LETÍCIA MELLO BEZINELLI

A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo

São Paulo

2014

LETÍCIA MELLO BEZINELLI

A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Michel Edgard Crosato.

São Paulo
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação

Serviço de Documentação Odontológica

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Bezinelli, Letícia Mello.

A Odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo / Letícia Mello Bezinelli; orientador Michel Edgard Crosato. -- São Paulo, 2014.

133 p. : il.: fig., tab., quadros. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Odontologia hospitalar. 2. Hospitais públicos – São Paulo. 3. Cirurgiões dentistas – Hospitais. I. Crosato, Michel Edgard. II. Título.

Bezinelli LM. A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Julgamento: _____

“Dedico este trabalho para a minha família, especialmente ao Lucca Bezinelli Bianchi Martinez, que veio trazer ainda mais felicidade para nosso lar.”

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato pela oportunidade de estarmos juntos mais uma vez, agora no Doutorado! Agradeço imensamente seu respeito e principalmente por continuar compreendendo meu formato de trabalho.

Ao Prof. Dr. Carlos de Paula Eduardo por ter acreditado em mim ainda enquanto aluna de graduação, por ter compartilhado seu conhecimento e experiência dentro da Odontologia, por ter me apresentado a Odontologia Hospitalar. Certamente esse trabalho só aconteceu devido a sua visão empreendedora e sua capacidade de realização! Agradeço muito por todas as oportunidades a mim oferecidas. Saiba que tenho enorme admiração por todo seu trabalho, você é uma fonte de inspiração para qualquer profissional. Quero também registrar minha verdadeira amizade.

Ao Prof. Dr. Moacyr Domingos Novelli que embora, infelizmente, não consigo mais conviver diariamente, sempre tenho a agradecer....

À Profa. Dra. Luciana Correa pela grande parceria! Agradeço pelo essencial auxílio na tese, pela colaboração nos estudos e pesquisas e, principalmente, pela companhia e bom humor de sempre. Você é uma grande amiga, te admiro muito!

À Fernanda de Paula Eduardo, não tenho palavras suficientes que possam expressar tudo o que eu gostaria de dizer. Além de profissional competente e dedicada, é um ser humano fantástico, preocupada com todos que estão a sua volta. Realmente não sei como você dá conta de tudo! Agradeço todos os dias por ter uma companheira de trabalho como você, mas agradeço principalmente por ter você como amiga. Muito obrigada Fê!!!!!!.

À Roberta Marques da Graça Lopes, desde a faculdade eu já sabia do seu grande potencial, hoje, comprovadíssimo! Rô você é uma grande amiga, conte comigo para o que precisar e em qualquer momento! Agradeço por sempre estar ao meu lado e pelas risadas sempre garantidas!

Ao Zilson Magalhães, grande parceiro e amigo. "*DiFatto"* agradeço pela oportunidade de trabalhar com você! Muito obrigada por sempre segurar as pontas!

Ao Prof. Dr. Giovanni Cerri meu agradecimento e admiração por todo trabalho realizado.

Ao Prof. Dr. Flavio Fava de Moraes, exemplo de profissional e inspiração para a classe odontológica, obrigada por toda a colaboração.

À toda Equipe da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo pela sempre disponibilidade de colaboração.

À todos os colegas da pós-graduação pela grande troca de experiência!

À todas as funcionárias do Departamento de Odontologia Social, sempre dispostas a nos ajudar.

À minha mãe e ao meu pai João, agora vovós, por serem os primeiros a acreditar em mim, pelo apoio em todas as minhas realizações e principalmente pela maior lição de todas: o significado do amor. Jamais conseguiria chegar aqui sem vocês. Obrigada por tudo! Amamos vocês!

Aos Padrinhos Nana e Teddy e aos Titios Lulu e Alê agradeço muito pelo carinho, pela preocupação, enfim por me ajudarem em tudo, tudo mesmo. Temos muita sorte de tê-los sempre por perto. Sem vocês esse trabalho não teria saído! Obrigada! Contem comigo, sempre!

À Marci muito obrigada por cuidar de mim e do meu pequeno! Sua ajuda foi fundamental para que eu chegasse até aqui!

Ao Gú agradeço imensamente por ter me dado o maior presente de todos: nosso Lucca! E...só para constar: Como você vai me chamar agora?! Te amo!

RESUMO

Bezinelli LM. A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados a secretaria do estado da saúde de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão original.

A atenção odontológica tem sido tradicionalmente realizada em consultórios. Aos hospitais a prática mais comum é reservada ao atendimento cirúrgico bucomaxilofacial ou procedimentos que necessitam de anestesia geral. Entretanto, a atuação do Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar vai além. O Odontólogo deve ter foco no cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença sistêmica. (Silva-Lovato et al., 2009; Manual de Odontologia Hospitalar, 2012). O Estado de São Paulo conta com uma ampla rede de serviços hospitalares próprios. Embora os resultados dos últimos anos comprovem o maior acesso da população a rede hospitalar pública do Estado de São Paulo, com aumento no número de atendimentos a pacientes internados, maior quantidade de cirurgias e de procedimentos complexos realizados (Mendes, Bittar, 2010), não há dados públicos concretos comprovando a atuação do Cirurgião-Dentista nesse contexto. Por outro lado, estudos e experiências em hospitais têm mostrado que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação contribui para minimizar o risco de infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir o tempo de internação, diminuir a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral, além de promover um atendimento completo ao paciente. (Sonis et al., 2001; Sonis et al., 2004; Morais et al., 2006; Vera-Llonch et al., 2007; Eduardo et al., 2008; Bezinelli et al., 2013). Nosso trabalho trata-se de um estudo transversal com o objetivo de caracterizar o serviço de Odontologia dentro dos hospitais públicos veiculados a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Para tanto foram coletados dados do Programa Sorria Mais São Paulo e do CNES de 62 hospitais de diferentes formatos de gestão: direta, indireta e autarquia e/ou fundação. Os resultados mostraram que dos hospitais de administração indireta (n=30), 9 possuem o Cirurgião-Dentista na

equipe multiprofissional, sendo 33% desses voltados ao atendimento odontológico dos funcionários do Hospital, 33% pertencem ao serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e 44% apresentam um serviço de odontologia ao paciente com comprometimento sistêmico, tanto internado como em âmbito ambulatorial. Nos hospitais de administração direta (n=24), 20 apresentam no corpo clínico o Cirurgião-Dentista, sendo que 25% estão no atendimento do funcionário do hospital, 65% no serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e 45% no atendimento ao paciente internado ou em âmbito ambulatorial que apresenta comprometimento sistêmico. Nos hospitais ligados as universidades estaduais (n=8), 75% possuem o serviço de Buco Maxilo Facial e 75% o de atendimento ao paciente internado ou em âmbito ambulatorial que apresenta comprometimento sistêmico. Os resultados mostram também que há 36% menos Cirurgiões-Dentistas atuando nos hospitais quando comparado os dados coletados *in loco* (Programa Sorria Mais São Paulo) com os disponíveis no CNES. No presente trabalho o investimento para a montagem do serviço de odontologia hospitalar é cerca de R$ 98.626,00 e o custeio mensal é de R$ 29.540,00. Pelo trabalho desenvolvido é possível concluir: que hospitais veiculados a SES são heterogênos. Há diferenças quanto ao formato de gestão e administração, tamanho, complexidade, especialidades médicas presentes, demanda atendida. A maioria dos serviços de odontologia dentro do hospital é de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e não possuem atendimento odontológico ao paciente no leito que apresenta comprometimento sistêmico. O CNES não apresenta a realidade da atuação do Cirurgião-Dentista dentro do hospital e o custo não é fator limitante para a para implantação e manutenção de um serviço de Odontologia Hospitalar.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar. Hospitais públicos estaduais. Estado de São Paulo. CNES. Mapeamento. Custo.

ABSTRACT

Bezinelli LM. Hospital dentistry in public hospitals linked the state secretary of health of São Paulo [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Original.

Dental care has traditionally been performed in dental offices. It is more common practice for oral and maxillofacial surgery care or procedures that require general anesthesia to be reserved for treatment at hospitals. However, the work of the Dental Surgeon in the hospital environment goes beyond this. The Dentist must be focused on care of the patient whose systemic disease may be a risk for aggravation and or onset of oral disease, or whose oral disease may be a risk factor for aggravation or onset of systemic disease. (Silva-Lovato et al., 2009; Manual de Odontologia Hospitalar, 2012). The State of São Paulo has a wide network of its own hospital services. Although the results of the last few years have proved that there is greater access by the population to the public hospital network of the State of São Paulo, with an increasing number of attendances of hospitalized patients, larger number of surgeries and complex procedures performed (Mendes, Bittar, 2010), there are no concrete public data proving the activities of the Dental Surgeon in this context. On the other hand, studies and experiences in hospitals have shown that the inclusion of the Dental Surgeon in the multiprofessional team of hospitalized patient care contributes to minimizing the risk of infection, improving quality of life, reducing time of hospitalization, diminishing the amount of medication prescribed and indication of parenteral nutrition, in addition to promoting complete care of the patient. (Sonis et al., 2001; Sonis et al., 2004; Morais et al., 2006; Vera-Llonch et al., 2007; Eduardo et al., 2008; Bezinelli et al., 2013). Ours is a cross-sectional study with the aim of characterizing the Dental Service within public hospitals linked to the State Secretary of Health of São Paulo. For this purpose data were collected from the “Smile More Often São Paulo Program (“Sorria Mais São Paulo”) and of the national register of health establishments (“Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES” of 62 hospitals with different management formats: direct, indirect, municipal and/or

foundation. The results showed that of the hospitals with indirect administration (n=30), 9 have a Dental Surgeon in the multiprofessional team, with 33% of them being directed to dental care of the Hospital Staff, 33% belong to the Oral and Maxillofacial Surgery service and 44% provide dental service for systemically compromised patients, both those who are hospitalized and those in the outpatient clinics. In the hospitals with direct administration (n=24), 20 have a Dental Surgeon on the clinical staff, with 25% being engaged in dental care of the hospital staff, 65% in the Oral Maxillofacial Surgery service and 45% in caring for hospitalized patients or those in the outpatient clinics, who are systemically compromised. In the hospitals linked to the state universities (n=8), 75% have an Oral Maxillofacial service and 75% a service caring for the hospitalized patient, or those in the outpatient clinic, who are systemically compromised. The results also showed that there are 36% fewer Dental Surgeons working in hospitals when the data collected in loco ("Programa Sorria Mais São Paulo") are compared with those available in CNES. In the present study the investment for setting up the hospital dental service is around R$ 98.626,00 and the monthly cost is R$ 29.540,00. From the work develop it was possible to conclude: That the hospitals linked to SES are heterogeneous. There are differences with regard to the management and administration format, size, complexity, medical specialties present, and demand served. The majority of the dental services within the hospital are provided in Surgery and Oral Maxillofacial Traumatology, and they do not have dental care for the patient in a hospital bed, who is systemically compromised. The CNES does not present the reality of the Dental Surgeon's activity in the hospital, and the cost is not a limiting factor for the implementation and maintenance of a Hospital Dental Service.

Keywords: Hospital Dentistry. Pubic State Hospitals. State of São Paulo. CNES. Cost.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 5.1- Mapa do Estado de São Paulo com a indicação dos 86 estabelecimentos de saúde vinculados a SES.....45

Figura 5.2- Mapa da cidade de São Paulo de São Paulo com a indicação dos 33 estabelecimentos de saúde vinculados a SES.....46

Figura 5.3- Mapa do Estado de São Paulo com a indicação dos 62 hospitais vinculados a SES que participaram do estudo.....47

Figura 5.4- Mapa da cidade de São Paulo com a indicação dos 23 hospitais vinculados a SES que participaram do estudo.....48

Figura 5.5- Mapa do Estado de São Paulo indicando os hospitais do estudo que possuem Cirurgião-Dentista no corpo clínico.....52

Figura 5.6- Mapa do Estado de SP mostrando a localização dos hospitais do estudo com atendimento ao PCS, seguido da lista especificando todos os tipos serviços de odontologia.....53

Figura 5.7- Mapa da Cidade de São Paulo mostrando a localização dos hospitais do estudo com atendimento ao PCS.....54

Quadro 5.1- Investimento em material permanente para a montagem do serviço de odontologia hospitalar.....62

Quadro 5.2- Investimento inicial em material de consumo para se iniciar o serviço de odontologia hospitalar. São Paulo, 2014.....62

Quadro 5.3- Valor total inicial para montagem do serviço de OH.....63

Quadro 5.4- Custeio mensal e total do serviço de odontologia hospitalar.....63

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1- Distribuição dos hospitais de administração indireta, direta e por fundação e ou autarquia segundo o número de leitos.....50

Tabela 5.2- Média dos indicadores hospitalares por tipo de gestão estadual.....51

Tabela 5.3- Presença da equipe multiprofissional dentro dos hospitais de administração indireta, direta e autarquia e ou fundação.....51

Tabela 5.4- Presença de equipo odontológico, raio x periapical e raio x panorâmico nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração…...55

Tabela 5.5- Procedimentos odontológicos realizados nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração……56

Tabela 5.6- Tipos de RH que atuam exclusivamente no suporte do serviço de odontologia, segundo sua natureza de administração.....56

Tabela 5.7- Área de atuação e número de CD que pertencem aos serviços de odontologia nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração ……57

Tabela 5.8- Área de atuação e número de CD que pertencem aos serviços de odontologia nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração, via CNES.....60

Tabela 5.9- Tabela comparativa entre a área de atuação e número de CD dos serviços de odontologia nos hospitais do estudo, segundo forma de coleta, via Programa Sorria Mais SP e CNES.....60

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
ADA	America Dental Association
AIHs	Autorização de Internações Hospitalares (AIHs)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BMF	Buco Maxilo Facial
CD	Cirurgião-Dentista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NHS	Nacional Health Service
OH	Odontologia Hospitalar
PCS	Paciente com Comprometimento Sistêmico
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....16
2 REVISÃO DA LITERATURA 19
3 OBJETIVOS.....41
4 METODOLOGIA.....42
5 RESULTADOS.....45
6 DISCUSSÃO.....65
7 CONCLUSÕES.....72
REFERÊNCIAS.....73
APÊNCDICES.....79
ANEXOS.....131

1 INTRODUÇÃO

A atenção odontológica tem sido tradicionalmente realizada em consultórios, quer de postos de saúde públicos ou clínicas privadas. Aos hospitais a prática mais comum é reservada ao atendimento cirúrgico bucomaxilofacial ou procedimentos que necessitam de anestesia geral. Entretanto, a atuação do Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar vai além. O Odontólogo deve ter foco no cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença sistêmica. É necessário também participar das decisões da equipe multiprofissional, incluindo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta. O Cirurgião-Dentista deve ser o responsável por tomada de decisão em intervenção na cavidade bucal, mas sempre em consonância com a equipe multiprofissional (Godoi et al., 2009; São Paulo, 2012).

A integralidade de ações em saúde deve se estender ao âmbito hospitalar e a saúde bucal constitui um dos eixos dessa integralidade. Porém, ainda hoje, a maioria dos pacientes internados estão desprovidos de ações em saúde bucal nos Hospitais Brasileiros (Godoi et al., 2009; Costa et al., 2013).

O Estado de São Paulo conta com uma ampla rede de serviços hospitalares próprios estaduais, situação incomum em outras unidades da Federação e também mundialmente, poucos grupos administram tamanha rede. Grande parte da rede hospitalar do SUS/SP está ligada direta ou indiretamente a Secretaria de Estado da Saúde (SES), gestora estadual do sistema público. Em 2010, o governo do Estado de São Paulo possuía 86 hospitais, sendo 41 administrados diretamente pela SES e 36 por Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou contratos de gestão. Os outros nove hospitais estão ligados às universidades estaduais. Somente essa rede conta com 64,7 mil leitos/SUS, o que representa 28% do total. A SES-SP tem ainda linhas de auxílio financeira pactuadas com os municípios para 110 hospitais de referência, filantrópicos. (Mendes; Bittar, 2010; Bittar et al., 2011).

Embora os resultados dos últimos anos comprovem o maior acesso da população a rede hospitalar pública do Estado de São Paulo, com aumento no número de atendimentos a pacientes internados, maior quantidade de cirurgias e de procedimentos complexos realizados (Mendes; Bittar, 2010), não há dados públicos concretos comprovando a atuação do Cirurgião-Dentista nesse contexto. Por outro lado, estudos e experiências em hospitais têm mostrado que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação contribui para minimizar o risco de infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir o tempo de internação, diminuir a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral, além de promover um atendimento completo ao paciente. (Sonis et al., 2001; Sonis et al., 2004; Morais et al., 2006; Vera-Llonch et al., 2007; Eduardo et al., 2008; Bezinelli et al., 2014).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito social, com acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação, objetivando a redução dos riscos de doenças e de outros agravos à saúde. Exigiu que as ações nesse sentido integrem um sistema público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), financiado pelo orçamento da seguridade social e das respectivas esferas de governo. Diante do exposto, fica claro que os recursos disponíveis à saúde são e serão sempre limitados ante a necessidade e, portanto, requerem análises, incluindo a econômica, para sua aplicação, pois essa é a única forma de otimizar os resultados à sociedade (Nita et al., 2010).

Tendo em vista que o paciente com necessidade de realizar seu tratamento no hospital é complexo e, dessa maneira, precisa de atendimento multidisciplinar, que a saúde bucal faz parte da saúde geral e que é responsabilidade do Cirurgião-Dentista a manutenção dessa Saúde Bucal. Faz-se necessária a inserção desse profissional no âmbito hospitalar para colaborar no controle de patologias que possam dificultar a recuperação do paciente ou mesmo agravar sua condição sistêmica. Entretanto, embora a saúde integral seja um direito de todos no Brasil, como foi colocado, os recursos são escassos. Assim, o desafio atual dos programas de saúde é conseguir realizar mais, garantindo a qualidade e com o menor recurso possível. Por isso, nos propusemos à realização deste estudo, que irá mapear os

hospitais públicos vinculados à SES-SP e verificar sua relação com a Odontologia, avaliando a viabilidade da Odontologia Hospitalar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A fim de ordenar os artigos para melhor esclarecer o estudo em questão, essa Revisão da Literatura não seguirá a ordem cronológica, mas será estruturada seguindo os tópicos:

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

2.2 Economia da Saúde

2.3 A rede hospitalar pública do governo do Estado de São Paulo

2.4 A Odontologia Hospitalar

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Os dois tipos mais comuns de proteção social são: o modelo universal, no qual todos são cobertos e o financiamento é via impostos públicos e o modelo ocupacional ou meritocrático, onde somente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho são protegidos e o financiamento da provisão é feito com aportes e contribuições de trabalhadores, empregadores e, às vezes, do Estado. A consolidação dos sistemas de proteção social se deu após a segunda guerra mundial, mas já nas décadas de 70 e 80 entraram em crise e, o setor da saúde, nesse momento, foi entendido como área gastadora e ineficiente na gestão dos recursos (D'Avila Viana; Machado, 2008).

É dentro desse contexto mundial que nos anos 80 iniciou-se o processo de redemocratização do Brasil, que passava por grave crise na área econômico-financeira. Também nessa época procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000". Acontecia

também o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, as proposições desse movimento eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (Couttolenc; Zucchi, 1998).

Em 1983 foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde. A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (Couttolenc; Zucchi, 1998).

Em outubro de 1988 é promulgada a nova Constituição Federal, cujo capítulo dedicado à saúde retratou o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinado que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). A Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Couttolenc; Zucchi, 1998).

Assim, com o SUS, há uma mudança radical no financiamento da política de saúde, pois o gasto em saúde deixa de ser financiado pela contribuição de empregados e empregadores e passa a ser financiado por impostos dos três níveis de governo e contribuições sociais arrecadadas pelo nível federal e repassada para os ministérios da área da seguridade social. (D’Avila Viana, Machado, 2008)

A Lei Orgânica de Saúde, número 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Versa sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O Pacto pela Saúde 2006 (portaria número 399/GM de 22 de fevereiro de 2006) propõe a consolidação do SUS. A portaria número 1.559, de 1 de agosto de 2008 prevê a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual descreve que as ações da política estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si. São elas: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência. Entre as ações da Regulação de Sistemas de Saúde estão: vigilância sanitária e epidemiológica; e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. Já a Regulação da Atenção à Saúde prevê, entre outras ações, o cadastramento de estabelecimentos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar. No que compete à área de Regulação do Acesso à Assistência estão: a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; e a padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais, entre outras ações.

O decreto número 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Reforça que “Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.” Uma notável inovação do SUS consistiu no comando único das três esferas de governo, pois somente esta integração pode garantir o direcionamento e a condução do SUS nos moldes politicamente definidos na Constituição Brasileira. Neste sentido, as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite funcionam como instância de harmonização, publicização e pactuação desses interesses (Santos; Merhy, 2006).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o “PAC-Saúde”. O plano, intitulado “Mais Saúde - Direito de Todos”, destaca em suas diretrizes que a saúde possui duas dimensões que se associam a uma nova aposta de desenvolvimento para o

Brasil: a de proteção social e a econômica. Compreende uma proposta ousada de articular a reforma sanitária brasileira e a consolidação de um sistema de saúde universal com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. Valoriza a promoção da saúde, a intersetorialidade e o fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde para tal transformação. Ressalta ainda a importância da coordenação federativa, com menção ao Pacto pela Saúde e à regionalização. Por fim, aponta a necessidade de equacionar a situação de subfinanciamento do SUS para que tais diretrizes sejam alcançadas. Segundo Machado, o Mais Saúde é o principal instrumento de planejamento da saúde no segundo governo Lula, bastante vinculado ao projeto do então Ministro da Saúde, de expansão de ações e de busca de uma nova inserção da saúde em um modelo de desenvolvimento em transformação. No entanto, o autor aponta duas limitações. A primeira é que nem todos os eixos do documento apresentam a mesma abrangência e traduzem de forma igualmente consistente as políticas sob condução das áreas específicas. A segunda é que o plano foi lançado no mês em que o Congresso Nacional decidiu pela não aprovação da continuidade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o que comprometeu sua execução, particularmente no que concerne à expansão de ações. Isso foi enfatizado pela cúpula do Ministério da Saúde ao final de 2009, quando foi lançada a Terceira versão do Plano, que explicita ações prioritárias em face das restrições orçamentárias (Machado et al., 2010).

Segundo D'Avila e Machado, o novo modelo de proteção social em saúde não conseguiu romper com uma dualidade presente desde a Primeira República: o da convivência de forma isolada de dois modelos assistenciais produtivos em saúde.

Os autores mostram que o SUS incorpora dois modelos assistenciais produtivos: um primeiro que inicia sua implantação na Primeira República e que permanece até os dias atuais, o de saúde pública, complementado por uma rede descentralizada de serviços ambulatoriais municipais/estaduais e apoiado por Institutos de Pesquisas/Laboratórios Públicos, produtores de soros, vacinas e medicamentos. O segundo é desenvolvido após a emergência do sistema previdenciário, em 1930, composto por uma rede hospitalar com ênfase na oferta privada e com alta dependência tecnológica externa em todos os segmentos do

complexo industrial da saúde e provedora de serviços, primeiro para Previdência, depois para o SUS e hoje também para as operadoras de saúde (planos e seguros). Ambos os modelos convivem no SUS e acabam sendo impeditivo da constituição de um sistema nacional integrado, público e universal (D'Avila Viana; Machado, 2008).

Existem diversos instrumentos que têm possibilitado a regulação pública do SUS. Dentre os quais destacam-se: o financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros. (Santos; Merhy, 2006).

Os hospitais ainda são essenciais na estratégia assistencial do Brasil. Assim, uma das principais preocupações dos gestores públicos é com relação ao financiamento hospitalar brasileiro. Os recursos públicos orçamentários para o SUS financiam, no âmbito hospitalar, os orçamentos de pessoal dos hospitais e compram diretamente, através de sistemas de pagamento retrospectivo para procedimentos ambulatoriais ou internações, como AIH, os serviços de hospitais públicos e privados para a população usuária (Medici, 2011; Vecina Neto; Malik, 2007).

Dessa forma, é difícil para os hospitais públicos terem controle sobre os gastos de pessoal e, como os funcionários, em geral, são estáveis em seus empregos, há pouca liberdade para os gerentes hospitalares estimularem aumento de produtividade e ou melhoria na qualidade dos serviços através de incentivos econômicos ou uso de medidas disciplinares aos que não correspondem às reais necessidades gerencial do hospital. Essa situação contribui para dificuldade de estabelecer processos de avaliação de resultados. Dadas essas restrições no serviço público, foi instituído e regulamentado pelo pelo Governo do Fernando Henrique Cardoso, durante reforma administrativa dos anos 90, o processo de criação e funcionamento das Organizações Sociais, entidades públicas que têm a liberdade para organizar-se sob égide de incentivos gerenciais similares aos de instituições privadas (Medici, 2011; Barbosa; Vecina Neto, 2011).

Ibañez e Vecina Neto, em 2007, já discutiam as dificuldades da administração pública e que sua baixa resolubilidade refletia também na gestão hospitalar pública, pois dificultava uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público. Segundo os autores, na maioria dos hospitais públicos faltam: gestão capaz, eficiente, moderna e humana e que esses serviços, muitas vezes, têm alto custo e baixo resultado.

Os sistemas de pagamento e remuneração dos serviços hospitalares mais comuns são (Medici, 2011):

- Sistema Orçamentário Tradicional (SOT): a transferência de recursos compõe um orçamento que é atado a gastos pré programados para uma rede que pertence à administração direta do financiador.
- Sistema de Orçamento Globais (*global budgets*): permite maior autonomia para os hospitais que trabalham para uma fonte principal de financiamento, seu uso vem crescendo no setor público. Nesse caso o hospital faz um contrato com a instituição mantenedora onde a gestão do patrimônio e da operação dos serviços do hospital passa a ser responsabilidade de uma empresa ou entidade independente do governo.
- Sistema Tradicional de Compra e Venda (*fee for service*): se baseia na compra direta de serviceos pelos pacientes ou financiadores através de tarifas estabelecidas pelo hospital.
- Sistema de Pagamento Retrospectivo: as despesas incorridas pelo hospital são ressarcidas mediante tabelas de pagamento baseadas em diagnósticos, protocolos clínicos ou mesmo classificações especiais para procedimentos ambulatoriais ou de internação. Para tanto criou-se a classificação internacional de doenças (CID). No Brasil, o registro de dados das internações hospitalres para fins administrativos e de pagamento aos hospitais contratados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A AIH baseou-se na construção de uma lista contendo procedimentos clínicos, organizados Segundo diagnósticos e, procedimentos cirúrgicos, baseados na classificação internacional de procedimentos em medicina da Organização Mundial de Saúde (OMS). A essa lista foram atribuídos os valores financeiros

a serem pagos a cada procedimento agrupado em diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, serviços auxilares e de diagnostic e terapêutica e serviços profissionais. A cada grupo de procedimento foi atribuído um valor único de pagamento, um tempo médio de permanência e um sistema de pontuação para pagamento de serviceos profissionais. No início dos anos 90, o Ministério da Saúde (MS) assumiu as atribuições de gestão do sistema de assistência médica da previdência social, denominando de informações das internações de Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)

- Sistema de Pagamento por Captação: há o estabelecimento de uma remuneração fixa para o cuidade parcial ou integral da saúde de uma populacão definida, em bases per capita.
- Sistema de Pagamento por Seguro: seguros de saúde normalmente pagam total ou parcialmente o prêmio associado a um risco de saúde, no momento que o indivíduo, detentor da apólice de seguro, o aciona para o pagamento de um serviceo de saúde que foi utilizado.
- Sistema de Pagamento por Incentivos a Resultados:em geral não funcionam isoladamente, são pagamentos de prêmios adicionais associados ao desempenho dos hospitais.

Verifica-se que os sistemas mais frequentes de remuneração no setor público são os de pagamento pelo SOT e por procedimento (AIH). O sistema de orçamento global tem sido utilizado para remuneração dos hospitais gerenciados por organizações sociais. Segundo Medici (2011), o SOT não estimula resultado tangível na cobertura e qualidade, além de não promover adequado controle de gastos, a preocupação é gastar todo o orçamento assinado para não devolver recursos excedentes ao governo. Já no sistema de pagamento baseado em orçamento global, o pagador pode fixar metas mais elevadas e incentivar seu cumprimento atrelado a transferências maior de recursos. Mas uma vez definidas as metas e o orçamento, não há incentivos para produzir além do acordado. Entretanto, há interesse em tornar a gestão mais eficiente para economizar recursos orçamentários e, com eles, aumentar o grau de liberdade para o gasto em melhorias no investimento dos hospitais ou remuneração adicional de pessoal.

2.2 Economia da Saúde

O estudo da economia baseia-se na questão da escassez de recursos ante as necessidades ilimitadas da sociedade. A saúde constitui uma área de estudo temática inserida na economia, uma vez que abrange diversas questões relativas à administração de recursos escassos para a satisfação de carências crescentes da população mundial em termos de promoção de saúde, bem estar e qualidade de vida (Nita et al., 2010).

É a partir de 1950 que há de fato maior preocupação com estudo da economia da saúde, isso devido aos incrementos significativos com os custos relacionados à saúde. Diversas são as causas apontadas para esse incremento, entre as quais: aceleração nos processos de inovação e disseminação da tecnologia, aplicados a prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias, além do alto investimento para pesquisa e desenvolvimento de medicações, aumento na expectativa de vida, expressiva mudança nos padrões alimentares e de atividades físicas da sociedade (Sarti; Campino, 2010)

Somado a esses fatores, ao pensar em Brasil, é necessário citar a Constituição de 1988, que instituiu o SUS, colocando a saúde como um direito do cidadão brasileiro e dever do Estado. Se por um lado a busca pela universalização do acesso à saúde como direito social fundamental é uma evolução das políticas públicas nacionais, contribuindo para melhoria da condição de vida da população. Por outro, o Estado assume novos papéis no campo da saúde, logo há um acúmulo das demandas por bens e serviços no setor da saúde, principalmente diante do cenário de disseminação de informações sobre novos tratamentos disponíveis e padrões mínimos de qualidade exigidos na atualidade. O resultado é um crescente aumento dos custos ao Estado (Sarti; Campino, 2010).

Frente a essas constatações, Carlos del Nero, em 1995, relata ser natural que sejam levantadas algumas perguntas, fundamentais ao início de uma discussão mais sistemática sobre o papel dos serviços de saúde. A saber:

- Os serviços de saúde têm conseguido promover saúde?

- Quais os princípios que regem a organização e o financiamento desses serviços?
- É possível manter um certo número de serviços disponíveis sempre que necessários e em todas as localidades?
- É possível diminuir o custo dos serviços sem alterar sua qualidade?

O autor coloca ainda que a economia da saúde deve buscar respostas a outras perguntas como:

- Quanto um país deve gastar com saúde?
- Como devem ser financiados os gastos com saúde?
- Qual a melhor combinação de pessoal e tecnologia para produzir o melhor serviço?
- Qual a demanda e qual a oferta de serviços de saúde?
- Quais as necessidades de saúde da população?
- O que significa atribuir prioridade?
- Quando e onde deve ser construído um novo hospital?
- É preferível prevenir a curar em que condições?
- Quais as implicações da introdução das taxas moderadoras sobre a utilização de serviços?

Hoje a orientação é que a Medicina avalie os benefícios e os custos de suas ações, portanto no guia desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2008) existe a recomendação que profissionais da saúde, assistencialistas ou gestores devem responder algumas questões chaves, coletadas e organizadas sistematicamente, para optar por uma ação/intervenção em saúde ao invés de outra. Algumas das questões propostas pelo Ministério da Saúde são:

- É eficaz e efetiva?
- Qual sua disponibilidade e factibilidade?
- Qual custo?

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um processo de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em

saúde. Nos países desenvolvidos a ATS surgiu nos anos 60, já no Brasil foi na década de 80 que as instituições governamentais de saúde abordaram esta questão. Contudo, o interesse por essa área vem crescendo significativamente, tanto que em 2003, o Ministério da Saúde, criou o Grupo de Trabalho Permanente em ATS, com o objetivo de promover estudos de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer o apoio à tomada de decisão sobre tecnologias em saúde. É importante esclarecer que o Ministério da Saúde entende Tecnologias em Saúde como: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (Brasil, 2014).

A fusão da epidemiologia populacional, saúde coletiva, pesquisas básicas e clínica originaram a chamada Medicina Baseada em Evidências, que tem por princípio integrar a experiência clínica individual com as evidências das pesquisas sistemáticas, levando em consideração também as expectativas dos pacientes e familiares (Sackett et al., 2000; Ducan et al., 2004).

Nos últimos anos, devido aos avanços na área da Saúde, estão constantemente surgindo métodos mais eficazes de prevenir, diagnosticar e tratar as doenças e, desde as décadas de 60 e 70, já existe uma preocupação em se avaliar as novas tecnologias no seu espectro amplo de benefícios e potenciais prejuízos. Segundo Goodman (2004) a comparação entre os benefícios em termos de saúde e os custos de uma nova tecnologia em relação a alternativas disponíveis é testada em estudos de:

- Custo-efetividade: os impactos das intervenções são medidos considerando o efeito natural mais apropriado ou unidades físicas. Unidades de medição para estes estudos podem incluir número de doenças evitadas, internações prevenidas, casos detectados, número de vida salvas ou anos de vida salvos. São as mais comumente utilizadas. Comparam duas ou mais estratégias alternativas de intervenção para prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada condição de saúde. Sua maior aplicabilidade é a comparação entre duas estratégias possíveis, que não podem sem implementadas concomitantemente. Razão custo-efetividade é a diferença entre o custo de

duas intervenções, dividida pela diferença entre as suas conseqüências em termos de saúde (efetividade).

- Custo-utilidade: tipo especial de custo-efetividade, na qual a medida dos efeitos de uma intervenção considera a medição da qualidade de vida relacionada à saúde.
- Custo-benefício: atribui-se aos benefícios ou impactos de uma ação em saúde um valor monetário. Os resultados destas análises são apresentados em benefícios líquidos (benefícios da intervenção menos os custos da intervenção).

Em 1998, nos Estados Unidos, a agência reguladora Food and Drug Administration (FDA) expediu um ato normativo regulamentando a necessidade de a indústria fornecer informações econômicas no momento de registro de novos produtos. Outros países da Europa também seguem esta linha de gestão e as agências gerenciadoras de assistência à saúde, como convênios, também estão adotando essa estratégia.

No Brasil o movimento de mudança para o modelo da Medicina Baseada em Evidência já iniciou e vem se acentuando a cada ano (Ducan et al., 2004). Em 2003, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos com a lei n 10.742/2003 também incluiu a obrigatoriedade de apresentar informações econômicas no processo de registro de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

O Ministério da Saúde, (Brasil 2008), relatou que a avaliação das diversas intervenções em saúde, tanto sob a perspectiva clínico assistencial quanto de políticas de saúde, pode ser descrita em 6 etapas:

- Segurança: demonstração em estudos experimentais e humanos
- Eficácia: efeito global em termos de saúde que pode ser alcançado quando se aplicada em condições ideais.
- Efetividade: demonstração do real efeito da intervenção quando utilizada no dia a dia.
- Eficiência: considera não apenas a efetividade de cada intervenção, mas também os recursos necessários para que a mesma seja implementada.
- Disponibilidade: da intervenção aos que precisam.

- Distribuição: das tecnologias e prestação de serviços.

Ao realizar um estudo de custo-efetividade, é importante que o pesquisador descreva com detalhes a cascata de eventos que acontece frente a uma intervenção, levando em consideração não somente tudo que gere custo, mas também tudo que impacte na saúde do paciente. O próximo passo e fazer uma estimativa numérica dos efeitos das intervenções em estudo.

O guia publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008) traz conceitos fundamentais para a realização de avaliação econômica em saúde. Seguem as definições de conceitos que serão utilizados nesse estudo:

- Do ponto de vida econômico, o benefício de uma intervenção em termos de saúde pode ser dividido em três grupos: benefício direto (expressa as economias em termos de redução de gastos relacionados à saúde); benefícios indiretos (ganhos para a sociedade em termos de produtividade); benefícios não-quantificáveis (valor monetário da redução da dor e sofrimento do paciente e da família).

- Outra distinção é entre custos financeiros e econômicos. O custo financeiro é a retirada do dinheiro real para uso em recursos necessários para a produção de um programa ou intervenção e para gerenciar o impacto para a saúde de um indivíduo. Já os custos econômicos incluem o uso direto do dinheiro somado ao valor dos recursos para os quais nenhum dinheiro efetivamente foi gasto.

- As conseqüências econômicas de uma intervenção médica podem ser classificadas em três grupos: custos diretos: custo do médico, hospitais, medicamentos e outros custos relacionados ou não relacionados à saúde, que podem ser categorizados em custos em saúde e não-relacionados a saúde (sanitários e não-sanitários); custos indiretos: associados com a perda da produtividade e valor intrínseco da melhor da condição de saúde.

Couttolenc e Zucchi, em 1998, reforçam a diferença entre custo, preço e despesa. O custo de um bem ou serviço se define como o valor dos insumos (trabalho, materiais e outros) utilizados para produzi-lo. O preço é o valor pelo qual o serviço é transacionado (isto é, comprado e vendido). E despesa é o desembolso realizado para se obter esse bem ou serviço. Eles propõe uma metodologia de apuração de custos simplificada, que requer os seguintes passos básicos: estruturação da instituição em centros de custos, levantamento dos custos diretos, rateio dos custos indiretos.

Segundo Afonso José de Matos (2011), os instrumentos de gerenciamento de custos são fundamentais para mostrar com transparência o desempenho das atividades operacionais do Hospital. O autor mostra três formas bem usuais no processo de apuração e análise de custos, são elas:

- Custeio por absorção: tem como papel fornecer o cálculo do custo de produção, cujas informações são utilizadas para contabilização do custo de produtos vendidos e/ou serviços prestados. Os insumos considerados como custo correspondem somente aos valores de produção, as despesas gerais e administrativas não incorporam o custo do produto ou serviço, são consideradas despesas do período. A metodologia de custeio por absorção é utilizada nos hospitais para o cálculo de custos sob a segmentação de centros de custos e sob a unidade de custeio por procedimentos hospitalares. A apropriação de custos por centro de custos oferece a possibilidade de geração de custos unitários dos serviços produzidos em departamentos geradores de atividade de atenção final aos pacientes. Já o cálculo do custo dos procedimentos médico-hospitalares consiste na elaboração do custo dos tratamentos e compreende a integração dos custos unitários com o perfil de conduta médica adotada na consecução dos procedimentos. Isso é fundamental no atual cenário de gestão dos hospitais, principalmente quando se leva em consideração que o modelo de remuneração mais comum pelo SUS é o que fixa um valor para cada procedimento.

- Custeio direto: também denominado “custo volume lucro”. A classificação dos custos são: fixo, variável e total. A receita total corresponde à remuneração dos serviços prestados e o ponto de equilíbrio é a quantidade ou valor em que

a receita total é igual ao custo total. A margem de contribuição é a diferença entre o preço de venda e os custos variáveis.

- Custeio baseado em atividade: são as atividades que consomem recursos e elas geram produtos ou serviços, permite segregar atividades que agregam e não agregam valor sob o foco do cliente

2.3. A rede hospitalar pública do governo do Estado de São Paulo

O último censo demográfico publicado em 2010 mostrou que a população brasileira conta com 190.732.694 habitantes, sendo que 21,6%, que corresponde a 41.252.160, encontram-se no Estado de São Paulo. Assim, São Paulo é a unidade da federação mais populosa e também a com maior desenvolvimento socioeconômico (SEAD, 2010)

A atenção à saúde da população conta com dois sistemas complementares: o Sistema Único de Saúde (SUS), que é público, e o Sistema de Saúde Supletiva (SS), privado. Embora no Estado de São Paulo 44% da população possui coberturas de planos privados de saúde suplementar, contra 25% da média nacional, alguns pacientes quando necessitam de procedimentos, principalmente de alta complexidade, buscam a rede pública (Mendes; Bittar, 2010; Bittar; Magalhães, 2010; Bittar et al., 2011; Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013).

O Estado de São Paulo possui a rede mais complexa de serviços de saúde do SUS do Brasil, tanto de internações quanto ambulatorial. Dos 5.565 municípios brasileiros, 645 estão no Estado de São Paulo, que foi dividido em 17 regiões administrativas de saúde pela SES-SP, os chamados Departamentos Regionais de Saúde (DRS) (Secretaria da Saúde, 2014).

Em 2010, o Brasil possuía 6.401 hospitais, gerais e especiais, dos quais 165 certificados como hospitais de ensino (HE). São Paulo conta com 881 hospitais gerais e especiais, dos quais 41 são HE certificados.

Em 2010, o governo do Estado de São Paulo possuía 86 hospitais, sendo 41 administrados diretamente pela SES e 36 por Organizações Sociais de Saúde (OSS)

ou contratos de gestão. Os outros nove hospitais são ligados às universidades estaduais. Somente essa rede conta com 64,7 mil leitos/SUS, o que representa 28% do total e, em 2008, foi responsável por 27% do total de internações realizadas pelo SUS/SP. A SES-SP tem ainda linhas de auxílio financeira pactuadas com os municípios para 110 hospitais de referência, filantrópicos. No período de 1998 a 2008 a produção de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs) aumentou 40% (Mendes; Bittar, 2010; Bittar et al., 2011).

Em 2009, existiam 37 Hospitais de Ensino (HE), sendo sete ligados a universidades estaduais, um a universidade federal, quinze ligados a faculdades de medicina, cinco que mantém convênios com faculdades e nove especializados, ligados a universidades ou convênios com faculdades. Esses hospitais têm uma produção expressiva. Com relação à produção ambulatorial/emergência e de diagnósticos/terapêutica, os hospitais de ensino são responsáveis por 11% da produção total do SUS/SP e 24% dos recursos financeiros (o equivalente a R$ 869.824.50,12 de R$ 3.687.137.638,44). Possuem 21% dos leitos, internando 63% da alta complexidade e 19% da média complexidade. No que se refere à produção na área de internação clínica cirúrgica são responsáveis por 61% dos procedimentos de Alta Complexidade. Em valores financeiros unitários, o valor médio da internação no Estado de São Paulo é R$ 1.051,74 enquanto nos HE é de R$ 1.874,03. Na alta complexidade estes valores são de R$ 4.601,05 e R$ 4.744,16 (Bittar; Magalhães, 2010; SIASUS-DATASSUS/MS, 2006-2009).

No relatório de execução dos contratos de gestão, apresentado pela SES-SP em junho de 2010 mostrou que a despesa média em atendimento de alta complexidade em hospitais administrados por organizações sociais (OSS) foi de R$ 2.892,00 enquanto que nos hospitais de administração direta foi de R$ 4.272,00. A despesa média por leito foi de R$ 176.805,00 nos hospitais de OSS e R$ 183.398,00 no de direta.

Levando-se em consideração os serviços de todas as naturezas (próprias do Estado e dos municípios, filantrópicos, privados lucrativos contratados pelo sistema que prestaram atendimento ao SUS/SP) observa-se a ampliação de unidades básicas de saúde, que passaram de 3000 para 4400. Houve aumento também no número de ambulatórios de saúde mental, que passou de 57 para 247. Já os

hospitais que atendem ao sistema tiveram ligeira redução, passando de 725 para 615, fato esperado devido as mudanças nas características da assistência à saúde, com redução da necessidade de internações (Mendes; Bittar, 2010).

Entretanto, é sabido que a organização do SUS e a integração entre as unidades de saúde de atenção básica e os demais níveis do sistema são passos importantes para garantir o atendimento dos pacientes no local mais adequado para suas necessidades. Em especial com os hospitais de ensino, cuja integração permitirá o desenvolvimento e criação de protocolos e linhas de cuidado, que, adotadas por todos, garantirão orientações e diretrizes técnicas para os agravos de maior prevalência e relevância para o sistema. Além disso, é necessário formalizar política de revitalização das unidades existentes, garantir recursos materiais e humanos para a atenção primária, criar novas unidades ambulatoriais de saúde mental, de especialidades, de pronto atendimento e urgência, com o estabelecimento de mecanismos de redes para efetivação das ações de saúde (Bittar et al., 2011).

2.4 Odontologia Hospitalar

O Hospital nasceu como local de isolamento, já existia na Grécia e Roma Antiga. Na Idade Média, o Hospital incorporou uma missão essencialmente espiritual. Durante quase toda Idade Moderna os hospitais continuaram com seu caráter de assistência social. Porém, nesse período, serviram para segregar contingentes populacionais, como mendigos, loucos e portadores de doenças transmissíveis. É a partir do século XVII que se incorpora o conceito de tratamento e cura dos doentes. O século XIX marca o nascimento da medicina moderna, quando a prática do saber médico se vincula à racionalidade científica. No Brasil os primeiros hospitais surgiram a partir da Igreja, por meio das Santas Casas, e do Exército (Osmo, 2011).

A Organização Mundial de Saúde considera o Hospital como uma organização de caráter médico social com a finalidade de assegurar assistência médica completa a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até

a célula familiar. O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multiprofissional, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.

Assim, ao se falar em Odontologia Hospitalar, a *America Dental Association* (America Dental Association, 2014), afirma que essa área de atuação visa o atendimento a pacientes com condições sistêmicas alteradas. Descreve que é realizada junto ao médico, muitas vezes em centros cirúrgicos e setores de emergência e que os Dentistas praticantes da odontologia hospitalar têm forte interesse pela área médica e cuidados colaborativos e devem possuir um treinamento em âmbito hospitalar de um ou mais anos após a graduação.

O *National Health Service* (National Health Service, 2014), como é chamado o sistema de saúde da Inglaterra, descreve a prática da Odontologia Hospitalar como sendo altamente especializada, com realização de procedimentos complexos em um grupo de pacientes com alterações sistêmicas importantes, anormalidades congênitas, traumas faciais ou doenças orofaciais. Coloca que os Dentistas devem inserir ao time do hospital e que possuem os mesmos termos e condições de trabalho que os médicos.

O manual de odontologia hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo define Odontologia Hospitalar como o conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar.

A Lei no 5.081, de 24 de agosto de 1966, regulamenta o exercício da Odontologia, conferindo ao professional o direito de realizar sua profissão em qualquer ambinte, desde que tenha o diploma de uma instituição de ensino reconhecida. Especificamente sobre a Odontologia Hospitalar, existe a resolução do Conselho Federal de Odontologia número 118, de 11 de maio de 2012, em seu capítulo X, que versa:

- Art. 26. Compete ao Cirurgião Dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico administrativas das instituições.
- Art. 27. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normatizações pertinentes.

- Art. 28. Constitui infração ética:

  I: fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia; II: afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro Cirurgião Dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

A Resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 da ANVISA dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. O documento foi o primeiro passo para a implantação de uma série de medidas para que as mais de 2300 Unidades de Terapia Intensiva do Brasil sejam mais seguras e que o atendimento ao paciente crítico seja de alta qualidade, com profissionais bem preparados. A Seção II, da Abrangência, no artigo 3º coloca que esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares. O Artigo 18 descreve os serviços à beira do leito que devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, entre os quais consta a assistência odontológica.

O projeto de lei 2776/2008, apresentado por Neilton Mulim Da Costa, obteve parecer favorável tanto pela Comissão de Seguridade Social e Família, em 2012, como pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, em 2013 e aguarda, no momento, o retorno do Senado Federal. Esse projeto estabele:

- Art. 1° Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva.

- Art. 2° Em todas unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente.

No Estado de São Paulo, de acordo com dados do CNES 2012, a rede pública de atenção hospitalar está composta de 199 unidades com 37.395 leitos, das quais, 137, ou seja, 68,8% possuem Dentistas integrando a equipe de profissionais. Há 859 Cirurgiões Dentistas cadastrados, sendo 421 (49%) clínicos gerais, 280 (32,6%) especialistas em buco maxilo facial e os Cirurgiões Dentistas restantes se dividem entre os seguintes códigos brasileiros de ocupação: reabilitador oral (1),

odontogeriatria (1), patologista bucal (1), implantodontista (5), odontologia para pacientes com necessidades especiais (6), saúde coletiva (7), dentística (7), odontologista legal (8), protesista (10), periodontista (10), estomatologista (10), endodontista (10), radiologista (12), protesiólogo bucomaxilofacial (14), odontopedia (20), ortopedista/ortodontista (34). Entretanto, pelo CNES, não há a comprovação de que esses profissionais estejam de fato realizado odontologia hospitalar (Costa et al., 2013).

Ao avaliarmos os principais motivos de internação em São Paulo, ainda a gravidez, o parto e o puerpério aparecem em primeiro lugar. Contudo, pode-se notar que em um período de dez anos, de 1998 a 2008, este grupo reduziu-se em 20%, enquanto o grupo de doenças do aparelho circulatório e de o neoplasias apresentaram crescimento de 13% e 46%, respectivamente. Esses dados demonstram que a ampliação de doenças de maior complexidade e crônico-degenerativas relacionadas com faixas etárias mais avançadas. É fato reconhecido que as faixas etárias mais avançadas apresentam mais casos com necessidade de internação, por tempo mais prolongado e com custos mais altos para seu atendimento, isso pelas características das doenças crônicas que as afetam (Bittar et al., 2011).

Paralelo a esse cenário, cada vez mais se tem demonstrado que uma condição bucal comprometida pode afetar negativamente a condição sistêmica do indivíduo, principalmente se esse indivíduo estiver imunocomprometido, apresentar doenças crônicas como diabetes, problemas cardiovasculares, hepáticos, entre outras comorbidades ou mesmo qualquer outra necessidade especial. Além disso, algumas doenças manifestam-se em cavidade bucal e muitas terapias médicas acarretam efeitos colaterais em boca. Dessa maneira, a inserção do Cirurgião-Dentista no âmbito hospitalar é fundamental para colaborar no atendimento desse paciente (Migliorati, 2000; Santos et al., 2011; Aranega et al., 2012; São Paulo, 2012).

É o caso, por exemplo, de pacientes submetidos a quimioterapia de alta dose e/ou radioterapia da região de cabeça e pescoço. Dentre os efeitos da terapia destaca-se a mucosite oral (MO), que se constitui em lesão na mucosa oral levando a ulcerações que podem dificultar as funções na cavidade bucal, gerando condição clínica de alta morbidade (Keefe et al., 2007). A ausência de prevenção e de

tratamento adequado da MO podem levar a maior número de dias de uso de analgésico opióide, introdução de alimentação parenteral (NP), febre, risco de infecção importante, aumento de dias de hospitalização, de custos hospitalares e, pode inclusive levar ao óbito (Sonis et al., 2001; Vera-Llonch et al., 2007). Baseado na ausência de efeitos colaterais e em suas ações: antiinflamatória, analgésica e de bioestimulação, a terapia com laser em baixa intensidade (LILT– *Low Intensity Laser Therapy*) tem sido estudada como uma alternativa para o tratamento e a prevenção da MO. Atualmente existem protocolos de cuidados bucais, incluindo a Laserterapia, realizados pelo Cirurgião-Dentista durante a quimioterapia e/ou radioterapia com resultados que verificam não somente a redução da intensidade da dor do paciente, a diminuição da severidade da MO, mas também mostram que há uma redução nos custos gerais do tratamento médico (Antunes et al., 2007; Schubert et al., 2007; Eduardo et al., 2009; Kuhn et al., 2009; Bezinelli et al., 2014).

Existem situações nas quais a participação do Cirurgião Dentista deve se dar antes do início da terapia, é o caso dos bifosfonatos, medicação usada por pacientes portadores de mieloma múltiplo, câncer de mama com metástase óssea, entre outros. A literatura tem mostrado que esse grupo de pacientes pode apresentar a chamada osteonecrose associada ao bifosofonato, que é uma necrose óssea na maxila e ou na mandíbula. Atualmente o indicado é que o paciente seja submetido a uma avaliação odontológica antes de receber a medicação para que seja realizado uma adequação do meio bucal. Removidos os focos de infeção esse paciente deve ser seguido pelo Dentista para controle do quadro. Essa é maneira mais eficaz de se tentar evitar a osteonecrose, ou identicá-la no estágio inicial, minimizando o impacto para o paciente (Arrain; Masud, 2011; Saad et al., 2012).

Outro exemplo é o paciente listado para o transplante de órgãos. Esse paciente possui condições sistêmicas extremamente comprometidas ou até encontra-se no estágio terminal da doença. Estas doenças e/ou os efeitos adversos de seus tratamentos podem levar a um aumento das doenças bucais devido a uma série de fatores, tais como redução do fluxo salivar, alteração da sensibilidade da boca, alteração do paladar e do olfato, dores orofaciais, hiperplasia gengival, reabsorção do osso alveolar e mobilidade dentária (Bellini, 2006). Além disso, é sabido que principal causa de perda de transplantes em geral é a infecção. A Condição da saúde bucal de um paciente candidato ao transplante interfere de

forma significativa no prognóstico do transplante, uma vez que infecções bucais ao evoluírem podem promover infecções sistêmicas e estas, por sua vez, elevam o risco de perda do enxerto e risco de morte. Portanto, a intervenção do Cirurgião-Dentista é de fundamental importância para colaborar no sucesso dos transplantes de órgãos (Guggenheimer et al., 2007).

Atualmente vimos que muito tem se discutido sobre a atuação do Dentista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Isso porque é sabido que a higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, o que propicia a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, especialmente por patógenos respiratórios. A quantidade de biofilme bucal em pacientes de UTI aumenta com o tempo de internação, paralelamente também ocorre aumento de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal, sendo esse um reservatório importante de patógenos. Estudos mostram que há estreitas relações entre infecções pulmonares e a condição bucal. Um exemplo, é a pneumonia nasocomial, que é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares, seu estabelecimento se dá mais comumente pela aspiração do conteúdo presente na boca e faringe. Portanto, se faz necessário à aquisição e manutenção da saúde bucal, além de maior integração da Odontologia e da Medicina, visando o tratamento global dos pacientes, a prevenção de doenças e maior humanização dos pacientes internados em UTI (Morais et al., 2006; Gomes; Esteves, 2012).

Há ainda inúmeras outras situações que a condição bucal do indivíduo pode levar ao desenvolvimento de patologia sistêmica ou mesmo agravar a doença do paciente. É o caso da Endocardite Infecciosa, que tem como causa frequente infecções de origem bucal e de pacientes com diabetes não compesada, pois infecções ativas em boca podem comprometer o controle da glicemia (Teeuw et al., 2010; São Paulo, 2012).

Para o paciente internado ou em tratamento, a assistência odontológica em âmbito hospitalar é favorecida por contar com maiores recursos diante de urgências e emergências. Portanto, para que se concretize a proposta da multidisciplinaridade no tratamento do indivíduo e que se proporcione melhores condições de saúde à população, o Cirurgião Dentista deve estar presente nos hospitais e preparado para

o atendimento odontológico em condições específicas e diferentes da rotina do consultório (McGuire, 2003; Godoi et al., 2009).

3 OBJETIVOS

Geral:

Caracterizar o serviço de Odontologia dentro dos hospitais públicos veiculados a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Específicos:

- Descrever as características dos hospitais públicos do Estado de São Paulo veiculados a SES.
- Fazer um levantamento dos serviços odontológicos existentes nesses hospitais.
- Levantar o número de Cirurgião-Dentista e sua área de atuação através de dados do questionário aplicado *in loco* e pelo CNES.
- Mensurar os custos para implantação de um serviço de Odontologia Hospitalar.

4 METODOLOGIA

O estudo foi encaminhado ao comitê de ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, o qual emitiu um parecer isentando esse trabalho de avaliação. Anexo o parecer do comitê (ANEXO A).

- **Tipo de estudo:**

É um estudo transversal.

- **Objeto do estudo:**

São objeto do estudo hospitais públicos estaduais vinculados a Secretaria do Estado da Saúde. No total são 86 estabelecimentos de saúde, entre hospitais e centros especializados, sendo 41 administrados diretamente pela SES e 36 por Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou contratos de gestão e 9 ligados às universidades estaduais.

Participam do estudo 62 Hospitais. Os critérios de exclusão foram:

- Centros exclusivamente psiquiátricos;
- Centros de Reabilitação, tanto de drogas e álcool como motora; e
- Hospitais exclusivos de maternidade.

No apêndice A está a lista dos 86 estabelecimentos de saúde vinculados à SES e no apêndice B constam o nome dos 62 hospitais participantes do estudo.

- **Coleta de dados: Programa Sorria Mais São Paulo**

Em 01 de fevereiro de 2012 foi lançado oficialmente pelo Governador Geraldo Alckmin o Programa Sorria Mais São Paulo, com três frentes principais de atuação: dar continuidade a fluoretação das águas, seguir com o repasse de verba aos municípios com menores índices de condição de vida para o desenvolvimento da saúde bucal, o programa chamado Sorria São Paulo, e, como ação pioneira estava implementar a odontologia hospitalar no Estado, tornando-a um programa de saúde pública. Para desenvolver e monitorar esse Programa foi criado o grupo de

Referência em Saúde Bucal, oficializado pela resolução SS – 7, de 24-1-2012, Nº 17, DOE de 25/01/12 – Seção1 p.53.

Duas das estratégias para a construção do Programa de Odontologia Hospitalar criadas pelo comitê de Referência em Saúde Bucal foram:

a) Coleta de informações e Mapeamento dos Hospitais

A SES destinou duas Cirurgiãs-Dentistas para visitar os hospitais públicos sob gestão estadual. Durante a visita foram coletadas informações através de um questionário aplicado ao Diretor Técnico ou Diretor Administrativo do Hospital. O modelo de questionário utilizado está no anexo II. As informações coletadas foram: tipo de demanda atendida, especialidades médicas e equipe multiprofissional presentes, tempo médio de internação, taxa de ocupação, número de saídas, existência de residência médica, número de leitos, tipo de prontuário, se o hospital possuía Cirurgião-Dentista, sua especialidade e forma de atuação. Foi verificado também os equipamentos odontológicos presentes e se havia equipe de suporte ao serviço de odontologia, como Auxiliar em Saúde Bucal e Técnica em Saúde Bucal.

No apêndice C está o modelo de questionário aplicado nos hospitais do estudo.

b) Projeto Piloto

Em 01 de Agosto de 2011 foi realizado um projeto piloto do programa de Odontologia Hospitalar no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, que se estendeu até 30 de julho de 2012. A SES elegeu o referido hospital para o projeto piloto por contemplar todas as especialidades médicas. Através do piloto a SES tinha como objetivo:

- Determinar o fluxo do atendimento odontológico para cada especialidade médica.
- Desenvolver protocolos clínicos odontológicos, mensurando tempo de execução dos procedimentos realizados em leito e ambulatorialmente.
- Quantificar as horas trabalhadas do Cirurgiã-Dentista e os procedimentos odontológicos realizados.
- Verificar o número de pacientes atendidos pelo serviço de odontologia, ambulatorialmente e no leito

- Dimensionar a necessidade de Recursos Humanos para o Hospital de acordo com sua demanda.
- Determinar os reais custos para Implantação da Odontologia Hospitalar e custeio para manutenção do projeto.
- Estabelecer as metas para o serviço odontológico.
- Estabelecer indicadores para mensurar os resultados do serviço de Odontologia.

Esse estudo foi encaminhado à SES, que autorizou a utilização das informações do Programa Sorria Mais São Paulo, tanto os dados coletados pelos questionários aplicados nos hospitais como as informações adquiridas através do projeto piloto, conforme carta anexa ao trabalho (ANEXO B).

➢ **Coleta de Dados: CNES**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi utilizado para fins comparativos com dados obtidos pelo Programa Sorria Mais São Paulo. Os dados comparados foram:

- Número de Cirurgião Dentista atuando em Hospital; e
- Especialidade e área de atuação do Cirurgião-Dentista

A busca dos dados acima foi feita pelo site: http://cnes.datasus.gov.br. Cada um dos 62 hospitais pertencentes ao estudo foi localizado no CNES e acessado o campo “profissionais”. Dessa forma foi feita a busca com a finalidade de verificar se havia a figura do Cirurgião-Dentista no corpo de funcionários do hospital e qual a especialidade odontológica descrita.

➢ **Estatística Descritiva**

Os dados são apresentados em número absoluto, em porcentagem e em média quando apropriado.

5 RESULTADOS

A figura 5.1 mostra o mapa do Estado de São Paulo com as indicações da localização dos hospitais e centros de saúde vinculados à Secretaria do Estado da Saúde, quer seja de administração direta, indireta, autarquia ou fundação.

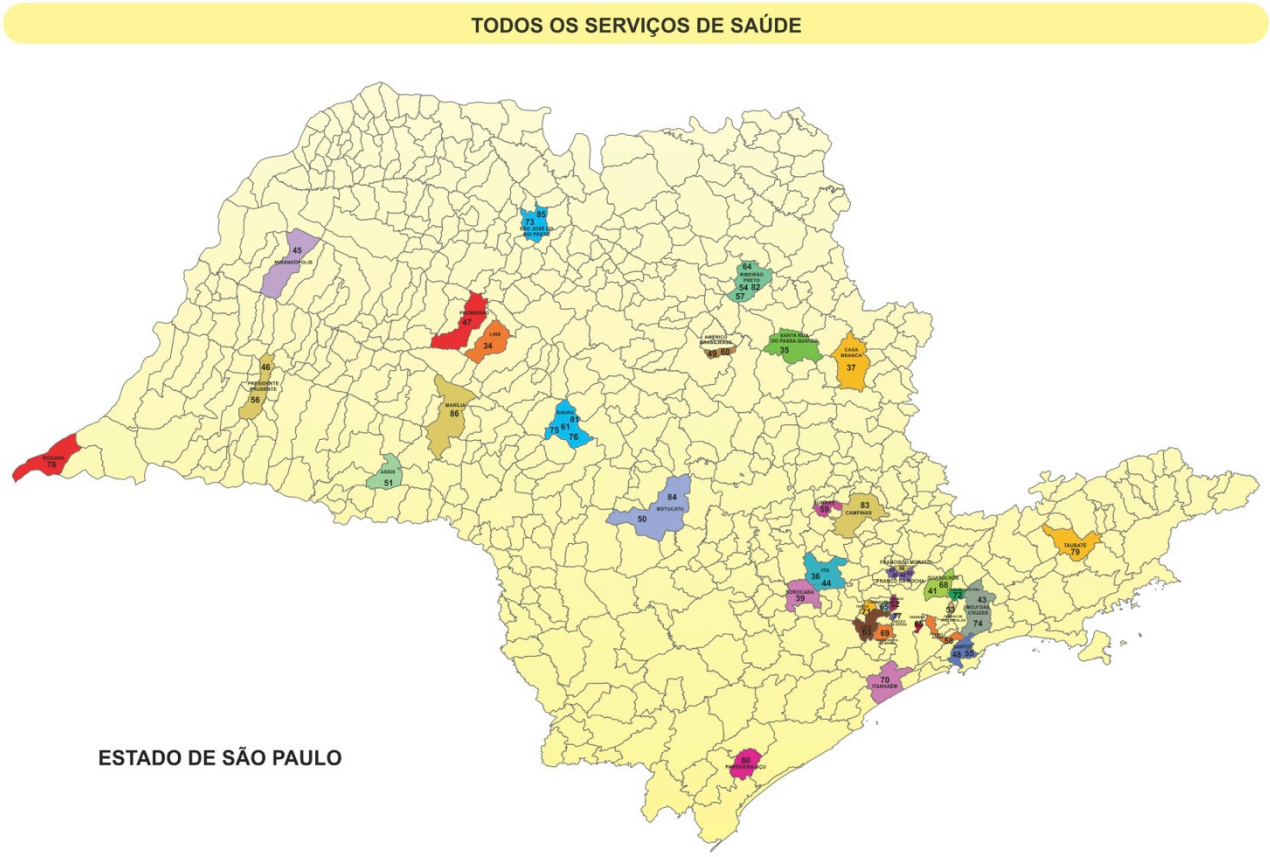


Figura 5.1 - Mapa do Estado de São Paulo com a indicação dos 86 estabelecimentos de saúde veiculados a SES

A figura 5.2 representa o mapa da cidade de São Paulo com a localização dos 33 estabelecimentos de saúde veiculados a SES.

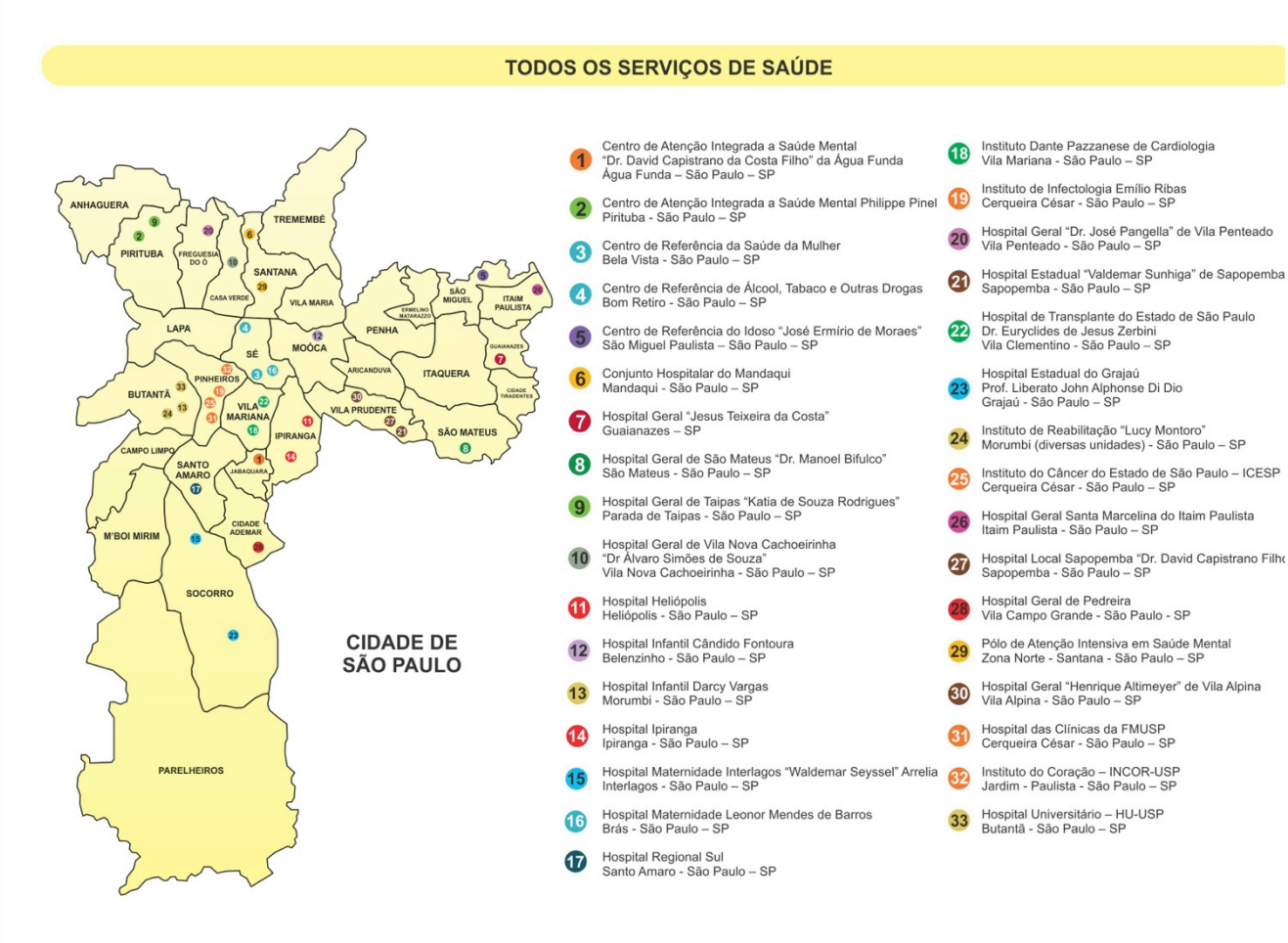


Figura 5.2 - Mapa da Cidade de São Paulo de São Paulo com a indicação dos 33 estabelecimentos de saúde veiculados a SES

A figura 5.3 representa o mapa do Estado de São Paulo com a localização do 62 hospitais que participaram desse estudo.

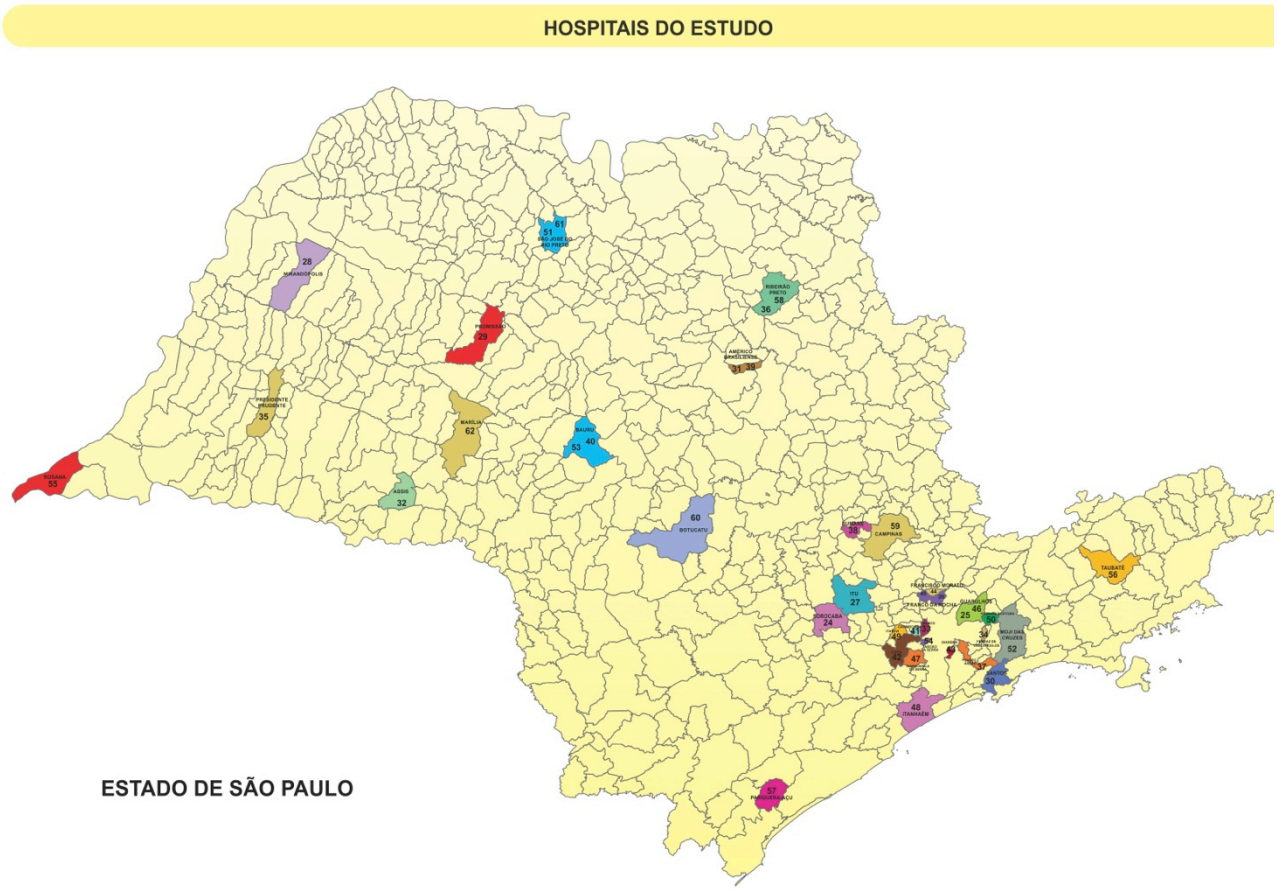


Figura 5.3 - Mapa do Estado de São Paulo com a indicação dos 62 hospitais veiculados a SES que participaram do estudo

A figura 5.4 representa o mapa da cidade de São Paulo com a localização dos 23 hospitais que participaram desse estudo.

Figura 5.4 - Mapa da Cidade de São Paulo com a indicação dos 23 hospitais veiculados a SES que participaram do estudo

5.1 Resultados dos dados do Programa Sorria Mais São Paulo

5.1.1 Dados coletados dos questionários aplicados *in loco*

No apêndice D há um resumo de cada um dos hospitais com todas as informações coletadas pelo questionário pertencente ao Programa Sorria Mais São Paulo, que foi aplicado *in loco*.

As análises dos dados do questionário mostraram que dos hospitais administrados por OSS 40% (n=12) atendem demanda espontânea, ou seja, são porta aberta e 60% (n=18) são porta fechada, só atendem demanda referenciada.

Já nos hospitais administrados diretamente pela SES, 75% (n=18) são porta aberta e 25% (n=6) porta fechada. Nos hospitais ligados às universidades estaduais 100% (n=8) atendem demanda espontânea e referenciada.

Como relação ao número de leitos observa-se que a maioria dos hospitais de administração indireta possuem de 201 a 400 leitos, os de direta tem a maioria dos hospitais com 101 a 300 leitos e já os administrados por fundação e/ou autarquia possuem acima de 501 leitos.

A tabela 5.1 mostra os diferentes tipos de gestão estadual com os respectivos números de leitos.

Tabela 5.1 - Distribuição dos hospitais de administração indireta, direta e por fundação ou autarquia segundo o número de leitos. São Paulo, 2014

N° de Leitos	Administração Indireta (n=30)	Administração Direta (n=24)	Autarquias ou Fundações (n=8)
Até 100	13%	21%	0
101 a 200	17%	33%	0
201 a 300	50%	38%	25%
301 a 400	17%	8%	0
401 a 500	3%	0	12,5%
501 a 600	0	0	25%
601 a 700	0	0	0
701 a 800	0	0	12,5%
Acima de 800	0	0	25%

As especialidades médicas que aparecem com maior frequência nos hospitais, tantos nos de administração indireta quanto nos de direta são: ortopedia, neurologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Nos hospitais ligados as universidades, a maioria engloba todas as especialidades médicas e são realizados procedimentos de altíssima complexidade.

Ao avaliar a presença de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nota-se que dos hospitais administrados por OSS 90% (n=27) tem UTI. Desses, todos tem UTI adulto (n=27), 67% (n=18) tem UTI pediátrica e 59% (16) tem também unidade neonatal. Dos hospitais administrados diretamente pela SES 87,5% (n=21) possuem UTI. Desses, 90% (19) tem UTI adulto, 81% (n=17) UTI pediátrica e 86% (n=18) tem unidade neonatal. Dos hospitais ligados as universidades estaduais 100% (n=8) tem UTI, todos possuem UTI adulto, pediátrica e neonatal.

Com relação há presença de residência médica, 60% (n=18) dos hospitais de administração indireta possuem residência médica, 58% (n=14) dos de administração direta e 100% (n=8) dos administrados por autarquia e/ou fundação.

Abaixo segue a tabela 5.2 mostrando os resultados da média dos seguinte indicadores hospitalares: número de saídas por mês, tempo médio de internação e a taxa de ocupação.

Tabela 5.2 - Média dos indicadores hospitalares por tipo de gestão estadual. São Paulo, 2014

Indicadores (média)	Adm. Indireta (n=30)	Adm. Direta (n=24)	Autarquia e/ou Fundação (n=8)
Saídas / mês	875	607	1745
Tempo médio de internação	6,5 dias	6,5 dias	7 dias
Taxa de ocupação	81%	77%	83%

Com relação a presença de equipe multiprofissional dentro do hospital, observa-se a seguinte composição na tabela 5.3.

Tabela 5.3 - Presença da equipe multiprofissional dentro dos hospitais de administração indireta, direta e autarquia e ou fundação. São Paulo, 2014

Equipe Multiprofissional	Adm. Indireta (n=30)	Adm. Direta (n=24)	Autarquia / Fundação (n=8)
Técnico Enfermagem	100%	100%	100%
Enfermagem	100%	100%	100%
Fisioterapia	100%	87,5%	100%
Fonoaudiologia	90%	71%	100%
Assistência Social	93%	100%	100%
Psicologia	97%	100%	100%
Nutrição	97%	100%	100%
Farmácia	93%	96%	100%
Terapia Ocupacional	57%	54%	87,5%
Odontologia	30%	83%	100%

A figura 5.5 mostra o mapa do Estado de São Paulo com a localização dos hospitais do estudo que possuem em seu corpo clínico o Cirurgião-Dentista.

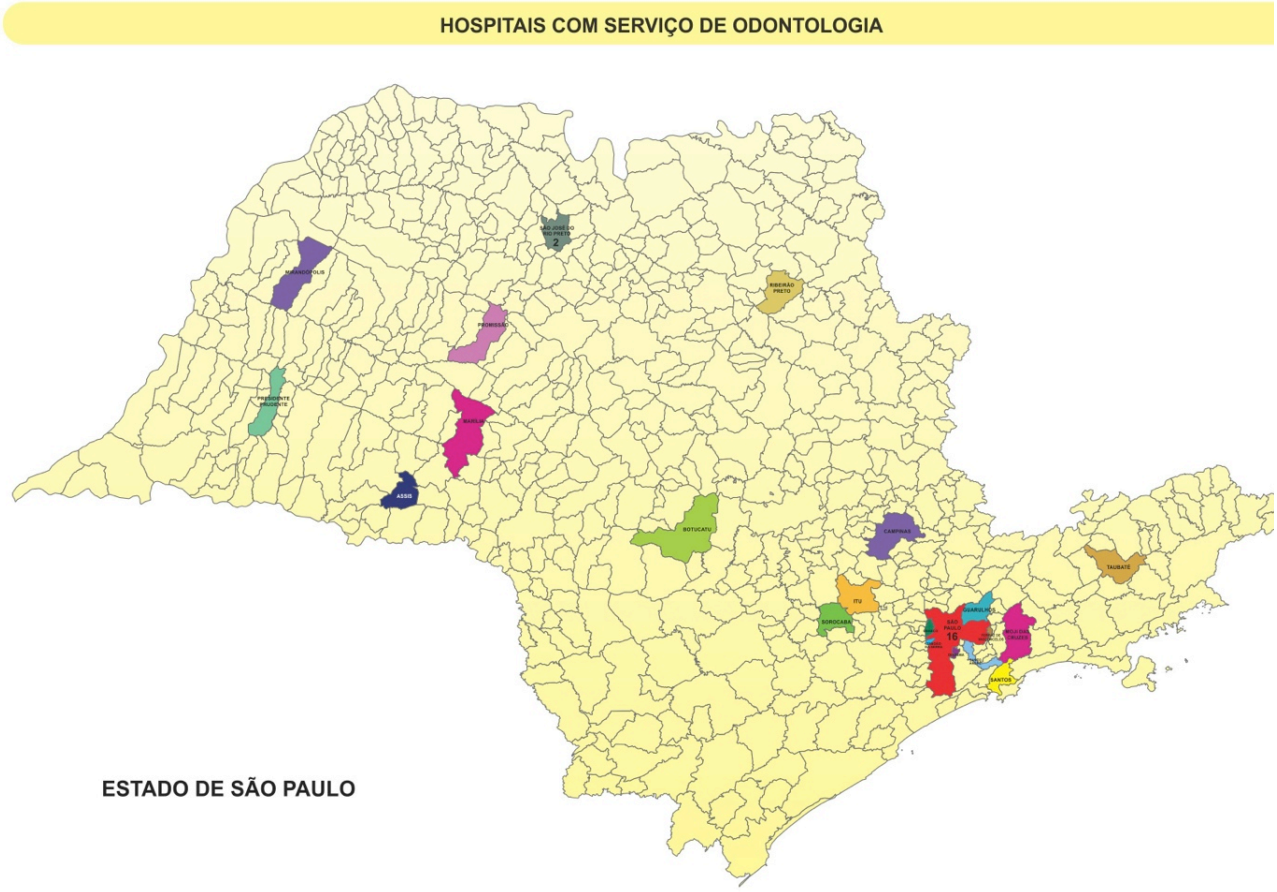
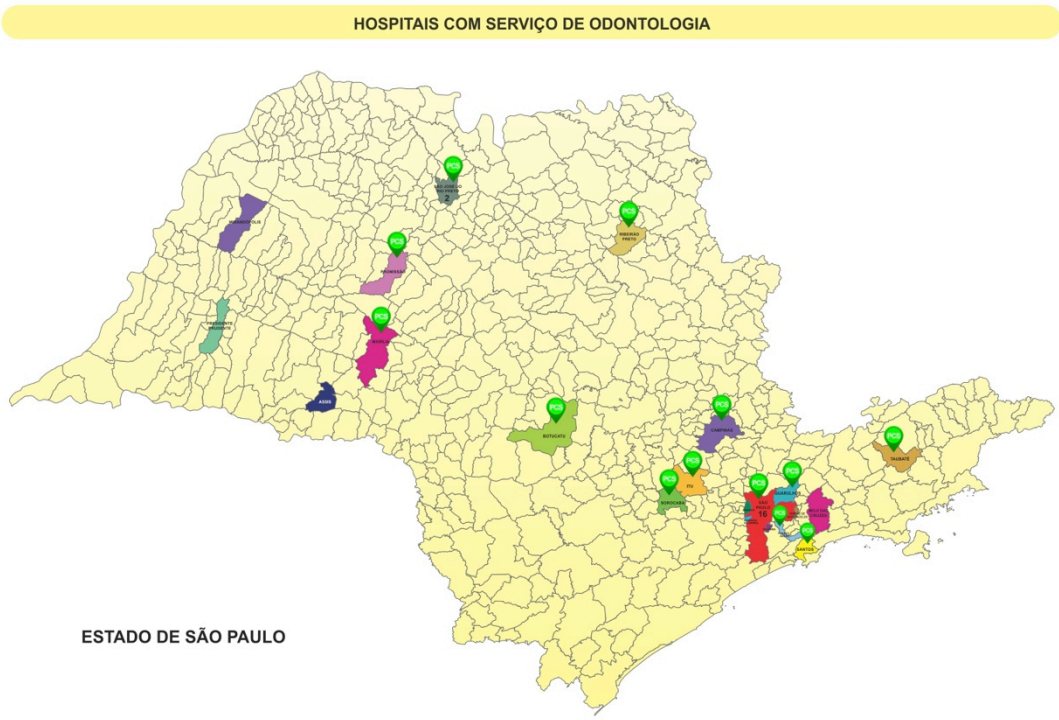


Figura 5.5 - Mapa do Estado de São Paulo indicando os hospitais do estudo que possuem Cirurgião-Dentista no corpo clínico

A figura 5.6 mostra o mapa do Estado de São Paulo com a localização do dos hospitais do estudo com serviço de odontologia, destacando aqueles que realizam alguma iniciativa de atendimento ao paciente com comprometimento sistêmico (PCS) e na sequência a lista com o hospitais e os respectivos tipos de serviço de odontologia.



- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
  São Paulo – SP
  BMF / FUN
- Conjunto Hospitalar de Sorocaba
  Sorocaba – SP
  PCS
- Complexo Hospitalar Padre Bento
  Guarulhos – SP
  PCS / BMF
- Hospital "Dr. Francisco Ribeiro Arantes"
  Itu – SP
  PCS
- Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria"
  Mirandópolis - SP
  BMF / FUN
- Hospital Geral de Promissão
  Promissão – SP
  PCS / BMF
- Hospital Geral de Taipas "Katia de Souza Rodrigues"
  São Paulo – SP
  BMF
- Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha
  "Dr Álvaro Simões de Souza"
  São Paulo – SP
  FUN
- Hospital Guilherme Álvaro
  Santos – SP
  PCS / BMF / FUN
- Hospital Heliópolis
  São Paulo – SP
  PCS
- Hospital Infantil Cândido Fontoura
  São Paulo – SP
  BMF
- Hospital Infantil Darcy Vargas
  São Paulo – SP
  PCS
- Hospital Ipiranga
  São Paulo – SP
  BMF
- Hospital Regional de Assis
  Assis – SP
  BMF
- Hospital Regional "Dr. Vivaldo Martins Simões" Osasco
  Osasco – SP
  BMF
- Hospital Regional "Dr. Osiris Florindo Coelho" Ferraz de Vasconcelos
  Ferraz de Vasconcelos – SP
  BMF / FUN
- Hospital Regional Sul
  São Paulo – SP
  BMF
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
  São Paulo – SP
  PCS
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas
  São Paulo – SP
  PCS
- Hospital Geral "Dr. José Pangella" de Vila Penteado
  São Paulo – SP
  BMF
- Hospital Regional Dr. Domingos Leonardo Cerávolo
  Presidente Prudente – SP
  BMF
- Hospital Estadual Mário Covas de Santo André
  Santo André – SP
  PCS
- Hospital de Transplante do Estado de São Paulo
  Dr. Euryclides de Jesus Zerbini
  São Paulo – SP
  PCS / FUN
- Hospital Estadual de Diadema
  Diadema – São Paulo – SP
  FUN
- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP
  São Paulo – SP
  PCS
- Hospital Estadual João Paulo II
  São José do Rio Preto – SP
  PCS
- Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
  Mogi das Cruzes – SP
  BMF
- Hospital Geral de Pirajussara
  Taboão da Serra – São Paulo – SP
  BMF / FUN
- Hospital Regional do Vale do Paraíba
  Taubaté – SP
  PCS
- Hospital das Clínicas da FMUSP
  São Paulo – SP
  PCS / BMF
- Instituto do Coração – INCOR-USP
  São Paulo – SP
  PCS
- Hospital Universitário – HU-USP
  São Paulo – SP
  BMF
- Hospital das Clínicas da FM Ribeirão Preto – USP
  Ribeirão Preto – SP
  PCS
- Hospital das Clínicas da UNICAMP
  Campinas – SP
  PCS / BMF
- Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP
  Botucatu – SP
  PCS / BMF
- Hospital de Base de São José do Rio Preto
  São José do Rio Preto – SP
  BMF
- Hospital das Clínicas da FM Marília
  Marília – SP
  PCS / BMF

TOTAL: 37 HOSPITAIS

LEGENDA:

PCS: Paciente com comprometimento sistêmico

BMF: Buco Maxilo Facial

FUN: Funcionário

Figura 5.6 - Mapa do Estado de SP mostrando a localização dos hospitais do estudo com atendimentoao PCS, seguido da lista especificando todos os tipos serviços de odontologia

A figura 5.7 mostra o mapa da Cidade de São Paulo com a localização do dos hospitais do estudo com serviço de odontologia, destacando aqueles que realizam alguma iniciativa de atendimento ao paciente com comprometimento sistêmico (PCS)

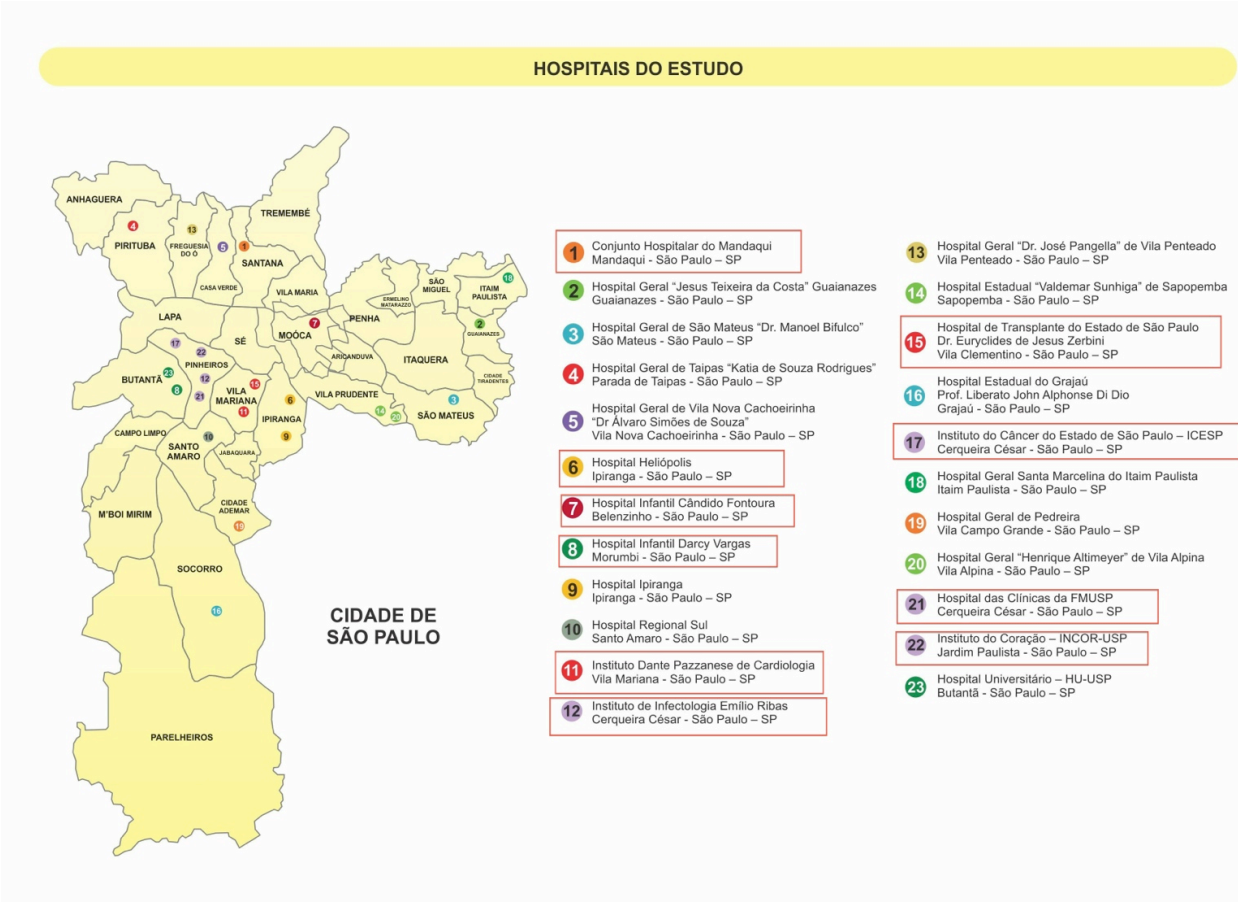


Figura 5.7 - Mapa da Cidade de São Paulo mostrando a localização dos hospitais do estudo com atendimento ao PCS

Observa-se que dos hospitais de administração indireta que possuem o Cirurgião-Dentista (n=9) na equipe, 33% tem atendimento odontológico aos funcionários do Hospital, 33% possuem o serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e 44% apresentam um serviço de odontologia ao paciente com comprometimento sistêmico, tanto internado como em âmbito ambulatorial.

Nos hospitais de administração direta pela SES que apresentam no corpo clínico o Cirurgião-Dentista (n=20), em 25% há atendimento ao funcionário do

hospital, 65% possuem serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e 45% atendimento ao paciente internado ou em âmbito ambulatorial que apresenta comprometimento sistêmico.

Nos hospitais ligados as universidades estaduais 75% contam com o serviço de Buco Maxilo Facial e 75% com o de atendimento ao paciente internado ou em âmbito ambulatorial que apresenta comprometimento sistêmico

No apêndice E encontram-se os dados específicos e detalhados coletados através do questionário do Programa Sorria Mais São Paulo referente aos hospitais que possuem Cirurgião-Dentista no seu corpo clínico.

Abaixo a tabela 5.4 que mostra a porcentagem dos hospitais que participaram desse estudo que possuem equipo odontológico e aparelhos de raio x periapical e panorâmico:

Tabela 5.4 – Presença de equipo odontológico, raio x periapical e raio x panorâmico nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração. São Paulo, 2014

Equipamentos Presentes	Adm. Indireta (n=8)	Adm. Direta (n=19)	Autarquia e/ou Fundações (n=8)
Cadeira Odontológica	87,5%	63%	87,5%
Raio x Periapical	62,5%	58%	87,5%
Raio x Panorâmico	12,5%	21%	12,5%

Abaixo a tabela 5.5 com a frequência dos procedimentos odontológicos realizados nos hospitais.

Tabela 5.5 - Procedimentos odontológicos realizados nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração. São Paulo, 2014

Procedimento	Adm. Indireta (n=8)	Adm. Direta (n=19)	Autarquia / Fundação (n=8)
Orientação Higiene Bucal	62,5%	53%	75%
Biópsia	87,5%	42%	75%
Laserterapia	37,5%	21%	37,5%
Endodontia	37,5%	26%	25%
Dentística	37,5%	42%	75%
Periodontia	50%	42%	75%
Cirurgia Oral Menor	87,5%	63%	100%
Cirurgia Oral Maior	50%	63%	50%
Prótese	12,5%	5%	12,5%

A tabela 5.6 mostra se os serviços de odontologia existentes nos hospitais participantes do estudo possuem funcionário específico na colaboração da rotina do atendimento odontológico.

Tabela 5.6 - Tipos de RH que atuam exclusivamente para suporte do serviço de odontologia, segundo sua natureza de administração. São Paulo, 2014

RH	Adm. Indireta (n=8)	Adm. Direta (n=19)	Autarquia /Fundação (n=8)
Auxiliar em Saúde Bucal	37,5%	26%	25%
Técnico em Saúde Bucal	12,5%	0	0
Auxiliar de Enfermagem	25%	16%	37,5%
Secretária própria	12,5%	21%	37,5%
Sem suporte específico	37,5%	56%	37,5%

A tabela 5.7 mostra o número de CD dentro dos hospitais de administração direta e indireta. Os dados foram obtidos através do Programa Sorria Mais SP.

Tabela 5.7 - Área de atuação e número de CD que pertencem aos serviços de odontologia nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração. São Paulo, 2014

Área de atuação	Administração Direta	Administração Indireta
Cirurgia Buco Maxilo Facial	89	23
Clínico Geral	25	5
Pacientes Especiais	17	2
Estomatologia	7	3
Prótese Buco Maxilo Facial	0	2
Atendimento – funcionários	17	5
Outros	14	1
TOTAL	**169**	**41**

5.1.2 Dados do Piloto: Hospital Estadual Mario Covas de Santo André

O Hospital Estadual Mário Covas de Santo André é um Hospital de administração indireta, atende demanda referenciada, possui 360 leitos, sendo 35 leitos de UTI. Oferece todas as especialidades médicas e apresenta equipe multiprofissional completa. Como indicadores tem em média 955 saídas por mês, um tempo médio de internação de 7,1 dias e taxa de ocupação do hospital é em torno de 81,5%. O hospital possui residência médica e é referência para cardiologia, infectologia e oncologia.

Durante o projeto piloto havia uma Cirurgiã-Dentista especialista em Pacientes com Necessidades Especiais com carga horária de 40 horas semanais. O serviço de odontologia contava com um equipo odontológico completo e raio x periapical. Posteriormente foram contratadas mais duas Cirurgiãs-Dentistas

especialistas em Pacientes com Necessidades Especiais, uma com carga horária de 30 horas semanais e outra de 20 horas por semana. O Hospital Estadual Mário Covas de Santo André possui um orçamento anual de aproximadamente R$ 120.000.000,00.

As Dentistas que atuaram no Hospital Estadual Mário Covas, durante o projeto piloto, preencheram fichas específicas elaboradas pela SES. Dessa maneira foi possível a obtenção de diversas informações, entre as quais:

- Os procedimentos odontológicos mais frequentes realizados foram: orientação de higiene bucal, tratamento de xerostomia, biópsia, profilaxia dental, extração dentária, laserterapia, remoção de cárie e posterior restauração provisória, raspagem periodontal e diagnóstico de infecção bucal (infecções oportunistas).

- Em média os procedimentos realizados no leito tiveram duração de 15 minutos cada, sendo o tempo mínimo de 3 minutos e o máximo de 40 minutos.

- Em média os procedimentos realizados no ambulatório / consultório odontológico tiveram duração de 30 minutos cada, sendo o tempo mínimo de 10 minutos e máximo de 1 hora e 30 minutos.

- Cada paciente atendido pelo piloto necessitou em média de 5 procedimentos odontológicos para concluir o plano de tratamento.

- Foi verificado que um profissional 30 horas semanais, dedica 10 horas por semana para participar de estudos, pesquisas e reuniões no hospital, refeição e outras atividades não ligadas diretamente ao trabalho.

Baseado nos resultados encontrados no projeto piloto, podemos elaborar a seguinte equação que mostra o número de procedimentos odontológicos realizados pelo Cirurgião-Dentista em uma semana. A saber:

- x = número de procedimentos realizados por semana por Cirurgiã-Dentista

- y = horas contratadas por semana por Cirurgião-Dentista
- z = horas utilizadas em atividades não ligadas diretamente ao atendimento de paciente por semana por Cirurgião-Dentista (reuniões, estudos, pesquisas, refeição, administrativo, entre outros).
- w = procedimentos odontológicos realizados por hora, sendo
    - w = 2, se procedimentos forem realizados somente em ambulatório.
    - w = 3, se houver uma divisão equivalente do tempo de atendimento entre ambulatório e no leito.
    - w = 4, se procedimentos forem realizados somente no leito.

Assim, temos que: **x = (y -z) * w**

Portanto, o projeto piloto apresentou:

x = (30 – 10) * 3 = 60 procedimentos realizados por semana.

Em um mês um profissional 30 horas realizou 240 procedimentos. Levando em consideração que cada paciente necessita de 5 procedimentos, foram atendidos cerca de 48 pacientes.

5.1.3 Resultado dos dados coletados no CNES

A tabela 5.8 mostra a quantidade e a especialidade do Cirurgião-Dentista que está atuando dentro dos hospitais de administração direta e indireta através de busca realizada no CNES.

Tabela 5.8 - Área de atuação e número de CD que pertencem aos serviços de odontologia nos hospitais do estudo, segundo sua natureza de administração, via CNES. São Paulo, 2014

Área de atuação	Administração Direta	Administração Indireta
Cirurgia Buco Maxilo Facial	101	45
Clínico Geral	98	24
Pacientes Especiais	3	3
Estomatologia	3	4
Prótese Buco Maxilo Facial	2	14
Atendimento – funcionários	0	0
Outros	26	4
TOTAL	**233**	**94**

A fins de comparação foi elaborada a tabela 5.9, que mostra o número e especialidade (área de atuação) dos Cirurgiões-Dentistas pertencentes aos serviços de odontologia dos hospitais do estudo, coletados via Programa Sorria Mais São Paulo, através dos questionários aplicados *in loco*, e via busca realizada no CNES.

Tabela 5.9 - Tabela comparativa entre a área de atuação e número de CD dos serviços de odontologia segundo forma de coleta, via Programa Sorria Mais SP e CNES. São Paulo, 2014

Área de atuação	Dados Sorria Mais SP	Dados CNES
Cirurgia Buco Maxilo Facial	112	146
Clínico Geral	30	122
Pacientes Especiais	19	6
Estomatologia	10	7
Prótese Buco Maxilo Facial	2	16
Atendimento – funcionários*	22	0
Outros	15	30
TOTAL	**210**	**327**

*O CNES não possui campo específico para entrada de atendimento a funcionários

As tabelas mostram que há 36% menos Cirurgiões-Dentistas atuando nos hospitais quando comparado os dados coletados *in loco* (Programa Sorria Mais São Paulo) com os disponíveis no CNES e que cerca de 10% dos Dentistas cadastrados na realidade estão prestando atendimento ao funcionário do hospital, ou seja, não fazem parte da equipe multiprofissional de atendimento ao paciente.

5.3 Custo de implantação e manutenção do serviço de odontologia hospitalar

Para se implantar um serviço de odontologia dentro do hospital, é necessário levar em consideração o perfil do hospital, as especialidades médicas oferecidas, o volume de pacientes atendidos, o número de leitos total e específicos de UTI, a taxa de ocupação do hospital, o tempo médio de internação. A partir daí se avalia o número de consultórios odontológicos necessários e o número de recursos humanos para que o serviço funcione adequadamente.

Com base nos resultados do Programa Sorria Mais São Paulo, é possível sabermos o investimento para a montagem do serviço de odontologia e também seu custeio.

Seguem características de um hospital hipotético com a finalidade de ilustrar o investimento e custeio do serviço de odontologia:

- Hospital com 250 leitos, demanda referenciada, tem como especialidades médicas: cardiologia, oncologia, hematologia, nefrologia, plástica, neurologia, pediatria e ortopedia. É referência para oncologia e cardiologia. O tempo médio de internação é de 6 dias, faz 900 saídas/mês e de taxa de ocupação hospitalar é de 85%. Conta 40 leitos para UTI, sendo 30 para adulto e 10 para pediatria.

Para a referida condição, é necessário para implantar e manter o serviço de odontologia, um investimento inicial de R$ 73.629,00, além de, em média, R$

25.000,00 para adequação da sala do consultório. Portanto, temos que para a montagem do serviço o investimento total é cerca de R$ 98.626,00.

O valor mensal de custeio é de R$ 29.540,00. Assim o valor anual de custeio de um serviço de odontologia é de R$ 354.480,00, conforme descrito nos quadros abaixo.

Material Permanente - Investimento Inicial	**Valor de Mercado**
Equipo odontológico (1)	R$ 12.000,00
Bomba de Vácuo Bio Vac 2 (1)	R$ 2.500,00
Compressor (1)	R$ 3.500,00
Raios-X móvel (1)	R$ 4.500,00
fotopolimerizador (1)	R$ 900,00
Profi + ultrassom (2)	R$ 5.000,00
Módulos odontológicos	R$ 2.900,00
Mesa Auxiliar (1)	R$ 560,00
Mocho auxiliar (1)	R$ 369,00
kit de alta e baixa rotação (3)	R$ 5.900,00
Negatoscópio (1)	R$ 1.500,00
Laser em baixa intensidade (2)	R$ 6.000,00
Instrumental (exame clinico, cirurgia, dentistica, perio e endodontia)	R$ 13.500,00
TOTAL	**R$ 59.129,00**

Valores estimados em julho de 2013

Quadro 5.1 - Investimento em material permanente para a montagem do serviço de OH.

Material Consumo - Compra Inicial	**Valor de Mercado**
Produtos em Geral para procedimentos odontológicos	R$ 12.000,00
Brocas	R$ 2.500,00
TOTAL	**R$ 14.500,00**

Valores estimados em julho de 2013

Quadro 5.2 – Investimento inicial em material de consumo para se iniciar o serviço de OH

Compra Inicial Total	Valor Estimado (R$)
TOTAL	**R$ 73.629,00**

Valores estimados em julho de 2013

Quadro 5.3 – Valor total inicial para montagem e início do serviço de OH.

O quadro 5.4 mostra o custeio mensal para atender a demanda do Hospital com as características citadas acima.

Custeio Mensal / hospital	**Quantidade**	**Valor Estimado**	**Valor total**
Salario Dentista - 30 hrs	3	R$ 4.600,00	R$ 13.800,00
Salário TSB	2	R$ 1.200,00	R$ 2.400,00
Encargos			R$ 11.340,00
Material de Consumo		R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
CUSTEIO MENSAL TOTAL			**R$ 29.540,00**
CUSTEIO ANUAL TOTAL			R$ 354.480,00

Valores estimados em julho de 2013

Quadro 5.4 – Custeio mensal e total do serviço de OH

Com base nos dados obtidos através do projeto piloto do Programa Sorria Mais São Paulo, pode-se assumir que três profissionais com carga horária de 30 horas semanais tem a capacidade de realizar no total 720 procedimentos por mês, com um custo mensal de material de consumo no valor de R$ 2.000,00. Portanto, é possível concluir que cada procedimento odontológico custa em média R$ 2,77, levando em consideração somente o custo do material. O piloto mostrou também que cada paciente necessita em média de 5 de procedimentos, logo, há um custo de material por paciente no valor de R$ 13,85, o que representa 1,3% do valor médio de internação no Estado de São Paulo. (o valor médio da internação no Estado de São Paulo é R$ 1.051,74, segundo: Bittar, Magalhães; 2010; SIASUS-DATASSUS/MS; 2006-2009).

A despesa média em atendimento de alta complexidade em hospitais públicos estaduais administrados por OSS é de R$ 2.892,00 (São Paulo, 2010). Considerando o custeio mensal total do serviço de Odontologia R$ 29.540,00 e sabendo que é possível realizar 720 procedimentos, nessa condição, cada procedimento odontológico custa R$ 41,00 e a despesa total por paciente é de R$ 205,00.

Assim levando em consideração o custo do material odontológico gasto por paciente, a Odontologia representa 0,5% da despesa média da AC dos hospitais administrados por OSS e, incluindo o custeio total, temos que a despesa do serviço de odontologia representa 7% da despesa média da AC dos hospitais de administração indireta.

6 DISCUSSÃO

A assistência hospitalar é um tema controverso e de difícil discussão, pois é carregada de incertezas. Mesmo com a significativa evolução da saúde como um todo nos últimos anos, ainda hoje há dúvidas que vão desde o *modus operandi* dos serviços oferecidos no hospital, passando pela quantidade e especialidade de recursos humanos necessários para uma assistência adequada até sobre qual a melhor maneira de incorporar as inúmeras tecnologias em saúde presentes na atualidade. Enfim, não existe um consenso sobre qual é a forma mais eficaz e eficiente de se realizar a organização, o funcionamento e a gestão da assistência hospitalar (Vecina Neto; Malik, 2007; Barbosa, Vecina Neto, 2011; Medici, 2011).

E quando falamos de assistência hospitalar pública no Brasil há enormes gargalos, que precisam de ajustes urgentes. Após a Constituição de 1988, o Estado Brasileiro se comprometeu a oferecer uma saúde com cobertura universal e integral, criando uma demanda inimaginável. Assim, se de um lado houve grandes avanços, principalmente na atenção básica e na criação de programas nacionais exitosos, como o da Imunização e o da AIDS, por outro há outros setores que enfrentam algumas crises, é o caso da gestão hospitalar (D'Avila Viana; Machado, 2008; Vecina Neto; Malik, 2007; Sarti; Campino, 2010).

No modelo tradicional de gestão pública as decisões concentram-se no nível central, o que torna todo o processo mais burocrático e moroso. Sendo o hospital uma instituição extremamente complexa, que deve incorporar as revoluções tecnológicas, demográficas, epidemiológicas e acompanhar a evolução que tem acontecido em ritmo alucinante na saúde são necessárias outras alternativas de administração. É necessária maior autonomia de gestão, ou seja, os dirigentes hospitalares devem ter maior poder de decisão e também serem responsabilizados pelo desempenho da organização (Ibañez; Vecina Neto, 2007; Barbosa; Vecina Neto, 2011).

A rede hospitalar veiculada a SES-SP tem sua gestão basicamente de três maneiras, via administração direta, por OSS e fundação e/ou autarquia. Os hospitais que entraram no presente estudo são os de média e alta complexidade, sendo 24 hospitais de administração direta, 30 são administrados por OSS e 8 por fundação

e/ou autarquia. Nota-se uma tendência nos hospitais do Estado de São Paulo pela administração indireta. Fato importante a ser levado em consideração no momento de estruturação de programas de saúde, como o da Odontologia Hospitalar.

A definição de hospital proposta pela OMS, mesmo sendo elaborada em 1957, ainda é bem adequada. Segundo a OMS, o hospital é uma organização de caráter médico social com a finalidade de assegurar assistência médica completa a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar. O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multiprofissional, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Portanto, há dois pontos a serem ressaltados, o primeiro que relata a necessidade de assegurar assistência médica completa e o segundo que reforça o caráter multiprofissional do atendimento no hospital.

Seguindo essa lógica fica óbvia a necessidade de inclusão do Cirurgião-Dentista no âmbito hospitalar. Entretanto, é também bastante claro que não é suficiente trazer o profissional para dentro do hospital, tem que se discutir qual seu real papel no hospital, pois certamente não será exatamente o mesmo ao que realizado em consultório, atuação mais comum e com maior tradição na Odontologia.

Tanto a ADA (American Dental Association, 2014), como NHS (National Health Service, 2014) e, mais recentemente o Brasil, através da SES-SP (São Paulo, 2012), colocam que o Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar irá prestar assistência a um paciente com comprometimento sistêmico importante, parte-se do princípio que a boca pode ser palco de doenças causada pela terapia ao qual o paciente foi submetido e/ou a própria condição bucal do paciente pode dificultar sua recuperação ou mesmo agravar sua doença de base. Nesse contexto, enxergamos duas frentes de atuação dentro do hospital quando se fala em odontologia. Uma executa um atendimento mais voltado a traumas e cirurgias orais maiores, em geral realizado pelo Cirurgião Buco Maxilo Facial e a outra compreende o atendimento odontológico ao paciente que apresenta um comprometimento sistêmico, que esteja em tratamento médico, necessitando de cuidados especiais e especializados.

A atuação do Cirurgião Dentista Buco Maxilo Facial dentro do hospital é mais rotineira e tem sua atuação conhecida e consolidada. Entretanto, a atenção odontológica ao paciente com comprometimento sistêmico ainda é muito insipiente,

principalmente quando se fala em atendimento no leito, ao paciente internado. Pois mesmo nos hospitais que possuem a assistência odontológica para os pacientes comprometidos sistemicamente, o nível da atenção é, muitas vezes, ambulatorial.

Tal fato foi comprovado com os resultados desse trabalho. Como vimos dos 30 hospitais administrados por OSS que participaram desse estudo, 9 possuem a presença do Cirurgião Dentista. Desses 9 serviços de odontologia, 1 é exclusivamente voltado a funcionários do hospital, 3 só oferecem o serviço de Buco Maxilo Facial ao paciente e 2 possuem serviço de odontologia ambulatorial, não prestando atendimento no leito. Assim, somente 3 hospitais dos 30 avaliados, tem efetivamente um serviço de odontologia ao paciente internado, ou seja, somente 10% dos hospitais.

Dos 24 hospitais de administração direta mapeados no estudo, 20 possuem a figura do Cirurgião-Dentista. Desses, 1 serviço é exclusivamente voltado a funcionários do hospital, 8 só oferecem o serviço de Buco Maxilo Facial ao paciente e 2 possuem serviço de odontologia ambulatorial, não prestando atendimento no leito. Dessa maneira, 13 hospitais dos 24 avaliados, tem efetivamente um serviço de odontologia ao paciente internado, o que representa um pouco mais que 50%.

Já nos hospitais administrados por fundação e/ou autarquias, dos 8 em análise, 2 tem serviço exclusivamente de Cirurgia Buco Maxilo Facial, os outros 6 tem serviço ambulatorial e ao paciente internado.

Diversos são os motivos que levaram a esse quadro, desde a própria trajetória da Odontologia, tradicionalmente realizada em ambulatório, a municipalização da saúde, fato que realocou os Dentistas do Estado das unidades básicas de saúde para diferentes locais, entre os quais o hospital, sem a preocupação de avaliar o perfil do profissional e ou de oferecer capacitação para exercício de outra área de atuação, a não existência de diretriz por parte do governo para tal área, o fato de a gestão dos hospitais em geral ser realizada por médicos, que desconhecem o potencial da odontologia hospitalar, entre outros fatores.

Como consequência, temos hoje muitos Dentistas que estão no hospital atendendo funcionários, outros não conseguem atuar adequadamente por falta de infra estrutura ou por não conseguir diálogo com os gestores do hospital. O resultado final é um desconhecimento do papel do Cirurgião-Dentista voltado para

atender o paciente com comprometimento sistêmico. Tanto isso ocorreu, que nota-se nos hospitais mais recentes, em geral, os de administração indireta, o não contemplamento da figura do Cirurgião-Dentista, mostrando um tendência de desaparecimento dessa classe profissional dentro do hospital, caso nada fosse feito.

Nesse contexto que o Programa Sorria Mais São Paulo, lançado pelo Governo Geraldo Alckmin, em fevereiro de 2012, tornou a Odontologia Hospitalar um programa de saúde pública, entre as ações, foi publicado um manual que contém toda a diretriz do programa, com conceito, perfil e papel do Cirurgião-Dentista e as possíveis áreas de atuação dentro do hospital. Tal fato é fundamental para que se reveja a forma do Cirurgião Dentista atuar no hospital e mostrar realmente tudo que é possível oferecer ao tratamento do paciente.

Mesmo com a existência de serviços de odontologia hospitalar exitosos, ainda faltam indicadores concretos para elucidar e explicitar os benefícios dessa área de atuação (São Paulo, 2012). Esse é mais um fator que contribuiu para a não inclusão da classe odontológica em âmbito hospitalar. Diversas são as causas das dificuldades encontradas para se consolidar a Odontologia dentro do hospital, mas um ponto inicial fundamental é a necessidade de se ter o correto mapeamento dos serviços odontológicos em âmbito hospitalar, pois a falta de informação confiável compromete totalmente a tomada de decisão do gestor público.

E o planejamento em saúde é, hoje, realizado, em grande parte, com base nos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, o CNES, sistema de informação que mostra a rede assistencial existente no Brasil.

No caso da Odontologia, o CNES como fonte de informação gera algumas dificuldades, como mostram os resultados desse estudo. Embora comprove que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas em hospital público estadual atuam na área de Buco Maxilo Facial, os outros quase 50% de Cirurgiões-Dentistas cadastrados na rede estão sem definição, pois a maioria está classificada como clínico geral, e na verdade estão atuando em outra área, algumas vezes, atendendo o paciente com comprometimento sistêmico, mas muitas vezes estão deslocados para atender funcionários do hospital. Além disso, há uma disparidade entre o número de Cirurgiões Dentistas de fato atuando em âmbito hospitalar e o número cadastrado.

Os resultados do estudo mostraram que quando a busca por Cirurgiões-Dentistas é realizada via CNES, há 36% menos Cirurgiões-Dentistas atuando nos hospitais quando comparado com os dados obtidos pelo Programa Sorria Mais São Paulo, que verificou esse dado *in loco*. Além da quantidade, outro resultado relevante é que cerca de 10% dos Dentistas que atuam dentro do hospital estão prestando atendimento ao funcionário. Portanto, há uma distorção da prática da Odontologia Hospitalar quando as informações são acessadas via CNES. Costa et al, em 2013, fizeram um levantamento de Cirurgiões-Dentistas que atuam na rede hospitalar pública via CNES e também concluiram que era inviável saber de fato a atuação desse profissinal, pois a maioria está classificada como clínico geral, seguido pelo Cirurgião BMF.

Sabemos que hoje as possibilidades de terapias são inúmeras, agregam ao tratamento medicamentos e equipamentos de alto custo, além de mão de obra especializada de diversas naturezas. Diante da necessidade ilimitada do paciente e sendo os recursos limitados, é preciso avaliar o que trará melhor condição de saúde ao paciente e a viabilidade do serviço a ser oferecido (Nita et al., 2010).

Cada vez mais estudos mostram que a inclusão do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional do hospital colabora para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir risco de infecção, além de proporcionar um atendimento mais completo ao indivíduo. Alguns trabalhos tem mostrado também que o tratamento odontológico a esse tipo de paciente evita ou minimiza comorbidades importantes, tornando-se custo-efetivo e, assim, contribuindo para a redução do custo geral do tratamento médico. (Morais et al., 2006; Antunes et al., 2007; Schubert et al., 2007; Eduardo et al., 2009; Kuhn et al., 2009; Gomes; Esteves, 2012; Bezinelli et al., 2014).

O Custo para implantação e posterior manutenção do serviço de Odontologia é muito baixo perto do orçamento hospitalar como um todo. Como foi mostrado, em média, com cerca de R$ 100.000,00 se faz a montagem do consultório odontológico, incluindo compra de equipamentos periféricos, material de consumo inicial e a reforma para adequar a sala. Além disso, no projeto piloto realizado no Hospital Estadual Mário Covas foi constatado que o custeio mensal total do serviço de odontologia é de R$ 354.480,00 e que o orçamento anual do Hospital é de R$

120.000.000,00, ou seja o custo com a odontologia representa cerca de 2,9% do orçamento anual.

Os dados coletados dos questionários aplicados *in loco* pela SES mostraram que os procedimentos mais comumente realizados em âmbito hospitalar são: orientação de cuidados bucais, cirurgia menor, raspagem, biópsia e laserterapia. Todos os procedimentos citados tem o custo baixo quando se leva em consideração somente o material de consumo, o custo mais elevado se deve a mão de obra, que deve ser especializada. Entretanto, mesmo quando se computa todo o custeio do serviço de odontologia, incluindo mão de obra, cada procedimento tem em média o custo de R$ 41,00.

A Odontologia realizada no hospital é citada na lei 5081 que regulamenta o exercício da profissão, posteriormente o CFO publicou uma resolução com um capítulo que versa sobre o tema, porém ambos descrevem a possibilidade do Cirurgião-Dentista atender em ambiente hospitalar e seus direitos, sem entrar em detalhes quanto ao perfil e papel desse profissional. A ANVISA, com a RDC7, e o projeto de lei 2776/2008 colocam como obrigatório a necessidade de ter a Odontologia dentro do hospital, incluindo a assistência na UTI.

Portanto, as Autoridades e a legislação vão de encontro à necessidade do novo perfil de pacientes internados, pois como foi colocado por Bittar, em 2011, há um considerável crescimento de pacientes com doenças crônicas. Em 2003, McGuire constatou que quando há sobrecarga de tarefas no hospital a primeira medida a ser negligenciada é o cuidado com a higiene bucal. Entretanto, o mesmo autor descreveu a dificuldade do Cirurgião-Dentista de se relacionar com o médico e com toda equipe multiprofissional, mostranto uma importante lacuna a ser preenchida.

Esse trabalho mostrou que a Odontologia Hospitalar responde parcialmente às questões propostas pelo MS, pois é eficaz, efetiva e tem custo factível, entretanto quanto à disponibilidade, ainda há necessidade da classe odontológica definir qual é realmente a formação necessária para atuar dentro do hospital atendendo ao paciente com comprometimento sistêmico.

A Odontologia Hospitalar tem um longo caminho a percorrer, ainda faltam pontos cruciais a serem definidos que vão desde protocolos clínicos, passando pela formação do profissional até a gestão, porém cada vez mais tem se mostrado que é possível trazer um benefício real para saúde do paciente e que o custo não inviabiliza a Odontologia Hospitalar, ao contrário, para a realidade nacional, é completamente viável.

7 CONCLUSÕES

Pelo trabalho desenvolvido é possível concluir que:

- Os hospitais veiculados a SES são heterogênos. Há diferenças quanto ao formato de gestão e administração, tamanho, complexidade, especialidades médicas presentes, demanda atendida. Enfim, o hospital deve ser encarado como uma unidade de saúde independente e para maior assertividade do Programa de Odontologia Hospitalar é necessário conhecer cada unidade, adaptando o programa às diferentes realidades.

- A maioria dos serviços de odontologia dentro do hospital é de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. Porém há significativa quantidade de Dentistas com a função de prestar atendimento ao funcionário do hospital.

- A maioria dos hospitais veiculados a SES não possuem atendimento odontológico ao paciente no leito que apresenta comprometimento sistêmico.

- O Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) não apresenta a realidade da atuação do Cirurgião-Dentista dentro do hospital e, portanto, não pode ser usado, isoladamente, para tomada de decisão pelos gestores públicos.

- O custo não é fator limitante para a para implantação e manutenção de um serviço de Odontologia Hospitalar.

REFERÊNCIAS[1]

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2013 [citado 20 out. 2013]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/ perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor.

American Dental Association. Dentistry Career Options [citado 10 dez. 2013]. Disponível em: http://www.ada.org/3324.aspx. Copyright © 1995-2014.

Antunes HS, de Azevedo AM, da Silva Bouzas LF, Adao CA, Pinheiro CT, Mayhe R, Pinheiro LH, Azevedo R, D'Aiuto de Matos V, Rodrigues PC, Small IA, Zangaro RA, Ferreira CG. Low-power laser in the prevention of induced oral mucositis in bone marrow transplantation patients: a randomized trial. Blood. 2007 Mar 1;109(5):2250-5.

Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev Bras Odontol. 2012 jan/jun;69(1):90-3.

Arrain Y, Masud T. A current update on osteonecrosis of the jaw and bisphosphonates. Dent Update. 2011 Dec;38(10):672-6, 678.

Barbosa PR, Vecina Neto G. Estruturas jurídicos institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços de saúde. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 144-57.

Bellini AC. Relações entre condições funcionais de alimentação e estado nutricional, mediados por variáveis físicas e emocionais: um estudo com idosos ambulatoriais [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2006.

Bezinelli LM, Eduardo FP, Lopes RMG, Biazevic MGH, Eduardo CP, Correa L, Hamerschlak N, Michel-Crosato. Cost-effectiveness of the introduction of specialized oral care with laser therapy in hematopoietic stem cell transplantation. Hematol Oncol. 2014 Mar; 32(1):31-9. Epub 2013 Apr 29.

---

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Bittar OJN, Mendes JDV, Magalhães A, coordenadores. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP, 2011. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes -ccd/saude -em-dados/revista [Citado 10 jun. 2012].

Bittar OJNV, Magalhães A. Hospitais de ensino no estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. São Paulo: SES/SP. RAS 2010; (12).

Brasil. Câmara dos Deputados. PL 2776/2008 [citado 23 jan. 2014]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113

Brasil. Lei n. 5081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília (1966 ago 26): 9843.

Brasil. Lei n°10.742, 6 de outubro de 2003 [citado 20 out. 2013]. Disponível em: http://e-legis.bvs.br/leisref/public.html.

Brasil. Ministério da saúde. Avaliação de Tecnologias em saúde [citado 14 fev. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_decit.pdf, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação Econômica em Saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Brasil. Resolução – RDC N.7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília (2010 fev. 25); Sec. 1:48.

Brasil. Resolução n. 118 de 11 de maio de 2012. Aprova novo código de ética odontológica. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília (2012 jun. 14); Sec. 1:118.

Costa ACO, Rezende NPM, Martins FM, Santos PSS, Gallotini MHC, Ortega KL. A Odontologia Hospitalar no serviço público de Estado de São Paulo. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2013;67(4):306-12.

Couttolenc BF, Zucchi P. Gestão de Recursos Financeiros. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998. Vol 10 (Série Saúde & Cidadania).

D'Avila Viana AL, Machado CV.Proteção social em saúde: um balanço de 20 anos do SUS. Rev Saúde Coletiva. 2008;18(4):645-684.

Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasilia: IPEA; 1995. p. 5-21.

Ducan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 31-40.

Eduardo FP; Bezinelli LM, Luiz AC; Correa L; Eduardo CP. Severity of Oral Mucositis in Patients Undergoing Hematopoietic Cell Transplantation and an Oral Laser Phototherapy Protocol: A Survey of 30 Patients. Photomed Laser Surg. 2009 Fev; 27(1):137-44.

Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. Rev Odontol UNESP. 2009;38(2):105-9.

Gomes SF; Esteves MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma / Role of the surgeon dentistin ICU: a new paradigm. Rev Bras Odontol. 2012 jan / jun; 69(1):67-70.

Goodman CS. Introduction to health technology assessment. Estados Unidos: National Library of Medicine; 2004.

Guggenheimer J, Eghtesad B, Close JM, Shay C, Fung JJ. Dental Health Status of Liver Transplant Candidates. Liver Transpl. 2007 Fev;13(2):280-6.

Ibañez N, Vecina Neto G. Modelo de gestão e o SUS. Cien Saúde Cole. 2007; 12(Sup):1831-1840.

Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. 2007 Mar;109(5):820-31.

Kuhn A, Porto FA, Miraglia P, Brunetto AL. Low-level Infrared Laser Therapy in Chemotherapy-induced oral mucositis – A Randomized Placebo-controlled Trial in Children. J Pediatric Hematol Oncol. 2009 Jan; 31(1):33-7.

Machado CV, Faria Baptista TW, Dias de Lima L. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Cienc Saúde Cole. 2010;15(5):2367-82.

McGuire DB. Barriers and strategies in implementation of oral care standards for cancer patients. Support Care Cancer. 2003;11(7):435-41.

Medici AC. Sistemas de financiamento e gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 50-72.

Mendes JDV, Bittar OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. RAS – Edição Especial (suplemento). São Paulo: SES/SP. 2010 Jan.

Migliorati CA, Migliorati EKJ. Medicina Bucal: a nova era da Odontologia. In: Feller C, Gorab R. Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 435-66.

Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 out-dez; 18(4):412-7.

National Health Service. Hospital Dental Care [citado 11 jan. 2014]. Disponível em: http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/dental-team/careers-in-the-dental-team/dentist/what-types-of-dentists-are-there/hospital-dental-care/.

Nita ME, Campino AC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre M, Costa AM, Ono-Nita SK, Carrilho FJ. Avaliações de tecnologia em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Osmo AA. Processo Gerencial. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 50-72.

Saad F, Brown JE, Van Poznak C, Ibrahim T, Stemmer SM, Stopeck AT, Diel IJ, Takahashi S, Shore N, Henry DH, Barrios CH, Facon T, Senecal F, Fizazi K, Zhou L,

Daniels A, Carrière P, Dansey R. Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. Ann Oncol. 2012 may;23(5):1341-7.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.

Santos CML, Gomes-Filho IS, Passos JS, Cruz SS, Goes CB, Cerqueira EMM. Fatores associados à doença periodontal em indivíduos atendidos em hospital público de Feira de Santana, Bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2011 jan / jun; (35):87-102.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2006 jan/jun; 19(10):25-41.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual de Odontologia Hospitalar. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar; 2012.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Organizações Sociais de Saúde. Relatório de Execução dos Contratos de Gestão – primeiro trimestre de 2010, Secretaria da Saúde de São Paulo, junho de 2010 [citado 15 ago 2013]. Disponível em: http://epmjunior.files.wordpress.com/2011/06/oss-fc3b3rum.pdf.

Sarti FM, Nita ME, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC, Ono-Nita SK, Campino ACC, Santi FM, Costa AMN, Carrilho FJ. Fundamentos de Economia da Saúde e Famacoeconomia. In: Marcelo Eidi Nita et al. Avaliações de Tecnologia em Saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 225-36.

Schubert MM, Eduardo FP, Guthrie KA, Franquin JC, Bensadoun RJ, Migliorati CA, Lloid CM, Eduardo CP, Walter NF, Marques MM, Hamdi M. A phase III randomized double-blind placebo-controlled clinical trial to determine the efficacy of low level laser therapy for the prevention of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. Support Care Cancer. 2007 Oct; 15(10):1145:54.

SEAD. Censo 2010 [citado 15 jun. 2013]. Disponível em: www.seade.gov.br.

Secretaria da Saúde. Regionais de Saúde. 2014 [citado 20 mar. 2014]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br.

Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer. 2004 May; 100(9):1995-2025.

Sonis ST, Oster G, Fuchs H, Bellem L, Brodford WZ, Edelsberg J, Hayden V, Eilers J, Epistein JB, Le Veque FG, Miller C, Peterson DE, Schubert MM, Spifkervet FK, Horowitz M. Oral Mucositis and the Clinical and Economic Outcomes of Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. J Clinical Oncology. 2001 Apr; 19 (8):2201-5.

Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patient s: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. 2010 Feb;33(2):421-7.

Vecina Neto, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Cie Saúde Cole. 2007; 12(4):825-839.

Vera-Llonch M, Oster G, Ford CM, Lu J, Sonis S. Oral Mucositis and Autologous Hematopoietic Stem-Cell Transplantation Following High-Dose Melfalan Conditioning for Multiple Myeloma. Supportive Oncol. 2007; (5):231-5.

APÊNDICE A: Todos os serviços de saúde

Seguem os 86 estabelecimentos de saúde veiculados a SES:

- Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental “Dr. David Capistrano da Costa Filho” da Água Funda
- Centro de Atenção a Saúde Clemente Ferreira de Lins
- Centro de Atenção Integral a Saúde de Santa Rita
- Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental Philippe Pinel
- Centro de Desenvolvimento do Portador de Deficiência Mental
- Centro de Reabilitação de Casa Branca
- Centro de Referência da Saúde da Mulher
- Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
- Centro de Referência do Idoso “José Ermírio de Moraes”- Zona Leste
- Centro Pioneiro em Atenção Psicossocial
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
- Conjunto Hospitalar de Sorocaba
- Complexo Hospitalar do Juquery
- Complexo Hospitalar Padre Bento
- Hospital das Clínicas de Franco da Rocha
- Centro Especializado em Reabilitação Doutor Arnaldo Pezzuti Cavalcanti
- Hospital “Dr. Francisco Ribeiro Arantes”
- Hospital Estadual “Dr Oswaldo Brandi Faria”
- Hospital Estadual “Dr Odilo Antunes de Siqueira”
- Hospital Geral “Jesus Teixeira da Costa” Guaianazes
- Hospital Geral de Promissão
- Hospital Geral de São Mateus “Dr. Manoel Bifulco”
- Hospital Geral de Taipas “Katia de Souza Rodrigues”
- Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha “Dr Álvaro Simões de Souza”
- Hospital Guilherme Álvaro
- Hospital Heliópolis
- Hospital Infantil Cândido Fontoura
- Hospital Infantil Darcy Vargas

- Hospital Ipiranga
- Hospital Maternidade “Waldemar Seyssel” Arrelia Interlagos
- Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
- Hospital Nestor Goulart Reis
- Hospital “Prof. Cantídio de Moura Campos” Botucatu
- Hospital Regional de Assis
- Hospital Regional “Dr. Vivaldo Martins Simões” Osasco
- Hospital Regional “Dr. Osiris Florindo Coelho” Ferraz de Vasconcelos
- Hospital Regional Sul
- Hospital Santa Tereza
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas
- Hospital Geral “Dr. José Pangella” de Vila Penteado
- Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Baixada Santista
- Hospital Regional Doutor Domingos Leonardo Cerávolo de Presidente Prudente
- Hospital Estadual de Ribeirão Preto
- Hospital Estadual Mário Covas de Santo André
- Hospital Estadual “Valdemar Sunhiga” de Sapopemba
- Hospital Estadual “Dr. Leandro Francischine” de Sumaré
- Hospital Estadual Américo Brasiliense
- Hospital Estadual de Bauru “Arnaldo Prado Curvêllo”
- Hospital de Transplante do Estado de São Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Geral “Dr. Francisco de Moura Coutinho” de Carapicuíba
- Hospital Regional de Cotia
- Centro de Referência da Saúde da Mulher – Mater
- Hospital Estadual de Diadema
- Hospital Estadual “Prof. Carlos da Silva Lacaz” de Francisco Morato
- Hospital Estadual “Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho” de Franco da Rocha e CAISM
- Hospital Estadual do Grajaú Prof. Liberato John Alphonse Di Dio
- Hospital Geral de Guarulhos “Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho”

- Instituto de Reabilitação “Lucy Montoro”
- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP
- Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista
- Hospital Geral de Itapecerica da Serra
- Hospital Regional de Itanhaém
- Hospital Geral de Itapevi
- Hospital Geral de Itaquaquecetuba
- Hospital Estadual João Paulo II
- Hospital Local Sapopemba “Dr. David Capistrano Filho”
- Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
- Hospital Estadual Manoel de Abreu
- Maternidade Santa Isabel
- Hospital Geral de Pedreira
- Hospital Geral de Pirajussara
- Hospital Regional de Porto Primavera
- Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental – Zona Norte
- Hospital Regional do Vale do Paraíba
- Hospital Regional do Vale do Ribeira
- Hospital Geral “Henrique Altimeyer” de Vila Alpina
- Hospital das Clínicas da FMUSP
- Instituto do Coração – INCOR-USP
- Hospital Universitário – HU-USP
- Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP
- Hospital das Clínicas da FM Ribeirão Preto – USP
- Hospital das Clínicas da UNICAMP
- Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP
- Hospital de Base de São José do Rio Preto
- Hospital das Clínicas da FM Marília

APÊNDICE B: Hospitais do estudo

Seguem os hospitais veiculados a SES que participaram desse estudo:

- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
- Conjunto Hospitalar de Sorocaba
- Complexo Hospitalar Padre Bento
- Hospital das Clínicas de Franco da Rocha
- Hospital “Dr. Francisco Ribeiro Arantes”
- Hospital Estadual “Dr Oswaldo Brandi Faria”
- Hospital Geral “Jesus Teixeira da Costa” Guaianazes
- Hospital Geral de Promissão
- Hospital Geral de São Mateus “Dr. Manoel Bifulco”
- Hospital Geral de Taipas “Katia de Souza Rodrigues”
- Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha “Dr Álvaro Simões de Souza”
- Hospital Guilherme Álvaro
- Hospital Heliópolis
- Hospital Infantil Cândido Fontoura
- Hospital Infantil Darcy Vargas
- Hospital Ipiranga
- Hospital Nestor Goulart Reis
- Hospital Regional de Assis
- Hospital Regional “Dr. Vivaldo Martins Simões” Osasco
- Hospital Regional “Dr. Osiris Florindo Coelho” Ferraz de Vasconcelos
- Hospital Regional Sul
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas
- Hospital Geral “Dr. José Pangella” de Vila Penteado
- Hospital Regional Doutor Domingos Leonardo Cerávolo de Presidente Prudente
- Hospital Estadual de Ribeirão Preto
- Hospital Estadual Mário Covas de Santo André
- Hospital Estadual “Valdemar Sunhiga” de Sapopemba
- Hospital Estadual “Dr. Leandro Francischine” de Sumaré

- Hospital Estadual Américo Brasiliense
- Hospital Estadual de Bauru “Arnaldo Prado Curvêllo”
- Hospital de Transplante do Estado de São Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Geral “Dr. Francisco de Moura Coutinho” de Carapicuíba
- Hospital Regional de Cotia
- Hospital Estadual de Diadema
- Hospital Estadual “Prof. Carlos da Silva Lacaz” de Francisco Morato
- Hospital Estadual “Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho” de Franco da Rocha
- Hospital Estadual do Grajaú Prof. Liberato John Alphonse Di Dio
- Hospital Geral de Guarulhos “Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho”
- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP
- Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista
- Hospital Geral de Itapecerica da Serra
- Hospital Regional de Itanhaém
- Hospital Geral de Itapevi
- Hospital Geral de Itaquaquecetuba
- Hospital Estadual João Paulo II
- Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
- Hospital Estadual Manoel de Abreu
- Hospital Geral de Pedreira
- Hospital Geral de Pirajussara
- Hospital Regional de Porto Primavera
- Hospital Regional do Vale do Paraíba
- Hospital Regional do Vale do Ribeira
- Hospital Geral “Henrique Altimeyer” de Vila Alpina
- Hospital das Clínicas da FMUSP
- Instituto do Coração – INCOR-USP
- Hospital Universitário – HU-USP
- Hospital das Clínicas da FM Ribeirão Preto – USP
- Hospital das Clínicas da UNICAMP
- Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP

- Hospital de Base de São José do Rio Preto
- Hospital das Clínicas da FM Marília

APÊNDICE C: Questionário

Segue o modelo de questionário do Programa Sorria Mais São Paulo aplicado nos hospitais.

Roteiro / Entrevista

Instituição:

Especialidades Médicas Presentes:

( ) Cardiologia ( ) Nefrologia ( ) Pediatria ( ) Oncologia ( ) Psiquiatria

( ) Hepato ( ) Cabeça e Pescoço ( ) Hematologia ( ) Neurologia ( ) Geriatria

( ) Tx de órgão ( ) Endócrino ( ) Oftalmologia ( ) Ortopedia

( ) Maternidade ( ) Geriatria ( ) Infectologia ( ) TMO

( ) Outras: _____ UTI: n° de leitos _____ ( ) Semi-Intensiva: n° de leitos ____

Número de leitos total do Hospital: _____

Número de pacientes internados/ mês: _____ (saídas)

Número de atendimento ambulatorial:_____

Foco do hospital / Perfil:

Porta aberta ( ) Porta fechada ( )

Prontuário Eletrônico ( ) sim ( ) não Se sim, qual sistema _____

Tempo médio de internação _____ (número de dias)

Taxa de ocupação em % _____

Quais equipes multiprofissionais já estão no hospital:

Possui Serviço de Odontologia: sim ( ) não ( )

Possui Serviço de Buco Maxilo Facial: sim ( ) não ( )

Data de início do serviço de Odontologia:

Horário de funcionamento do serviço de Odontologia:

Número de Cirurgiões- Dentistas Contratados: _____ Tipo de contratação/ horas semanais: __

Especialidade de cada do Cirurgião-Dentista e número_____

O Dentista atende funcionário do hospital? ( ) sim ( ) nao

Especialidade do Dentista: _____ Atendimento ambulatorial ( ) ___ horas/semana

Atendimento a pacientes internados ( ) ___ horas/semana

Infra Estrutura Odontológica que já possui e quantidade:

( ) Cadeira/ Equipo: __ ( ) Rx Panorâmico: __ ( ) Laser: __ ( ) Rx Periapical: __

( ) Ultrassom: __ ( ) Foto: __ ( ) Negatoscópio: __ ( ) Instrumental: __

Número de pacientes atendidos/ mês: ____

Procedimentos realizados no hospital:

( ) Cirurgia Menor: __ ( ) Periodontia: __ ( ) Biópsia: __

( ) Cirurgia Maior: __ ( ) Dentística: __ ( ) Estomatologia: __

( ) Endodontia: __ ( ) Laserterapia: __ ( ) Outro: __

Sistema de registro de informação: ( ) papel ( ) eletrônico ( ) próprio ( ) integrado com hospital

Há funcionários específicos para colaborar no serviço de Odontologia?

( ) ASB ( ) TSB ( ) Secretária Própria

Há centro de custos específicos para Odontologia?

O Hospital possui: ( ) Aperfeiçoamento ( ) Residência:

APÊNDICE D: Resultados do questionário

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital A

Demanda espontânea
Número de leitos: 260
Saídas / mês: 1300
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 92%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia
O Hospital é referencia para clínica médica, cirurgias eletivas e maternidade.
UTI: 25 leitos, sendo 13 para adulto e12 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, assistente social e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital B

Demanda Referenciada
Número de leitos: 71
Saídas / mês: 420
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 90%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Pediatria, Ortopedia, ginecologia e obstetrícia
O Hospital é referência para maternidade.
UTI: 16 leitos, sendo 10 para adulto e 6 para pediatria
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital C

Demanda Espontânea
Número de leitos: 145
Saídas / mês: 920
Tempo médio de internação: 4,5 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia e Neurologia.
O Hospital é referência para clínica médica e maternidade.
UTI: 20 leitos, sendo 10 adulto, 10 para pediatria
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital D

Demanda Referenciada
Número de leitos: 94
Saídas / mês: 244
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 100%
Prontuário Papel e Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Neurologia e Cardiologia.
O Hospital é referência para Traumas e NeuroTrauma.
UTI: 11 leitos para adulto
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, assistente social, psicologia, nutrição e terapia ocupacional.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital E

Demanda Referenciada
Número de leitos: 258
Saídas / mês: 1100
Tempo médio de internação: 5,2 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Infectologia, Endócrinologia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria.
O Hospital é referência para ortopedia, clínica médica e maternidade.
UTI: 20 leitos, sendo 10 adulto, 10 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de terapia semi intensiva
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital F

Demanda Referenciada
Número de leitos: 37-50
Saídas / mês: 160
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 65%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Endócrinologia, Geriatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para geriatria.
Não possui UTI.
Possui unidade de terapia semi intensiva.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, psicologia e terapia ocupacional.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital G

Demanda Referenciada
Número de leitos: 246
Saídas / mês: 1200
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 77%
Prontuário Eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Infectologia, Nefrologia, Pediatria, Neurologia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Geriatria, Oftalmologia e Psiquiatria.
O Hospital é referência para maternidade e nefrologia.
UTI: 25 leitos, sendo 10 adulto e 5 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de cuidados paliativos.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital H

Demanda Espontânea
Número de leitos: 306
Saídas / mês: 1200
Tempo médio de internação: 7,2 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Infectologia, Plástica, Nefrologia, Pediatria, Neurologia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para trauma, oncologia e clínica médica.
UTI: 24 leitos, sendo 18 adulto e 6 para pediatria
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital I

Demanda Referenciada, espontânea somente para ginecologia e obstetrícia
Número de leitos: 240
Saídas / mês: 1004
Tempo médio de internação: 4,5 dias
Taxa de ocupação: 71%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Pediatria, Geriatria, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para maternidade e geriatria.
UTI: 37 leitos, sendo 20 adulto e 17 para pediatria
Possui UTI neonatal
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital J

Demanda Referenciada
Número de leitos: 247
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 77%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Cabeça e Pescoço, Pediatria, Neurologia, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para cirurgias.
UTI: 23 leitos, sendo 16 adulto e 7 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital K

Demanda Espontânea
Número de leitos: 220
Saídas / mês: 1229
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 88%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Nefrologia, Hepatologia, Geriatria, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para maternidade e idosos.
UTI: 25 leitos, sendo 18 adulto e 7 para pediatria
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital L

Demanda Referenciada
Número de leitos: 104
Saídas / mês: 436
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Endocrinologia, Ortopedia, Geriatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cirurgia, geriatria e infectologia.
UTI: 10 leitos para adulto
Possui unidade de semi intensiva.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital M

Demanda Referenciada
Número de leitos: 318-363
Saídas / mês: 1197
Tempo médio de internação: 6,5 dias
Taxa de ocupação: 83%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de órgãos, Nefrologia, Hepatologia, Cabeça e Pescoço, Infectologia, Plástica, Neurologia, Endócrinologia, Geriatria, Pediatria, Ortopedia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para oncologia, nefrologia e queimados.
UTI: 22 leitos, sendo 11 para adulto e 11 para pediatria
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

Hospital N

Demanda Espontânea
Número de leitos: 231
Saídas / mês: 770
Tempo médio de internação: 8,5 dias
Taxa de ocupação: 82%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Oncologia, Nefrologia, Neurologia, Geriatria, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para oncologia, trauma e maternidade.
UTI: 9 leitos para adulto
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital O

Demanda Referenciada
Número de leitos: 250
Saídas / mês: 886
Tempo médio de internação: 5,7 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Hepatologia, Cabeça e Pescoço, Infectologia, Plástica, Neurologia, Endócrinologia, Pediatria e Ortopedia.
O Hospital é referência para oncologia e trauma.
UTI: 40 leitos, sendo 30 para adulto e 10 para pediatria.
Possui unidade de terapia semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há Cirurgião Dentista

Hospital P

Demanda Espontânea
Número de leitos: 248
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 90%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Nefrologia, Infectologia, Neurologia, Endócrinologia, Geriatria, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para clínica médica.
UTI: 20 leitos, sendo 10 para adulto e 10 para pediatria
Possui UTI neonatal, unidade de cuidados paliativos e semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital Q

Demanda Referenciada
Número de leitos: 105
Saídas / mês: 490
Tempo médio de internação: 2 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Ortopedia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cirurgias eletivas.
UTI: 9 leitos para adulto
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Há Cirurgião Dentista no AME.

Hospital R

Demanda Espontânea
Número de leitos: 250
Saídas / mês: 1230
Tempo médio de internação: 6,5 dias
Taxa de ocupação: 90%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia e Psiquiatria.
O Hospital é referência para maternidade e psiquiatria.
UTI: 10 leitos para adulto.
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital S

Demanda Espontânea
Número de leitos: 247
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 7,2 dias
Taxa de ocupação: 92%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Neurologia e Psiquiatria.
O Hospital é referência para trauma.
UTI: 10 leitos para adulto.
Possui UTI neonatal e unidade de terapia semi intensiva.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há Cirurgião Dentista.

Hospital T

Demanda Espontânea
Número de leitos: 311
Saídas / mês: 1200
Tempo médio de internação: 7,5 dias
Taxa de ocupação: 98%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Endócrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para neurocirurgia, cirurgia vascular, ortopedia e oncologia.
UTI: 33 leitos, sendo 24 para adulto e 9 para pediatria
Possui unidade de cuidados paliativos
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital U

Demanda Referenciada
Número de leitos: 282
Saídas / mês: 900
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 86%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Cabeça e Pescoço, Plástica, Nefrologia, Infectologia, Neurologia, Endócrinologia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cirúrgico alta e media complexidade.
UTI: 22 leitos, sendo 17 para adulto e 5 para pediatria
Possui UTI neonatal, semi intensiva e unidade de cuidados paliativos.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital V

Demanda Referenciada
Número de leitos: 150
Saídas / mês: 485
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 77%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Nefrologia, Hepatologia, Transplante de Medula Óssea e Neurologia.
O Hospital é referência para transplantes de órgãos e de medula e oncologia.
UTI: 16 leitos para adulto
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital X

Demanda Referenciada
Número de leitos: 360
Saídas / mês: 955
Tempo médio de internação: 7,1 dias
Taxa de ocupação: 81,5%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Plástica, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Endócrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cardiologia, infectologia e oncologia.
UTI: 35 leitos, sendo 28 para adulto e 7 para pediatria
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital Z

Demanda Espontânea
Número de leitos: 222
Saídas / mês: 1049
Tempo médio de internação: 5,3 dias
Taxa de ocupação: 87%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para cirurgias de média complexidade.
UTI: 20 leitos para adulto
Não Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital Y

Demanda Referenciada
Número de leitos: 266
Saídas / mês: 902
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 74%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para cirurgias de média complexidade e maternidade.
UTI: 23 leitos, sendo 18 para adulto e 5 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, terapia ocupacional, odontologia e nutrição.
Há serviço de odontologia para funcionários.

Hospital W

Demanda Referenciada
Número de leitos: 325
Saídas / mês: 1200
Tempo médio de internação: 20 dias
Taxa de ocupação: 88%
Prontuário eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Oncologia e Hematologia.
O Hospital é referência para oncologia.
UTI: 54 leitos para adulto
Possui unidade de cuidados paliativos
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital AB

Demanda Referenciada, espontânea somente para ginecologia
Número de leitos: 109
Saídas / mês: 441
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Infectologia e Pediatria e Ortopedia.
O Hospital é referência para maternidade e ginecologia de alto risco.
UTI: 18 leitos, sendo 10 para adulto e 8 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

Hospital AC

Demanda Espontânea
Número de leitos: 450
Saídas / mês: 1981
Tempo médio de internação: 5,7 dias
Taxa de ocupação: 86%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Endócrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cardiologia, obsedidade e alta complexidade.
UTI: 36 leitos, sendo 30 para adulto e 6 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Hospital AD

Demanda Referenciada
Número de leitos: 50
Saídas / mês: 100
Tempo médio de internação: 11 dias
Taxa de ocupação: 70%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Geriatria, Ortopedia e Infectologia.
O Hospital é referência para psiquiatria e clínica médica de baixa complexidade.
Não possui UTI
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

Hospital AF

Demanda Espontânea
Número de leitos: 57
Saídas / mês: 240
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 70%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oftalmologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Infectologia.
O Hospital é referência para cirurgia eletiva e obstetrícia.
Não possui UTI
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital A

Demanda Espontânea
Número de leitos: 205
Saídas / mês: 800
Tempo médio de internação: 5,5 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Plástica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Ortopedia.
O Hospital é referência para cirurgia e queimados.
UTI: 25 leitos, sendo 14 para adulto e 11 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade específica para queimados
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

Hospital B

Demanda Espontânea
Número de leitos: 362
Saídas / mês: 800
Tempo médio de internação: 9 dias
Taxa de ocupação: 91%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Transplante de Rim, Nefrologia, Pediatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cardiologia.
UTI: 83 leitos, sendo 73 para adulto e 10 para pediatria
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital C

Demanda Espontânea
Número de leitos: 90
Saídas / mês: 200
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 90%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Neurologia, Nefrologia, Pediatria, Endócrinologia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para pediatria (respiratório / viroses).
UTI: 10 leitos para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital D

Demanda Espontânea
Número de leitos: 209
Saídas / mês: 600
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 60%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Ortopedia, Infectologia, Neurologia, Nefrologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para cirurgia geral e trauma.
UTI: 16 leitos, sendo 10 para adulto e 6 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital E

Demanda Referenciada
Número de leitos: 367
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Ortopedia, Infectologia, Cabeça e Pescoço, Neurologia, Nefrologia, Endócrinologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para trauma, alta complexidade.
UTI: 35 leitos, sendo 27 para adulto e 8 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, assistente social, farmácia, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital F

Demanda Referenciada
Número de leitos: 118
Saídas / mês: 250
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 75%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Infectologia, Plástica, Neurologia, Nefrologia, Hepatologia, Endócrinologia, Psiquiatria, Pediatria e Oftalmologia.
O Hospital é referência para pediatria e adolescente até 18 anos.
UTI: 6 leitos para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, assistente social, farmácia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital G

Demanda Referenciada
Número de leitos: 110
Saídas / mês: 234
Tempo médio de internação: moradores
Taxa de ocupação: 70%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Infectologia, Neurologia, Ortopedia, Endócrinologia e Geriatria.
O Hospital é referência hanseníase.
Não possui UTI
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia junto com o CDM (Centro de Deficiência Mental).

Hospital H

Demanda Referenciada
Número de leitos: 300
Saídas / mês: 788
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 73,5%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Infectologia, Neurologia, Ortopedia, Endócrinologia, Nefrologia, Transplante de Medula Óssea, Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para trauma e cirurgia.
UTI: 9 leitos para adulto
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fonoaudiologia, assistente social, fisioterapia, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital I

Demanda Espontânea
Número de leitos: 204
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 5,8 dias
Taxa de ocupação: 81%
Prontuário eletrônico e em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Infectologia, Plástica, Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para queimados, cirurgia, ortopedia e buco maxilo.
UTI: 11 leitos para adulto
Possui UTI neonatal, unidade de terapia semi intensiva e unidade para queimados
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital F

Demanda Espontânea
Número de leitos: 195
Saídas / mês: 1000
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 85%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Infectologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para trauma.
UTI: 20 leitos, sendo 16 para adulto e 4 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, psicologia, farmácia, terapia ocupacional, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital G

Demanda Espontânea
Número de leitos: 300
Saídas / mês: 700
Tempo médio de internação: 12 dias
Taxa de ocupação: 84%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Oncologia, Hematologia, Infectologia, Neurologia, Cabeça e Pescoço, Plástica, Nefrologia e Endocrinologia.
O Hospital é referência para oncologia.
UTI: 8 leitos para adulto
Possui unidade de semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital H

Demanda Referenciada
Número de leitos: 94
Saídas / mês: permanecem internados, moradores temporários
Tempo médio de internação: 6 meses
Taxa de ocupação: 92%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Infectologia.
O Hospital é referência para tuberculose, infectologia e usuários de drogas.
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, psicologia, farmácia e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital J

Demanda Espontânea
Número de leitos: 300
Saídas / mês: 1400
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 94 %
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Ortopedia, Infectologia, Nefropatologia, Hepatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Endócrinologia, Oftalmologia e Pediatria.
O Hospital é referência para cirúrgico, trauma e geral.
UTI: 31 leitos, sendo 22 para adulto e 9 para pediatria
Possui unidade de terapia semi intensiva
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital K

Demanda Espontânea
Número de leitos: 83
Saídas / mês: 122
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 60%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Ortopedia, Infectologia, Nefropatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia e Pediatria.
O Hospital é referência para cirúrgico e maternidade.
UTI: 8 leitos para adulto
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital L

Demanda Espontânea
Número de leitos: 160
Saídas / mês: 500
Tempo médio de internação: 6,6 dias
Taxa de ocupação: 82%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Ortopedia, Infectologia, Neurologia, Plástica, Nefrologia, Oftalmologia, Geriatria e Endocrinologia.
O Hospital é referência para cirurgia, plástica e neurologia.
UTI: 10 leitos para adulto
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, psicologia, farmácia, nutrição, terapia ocupacional e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital M

Demanda Espontânea
Número de leitos: 245
Saídas / mês: 805
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 60%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Ortopedia, Infectologia, Nefrologia, Psiquiatria, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para cirurgia, ginecologia, psiquiatria e ortopedia.
UTI: 10 leitos para adulto
Possui UTI neonatal e unidade de terapia semi intensiva.
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital N

Demanda Espontânea
Número de leitos: 241
Saídas / mês: 842
Tempo médio de internação: 7,1 dias
Taxa de ocupação: 91%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Ortopedia, Infectologia, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Endocrinologia, Neurologia, Oftalmologia, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.
O Hospital é referência para clínica médica de media complexidade.
UTI: 12 leitos para adulto
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital O

Demanda Espontânea
Número de leitos: 184
Saídas / mês: 700
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 74%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Infectologia e Pediatria.
O Hospital é referência para ortopedia e clínica médica.
UTI: 16 leitos para adulto
Possui unidade de terapia semi intensiva
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia para funcionários do Hospital.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital P

Demanda Espontânea
Número de leitos: 299
Saídas / mês: 670
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 75%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Infectologia, Plástica, Nefrologia, Neurologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para ginecologia, cirúrgico e clínica médica.
UTI: 29 leitos, sendo 21 para adulto e 8 para pediatria.
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital Q

Demanda Espontânea
Número de leitos: 90
Saídas / mês: 200
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 60%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Infectologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para cirúrgico e clínica médica.
UTI: 16 leitos, sendo 11 para adulto e 5 para pediatria.
Possui UTI neonatal e unidade de terapia semi intensiva
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e nutrição.
Não há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital R

Demanda Referenciada
Número de leitos: 154
Saídas / mês: 312
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 58%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Ortopedia, Infectologia, Hepatologia, Endocrinologia, Oftalmologia, Nefrologia, Neurologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para clínica médica e psiquiatria.
UTI: 11 leitos, sendo 8 para adulto e 3 para pediatria.
Possui UTI neonatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital S

Demanda Espontânea
Número de leitos: 195
Saídas / mês: 500
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 95%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Infectologia, Neurologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para trauma e cirúrgico.
UTI: 18 leitos, sendo 10 para adulto e 8 para pediatria.
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Hospital T

Demanda Espontânea
Número de leitos: 191
Saídas / mês: 205
Tempo médio de internação: 12 dias
Taxa de ocupação: 74%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Infectologia, Hematologia, Neurologia, Nefrologia, Hepatologia e Pediatria.
O Hospital é referência para infectologia.
UTI: 17 leitos para adulto.
Possui unidade de isolamento
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital U

Demanda Espontânea
Número de leitos: 100
Saídas / mês: 338
Tempo médio de internação: 4 dias
Taxa de ocupação: 52%
Prontuário em papel
Especialidades Médicas Presentes: Ortopedia, Infectologia, Neurologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.
O Hospital é referência para cirurgia de media complexidade.
Possui UTI neoanatal
Não tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, assistente social, fisioterapia, psicologia, farmácia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES

Hospital A

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 437
Saídas / mês: 1336
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 95%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 37 leitos, sendo 30 para adulto e 7 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital B

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 780
Saídas / mês: 2430
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 97 leitos, sendo 77 para adulto e 20 para pediatria
Possui UTI neonatal, unidade de terapia semi intensiva e de cuidado paliativo.
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES

Hospital C

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 876
Saídas / mês: 2076
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 63 leitos, sendo 47 para adulto e 16 para pediatria
Possui unidade para queimados, UTI coronariana, UTI neonatal, unidade de isolamento
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital D

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 1015
Saídas / mês: 3699
Tempo médio de internação: 8 dias
Taxa de ocupação: 75%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 177 leitos, sendo 126 para adulto e 51 para pediatria
Possui unidade de cuidados paliativos, unidade de queimados, UTI coronariana, UTI neonatal, unidade de isolamento
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES

Hospital E

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 249
Saídas / mês: 856
Tempo médio de internação: 7 dias
Taxa de ocupação: 84%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 31 leitos, sendo 24 para adulto e 7 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital F

Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 586
Saídas / mês: 1920
Tempo médio de internação: 6 dias
Taxa de ocupação: 84%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Transplante de Órgãos, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Hepatologia, Infectologia, Neurologia, Transplante de Medula, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para alta complexidade.
UTI: 69 leitos, sendo 59 para adulto e 10 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES

Hospital G
Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 226
Saídas / mês: 677
Tempo médio de internação: 5 dias
Taxa de ocupação: 86%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Plástica, Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Infectologia, Neurologia, Pediatria, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia e Oftalmologia.
O Hospital é referência para geral, trauma e cirurgia.
UTI: 22 leitos, sendo 12 para adulto e 10 para pediatria
Possui UTI neonatal e unidade de cuidados paliativos
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, assistente social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

Hospital H
Demanda espontânea e demanda referenciada
Número de leitos: 534
Saídas / mês: 966
Tempo médio de internação: 9 dias
Taxa de ocupação: 80%
Prontuário em papel e eletrônico
Especialidades Médicas Presentes: Cardiologia, Hematologia, Transplante de Órgãos e Pediatria.
O Hospital é referência para cardiologia, transplante de coração e pulmão.
UTI: 142 leitos, sendo 129 para adulto e 23 para pediatria
Possui UTI neonatal
Tem residência médica
Equipe multiprofissional composta por: técnico de enfermagem, enfermagem, fisioterapia farmácia, fonoaudiologia, assistente social, psicologia, nutrição e odontologia.
Há serviço de odontologia.

APÊNDICE E: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO – SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital O

Conta com 1 Cirurgião Dentista, especialista em estomatologia, 30 horas por semana, sendo 12 horas em ambulatório e 12 horas no leito.
Não há consultório odontológico e não há equipamentos periféricos.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, biópsia, Diagnóstico de Infecções bucais e Laserterapia.
Não conta com ASB, TSB e Administrativo.

Hospital Q

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, clínicos gerais, cada um faz 20 horas por semana, sendo 18 horas em ambulatório e 2 horas em centro cirúrgico.
Há consultório odontológico completo com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, endodontia, dentística, cirurgia menor, periodontia, biópsia e diagnóstico de Infecções bucais.
Conta com 2 ASB, não tem TSB e usam o Administrativo do AME.
Serviço de odontologia ambulatorial, com uso de centro cirúrgico para pacientes com necessidades especiais.

Hospital T

Conta com 7 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 12 horas por semana, sendo 8 horas em ambulatório e 4 horas em centro cirúrgico.
Há um equipo, mas não possui periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor e biópsia.
Não Conta com ASB, TSB e usam o Administrativo do hospital.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital U

Conta com 8 Cirurgiões Dentistas, sendo 6 com especialidade em Buco Maxilo Facial 12 horas por semana, sendo 10 horas em ambulatório e 2 horas em centro cirúrgico e 2 Cirurgiões Dentistas, 20 horas cada, que são exclusivos para atendimento de funcionários do hospital.
Há um equipo, mas não possui periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor e biópsia.
Conta com 1 ASB. Não tem TSB e usam o Administrativo do hospital.
Serviço de Buco Maxilo Facial para pacientes e clínica geral para funcionários do Hospital.

Hospital V

Conta com 4 Cirurgiões Dentistas, sendo 1 com especialidade em cirurgia buco Maxilo Facial, 2 clínicos gerais, cada um faz 20 horas por semana, sendo todas em âmbito ambulatorial e 1 Cirurgião Dentista, especialista em Dentística, 20 horas por semana, exclusiva para atendimento de funcionários.
Há 1 consultório odontológico completo com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor e periodontia.
Conta com 2 ASB, não tem TSB e usam o Administrativo do hospital.
Serviço de odontologia ambulatorial e clínica geral para funcionários.

Hospital X

Conta com 1 Cirurgião Dentista, com especialidade em Pacientes com necessidades especial.
Há 1 consultório odontológico completo com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio e Laser em Baixa Intensidade.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, periodontia, biópsia, endodontia, laserterapia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com 1 auxiliar de enfermagem que fica exclusivamente dando suporte ao serviço de odontologia e usa o Administrativo do hospital.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital Y

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, clínicos gerais, cada um faz 20 horas por semana, sendo a atividade para atendimento de funcionários.
Há 1 consultório odontológico completo com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio.
Serviço de odontologia exclusivo para funcionários do hospital.

Hospital W

Conta com 11 Cirurgiões Dentistas, sendo 5 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 1 em Pacientes com necessidade especial, 2 em Estomatologia, 1 em Endodontia, 1 em Prótese Buco Maxilo Facial e 1 clínico geral.
Há 3 consultórios odontológicos completos com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio e Laser em Baixa Intensidade.
Possui Raio X Panorâmico.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, cirurgia maior, periodontia, biópsia, endodontia, laserterapia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta 1 TSB, com auxiliar de enfermagem e possuem também secretaria própria para o serviço de odontologia.

Hospital AC

Conta com 4 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 12 horas por semana, sendo 6 horas em ambulatório e 6 horas em centro cirúrgico.
Há 2 consultórios. Possuem raio x periapical, negatoscópio e fotopolimerizador.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor e biópsia.
Não Conta com ASB, TSB e usam o Administrativo do hospital.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital B

Conta com 5 Cirurgiões Dentistas, sendo 2 com especialidade em Pacientes com necessidades especial, 1 com especialidade em periodontia e 2 clínicos gerais.
Há 2 consultórios odontológicos completos com cadeira, raio x periapical (2), ultrassom, fotopolimerizador e negatoscópio. Possui Raio X Panorâmico.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, periodontia, biópsia, endodontia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com 2 auxiliares de enfermagem e 1 secretária que ficam exclusivamente dando suporte ao serviço de odontologia.

Hospital C

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, cada um faz 20 horas por semana, cumprindo o horário somente às terças feiras.
Fazem 2 horas por semana em centro cirúrgico, o restante é ambulatorial.
Não há consultório odontológico e nem periféricos.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal e cirurgia menor.

Hospital D

Conta com 8 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 20 horas por semana, sendo 16 horas em ambulatório e 4 horas em centro cirúrgico.
Há 1 consultório. Possuem raio x periapical e negatoscópio.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior e cirurgia menor.
Conta com 1 ASB e usam o Administrativo do hospital.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital E

Conta com 10 Cirurgiões Dentistas, sendo 7 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial e 3 em Pacientes com necessidade especial.
Há 3 consultórios odontológicos completos com cadeira, raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio e Laser em Baixa Intensidade.
Possui Raio X Panorâmico.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, cirurgia maior, periodontia, biópsia, endodontia, laserterapia e diagnóstico de infecções bucais.
Não conta com ASB e TSB e usam o setor administrativo do hospital para suporte ao serviço de odontologia.

Hospital F

Conta com 8 Cirurgiões Dentistas, cada profissional faz 20 horas, sendo 1 clínico geral, 1 com especialidade em estomatologia com especialidade e 4 em Pacientes com necessidade especial. Há 2 Cirurgiões Dentistas para atendimento de funcionários do hospital. A maior parte do serviço de odontologia é realizada ambulatorialmente.
Há 4 consultórios odontológicos, 1 raio x periapical, 2 ultrassom, 1 fotopolimerizador, 2 negatoscópios e 2 Laser em Baixa Intensidade.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, periodontia, biópsia, endodontia, laserterapia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com 7 ASB e possuem 2 secretárias próprias para suporte ao serviço de odontologia.

Hospital G

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, cada profissional faz 20 horas, sendo 1 com especialidade em Pacientes com necessidade especial e 1 clínico geral. A maior parte do serviço de odontologia é realizada ambulatorialmente.
Há 1 consultório odontológico, 1 raio x periapical, 1 ultrassom e 1 negatoscópio.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, periodontia prótese e endodontia.
Conta com 2 ASB e usam o administrativo do hospital para suporte ao serviço de odontologia.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital H

Conta com 3 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 20 horas por semana, sendo 16 horas em ambulatório e 4 horas em centro cirúrgico.
Não há consultório e nem periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB. Usam o Administrativo do hospital.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

Hospital I

Conta com 19 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 20 horas por semana, sendo 16 horas em ambulatório e 4 horas em centro cirúrgico. Possuem 8 estagiários.
Há 3 equipos, não conta com equipamentos periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB. Usam o Administrativo do hospital.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

Hospital F

Conta com 33 Cirurgiões Dentistas, sendo 16 com especialidade em Buco Maxilo Facial, que fazem 12 horas por semana e outros 17 Dentistas que realizam cirurgia menor e fazem 20 horas por semana.
Há 4 consultórios, raio x periapical, negatoscópio, fotopolimerizador.
Possui raio x panorâmico não conta com equipamentos periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior e cirurgia menor.
Não conta com ASB e TSB. Contam com 4 auxliares de enfermagem. Usam o Administrativo do hospital.
Serviço de Buco Maxilo Facial e serviço de odontologia porta aberta para cirurgia menor.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital G

Conta com 15 Cirurgiões Dentistas, sendo 13 profissionais 20 horas e 2 de 30 horas por semana. Há 1 especialista em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 5 estomatologista, 5 com especialidade em Pacientes com necessidade especial, 1 especialista em dor orofacial, 1 com especialidade em radiologia, 1 profissional voltado para infectologia e 1 que atende na UTI.

Há 7 consultórios odontológicos, 2 raio x periapical, ultrassom, fotopolimerizador, negatoscópio e Laser em Baixa Intensidade. Possui raio x panorâmico.

Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, dentística, cirurgia menor, cirurgia maior, periodontia, biópsia, endodontia, laserterapia e diagnóstico de infecções bucais.

Conta com 3 auxiliares de enfermagem e usam administrativo do hospital para suporte ao serviço de odontologia.

Hospital J

Conta com 18 Cirurgiões Dentistas, sendo 14 com especialidade em Buco Maxilo Facial, cada profissional faz 20 horas por semana, sendo 16 horas em ambulatório e 4 horas em centro cirúrgico. Há 4 Cirurgiões Dentistas, 20 horas cada, clínicos gerais, que são responsáveis pelo atendimento dos funcionários. Há um esforço do hospital em remanejar um Dentista para a UTI.

Há 1 consultório odontológico utilizado para atendimento dos funcionários.

Possui raio x periapical.

Os procedimentos realizados são: cirurgia maior e cirurgia menor.

Não conta com ASB e TSB. Usam o Administrativo do hospital.

Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial e para funcionários do hospital.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital K

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, cada profissional faz 20 horas, sendo 1 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 1 em ortodontia e em saúde coletiva.
Não há consultório odontológico, Possui equipamento de Laser em baixa potência.
Não possuem raio x periapical e nem panorâmico.
Os procedimentos realizados são: orientação de higiene bucal, laserterapia, diagnóstico de infecções bucais e biópsia.
Não conta com ASB e nem TSB. Usam o administrativo do hospital para suporte ao serviço de odontologia.

Hospital L

Conta com 6 Cirurgiões Dentistas, cada profissional faz 20 horas, sendo 4 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 1 em semiologia e 1 em prótese.
Há 1 consultório odontológico, fotopolimerizador e ultrassom. Não possuem raio x periapical e nem panorâmico. Maior parte do serviço é ambulatorial.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com ASB e 1 secretária.

Hospital N

Conta com 17 Cirurgiões Dentistas, sendo 5 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 12 também 20 horas por semana, clínicos gerais.
Possui consultório odontológico, com fotopolimerizador, negatoscópio e raio x periapical.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, dentística, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Não conta com ASB e TSB. Usam o Administrativo do hospital.
Serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e de atendimento ao funcionário.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital O

Conta com 1 Cirurgião Dentista, clínico geral, 20 horas por semana, sendo a atividade para atendimento de funcionários.
Há 1 consultório odontológico.
Serviço de odontologia exclusivo para funcionários do hospital.

Hospital P

Conta com 16 Cirurgiões Dentistas, sendo 3 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial (1 faz 20 horas por semana e 2 fazem 10 horas), 4 com especialidade em Odontologia Legal (1 faz 10 horas por semana e 3 20 horas semanais), 2 clínicos gerais (1 faz 20 horas por semana e 1 faz 10 horas), 1 em pacientes especiais (10 horas semanais), 2 com especialidade em radiologia (ambos 10 horas por semana), 2 em pediatria (ambos 10 horas por semana) e 1 em prótese (10 horas por semana) e 1 em saúde coletiva.
Há 2 consultórios odontológicos, com fotopolimerizador. Não possuem raio x periapical e nem panorâmico. Maior parte do serviço é ambulatorial.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Não Conta com ASB, TSB e usam o apoio administrativo do hospital para o serviço de odontologia.
Serviço de odontologia de buco maxilo facial, para pacientes internados e para funcionários do hospital.

Hospital R

Conta com 1 Cirurgião Dentista, com especialidade em Buco Maxilo Facial, 20 horas por semana.
Não há consultório odontológico e nem equipamentos periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital S

Conta com 4 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Buco Maxilo Facial, 20 horas por semana.
Não há consultório odontológico e nem equipamentos periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB.
Serviço exclusivo de Buco Maxilo Facial.

Hospital T

Conta com 4 Cirurgiões Dentistas, clínicos gerais, cada profissional faz 20 horas semanais.
Há 4 consultórios odontológicos, fotopolimerizador, ultrassom e raio x periapical.
Os procedimentos realizados são: cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com 3 ASB e secretária para auxiliar o serviço de odontologia.

Hospital U

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, sendo 1 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 20 horas por semana e 1 Clínico geral, também 20 horas por semana.
Possui 1 consultório odontológico para atendimento a funcionários.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB.
Serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial e de atendimento ao funcionário.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital A

Conta com 9 Cirurgiões Dentistas, sendo 1 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial (10 horas por semana), 1 com especialidade em Odontologia Legal (20 horas semanais), 5 clínicos gerais (sendo 3 que são 30 horas semanais e 2 são 20 horas) e 1 em ortodontia.
Há 5 consultórios odontológicos, possuem: fotopolimerizador, ultrassom (2), raio x periapical (2).
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com ASB (4) e usam o apoio administrativo do hospital para o serviço de odontologia.

Hospital B

Conta com 2 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 20 horas por semana.
Não possuem consultório odontológico e nem periféricos.
Os procedimentos realizados são: cirurgia menor.
Não possui ASB e TSB.

Hospital C

Conta com 3 Cirurgiões Dentistas, clínicos gerais, 20 horas semanais.
Há 3 consultórios odontológicos, possuem: fotopolimerizador (3), laser em baixa intensidade (1), ultrassom (1), raio x periapical (1).
Os procedimentos realizados são: cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, laserterapia, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com técnico em enfermagem (2) e usam o apoio administrativo do hospital para o serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital D

Conta com 29 Cirurgiões Dentistas, sendo 9 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial (20 horas por semana). Os outros Dentistas atuam na especialidade de estomatologia e pacientes especiais. Possuem clínicos gerais, além de possuírem profissionais atuando em dor orofacial e exclusivamente na UTI.

Há 11 consultórios odontológicos, possuem: fotopolimerizador, ultrassom, negatoscópio, laser em baixa intensidade, raio x periapical. Possuem raio x panorâmico. Conta com um laboratório protético e 1 técnico em prótese dental.

Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, periodontia, dentística, prótese, endodontia, laserterapia, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.

Conta com 7 auxiliares de enfermagem e 5 secretárias exclusivas para apoio ao serviço de odontologia.

Hospital E

Conta com 6 Cirurgiões Dentistas, sendo 2 clínicos gerais, 20 horas semanais, 2 com especialidade em Buco Maxilo Facial, 1 periodontista e 1 odontopediatra.

Há 1 consultório odontológico. Não possuem raio x periapical e nem panorâmico.

Os procedimentos realizados são: cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.

Não conta com ASB e TSB e usam o apoio administrativo do hospital para o serviço de odontologia.

Hospital F

Conta com 6 Cirurgiões Dentistas, sendo 2 com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial (20 horas por semana). Os outros Dentistas atuam na especialidade de estomatologia, pacientes especiais e clínicos gerais.

Há 5 consultórios odontológicos, possuem: fotopolimerizador, ultrassom, negatoscópio, laser em baixa intensidade, raio x periapical.

Os procedimentos realizados são: cirurgia maior, cirurgia menor, periodontia, dentística, prótese, endodontia, laserterapia, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.

Conta com 2 ASB e possuem secretária exclusiva para apoio ao serviço de odontologia.

AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES – SERVIÇO DE ODONTO

Hospital G

Conta com 7 Cirurgiões Dentistas, com especialidade em Cirurgia Buco Maxilo Facial, 24 horas por semana.
Possui 2 equipos odontológicos, fotopolimerizador e raio x periapical.
Os procedimentos realizados são: cirurgia maior.
Não conta com ASB e TSB.
Serviço exclusivo de Cirurgia Buco Maxilo Facial.

Hospital H

Conta com 5 Cirurgiões Dentistas, sendo 1 com especialidade em pacientes especiais (40 horas semanais) e 4 clínicos gerais (1 que faz 40 horas por semana, 2 são 20 horas e 1 faz 30 horas semanais).
Há 2 consultórios odontológicos, possuem: fotopolimerizador, ultrassom, raio x periapical.
Os procedimentos realizados são: cirurgia menor, periodontia, dentística, orientação de higiene bucal, biópsia e diagnóstico de infecções bucais.
Conta com técnico em enfermagem e possuem secretária própria para o serviço de odontologia. Maxilo Facial.

ANEXO A: Parecer do comitê de ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 15 de dezembro de 2011.

Senhor Professor,

Frente à apreciação do protocolo de pesquisa 131/11, título: **"A Odontologia Hospitalar no Estado de São Paulo: Mapeamento e proposição de Modelo de Gestão"**, informamos que por não envolver seres humanos, o mesmo protocolo foi cancelado.

Atenciosamente,

Profa. Dra. **Marcia Turolla Wanderley**
Coordenadora do CEP-FOUSP

Ilmo(a) Senhor(a)
Prof.(a) Dr.(a) Edgard Michel Crosato
Pesquisadora: Letícia Mello Bezinelli
ODS

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira".
São Paulo - SP - CEP 05508-900 –Tel. (0XX11) 3091-7960

ANEXO B: Carta de autorização da SES

FACULDADE DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo, 05 de outubro de 2011.

Ilmo Sr. Prof.
Dr. GIOVANNI GUIDO CERRI
Secretário da Saúde do Estado de São Paulo

Dirijo-me a VSa Excelência para solicitar autorização para que a CD LETÍCIA MELLO BEZINELLI, doutoranda do Programa de Pós-Graduação da FOUSP, em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Odontologia Social, possa utilizar dados e informações pertencentes a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES) para elaboração da tese intitulada: "**A ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO: MAPEAMENTO E PROPOSIÇÃO DE MODELO DE GESTÃO**", que será executada sob a orientação do Prof. Dr. Edgard Michel Crosato.

É importante ressaltar que todos os dados que forem utilizados passarão por anuência dos órgãos e responsáveis competentes da Secretaria. Serão também explicitados no trabalho os devidos créditos da SES.

Desde já agradecemos a atenção.

Cordialmente,

Carlos de Paula Eduardo
Prof. Titular do Departamento de Dentística
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Edgard Michel Crosato
Prof.Associado do Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Letícia Mello Bezinelli
Doutoranda do Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

De acordo

GIOVANNI GUIDO CERRI
Secretário de Estado da Saúde

Faculdade de Odontologia de São Paulo - USP
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária
São Paulo – SP – Brazil – 05508-900