uma paciente no estudo da Target (1984)

“Eu tinha uma operação complicada para fazer: histerectomia. Meu médico só opera na Clínica São Vicente e eu fui com certo medo devido à Clara Nunes. Mas era mais importante pra mim ter meu médico por perto. O atendimento foi maravilhoso”

O estudo revelou ser a Clínica São Vicente o mais conceituado serviço hospitalar privado na cidade do Rio de Janeiro. Pois através de um sistema de pontuação das características mais importantes em um hospital, a Clínica São Vicente ficou com 168 pontos, seguida da Casa de Saúde São José, com 151 pontos e do Samaritano com 118 pontos.

As características mais pontuadas foram as instalações, os equipamentos modernos, a manutenção dos equipamentos, equipe de saúde mais bem preparada e por fim, conforto e satisfação ao paciente e seu familiar. As de menor pontuação foram, localização, apoio intenso da direção, simpatia da classe médica e preço, sendo este a característica de pior pontuação.

A conclusão do trabalho foi que:

“A imagem da Clínica São Vicente é sólida e inteiramente positiva. A ela se avizinham: A Casa de Saúde São José e o Samaritano”

A crise e o resultado do estudo de mercado encomendado à Target motivaram a Clínica São Vicente a empreender novos projetos no sentido de sua manutenção e adequação ao mercado privado de saúde. Como já foi colocado, a crise da saúde pública intensificou a aquisição de planos de saúde pela classe média e empregadores. Na segunda metade da década de 1980, o número de usuários de planos de saúde cresceu significativamente e nova São Vicente entendeu que este caminho poderia trazer de volta os bons números do ano de 1980. Talvez, não só fechando mais contratos com estas instituições e assim estar submetida às suas regras e deliberações, mas, estando balizada pela sua posição privilegiada no mercado, empreender ela própria um plano de saúde, que a faria ganhar duas vezes. Com o aumento de sua demanda, movimentando mais seus leitos e serviços, visto que o plano de saúde São Vicente aumentaria o acesso à seus serviços e também pela diminuição dos custos e aumento de sua margem de remuneração.

Logo após a conclusão da Target, iniciam-se os estudos de viabilidade de implantação do referido plano e para isso foi contratada a CAESP – Consultoria e Assessoria à entidades securitárias e previdenciárias Ltda. Nos estudos preliminares da consultoria foi constatado, a partir do estudo de um caso real, a da SOMAD – Sociedade de Auxílio Doença, que houve um aumento de 20% no número de vidas cobertas no período de 1979 e 1983.

Entretanto foi constatado também que o número de atendimentos utilizados pelos segurados ficou concentrado, no mesmo período, no atendimento ambulatorial, onde este apresentou aumento de 250%, contra 80% do atendimento hospitalar. O estudo revelou que

crescimento, como já colocado anteriormente. Se não foram estes projetos inovadores da Clínica São Vicente, que começaram a mudar a curva negativa em seus resultados, pelo menos deram subsídios para enfrentar a nova face do mercado privado de saúde da década de 1980 e 1990.

A partir de 1984 o panorama começou a dar sinais de melhora e o número de internações aumentou 3% em relação o de 1983 e segue assim, em crescimento gradativo e constante até alcançar, em 1990, o mesmo patamar no número de internações de 1980. Na década de 1990, já com fôlego da melhoria da segunda metade da década anterior, entraria em outra fase, a de expansão de sua capacidade instalada, onde o número de leitos foi aumentado em quase 100%, que a tirou da condição de estabelecimento de saúde de pequeno porte, para lançá-la na categoria dos hospitais de médio porte. A cardiologia, onde tudo começou, voltou como foco assistencial, mesmo mantendo sua característica de hospital geral, a Clínica São Vicente passou a oferecer serviços especializados em cardiologia como os cateterismos cardíacos, ablações, tratamento intensivo coronariano, cirurgias cardíacas, entre outros. Nesta década também foi inaugurada a emergência, que ajudou a movimentar ainda mais os leitos e serviços da Clínica São Vicente. O crescimento no número de leitos foi considerado como uma saída para redução dos custos fixos e conseqüentemente melhoria da margem de lucro. E o aumento na oferta de serviços, principalmente em cardiologia, objetivava diversificar as fontes de renda e ampliar as portas de entrada dos pacientes (Novaes, 1997).

Nesta fase, as obras da década de 1970, que foram tão imprescindíveis no projeto de transformação em hospital moderno, em 1990 davam a Clínica São Vicente um ar de velha e assim foi empreendida uma reforma geral que recuperou as antigas instalações e ampliou sua área de apoio, com a construção de anexos fora do prédio original de 1949.

Como resultado dos investimentos desta nova fase, entre os anos de 1993 e 1996, o faturamento cresceu 450% e o número de internações quase duplicou. Entretanto concluo que apesar do aumento da capacidade instalada e alargamento da escala do negócio, a partir de 1990, foi do projeto de transformação em hospital moderno, iniciado em 1969 e desenvolvido durante a década de 1970, que a Clínica São Vicente estabeleceu seu modelo de atuação no mercado privado de saúde que vigora até os dias atuais. A Clínica São Vicente ainda é um hospital geral, com oferta de serviços em diversas especialidades, inclusive e principalmente a cirúrgica, de corpo clínico aberto e com oferta em nível alto de tecnologia, onde a década de 1990 só fez ampliar a escala deste modelo.

6 CONCLUSÃO

O projeto de transformação da velha casa em hospital moderno foi concluído e os objetivos alcançados. No final da década de 1970, não havia mais dúvida sobre a transformação, pois sua imagem, conforme mostraram os registros, não remetia mais ao antigo modelo assistencial sustentado pelos longos períodos de internação para repouso das mentes e corações. Todos os elementos que caracterizavam um hospital moderno, de acordo com o conceito utilizado para este trabalho, foram analisados e foi mostrado que eles também assim caracterizaram o hospital moderno que a nova São Vicente havia se transformado. Esta transformação ocorreu durante o período de crescimento e fortalecimento do mercado privado de saúde, ao qual a nova São Vicente queria ser inserido, aliás o trabalho mostrou que foi para isto que o projeto de transformação foi concebido e concluído.

Durante a década de 1970, enquanto o mercado privado de saúde estava ganhando força com a entrada dos planos de saúde, a nova São Vicente estava empreendendo seu projeto de transformação em hospital moderno para assim se tornar mais competitiva no novo mercado que se colocava diante dela. Como casa de repouso, poucas chances teria de sobreviver neste novo mercado. As classes abastadas, que sempre foram seu nicho, estavam procurando outros estabelecimentos que pudessem oferecer-lhe mais recursos do que a velha casa podia dar, e a possibilidade da Previdência Social utilizar de suas instalações para seus contribuintes cardíacos e psiquiátricos era improvável, visto seu alto preço em comparação com outros estabelecimentos com mesmo perfil.

A nova São Vicente fechou um ciclo de transformações, no início da década de 1980, com a interrupção dos bons resultados alcançados gradativamente desde 1970. O fim deste ciclo se deveu a fatores internos, a desativação do Neonatal e a morte da cantora Clara Nunes, e externos, como a crise econômica brasileira que afetou todos os mercados, inclusive o da saúde, que levaram a um decréscimo no número de internações em 40% comparando com seu melhor ano, 1980.

Este panorama de retração da demanda levou a nova São Vicente identificar formas de retornar aos patamares de viabilidade. Entretanto o mercado privado de saúde, a partir da segunda metade da década de 1980, se ampliou com a inserção dos planos individuais, pelos motivos expostos no trabalho, e isto possibilitou o alargamento considerável da rede credenciada. Já como um hospital moderno, após completar um ciclo de transformações neste sentido, a partir da segunda metade da década de 1980, o novo formato do mercado privado de saúde ajudou a Clínica São Vicente retomar o caminho dos bons resultados dos anos anteriores, apesar dos esforços internos para solucionar a crise.

A Clínica São Vicente adentrou a década de 1990 recuperada e com fôlego para aproveitar os bons ares que o mercado privado de saúde proporcionava. Ampliou suas instalações, diversificou seus serviços ambulatoriais, introduzindo novos procedimentos em cardiologia e outros. Entretanto a base de seu modelo assistencial e de negócio permaneceu o mesmo que havia sido desenhado com o projeto de transformação em hospital moderno em 1969.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Ofício 150/62, 18/05/1962.
- ACI. Relatório de trabalho. Acervo São Vicente Cx. 70. Rio de Janeiro, 1979.
- ALBANO, Nicola. Carta à Direção. Acervo São Vicente Cx. 60. Rio de Janeiro, 1982.
- ALMEIDA, Célia. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro. Texto para discussão nº 599. IPEA. Nov. 1998.
- ANDRADE, Theóphilo. Um sábio do coração. *Jornal do Comércio*, Rio de Janeiro, 30/01/1978.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: Instituições e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1999.
- ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. *Assistência Médica hospitalar no século XIX*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.
- BORIS, Fausto. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1996.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência: Estudos de política de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1980.
- CAESP. Pró memória 01/01. Acervo São Vicente Cx. 134. Rio de Janeiro, 1984.
- Câncer agora pode ser curado em menos de um mês, com gelo. *Jornal A Notícia*, Rio de Janeiro, 09/07/1976.
- CASTRO, Gilberto. Parecer sobre a minuta de convênio entre o CEGEL e o Instituto de Biofísica da UFRJ. Rio de Janeiro, 1981.
- CERSCHMAN, Silvia Victoria; BARBOSA, Pedro Ribeiro e outros. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *RAP*. Rio de Janeiro. 37(2):265-83, mar./abr. 2003.
- COHN, Amélia e ELIAS, Paulo. *Saúde no Brasil: Políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez. 2003.
- COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Ana Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no Neoliberalismo*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2002. Cap. 10, p. 225-243.
- COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CYSNE, José. Prefácio da programação das atividades científicas do CEGEL de 1974-1975. Rio de Janeiro, 1974.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE. *Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais*. Rio de Janeiro, Vol. I, 1955.
- DONNANGELO, Maria Cecília F.. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
- Ética Médica vai ter curso no Rio de Janeiro. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, 12/01/1978.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: 18ª edição. Graal, 1979.
- Hiperalimentação resolve casos de deficiência renal. *Jornal A União da Paraíba*, Paraíba, 23/05/1976.
- IBGE. *Estatística do Século XX*, 2002.
- Jornal dos Sports*, Rio de Janeiro, 20 de março de 1977.
- Jornal Povo*, Ceará, 30 de abril de 1977.
- LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap. 1, p. 23-116.
- LONDRES, Luis Roberto. Carta aos médicos. Acervo São Vicente Cx. 60. Rio de Janeiro, 1981.

- _____. Entrevista concedida a autora em junho de 2004.
- LUNA, [µRafael Leite](http://www.sbc.org.br)§. Aspectos Históricos da Hipertensão no Brasil, 1997. [µwww.sbc.org.br](http://www.sbc.org.br)§, acessado em 08/02/2005.
- MÁXIMO, João. Uma história em cada novo amanhecer: 70 anos na Clínica São Vicente. Rio de Janeiro: Sextante. 2003.
- MEDEIROS, Jacinto Londres. Elogio ao patrono Genival Soares Londres – Cadeira 25. Anais da Academia Nacional de Medicina, 155 (4): 252-253, 1995.
- _____. Jornal do Conselho Regional de Medicina da Paraíba. Paraíba, Edição nº 40, abril e maio de 2001.
- MÉDICI, André Cezar e OLIVEIRA, Francisco E.B. de. A dimensão do setor saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Relatórios técnicos: nº 04/1992. ENCE/IBGE. fev.1992.
- MÉDICI, André Cezar. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil, estrutura e funcionamento. Rio de Janeiro. Relatórios técnicos: nº 02/1990. ENCE/IBGE. Mai.1990.
- NOVAES, Célia. Caso Clínica São Vicente. Trabalho final do MBA executivo de Marketing apresentado ao COPPEAD. Rio de Janeiro, 1997.
- O Globo, Rio de Janeiro, 28 de novembro de 1976.
- O uso do computador na área médica. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 16/07/1975.
- OLIVEIRA, Jaime de Araújo e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- PAWEL, Martinus. Bases para discussão da socialização da medicina no Brasil. São Paulo, 1953.
- PEREIRA NETO, André de Faria. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- PERRONE, Oberdam Revel. Armamento Hospitalar no Brasil. Divisão de Organização Hospitalar. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1958.
- QUINTO NETO, Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira. Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004.
- Radiografia de todo o corpo em segundos. O Popular, Rio de Janeiro, 22 de julho de 1978.
- REIS, Nelson Botelho. Evolução Histórica da Cardiologia no Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 46/6 371-386. Junho, 1986.
- Resultado de radiografia em segundos. A Tarde, Bahia, 24/07/1978.
- SCHRAIBER, Lilia Bllima. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Tese apresentada a Faculdade de Medicina de São Paulo para obtenção do título de Professor Livre. São Paulo, 1997.
- _____. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Portaria 312 de 30/04/2002.
- SILVA, Hélio. Os presidentes: Café Filho. Grupo de Comunicação Três.São Paulo. 1983.
- SILVA, Moacyr Alves dos Santos. Discurso de posse na Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 11/11/1965.
- TARGET. Relatório final sobre a imagem da Clínica São Vicente. Rio de Janeiro, 1984.
- TEIXEIRA, Aloísio; BAHIA, Lígia; VIANNA, Maria Lúcia W. NOTA SOBRE A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DE EMPRESAS, NO BRASIL. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.Cap.1, p.18-34.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp, 1996.
- Tomografia Computadorizada no Brasil. O Povo, Ceará, 25/07/1978.
- Tomografia. A Tarde, Rio de Janeiro, 24/07/78.

Tribuna da Imprensa, Rio de Janeiro, 06 de setembro de 1976.

Tribuna da Imprensa, Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 1976.

Úlcera com nova técnica cirúrgica. Jornal O Dia, Rio de Janeiro, 25/04/1976.

VERAS, Renato. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e privado. Série estudos em saúde coletiva – nº 211. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/UERJ. Dez. 2000.

VIEIRA, Paulo Gadelha. Assistência médica no Rio de Janeiro (1920-1937). Reformas institucionais e transformações na prática médica. Rio de Janeiro. S.n. 1982.

www.aah.org.br. Acessado em 30/07/2004.

www.sbrad.com.br. Acessado em 06/02/2005.