**ANÁLISE DO PADRÃO DAS HOSPITALIZAÇÕES:
UM ESTUDO EM HOSPITAIS GERAIS DE CAMPINAS EM
2000-2001**

EVERTON SOEIRO

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Práticas de Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
para obtenção do Grau de Doutor

Área de concentração:
Administração Hospitalar

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Malik

São Paulo

2002

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data: 31 de janeiro de 2002

42329/2002 doc

À Suzana, à Marina e à Júlia

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. ANA MARIA MALIK pela orientação prestada, pela dedicação e preocupação com a minha formação e pelo incentivo constante.

À SUZANA RAMIL SOEIRO por sempre acreditar na minha capacidade de realização deste trabalho e por compartilhar cada momento que a vida nos tem proporcionado.

À MARINA RAMIL SOEIRO e à JÚLIA RAMIL SOEIRO por serem o que são e por se constituírem na minha inesgotável fonte de motivação.

Ao JOSE MAURICIO DE OLIVEIRA pelo mais pleno exercício e significado da palavra amizade.

À Profa. Dra. VITORIA K. CORNETTA pelo apoio e incentivo durante toda a realização do meu doutorado.

Aos colegas do extinto Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUCCAMP e à toda a equipe do Centro de Saúde do Jardim Ipaussurama.

À equipe da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, nas pessoas de MARIA LUIZA JAEGER e FERNANDO MARTINS JUNIOR.

Aos meus pais CAROLINA e DAVID e ao meu irmão DAVID (in memorian).

RESUMO

Soeiro E. Análise do padrão das hospitalizações: um estudo em hospitais gerais de Campinas em 2000-2001. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Este é um estudo a respeito da verificação da ocorrência de mudanças na assistência médico-hospitalar no Brasil nos últimos anos, buscando caracterizar um movimento de redução no número de hospitalizações (também chamado "desospitalização") e uma ampliação no número de pacientes externos nos hospitais ("ambulatorização").

Seu objetivo principal foi verificar a ocorrência dessas transformações no padrão de hospitalização em hospitais gerais de Campinas. Estes hospitais foram estudados por meio de observação, da realização de visitas e de entrevistas semi-estruturadas com seus dirigentes.

Apesar de a literatura internacional e o panorama nacional apontarem para uma redução no número das hospitalizações, nos hospitais analisados não foram verificados indicativos dessa tendência.

Verificou-se a presença de tecnologias capazes de reduzir o número de internações e o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, além da preocupação de alguns dirigentes com esta problemática sem que, contudo,

tivesse sido possível observar redução significativa no número de hospitalizações e na média de permanência. Também não foi evidenciada a introdução efetiva de modalidades assistenciais substitutivas às internações.

De modo geral, encontrou-se: manutenção do volume de internações e do tempo médio de permanência das hospitalizações no período analisado, algumas iniciativas pontuais de introdução de modalidades assistenciais alternativas à internação, aumento proporcional das hospitalizações em regime de cuidados intensivos e nas situações de urgência/emergência e grande contingente de pacientes externos nos hospitais, em especial, nos hospitais públicos analisados.

Descritores: Teses Acadêmicas. Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Hospitais e hospitalizações.

Summary

Soeiro E. **Análise do padrão das hospitalizações: um estudo em hospitais gerais de Campinas em 2000-2001** [Analysis of hospitalizations standards: a study in general hospitals in Campinas 2000-2001]. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

This study looked for changes in the pattern of hospital care delivery in Brazil in last years. A decrease in the number of inpatients was expected, as well as an increase in the number of outpatients.

The main goal of this research was to look for these changes in general hospitals in Campinas. These hospitals were studied by means of direct observation, visiting and semi-structured interviews with their managers.

International literature as well as the national scenario shows a decrease in the number of hospital admissions. Nevertheless, the study did not show evidence of this tendency.

Findings of this research were the presence of technologies that would enable changes in the number of admissions and in the length of stay, as well as the concern of hospital managers with these issues. What was not found were the actual changes in these indicators. Alternatives to regular inpatient care were also not observed.

Overall findings were: admission volume and length of stay were unaffected during the period under study, some initiatives regarding alternatives to traditional inpatient care, proportional increase in intensive care admissions and in emergency care and larger numbers of outpatients in the hospitals (especially in the public ones).

Descriptors: Dissertations, Academic. Health and Hospitals Administration.

Hospitals and hospitalizations

ÍNDICE

	Página
1-INTRODUÇÃO	1
2-OBJETIVOS	5
2.1-Objetivo Geral.....	5
2.2-Objetivos Específicos.....	5
3-AS MUDANÇAS NAS OPERAÇÕES HOSPITALARES E SEUS DETERMINANTES.....	6
3.1-A eficiência dos hospitais.....	6
3.2-As mudanças tecnológicas.....	9
4-AS REFORMAS SANITÁRIAS EM ALGUNS PAÍSES NAS ÚLTIMAS DÉCADAS	13
4.1-Os resultados das reformas	19
5-MÉTODO	21
5.1-Levantamento bibliográfico.....	21
5.2-Levantamento documental	24
5.3-Trabalho de Campo	26
5.3.1-Exploração do objeto com “Experts”	26

5.3.2-Estudo cadastral	29
5.3.3-Visitas aos Hospitais e entrevistas com seus dirigentes	33

6-ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL FINANCIADA PELO SUS – 1995

A 1999.....	36
6.1- Hospitais e distribuição de leitos hospitalares	38
6.1.1-Relação leitos por 1000 habitantes.....	40
6.2-Utilização de leitos	43
6.2.1-Taxa de Ocupação	43
6.2.2-Tempo Médio de Permanência	44
6.3-AIHs pagas	46
6.3.1-AIH segundo especialidade	49
6.4-Internações em regime de terapia intensiva	61
6.5-Gastos com AIH	63
6.6-A interpretação dos dados pelo Ministério da Saúde	65
6.7-Considerações	69

7-SERVIÇOS AMBULATORIAIS NO SUS 71

8- ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO DE 1992 A 2000 73

9-A VISÃO DOS “EXPERTS”	83
9.1-Os entrevistados	83
9.2- Os resultados das entrevistas	85
9.2.1-O movimento de ambulatorização da assistência e a desospitalização	85
9.2.2-Fatores determinantes	89
9.2.3-A realidade brasileira	95
9.2.4-As causas do “descompasso”	98
9.2.5-As perspectivas para os hospitais	100
9.3-Discussões levantadas	103
 10-ESTUDO CADASTRAL	 107
10.1-Os cadastros da SES	107
10.1.1-Os hospitais de Campinas e região	108
10.1.2-Os hospitais gerais da cidade de Campinas	111
10.2-Os hospitais de Campinas segundo os cadastros de CREMESP	119
 11-AS VISITAS AOS HOSPITAIS E ENTREVISTAS COM SEUS DIRIGENTES	 123
11.1-Os hospitais analisados	123
11.2-As entrevistas com dirigentes e as séries históricas	125
11.2.1-Hospital A	126
11.2.2-Hospital B	140

11.2.3-Hospital C	150
11.2.4-Hospital D	159
11.3-Hospitais A,B,C e D, segundo algumas variáveis	169
12-CONCLUSÕES	170
12.1-As hospitalizações no Brasil	172
12.2-Os Hospitais pesquisados	173
12.2.1-O padrão das hospitalizações	175
12.3-Financiamento	177
11.4-Os hospitais e os sistemas	179
13-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
14-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
15-ANEXOS	194

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

TABELAS	Página
Tabela 1: Leitos totais e leitos SUS da rede hospitalar SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.....	39
Tabela 2: Relação Leitos totais/1000 habitantes e leitos SUS/1000 habitantes, da rede hospitalar SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.....	41
Tabela 3: Taxa de ocupação dos leitos SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.....	44
Tabela 4: AIH pagas, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.....	47
Tabela 5: Número de internações no sistema de Alta Complexidade no Estado de São Paulo e no Brasil em 1995 e 1999, estado com maior percentual de atendimento na especialidade e estado com maior variação no período.....	57
Tabela 6: Distribuição proporcional das AIH segundo especialidade, para o Brasil e o Estado de São Paulo em 1995 e 1999.....	58
Tabela 7: Frequência de AIH, segundo especialidade, Brasil e Estado de São Paulo em 1995 e 1999.....	59
Tabela 8: Gastos com AIH segundo especialidade, para o Brasil e o Estado de São Paulo em 1995 e 1999.....	65
Tabela 9: Total de Procedimentos Ambulatoriais SUS, 1995 e 1998, Brasil, 2001.....	72
Tabela 10: Hospitais vinculados ao SUS, segundo sua natureza, no estado de São Paulo de 1992 a 2000.....	74

Tabela 11: Leitos hospitalares existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua natureza, no estado de São Paulo de 1992 a 2000.....	75
Tabela 12: Relação leitos por 1000 habitantes no Estado de São Paulo de 1992 a 2000.....	77
Tabela 13: Leitos existentes e contratados nos hospitais vinculados ao SUS, no estado de São Paulo de 1994 a 2000.....	78
Tabela 14: Número de leitos existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua especialidade, no Estado de São Paulo, de 1992 a 2000.....	79
Tabela 15: Hospitais segundo tipo, porte, natureza jurídica e ocorrência de atividade de ensino, Campinas e região, 2000.....	110
Tabela 16: Hospitais segundo tipo, porte e natureza jurídica, Campinas e região, 2001.....	120
Tabela 17: Clínicas segundo tipo e natureza jurídica, Campinas e região, 2001.....	121
Tabela 18: Evolução do número de AIH (média mensal), de diárias de UTI (média mensal) e do Tempo Médio de Permanência, segundo especialidade no Hospital A, Campinas, 2001.....	137
Tabela 19: Evolução do número de leitos, segundo especialidade no Hospital B, Campinas, 2001.....	145
Tabela 20: Evolução da média mensal de internações, segundo especialidade no Hospital B, Campinas, 2001.....	146
Tabela 21: Evolução do Tempo Médio de Permanência (TMP) e Taxa de Ocupação (TO), segundo especialidade, no Hospital B, Campinas, 2001.....	147

Tabela 22: Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência, segundo área assistencial, Hospital C, Campinas, março de 2001.....151

Tabela 23: Internações no Hospital D, Campinas, 2001.....165

Tabela 24: Tempo Médio de Permanência segundo setor, Hospital D, Campinas, 2001.....165

QUADROS

Quadro 1: Disponibilidade de leitos hospitalares, Inglaterra, 1951 – 1995.....18

Quadro 2: Leitos em hospitais gerais segundo complexidade em Campinas, 2000.....113

Quadro 3: Produções e alguns indicadores do Hospital A, Campinas, 2001.....134

Quadro 4: Produções hospitalares (médias mensais) do Hospital A de 1995 a 2001, Campinas, maio de 2001.....135

Quadro 5: Algumas variáveis pesquisadas nos Hospitais A, B, C e D, Campinas, 2001.....169

GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de leitos existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua especialidade, no Estado de São Paulo, de 1992 a 2000.....80

Gráfico 2: Produções hospitalares (médias mensais) do Hospital A de 1995 a 2001, Campinas, maio de 2001.....136

1-INTRODUÇÃO

O presente trabalho origina-se da intenção de investigar se os hospitais têm se modificado frente às transformações ocorridas na assistência à saúde, e, em caso afirmativo, como tais modificações se processam.

Os avanços tecnológicos por um lado, e os custos crescentes com a prestação dos cuidados à saúde por outro, vêm determinando mudanças importantes na maneira como estes serviços são prestados.

A assistência médica tendeu, ao menos nos últimos 20 anos, para a chamada "ambulatorização" (Lebrão, 1994). Na assistência hospitalar, tal comportamento se manifesta através de um movimento de desospitalização, isto é, a progressiva redução das necessidades de internação para o tratamento de doenças e agravos à saúde, redundando na utilização cada vez menor de leitos para a prestação desse cuidado.

As tecnologias incorporadas em saúde também caminharam neste sentido. A evolução nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos vem reduzindo o tempo de internação dos pacientes, e, tanto os medicamentos como os equipamentos desenvolvidos tomam parte neste processo.

Assim, muitos procedimentos anteriormente realizados em regime hospitalar, são hoje oferecidos em caráter ambulatorial. As iniciativas de implementação de modalidades assistenciais caracterizadas por cuidados

domiciliares são crescentes, e as iniciativas nesta direção têm sido estimuladas tanto por financiadores públicos como por privados.

Embora a referência para a relação “leitos por 1000 habitantes” comumente considerada seja o parâmetro, atribuído à Organização Mundial de Saúde - 3 leitos por mil habitantes - ,já se identificam outras realidades, por exemplo a Califórnia (EUA) onde se opera com 0,57 leitos por mil habitantes, em especial, sob influência do modelo de financiamento (Mendes, 1998). No Brasil, também se identifica tendência semelhante na Operativa Básica do Ministério da Saúde de 1996 (NOB, 96), que estabelece quotas de internação para estados e municípios abaixo do que tem sido a prática nacional, buscando-se uma redução para uma taxa ao redor de 9%.

Tal fenômeno tem determinado uma transformação nos hospitais, que antes se concentravam na atenção ao paciente internado e passam progressivamente a enfatizar a prestação de serviços a pacientes externos. São, assim, constituídos centros diagnósticos, unidades de cirurgia ambulatorial, hospitais-dia e variados programas de atenção domiciliar para as suas clientela. Este movimento, de caráter mundial, pode ser sentido, portanto, também na nossa realidade.

Ilustração do que vem ocorrendo é o aumento do parâmetro de área física, definido pelo consumo de metros quadrados construídos por leito hospitalar. Na década de 70, este indicador equivalia a cerca de 50 metros quadrados de área construída por leito (Ministério da Saúde, 1978). Na atualidade, entretanto, há casos de hospitais onde a proporção é de 100 metros quadrados por leito (Gonçalves & Aché, 1999). Em realidades internacionais, como em Ontário (Canadá), este parâmetro pode extrapolar o montante de 200 metros quadrados

por leito (Edmonds, 2001). Tal aumento se deve à incorporação de áreas, em especial as de apoio ao diagnóstico e terapêutica, preferencialmente voltadas para atendimento de pacientes externos.

No entanto, no Brasil, este fenômeno parece se concretizar de maneira menos intensa, parecendo até contraditório sob certos aspectos. Simultaneamente às iniciativas de implantação de modalidades alternativas às internações, os sistemas de saúde ainda operam com taxas de internação elevadas. O Sistema Único de Saúde mantém níveis ao redor de 9% de taxa de internação, a ABRANGE mostra uma taxa de internações ao redor de 10% (ABRANGE, 2000 e Mazzariol, 2000) e o Sistema UNIMED, apesar de não apresentar dados representativos para todo o país, mantém níveis de internação maiores do que 10% (Lian, 2000), ultrapassando o índice de 13% em algumas realidades.

Além disso, as operadoras do sistema de saúde no Brasil, ou seja, aquelas responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados, não estabeleceram critérios e mecanismos claros de financiamento para muitas dessas modalidades aqui chamadas de alternativas. O SUS por exemplo, só prevê financiamento para Hospital-Dia em psiquiatria e AIDS, dado considerar que o financiamento das modalidades assistenciais que privilegiam cuidados domiciliares e atividades extra-hospitalares partam de programas específicos, não disponíveis para os serviços hospitalares, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS- e o Programa de Saúde da Família - PSF.

Outro aspecto a observar é que um mesmo procedimento recebe remuneração maior quando realizado em regime de internação do que em regime

ambulatorial, provocando uma situação inversa àquela considerada mais eficiente internacionalmente.

Frente a este panorama, pretende-se investigar a intensidade das mudanças nas organizações hospitalares, uma vez que estas tendências parecem não estar se concretizando na realidade brasileira com a mesma extensão e força que a literatura aponta em realidades internacionais (Mendes, 1998).

A hipótese é que as transformações ocorridas neste perfil, no Brasil, originam-se mais da introdução de novas tecnologias (medicamentos e equipamentos), frente às quais os hospitais apenas respondem passivamente e menos das intervenções gerenciais voltadas para a eficiência e eficácia dos sistemas. O principal fator de “descompasso” na realidade brasileira parece estar ligado às insuficiências gerenciais neste sentido, tanto dos hospitais especificamente como das operadoras e dos sistemas.

Não se deve esquecer, também, as diversas forças sociais que interferem neste processo. No caso específico, cabe considerar a atuação da corporação médica que, muitas vezes, exerce pressão para que modificações nos mecanismos de gerenciamento da atenção não se efetivem. Embora a categoria médica seja bastante forte nos EUA, lá aparentemente ela conseguiu resistir menos do que no Brasil. Aqui, as iniciativas de implantação de cuidados gerenciados foram poucas e pontuais. Algumas de que se tem notícia, não tiveram êxito e deixaram de existir precocemente.

2-OBJETIVOS

Frente aos questionamentos levantados, constituem-se os seguintes objetivos desta tese:

2.1-Objetivo geral

Analisar as mudanças ocorridas na atenção hospitalar e nos padrões das hospitalizações nos hospitais gerais de Campinas, caracterizando suas formas de manifestação.

2.2-Objetivos específicos

- Verificar a presença de modalidades assistenciais alternativas à internação, em especial hospital dia e cirurgia ambulatorial.
- Verificar a existência de programas de cuidados pré e pós hospitalares.
- Caracterizar a evolução do tempo médio de permanência das internações.
- Verificar a presença de modalidades assistenciais voltadas para o atendimento de pacientes externos, bem como a proporção dessa clientela.
- Investigar a ocorrência do fechamento ou da construção de leitos para internação, de que tipos e em que áreas/especialidades.

3- AS MUDANÇAS NA OPERAÇÃO HOSPITALAR E SEUS DETERMINANTES

Dois conjuntos de aspectos merecem ser mencionados como determinantes na modificação do comportamento das hospitalizações. São eles: as inovações tecnológicas e os seus custos crescentes, decorrendo deste último uma também crescente preocupação com a eficiência da operação hospitalar.

3.1- A eficiência dos Hospitais

A preocupação com a eficiência hospitalar é antiga. Foulcault (Foulcault, 1979) resgata vários autores que desde o século XVIII fazem críticas de ordem econômica ao hospital, afirmando que os cuidados prestados em hospitais tendem a ser mais caros, além de questionarem seu sucesso no tratamento dos doentes. Desde então, está presente a idéia de que construir e manter hospitais é caro. Apesar de terem sofrido críticas ao longo de sua existência, nos séculos seguintes o hospital se universalizou e se consolidou como principal centro de atenção à saúde, através dos avanços científicos e tecnológicos, caracterizando-se como local de concentração de atendimentos mais complexos, tecnologia, de formação de recursos humanos e pesquisa no setor.

São estes mesmos avanços tecnológicos que o consolidaram que, mais recentemente, têm levado a que os custos dos cuidados atingissem níveis que desencadearam processos para a reversão, no mínimo da revisão, deste panorama "hospitalocêntrico" no cuidado à saúde. É possível citar o movimento de

gestão da atenção à saúde e o de avaliação econômica dos sistemas e serviços de saúde como resultados desta preocupação, identificados em diversos países, tais como Estados Unidos, Canadá e Holanda, entre outros (Mendes, 1998).

Além deste fenômeno mundial, cabe ressaltar que as dificuldades econômicas e sociais por que passa o Brasil tornam o quadro ainda pior, exigindo medidas mais incisivas no sentido da busca da redução dos custos e da operação dos recursos hospitalares com maior eficiência.

A preocupação com a eficiência e com os resultados obtidos pelos serviços também se apresenta para aqueles com financiamento público. Isto se manifesta na NOB – 96 (Ministério da Saúde, 1996), quando abre a possibilidade de aplicação de IVR (Índice de valorização de resultados), que viria a agregar recompensa financeira variável em função de resultados obtidos.

Nesse contexto, merece discussão uma política ministerial de ampliação de leitos que prevê a abertura de 20 mil leitos nos próximos 2 anos, justificada pela perda de quase 60.000 leitos no país no período de 1992-99, a maior parcela destes leitos fechados pertencente ao setor privado. Isso significa uma redução de 21% na média de leitos por mil habitantes: hoje existem no país três leitos para cada 1000 habitantes, enquanto em 1992 a média era de 3,8 leitos por 1000 habitantes.

Contudo, é possível considerar a ampliação de leitos proposta como justificável se for levado em conta o elemento má distribuição de leitos num país continental. Isso poderia justificar a abertura de novos leitos e não caracterizaria propriamente, uma contradição.

Outro elemento peculiar à realidade brasileira atual que reforça a preocupação com os custos e que deve pressionar os hospitais neste sentido é a recente regulamentação dos planos de saúde.

Desde a década de 60 as atualmente chamadas de operadoras dos sistemas complementares de saúde (Medicina de Grupo, Cooperativas médicas, Seguros-saúde e Auto-gestões) trabalhavam sem regulamentação legal. Isto fazia com que elas pudessem, entre outras coisas, restringir patologias cobertas, limitar dias de internação, limitar faixas etárias para sua clientela, isto é, uma série de restrições que reduziam seus riscos e seus gastos.

A partir de 2000, a regulamentação se efetiva e as operadoras começam a exercer pressão sobre os prestadores, tanto hospitais, quanto médicos, para a redução dos valores pagos pelos serviços.

3.2- As mudanças tecnológicas

A tecnologia têm progredido de forma importante na assistência médica. Isto tem propiciado melhores diagnósticos e possibilidade de melhores condutas terapêuticas, com uma redução da mortalidade hospitalar e reformulado a utilização dos recursos médico-hospitalares.

Os exames laboratoriais disponíveis têm se expandido grandemente e novos recursos de diagnóstico por imagem como tomografia computadorizada, ultra-sonografia e ressonância magnética, bem como endoscopia, mudaram radicalmente o processo de diagnóstico. Assim, as modernas técnicas têm permitido diagnósticos mais precisos e terapias mais rápidas e seguras.

A cirurgia também tem mudado de modo significativo e a intenção tem sido de intervenções cirúrgicas menos frequentes e mais rápidas, com incisões cada vez menores e com tempo de internação mais curto. Nesse sentido a endoscopia e, mais recentemente, a videolaparoscopia, que já havia revolucionado os processos de diagnóstico, hoje lideram as grandes mudanças da cirurgia. É possível uma gama de procedimentos não invasivos ou pouco invasivos, incluindo apendicectomias, colecistectomias, correção de hérnias, tratamento de problemas articulares e etc. Estas novas técnicas passaram a expor os pacientes a menores riscos cirúrgicos, anestésicos e de infecção, por serem menos invasivos e de mais fácil e mais rápida recuperação.

Todas essas transformações, aliadas às novas conquistas da anestesia em termos de drogas mais seguras, têm feito a assistência médica caminhar para a ambulatorização (Lebrão, 1994).

Os medicamentos também tiveram participação especial nesse processo. Nas diversas especialidades médicas, é possível contar na atualidade com um arsenal terapêutico que reduziu drasticamente a necessidade de internação e em casos como os medicamentos antiulcerosos, essa redução se deu também na necessidade de procedimentos cirúrgicos terapêuticos.

No entanto, cabe fazer a ressalva que, para os países em desenvolvimento como o nosso, existem dificuldades para a incorporação adequada de toda esta tecnologia moderna. Banta (1986) afirma que seja pela dificuldade na obtenção de recursos para investimento, seja pela falta de pessoal habilitado para a manutenção dos equipamentos ou pela inadequada realização das compras; em suma pela falta de uma política governamental que propicie o uso racional dessa tecnologia, estes países padecem de uma incorporação tecnológica aquém da desejável.

Quanto à possibilidade de incorporar inovações tecnológicas no cuidado à saúde, constata-se na realidade brasileira diferenças significativas. Em pesquisa recente realizada pelo IBGE e publicada em outubro de 2000, existe no país uma grande concentração dos equipamentos médico-hospitalares mais avançados na região mais desenvolvida do país, a sudeste. Nesta região estão concentrados mais de 50% dos tomógrafos, mamógrafos, equipamentos de hemodiálise, aparelhos de raios-X e de eletrocardiograma existentes no país.

Cinco Estados brasileiros não têm nenhum aparelho de ressonância magnética - Acre, Amazonas, Roraima, Tocantins e Alagoas. Estes Estados somados têm uma população de 6.801.896, de acordo com dados do IBGE.

Tomando como exemplo a ressonância magnética, verifica-se que dos 289 aparelhos em utilização no país, 104 estão em São Paulo (35% do total). O Estado de São Paulo tem 34.119.110 habitantes, o equivalente a 21% do total do país. Assim, há um aparelho para cada grupo de 328 mil habitantes.

Em contraponto, em toda a região Norte existem apenas seis aparelhos de ressonância magnética, para uma população de pouco mais de 11 milhões. Isto equivale a um aparelho para cada grupo de 1,8 milhão de habitantes, o que gera uma proporção para o Estado de São Paulo quase 6 vezes maior que aquela para região Norte.

A situação de desequilíbrio se repete quando se analisa a quantidade de aparelhos de hemodiálise existentes no país. Do total de 7.843 equipamentos em utilização, apenas 128 (1,6%) estão na região Norte, enquanto existem 4.382 (55,8%) no Sudeste.

Em Rondônia, que tem 1,2 milhão de habitantes, existe apenas um aparelho de hemodiálise. São Paulo é o Estado com o maior número desse aparelho: 2.085.

Quanto ao acesso aos equipamentos, percebe-se também uma grande desigualdade. Os equipamentos mais modernos se concentram nos hospitais privados, conveniados ou não com o SUS (Sistema Único de Saúde). Dos equipamentos de diagnóstico por imagem, 47% estão em instituições privadas que nem ao menos têm convênio com o SUS e que representam cerca de 30% dos

hospitais pesquisados. Isto inclui equipamentos como mamógrafos, aparelhos de raios X, tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética.

Dos 1.555 tomógrafos computadorizados existentes no país, apenas 147 estão em estabelecimentos públicos. Mais de 90% deles estão na rede privada (incluindo instituições conveniadas com o SUS).

A situação se repete com relação aos equipamentos utilizados para a realização de mamografias. Dos 2.149 mamógrafos em utilização no Brasil, só 159 estão na rede pública. A região Norte do país tem apenas 57 mamógrafos (2,6% dos existentes), enquanto 1.286 deles (59,8%) estão na região Sudeste.

Este quadro apresentado mostra as disparidades regionais no país e a alta concentração na região mais desenvolvida. Analogamente, é possível acreditar que dentro da própria região sudeste deve haver grandes diferenças na incorporação de equipamentos, devendo a capital e os grandes centros concentrar a maioria deles.

4-AS REFORMAS SANITÁRIAS EM ALGUNS PAÍSES NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

O setor saúde tem apresentado vários movimentos de mudanças nos países da Europa ocidental durante o século XX, principalmente a partir da sua segunda metade.

O Instituto Nacional de Saúde Inglês de 1948 inaugura emblematicamente essas mudanças e coloca em pauta os modelos Beneridge e Bismark (Costa 2001).

A percepção da ineficiência dos sistemas nacionais de saúde, principalmente em países europeus de orientação de “welfare state” surge, em especial, a partir dos anos setenta e se estende até a década de 80, gerando uma primeira onda de mudança no setor. Esse movimento influencia processo semelhante em outras áreas do mundo, incluindo as Américas (Canadá).

Nesse primeiro grupo de transformações, a questão principal foi o crescimento das despesas com o setor saúde e seu impacto macroeconômico nas despesas nacionais. Entre 1971 e 1981 os gastos, em percentual do PIB, crescem na Bélgica de 4,2 para 7,2, na Alemanha de 6,3 para 8,7, na França de 6,0 para 7,9, na Irlanda de 6,6 para 8,8 e na Holanda de 6,4 para 8,2.

Um segundo grupo de mudanças no setor saúde teve atuação na década de 90, na Europa, só que agora priorizando a flexibilização da administração pública dentro da cunha do modelo burocrático. Outro aspecto também muito relevante foi o estímulo à prestação de serviços por mecanismos de centralização,

isto é, ao estabelecimento de separação entre financiadores do sistema de saúde e os provedores de recursos (Costa, 2001).

No corpo desses movimentos ocorridos nas últimas três décadas do século XX e que se prolongam aos primeiros anos do século XXI, observa-se uma outra dimensão que vai além dos aspectos relacionados à ineficiência do setor saúde. Reconhece-se o descompasso entre o aumento dos gastos com a função saúde e a melhoria nos padrões sanitários nas nossas populações. Em relatório do Banco Mundial (1994), aponta-se para a não correspondência entre o aumento de gastos em saúde e melhoria de indicadores de saúde.

Nos EUA, o contínuo e persistente crescimento dos gastos per capita com saúde, tanto pela tradição da economia americana de “livres forças de mercado” quanto pela insuficiência de ações governamentais para o controle dos gastos com assistência médica, levou a um grande desenvolvimento de mecanismos gerenciais no setor, numa perspectiva jamais alcançada nos países europeus. Foram elaboradas propostas, como os “DRGs – Diagnóstico Related Groups”, que se tornaram paradigmáticas como mecanismos de contenção de custos e acabaram influenciando e se incorporaram às reformas na Europa. (Almeida, 1995)

Essa ineficiência é exemplificada com situações sanitárias diferentes onde países com menores gastos têm melhores índices de expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil e países com gastos maiores com indicadores piores

A consolidação desse diagnóstico levou vários países a questionarem seus sistemas de saúde e a empreenderem processos de reorientação das formas de financiamento, regulação e de modelos de prestação de serviços de saúde. Esses

processos de reorganização do setor saúde usando essas mudanças são denominadas Reformas do Setor Saúde ou Reformas Sanitárias.

O aspecto que se destaca das Reformas Sanitárias engendradas a partir de 1970 é a mudança das composições de tecnológicas dos modelos de atenção dos serviços de saúde, principalmente a organização dos serviços de saúde no que se refere ao papel dos hospitais.

Um dos principais problemas que sustentam os sistemas de serviços de saúde centrado nos hospitais é o modelo médico hegemônico que privilegia os serviços que incorporem tecnologia e conseqüentemente, concentram procedimentos de alto custo.

A força desse modelo esta na sua articulação com a industria do complexo de química fina (medicamentos) e de equipamentos médicos que trazem na sua lógica o desenvolvimento de novos produtos adicionados ao arsenal de diagnóstico e terapia. Há que se considerar também o corporativismo médico que mantém sob sua égide ampla área nos mercados de saúde e expande através da incorporação de problemas da estrutura social de trabalho, de comportamentos rotulando-os como problemas médicos e com isso alargando a abrangência de ação.

Os sistema de saúde desenvolvidos a partir dessa lógica, apresentam como uma das suas principais características o crescimento constante dos seus gastos e como já apresentado anteriormente, crescimento também na participação percentual do PIB.

O quadro desenhado coloca-se como um dos determinantes do que é conhecido como movimentos de desospitalização, encontrando-se, entretanto, como dos mais importantes.

As razões que originam os movimentos de desospitalização são muitas e antecedem e transcendem as reformas sanitárias. Desses movimentos, o de maior visibilidade e talvez, de maior sucesso é o movimento antimanicomial que tem raízes tanto na Comunidade Terapêutica (1950), Antipsiquiatra (1960) como na Psiquiatria Democrática italiana (1970) (Sampaio, 1998).

Não se pode falar de uma reforma sanitária européia na medida em que cada país tem sua própria característica e história. Apesar disso, Mendes (1999) agrupa algumas tendências comuns. Um dos aspectos agrupados e que esta no foco deste trabalho é "...buscar um reforço do serviço de atenção primária em relação aos cuidados hospitalares".

Segundo Costa (2001), pode-se apontar também como determinantes desse processo "...mudanças na percepção do usuário/cidadão/consumidor com a crescente demanda por atenção personalizada (atento aos direitos e às escolhas do paciente), e pelo excessivo custo do tratamento intra-hospitalar".

Algumas dessas reformas do setor saúde no continente europeu e Canadá apresentam características que combinam essas afirmações.

A Holanda na década de 1980 coloca em pauta uma reforma sanitária que questiona, entre outros aspectos, a organização dos serviços de saúde tendo um olhar específico no papel do hospital. Segundo Dekker (1988), essa reforma apresenta mudança na configuração tanto do serviço quanto do sistema. Propõe para tanto, deslocar a lugar de onde os cuidados são prestados e para isso

intervendo na atenção primária, na atenção domiciliar, nos serviços sociais e no hospital.

As mudanças ocorridas na reforma do setor saúde da Suécia buscam aumentar a eficiência do sistema, aumentar a satisfação da clientela e deslocar a prioridade da atenção hospitalar para a atenção primária. A competição pública foi a opção escolhida para esse modelo. Estão na sua essência material a propriedade e a gestão pública dos prestadores. Entretanto, para um dado território os pacientes tinham livre escolha do serviço. Completa esse desenho, que o pagamento aos serviços de saúde fosse proporcional a fatia de demanda que atendia (Mendes, 1999).

O modelo Beveridge Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra implantado logo após o final da 2ª grande guerra não passou incólume pela crise dos anos 1980. As principais modificações implantadas foram a separação da função financiamento do setor e provisão dos serviços de saúde. Essencialmente, estabeleceu-se um ambiente competitivo onde os prestadores públicos ou privados disputam os compradores de serviços em base numa relação preço/qualidade.

Segundo o autor, "Ao se utilizar essa competição busca-se o aumento da eficiência técnica, a economia de escala, redução de preço, melhora da qualidade da atenção e livre escolha do médico".

Pode-se observar essas mudanças quando se comparam alguns indicadores no período de 1951/1959 e 1995 na Inglaterra. Evidenciando o vetor da desospitalização têm-se:

Quadro 1: Disponibilidade de leitos hospitalares, Inglaterra, 1951 - 1995

Período/ano	1951/1959	1995
Disponibilidade de leitos por médicos e dentistas	37	5
Total de leitos disponíveis	542.000	285.000
Leitos disponíveis por 1000 habitantes	10,8	4,9

Fonte: Costa (2001)

4.1- Os resultados das Reformas

Almeida (1995) ao analisar as reformas dos sistemas de saúde nos EUA e Europa, mais especificamente Reino Unido, Holanda, Suécia, Alemanha Ocidental, Itália e Espanha, da década de 80, faz uma análise sobre as principais causas das reestruturações do setor e elenca os resultados alcançados. Como principais, destaca:

A contenção de custos

Com exceção aos EUA, houve efetiva redução da inflação específica do setor nos países da Europa. Apesar de terem ocorrido com diferenças no tempo e no espaço, nos países europeus em geral constatou-se redução de custos com a assistência. Nos EUA, evidenciou-se uma ineficácia das políticas de contenção.

A eficiência macroeconômica

Nesse aspecto também, exceção feita aos EUA, obteve-se efetiva redução dos gastos per capita e do percentual do PIB nos países europeus. Nos anos 80 foram mantidas taxas de crescimento do gasto sanitário mais baixas que nas décadas precedentes. Apenas os EUA tiveram um aumento contínuo e permanente desse gasto durante três décadas – dos anos 60 até o final da década de 80.

A autonomia profissional

Apesar das políticas trazerem explicitada a restrição da autonomia profissional, a autora afirma que, de modo geral, a autonomia técnica dos profissionais foi preservada, exceto nos EUA. Nesse país, a partir de 1984 com a os DRGs, o nível federal passou a intervir diretamente sobre a autonomia clínica dos profissionais. Em todos os casos houve declínio da dominância médica nos sistemas de saúde, sua posição de privilégio foi deslocada.

O mix público/privado e a privatização

Nos casos estudados, não se verificou nenhuma transformação radical do mix público e privado nos serviços de saúde. Ocorreu uma discreta ampliação da participação do setor privado na Itália, Suécia e Inglaterra.

A descentralização

Com exceção da Alemanha Ocidental, todos os demais países mostraram movimento no sentido da descentralização, com maior autonomia para o nível regional (estadual).

A corporatização e concentração

A formação e ampliação das corporações hospitalares, inicialmente nos EUA, que se estende posteriormente por outros países, surge como uma consequência inesperada e das mais importantes das reformas. Nesse aspecto pode residir a base para a explicação da ausência da redução dos custos da assistência naquele país, uma vez que se apresentam como instituições

complexas, que pressupõem uma estrutura empresarial muito mais forte, que não se restringem necessariamente à saúde e que possui formas de funcionamento que não obedecem automaticamente à lógica setorial.

Na experiência norte-americana, onde esse processo foi mais desenvolvido, os gastos sanitários não foram controlados e a inflação específica manteve-se como um problema macro e microeconômico, além da persistência de mais de 30 milhões de pessoas sem cobertura de assistência.

5-MÉTODO

No sentido de se atingir os objetivos enunciados, procedeu-se a uma metodologia de cunho qualitativo, caracterizada por várias formas de aproximação do objeto.

5.1-Levantamento bibliográfico

Primeiramente, buscou-se literatura que explorasse as mudanças ocorridas na organização dos hospitais, na sua produção, nos seus serviços, procedimentos técnicos e outros, tanto nacional como internacionalmente.

No âmbito nacional, o levantamento refere-se ao período de 10 anos e é composto pelas publicações da área da Saúde Coletiva, cuja base foi o trabalho de Freire (2000), onde se avalia a produção científica apresentada nos periódicos, teses e congressos da área, os quais tivessem como objeto o hospital.

Foram consultados os periódicos indexados da área da Saúde Coletiva no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1999. Portanto, foram incluídos: “Cadernos de Saúde Pública”, “Revista de Saúde Pública”, “Ciência e Saúde Coletiva” e a “Saúde e Sociedade”. A revista “Saúde em Debate” foi incluída, apesar da irregularidade de suas publicações.

Acrescentaram-se ao levantamento, promovido por Freire (2000), a Revista de Administração de Empresas – RAE, a Revista de Administração Pública – RAP,

ambas da Fundação Getúlio Vargas, e a Revista de Administração – RA da Universidade de São Paulo.

Os bancos de dados “Adsaúde” e “PAHO” da Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-americana de Saúde também foram consultados na década de 90 e ano 2000. As Dissertações e Teses da EAESP, UNICAMP, FSP-USP e ENSP na década foram incluídas.

Além disso, pesquisou-se em revistas médicas indexadas em bancos de dados internacionais – MEDLINE: banco de dados da “National Library of Medicine”, que inclui “Index Medicus”, “Index to Dental Literature” e “International Nursing Index”, nesta base estão incluídas categorias com técnicas e equipamento, cuidados em medicina e áreas correlatas à saúde – artigos e textos que versassem sobre mudanças e tendências de hospitalizações na abordagem diagnóstica e terapêutica de patologias, agravos e grupos populacionais específicos, com as palavras-chave “trends and hospitalizations”, “trends and hospitals” e “trends and health system”.

As revistas internacionais “Medical Care” e “Hospitals” foram pesquisadas com as mesmas palavras-chave.

5.2-Levantamento Documental

Simultaneamente à pesquisa bibliográfica, foram buscados dados a respeito dos hospitais, leitos hospitalares e hospitalizações no Brasil e no Estado de São Paulo.

Nesse sentido, foi possível a obtenção de informações, quase exclusivas, sobre as hospitalizações financiadas pelo SUS, dado não haver nos demais sistemas complementares dados agrupados para o país e nem mesmo para as unidades da federação. Os organismos que poderiam possuir dados agregados para o país e estados, como a ABRANGE e a UNIMED do Brasil, de fato não os apresentam, por trabalharem com lógicas diferenciadas do SUS. Em ambos os casos, não há leitos e hospitais próprios (exceção feita a algumas Singulares UNIMED) nem tampouco a contratação de leitos nos prestadores, mas apenas o credenciamento do serviço.

Tanto para a ABRANGE, que congrega as Medicinas de Grupo como para o Sistema UNIMED, foi possível de se obter apenas dados gerais já comentados na Introdução. O sistema UNIMED, por ter seu modo de organização em Singulares com autonomia administrativa, não favorece a construção de informações que representem realidades maiores do que a de cada uma separadamente, e ainda com sistemas de informações e informática diversos.

Contudo, crê-se que os dados obtidos reflitam em grande medida aquilo que ocorreu nas hospitalizações no país e no Estado, em virtude de o SUS ser responsável por mais de 70% de cobertura da população brasileira. Na atenção

hospitalar, estima-se que este percentual aumente, chegando em áreas específicas como a atenção no sistema de alta complexidade a mais de 90% da população (MS, 2000).

Foram consultadas séries históricas para o Brasil e unidades da Federação de 1995 a 1999, e séries históricas para o Estado de São Paulo de 1992 a 2000. No primeiro caso, a fonte foi a Secretaria Nacional da Assistência do Ministério da Saúde, e no segundo, a fonte foi o Centro de Informações de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

5.3-Trabalho de Campo

Com base na aproximação bibliográfica e documental do objeto, procedeu-se a um trabalho de campo que se compôs por três enfoques distintos - estudo cadastral; visitas aos hospitais e entrevistas com dirigentes e exploração do objeto com “Experts” – a seguir explicitados.

5.3.1-Exploração do Objeto com “Experts”

Com a intenção de adquirir maior profundidade sobre o tema, realizou-se a construção de um “Referencial Empírico”. Nessa fase, que constituiu a etapa inicial da pesquisa de campo, buscou-se explorar o objeto, numa amostra intencionalmente definida. Portanto, realizaram-se entrevistas de maneira mais aberta e prolongada sobre o assunto, procurando-se elementos relevantes para o entendimento do mesmo.

A amostra foi restrita e intencional, contando com nove entrevistados. Os critérios de escolha dos entrevistados foram: atividade profissional na gerência de hospitais públicos e/ou privados; atividade de docência na área de gestão em saúde; atividade de pesquisa e trabalhos publicados na área.

Devido ao caráter exploratório da etapa, e pelas características da amostra, a entrevista face a face foi o instrumento julgado mais adequado, visto propiciar melhor interlocução entre entrevistado e entrevistador, maior possibilidade de correção de enganos ou dúvidas conceituais, bem como ensejar liberdade de tempo e modo de abordagem.

A partir da escolha das pessoas por entrevistar, realizada com supervisão da orientação, elaborou-se um roteiro semi-estruturado para organização dos encontros, composto de uma parte introdutória e quatro compartimentos. (Ver Anexo 1)

Na introdução, de responsabilidade do pesquisador, apresenta-se o objeto da pesquisa, os objetivos, a metodologia proposta e as características desta etapa de trabalho. Esclarece-se também ao entrevistado, quanto ao asseguramento do tratamento ético e utilização acadêmica dos resultados

No primeiro compartimento, solicita-se ao entrevistado que manifeste suas impressões a respeito do movimento de desospitalização e de ambulatorização da assistência, e questiona-se quanto à sua concordância a respeito da efetiva existência de tais movimentos.

No segundo compartimento, apresenta-se a dúvida quanto à ocorrência dos mesmos na realidade brasileira, sua intensidade, a ocorrência diferenciada em áreas/setores/especialidades, e a ocorrência diferenciada quanto a outras variáveis como: natureza da organização, porte do hospital, tipo de clientela, localização do hospital.

No terceiro, discute-se a respeito dos determinantes da ocorrência ou não destes fenômenos na realidade internacional, na realidade brasileira e eventuais ocorrências diferenciadas conforme as variáveis apontadas acima.

No quarto, o questionamento se direciona quanto às perspectivas para os hospitais. Discute-se sobre tendências para a sua configuração, a concentração de suas atividades, serviços e áreas, suas clientelas principais e sua vinculação e papel nos sistemas de saúde.

Ao final, solicita-se a impressão do entrevistado a respeito do trabalho, em termos de sua oportunidade, relevância e validade. Além disso, solicitam-se indicações bibliográficas pertinentes e possíveis fontes de dados e modos de constatação das eventuais mudanças ocorridas nos hospitais.

A pretensão em relação ao primeiro trabalho de campo era que o mesmo colaborasse na orientação dos passos seguintes, fato esse que se confirmou, à medida que houve sistemática sugestão dos entrevistados no direcionamento do estudo para a aproximação do objeto.

5.3.2-Estudo cadastral

Nesta abordagem, a pretensão foi trabalhar com dados quantitativos obtidos através do cadastro dos hospitais. A proposta inicial era utilizar apenas os cadastros de hospitais da Secretaria de Estado da Saúde disponíveis para o ano de 2000, e através destes pesquisar:

- o porte, medido em número de leitos;
- a caracterização do hospital em geral ou especializado;
- a natureza jurídica;
- o fato de ser ou não universitário;
- a localização;
- os serviços assistenciais existentes, destacando-se aqueles que indiquem modalidades assistenciais alternativas à internação convencional;
- os serviços de SADT existentes, destacando-se aqueles que apontem a incorporação de tecnologia.

Através deste enfoque, buscou-se perceber as possíveis diferenças quanto aos aspectos pesquisados nos diferentes grupos de hospitais, além de indicações quanto aos elementos centrais do trabalho.

O instrumento de coleta de informações foi o Relatório do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (Ver Anexo 2), que abrange todos os hospitais, públicos e privados, com ou sem vinculação com o SUS. Nele estão disponíveis dados referentes a:

- identificação, como endereço, razão social e etc.;
- natureza jurídica;
- convênios que atende;

- o fato de apresentar atividade de ensino ou não;
- número de leitos por especialidade;
- número de leitos complementares em UTI, especificados em adulto, infantil, neonatal e coronariana, Unidade Intermediária de Cuidados, Queimados, Isolamento e Observação/Emergência;
- serviços complementares de diagnose e terapia;
- serviços de apoio;
- serviços de alta complexidade;
- instalações da Unidade de Urgência/Emergência, Ambulatório, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- a presença de Comissões de Ética Médica, Ética de Enfermagem, Farmácia e Terapêutica, Controle de Infecção Hospitalar, Apropriação de Custos, CIPA, Revisão de Prontuários, Análise de Óbitos e Nutrição.

Como o trabalho tem por principal intenção a verificação de mudanças ocorridas nos hospitais, tornou-se relevante a obtenção de dados relativos a períodos anteriores, destinados à construção de análises comparativas ao longo do tempo. Porém, apesar da disposição e disponibilidade dos técnicos do Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, não há cadastros anteriores disponíveis nos moldes dos existentes para o ano 2000. Segundo informações obtidas junto à SES, o instrumento através do qual se coletava esse tipo de informações, o CAH-106, não constitui mais um documento obrigatório solicitado aos hospitais do Estado. Além disso, as informações de anos anteriores não estão disponíveis por mudanças nos sistemas de informática.

Como tentativa para superação desta dificuldade, foram acessados outros órgãos que pudessem concentrar informações desta natureza. Nesta direção, recorreu-se ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP – que por sua função de fiscalizador e regulador do exercício profissional, inclui entre suas atividades a verificação dos ambientes de trabalho médico e a emissão de licenças de funcionamento de estabelecimentos de saúde. A documentação necessária para a obtenção da licença exige o cadastro do estabelecimento, com sua caracterização tanto em termos de corpo clínico como em termos de leitos e serviços. Através dos recursos informativos do CREMESP, encontrou-se, portanto, a alternativa para a obtenção dos dados desejados.

Disponibilizaram-se os cadastros dos estabelecimentos de saúde de Campinas e região para o ano de 2001. No entanto, devido à natureza da instituição, as informações disponíveis a respeito dos serviços e leitos existentes não trazem o aprofundamento que o Cadastro apresenta. Elas se concentram nas características e composição dos corpos clínicos, seus regimentos e Comissões de Ética Médica.

Os documentos dos quais se coletaram os dados foram as Fichas de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (Ver Anexo 5) do CREMESP, que trazem informações sobre:

- Identificação com endereço, natureza jurídica e CGC;
- responsabilidade técnica;
- situação em termos de ativo ou inativo;
- tipo de estabelecimento, se geral ou especializado e porte;
- número de médicos no corpo clínico;

- número de leitos;
- especialidades presentes;
- regimento interno e sua situação de regularidade;
- Comissão de Ética Médica, sua composição e situação de regularidade

Os cadastros do CREMESP apresentam como vantagem o fato de incluírem organizações como Hospitais-dia e Clínicas com leitos hospitalares, aspecto relevante para o objeto desta tese, não contemplados pelos cadastros da SES.

Um elemento por superar nesta consulta foi sua região geográfica ser diferente da utilizada pela SES. Apesar disto, cabe louvar o acesso assegurado pelo CREMESP às informações de que dispunha.

Infelizmente, apesar da disposição e empenho do CREMESP, também neste caso não havia cadastros semelhantes para períodos anteriores.

5.3.3-Visitas aos hospitais e entrevistas com seus dirigentes

Esta etapa visou especificar o horizonte da pesquisa, entendendo que o levantamento cadastral pudesse ser insuficiente para mostrar a realidade dos hospitais quanto aos elementos pesquisados. Neste estágio, foram contatados todos os hospitais gerais de Campinas e solicitou-se que pudessem ser realizadas visitas e entrevistas com seus dirigentes.

Julgou-se que uma abordagem direta e pessoal fosse mais adequada nesta etapa, tanto para se perceber a preocupação e o entendimento do dirigente com respeito à problemática tratada, quanto para verificar aspectos que os cadastros não mencionam, como a evolução dos leitos, serviços e clientela atendidas pelo hospital, a ocorrência de abertura e/ou fechamento de leitos e criação de outros serviços hospitalares.

A decisão de se trabalhar com os hospitais da cidade de Campinas surgiu de diversas razões. A primeira é que a cidade se constitui na sede da Região Metropolitana de Campinas, recentemente consolidada por lei. Neste sentido, considerando-se o componente especialização (Leite e col, 2001) intrínseca à hierarquização de funções na metropolização, no que tange aos serviços de saúde, Campinas coloca-se como referência. A segunda justificativa se prende às diferenças geográficas das regiões com que trabalham os organismos geradores dos cadastros utilizados. Por isso, trabalhar com a cidade de Campinas supera esta diferença. A terceira razão se deve ao entendimento de que, devido às características metodológicas do trabalho, não se torna possível a realização de inferências dos seus achados e assim, trabalhar com a região não ampliaria a validação do mesmo. Por último, consideraram-se também os aspectos logísticos

e as dificuldades de se trabalhar com hospitais que distam mais de 200 Km de distância.

Para a realização desta etapa construiu-se um roteiro (Ver Anexo 3), dado que os aspectos por analisar são amplos e diversos, envolvendo desde questões subjetivas, como a transformação do hospital e as variáveis nela envolvidas sob a ótica do entrevistado, até questões objetivas como a criação de modalidades ou o fechamento de leitos e a verificação da presença de serviços e equipamentos. A entrevista abordou ainda os mecanismos gerenciais utilizados para promover as transformações que estão sendo pesquisadas.

Definiu-se pela necessidade e oportunidade da realização de uma visita às instalações do hospital como uma atividade complementar, e simultânea, às entrevistas, em virtude do fato de, em muitas vezes, haver diferentes entendimentos daquilo que seja, por exemplo, um programa de cirurgia ambulatorial ou a existência de sala cirúrgica para cirurgias ambulatoriais, o mesmo se aplicando para hospital-dia e outros.

Esta foi uma etapa complementar às anteriores, uma vez que não se conseguiu dados a respeito da evolução do número de leitos, internações, tempo médio de permanência e outros que permitiriam um aprofundamento do conhecimento da realidade dos hospitais pesquisados, nas demais atividades propostas no método. As etapas anteriores forneceram indicações e aproximações desta realidade, porém neste estágio foi possível verificá-las.

As visitas e entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e/ou por um auxiliar de pesquisa, acadêmico de último ano do curso de Medicina e integrante do Programa de Monitoria da Disciplina de Administração em Saúde Pública da

Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas. Para que houvesse homogeneidade na abordagem dos entrevistados e na realização das entrevistas foi procedida a uma padronização de comportamento dos entrevistadores.

6-ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL FINANCIADA PELO SUS - 1995 a 1999

O Ministério da Saúde procedeu à compilação e apresentação organizada dos dados gerados pelo SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares) com base no seu instrumento de internação, a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), no período de 1995 a 1999 (M.S., 2000), apesar de haver a sua disponibilidade a partir de 1993. Tais dados são relativos à assistência hospitalar prestada pelo SUS no país, estando disponíveis dados globais e por estado da federação. Através destes dados, é possível verificar a evolução da atenção hospitalar e o comportamento das internações no período.

A intenção de descrever e discutir essa evolução é construir um “pano de fundo”, de abrangência nacional, para os achados relativos à Campinas e aos hospitais estudados.

Cabe reconhecer que as fontes de dados são as AIH e a FCES (Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde) instrumentos não construídos para fins de pesquisa e avaliação, mas concebidos para a compra e o pagamento de serviços prestados.

Por isso, é preciso explicitar que, no caso das AIH, estas não representam rigorosamente as internações procedidas, apesar de constarem muitas vezes nos dados oficiais como sinônimos de internação. Nesse trabalho, esta incorreção (utilizar AIH como sinônimo de internação) também é praticada com a

preocupação de indicar a diferença entre AIH e internação nas situações onde se acredita necessário.

No caso da FCES, não são raras as vezes onde se observa certa defasagem entre as informações presentes nos cadastros e a realidade observada nos hospitais. No entanto, mesmo com estas ressalvas, julga-se que a aproximação que estas informações podem trazer do que ocorre na atenção hospitalar justifica sua análise.

Por outro lado, o fato de representarem dados para o conjunto, em âmbito nacional, e por contemplarem uma série histórica, faz com que estes dados assumam relevância para serem analisados nesta tese, devido à natureza do seu objeto e objetivos.

A partir dos dados disponíveis, este estudo busca identificar possíveis tendências ocorridas. Inicialmente, no país como um todo e posteriormente concentrando-se no que ocorreu no Estado de São Paulo, onde se insere a região focada pelo trabalho.

Infelizmente, não existem dados disponíveis para o mesmo período, que se refiram à atenção ambulatorial prestada, o que contribuiria para a compreensão daquilo que ocorreu em termos da assistência extra-hospitalar ou substitutiva desta.

6.1- Hospitais e distribuição de leitos hospitalares

Iniciando-se pela distribuição de hospitais no país, constata-se que no quinquênio houve um pequeno acréscimo da rede hospitalar vinculada ao SUS, passando de 6367 para 6433, um aumento de 1%. Contudo, nos estados mais desenvolvidos verifica-se queda no número de hospitais.

No Estado de São Paulo, houve uma redução de 5% no número, representando diminuição de 41 hospitais. No Rio Grande do Sul, a redução foi de 5% também, significando 22 hospitais. No Paraná, houve queda do número de hospitais de 10% (menos 56 hospitais) Em Minas Gerais e no Rio de Janeiro, a redução foi de 1% (4 e 2 hospitais, respectivamente).

Os maiores aumentos ocorreram em Goiás (10%), na Bahia (10%), no Mato Grosso do Sul e Paraíba (11%), no Pará (29%) e no Piauí (15%).

No tocante aos totais de leitos desses hospitais, Tabela 01, verifica-se uma pequena variação negativa, da ordem de 3%. A metade dos estados mostrou redução, sendo que os estados que mais reduziram foram: Tocantins (21%); Paraná (10%); Roraima (9%); Santa Catarina (8%); São Paulo e Rio Grande do Sul (7%); e Rio de Janeiro e Espírito Santo (6%).

Quanto ao número de leitos vinculados ao SUS (Ver Tabela 01), observa-se que não houve diferença nos leitos à disposição do Sistema.

Tabela 1: Leitos totais e leitos SUS da rede hospitalar SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999

UF	1995		1996		1997		1998		1999		Variação 95-99	
	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS153	Tot	SUS	Tot	SUS
Acre	1.531	1.531	1.564	1.564	1.526	1.526	1.536	1.536	1.525	1.525	0%	0%
Alagoas	7.511	6.400	7.426	6.468	7.670	6.739	7.658	6.853	7.283	6.579	-3%	3%
Amapá	770	758	770	758	871	851	777	765	791	779	3%	3%
Amazonas	3.946	3.788	3.921	3.774	4.016	3.873	3.984	3.845	4.567	4.407	16%	16%
Bahia	27.340	25.214	27.579	25.643	28.031	26.108	28.016	26.174	28.261	26.477	3%	5%
Ceará	17.596	15.615	17.382	16.020	17.022	15.839	16.834	15.709	16.908	15.797	-4%	1%
Distrito Federal	3.957	3.831	4.035	3.909	4.071	3.945	4.020	3.894	4.020	3.894	2%	2%
Espírito Santo	7.442	6.567	7.321	6.510	7.047	6.361	6.984	6.332	7.019	6.367	-6%	-3%
Goiás	22.258	16.682	22.516	16.950	22.559	17.028	22.328	16.799	22.379	16.754	1%	0%
Maranhão	24.714	23.635	25.088	23.970	24.728	23.604	24.691	23.553	24.740	23.580	0%	0%
Mato Grosso	6.694	4.876	6.557	4.824	6.473	4.769	6.497	4.883	6.644	5.040	-1%	3%
Mato Grosso do Sul	5.709	5.173	5.808	5.264	5.247	5.639	6.145	5.553	6.340	5.707	11%	10%
Minas Gerais	51.133	42.068	51.252	42.260	52.063	43.319	52.162	43.442	51.835	43.134	1%	3%
Pará	8.482	6.848	9.663	8.005	9.853	8.368	10.413	8.863	11.348	9.631	34%	41%
Paraíba	11.058	8.475	11.240	8.633	11.576	8.953	11.601	8.975	11.804	9.179	7%	8%
Paraná	33.462	25.671	32.805	27.209	31.448	26.386	30.288	25.533	30.190	25.380	-10%	-1%
Pernambuco	21.943	20.648	21.979	21.094	21.887	21.005	21.794	20.934	21.849	20.991	0%	2%
Piauí	7.159	5.311	7.417	5.527	8.534	6.328	7.933	6.189	8.127	6.337	14%	19%
Rio de Janeiro	59.225	49.893	57.909	48.786	58.449	46.766	56.837	48.550	55.490	47.315	-6%	-5%
R. G. do Norte	7.096	6.716	7.546	7.147	7.516	7.114	6.912	6.515	6.943	6.529	-2%	-3%
Rio Grande do Sul	33.851	27.312	32.094	25.228	31.245	24.639	31.190	24.693	31.323	24.868	-7%	-9%
Rondônia	3.092	2.893	3.006	2.808	3.075	2.877	3.282	3.097	3.312	3.134	7%	8%
Roraima	813	813	813	813	810	810	810	810	743	743	-9%	-9%
Santa Catarina	16.798	12.888	15.088	13.342	15.148	13.306	15.256	13.355	15.382	13.435	-8%	4%
São Paulo	113.401	89.707	111.474	89.006	109.041	87.955	106.361	86.795	105.380	87.256	-7%	-3%
Sergipe	3.572	3.480	3.651	3.559	3.439	3.362	3.388	3.322	3.444	3.361	-4%	-3%
Tocantins	3.751	3.375	4.073	3.757	3.710	3.509	2.703	2.573	2.973	2.813	-21%	-17%
Brasil	504.303	420.168	499.997	422.826	498.058	423.975	490.403	419.540	490.621	421.013	-3%	0%

Fonte: SAS/MS 2000

6.1.1-Relação leitos por 1000 habitantes

No que se refere à relação leitos por 1000 habitantes (leitos totais nos hospitais da rede hospitalar), houve uma queda de 3,24 para 2,99 no período, correspondente a 8%. Essa variação negativa é observada na maioria dos estados, com algumas exceções das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Conforme a avaliação do MS, essa queda é consoante com as tendências mundiais e brasileiras de incentivo às práticas assistenciais de caráter extra hospitalar.

Tabela 2: Relação Leitos totais/1000 habitantes e leitos SUS/1000 habitantes, da rede hospitalar SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999

UF	1995		1996		1997		1998		1999		Variação 95-99	
	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS	Tot	SUS
Acre	3,33	3,36	3,23	3,23	3,05	3,05	2,99	2,99	2,89	2,89	-14%	-14%
Alagoas	2,80	2,38	2,82	2,46	2,88	2,53	2,85	2,55	2,68	2,42	-4%	2%
Amapá	2,36	2,32	2,03	2,00	2,17	2,12	1,85	1,82	1,81	1,77	-24%	-24%
Amazonas	1,70	4,63	1,64	1,58	1,63	1,57	1,58	1,53	1,77	1,71	4%	5%
Bahia	2,16	1,99	2,20	2,04	2,21	2,05	2,18	2,04	2,18	2,04	1%	2%
Ceará	2,62	2,33	2,55	2,35	2,46	2,29	2,40	2,24	2,38	2,22	-9%	-4%
Distrito Federal	2,28	2,20	2,21	2,15	2,17	2,10	2,09	2,02	2,04	1,98	-10%	-10%
Espírito Santo	2,67	2,36	2,61	2,32	2,47	2,23	2,41	2,19	2,39	2,17	-11%	-8%
Goiás	5,17	3,87	4,99	3,75	4,86	3,67	4,71	3,54	4,62	3,46	-11%	-11%
Maranhão	4,72	4,52	4,80	4,59	4,67	4,46	4,61	4,40	4,57	4,35	-3%	-4%
Mato Grosso	2,89	2,11	2,93	2,16	2,83	2,08	2,79	2,09	2,80	2,12	-3%	1%
Mato Grosso do Sul	2,98	2,70	3,01	2,73	3,18	2,87	3,08	2,78	3,13	2,82	5%	4%
Minas Gerais	3,10	2,55	3,07	2,53	3,08	2,56	3,05	2,54	3,00	2,49	-3%	-2%
Pará	1,56	1,26	1,75	1,45	1,74	1,48	1,81	1,54	1,93	1,64	24%	30%
Paraíba	3,31	2,54	3,40	2,61	3,47	2,69	3,46	2,68	3,50	2,72	6%	7%
Paraná	3,84	2,95	3,64	3,02	3,44	2,89	3,27	2,76	3,22	2,71	-16%	-8%
Pernambuco	2,95	2,77	2,97	2,85	2,93	2,81	2,90	2,78	2,88	2,77	-2%	0%
Piauí	2,63	1,95	2,77	2,07	3,17	2,35	2,92	2,28	2,97	2,32	13%	19%
Rio de Janeiro	4,45	3,75	4,32	3,64	4,31	3,67	4,15	3,55	4,02	3,43	-10%	-9%
Rio Grande do Norte	2,75	2,60	2,95	2,79	2,90	2,74	2,63	2,48	2,62	2,46	-5%	-5%
Rio Grande do Sul	3,53	2,85	3,33	2,62	3,20	2,52	3,16	2,50	3,14	2,49	-11%	-13%
Rondônia	2,31	2,16	2,45	2,28	2,45	2,29	2,57	2,43	2,55	2,42	11%	12%
Roraima	3,10	3,10	3,29	3,29	3,18	3,18	3,11	3,11	2,78	2,78	-10%	-10%
Santa Catarina	3,47	2,66	3,09	2,74	3,05	2,68	3,03	2,66	3,02	2,64	-13%	-1%
São Paulo	3,37	2,66	3,27	2,61	3,14	2,53	3,01	2,46	2,94	2,44	-13%	-8%
Sergipe	2,23	2,17	2,25	2,19	2,25	2,03	2,01	1,97	2,01	1,96	-10%	-9%
Tocantins	3,72	3,35	3,88	3,58	3,43	3,25	2,44	2,32	2,62	2,48	-30%	-26%
Brasil	3,24	2,70	3,18	2,69	3,12	2,66	3,03	2,59	2,99	2,57	-8%	-5%

Fonte: SAS/MS 2000

Apesar da redução, o estudo aponta que apenas em seis estados - Bahia, Distrito Federal, Sergipe, Pará, Amapá e Amazonas - este parâmetro ficou abaixo do preconizado de 2,32 leitos por 1000 habitantes.

No entanto, caso a análise considere apenas os leitos vinculados ao SUS, houve queda de 5% na relação leito por 1000 habitantes, passando de 2,70 para 2,57. Verifica-se que em vinte estados a relação se situa entre 2 e 3,5, e em seis estados aparecem diferenças de distribuição importantes. Em cinco estados - Pará, Amazonas, Amapá, Sergipe e Distrito Federal - existem disponíveis menos de 2 leitos/1000 habitantes e em apenas um estado (Maranhão) existe 4,35 leitos/1000 habitantes.

6.2- Utilização de leitos

6.2.1-Taxa de Ocupação

A análise da distribuição de leitos merece ser cotejada pelas taxas de ocupação dos mesmos. Em 1995 a taxa de ocupação média dos leitos SUS no país era de 54%, já em 99 essa taxa baixou para 48%. Assim, se esta for aplicada à relação leitos SUS/1000 habitantes conclui-se que, em termos de leitos efetivamente utilizados, a relação passa para 1,23 leitos/1000 habitantes, número significativamente menor devido à baixa taxa de ocupação observada.

A evolução da taxa de ocupação (Ver Tabela 3) mostra uma variação negativa de 11% para o Brasil como um todo. Em somente oito estados a taxa é maior do que 50% (RJ, SE, RS, SP, PR, MT e DF) e em apenas um deles, o Distrito Federal, a taxa é maior do que 70% (74%). Em estados como o Maranhão, cuja relação é de 4,35 leitos/1000 habitantes, a taxa de ocupação é de 24%, o que transforma a relação em 1,04 leito ocupado/1000 habitantes.

Tabela 3: Taxa de ocupação dos leitos SUS, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.

UF	1995	1996	1997	1998	1999	Variação 95-99
Acre	33%	27%	25%	27%	49%	49%
Alagoas	61%	58%	52%	49%	48%	-21%
Amapá	29%	27%	26%	29%	39%	36%
Amazonas	36%	36%	33%	35%	36%	-1%
Bahia	52%	51%	47%	49%	50%	-5%
Ceará	52%	45%	43%	44%	44%	-16%
Distrito Federal	61%	60%	64%	71%	74%	21%
Espírito Santo	57%	51%	51%	52%	52%	-8%
Goiás	39%	36%	36%	36%	37%	-5%
Maranhão	32%	26%	24%	24%	24%	-23%
Mato Grosso	60%	59%	56%	54%	54%	-11%
Mato Grosso do Sul	43%	42%	40%	41%	39%	-10%
Minas Gerais	60%	55%	52%	50%	47%	-21%
Pará	73%	63%	56%	52%	50%	-31%
Paraíba	59%	54%	45%	44%	43%	-27%
Paraná	55%	51%	52%	53%	54%	-3%
Pernambuco	55%	52%	49%	48%	48%	-13%
Piauí	63%	54%	46%	48%	50%	-20%
Rio de Janeiro	59%	57%	55%	52%	52%	-13%
Rio Grande do Norte	48%	43%	41%	49%	50%	4%
Rio Grande do Sul	51%	54%	54%	53%	53%	5%
Rondônia	42%	42%	39%	34%	40%	-6%
Roraima	10%	17%	5%	29%	33%	229%
Santa Catarina	54%	49%	48%	46%	48%	-11%
São Paulo	59%	56%	55%	55%	54%	-10%
Sergipe	48%	47%	51%	51%	52%	8%
Tocantins	34%	30%	32%	44%	42%	23%
Brasil	54%	51%	49%	49%	48%	-11%

Fonte: SAS/MS 2000

6.2.2-Tempo Médio de Permanência

O tempo médio de permanência das AIH no período sofreu variação negativa de 4%, passando de 6,26 em 95 para 5,98 em 99. Entretanto, as médias observadas em alguns estados chamam a atenção, por se manterem em níveis elevados, como em São Paulo, com 7,15 dias, e Rio de Janeiro com 8,92 dias. É relevante se observar ainda que em alguns dos estados mais populosos como São Paulo e Rio Grande do Sul não houve variação de valores no quinquênio.

6.3- AIH pagas

Outro dado compilado é o número de AIH pagas. A série histórica de AIH pagas mostrou que, de 1995 – quando a distribuição das AIH era feita com base em 10% da população – para 1999, houve uma queda absoluta de 13.275.064 para 12.438.376, uma redução de 6%.

Tabela 4: AIH pagas, segundo estado da federação, Brasil, 1995-1999.

UF	1995	1996	1997	1998	1999	Varição 95-99
Acre	41.710	38.258	36.944	34.437	48.331	16%
Alagoas	232.180	229.930	220.977	208.203	201.952	-13%
Amapá	18.750	18.357	18.760	18.624	23.393	25%
Amazonas	124.756	115.472	110.302	115.546	127.219	2%
Bahia	1.050.877	1.033.768	992.525	1.044.609	1.085.236	3%
Ceará	597.677	535.995	528.970	518.898	531.989	-11%
Distrito Federal	142.835	138.653	147.262	159.493	158.214	11%
Espírito Santo	231.131	210.615	209.733	209.286	206.771	-11%
Goiás	366.932	339.470	333.138	344.762	377.962	3%
Maranhão	475.458	425.986	411.752	404.948	397.762	-16%
Mato Grosso	208.580	197.289	196.497	201.656	196.190	-6%
Mato Grosso do Sul	153.897	156.818	162.997	164.652	167.118	9%
Minas Gerais	1.465.428	1.375.570	1.372.644	1.311.803	1.285.526	-12%
Pará	436.517	455.924	449.199	455.588	486.384	11%
Paraíba	310.311	289.261	259.924	259.825	270.939	-13%
Paraná	829.699	802.676	808.619	807.192	827.352	-0,3%
Pernambuco	657.838	639.025	622.455	599.860	595.909	-9
Piauí	242.317	230.484	234.214	239.608	259.261	7%
Rio de Janeiro	1.143.971	1.052.624	1.061.472	1.002.890	1.000.324	-12,6%
Rio Grande do Norte	205.993	187.214	183.301	195.814	195.677	-5%
Rio Grande do Sul	845.056	818.210	811.171	801.609	809.269	-4%
Rondônia	120.696	115.564	122.759	116.576	124.376	3%
Roraima	6.954	9.995	2.682	15.747	17.298	149%
Santa Catarina	434.275	421.975	424.031	411.558	415.143	-4,4%
São Paulo	2.715.947	2.471.589	2.405.363	2.380.248	2.393.348	-11,9%
Sergipe	123.090	128.409	130.315	130.145	136.353	11%
Tocantins	92.189	91.751	93.458	95.236	99.079	7%
Brasil	13.275.064	12.530.882	12.351.464	12.248.632	12.438.376	-6%

Fonte: SAS/MS 2000

Neste aspecto, cabe considerar que essa diminuição, gradativamente distribuída ao longo dos anos (Tabela 4), tem entre seus componentes de motivação a utilização de novos parâmetros de cobertura utilizados pelo MS de 9% da população ao ano, que deram norte à distribuição de AIH a partir de 95 (PT/MS/15/95). Essa medida ministerial de redução do parâmetro visou corrigir desigualdades regionais e estaduais, e privilegiar cuidados preventivos e ambulatoriais, em detrimento das hospitalizações.

A análise da distribuição de AIH por regiões mostra que em 1999, a região Centro-Oeste foi responsável por 7,2% das internações pagas; a Norte por 7,4%; a Região Sul por 16,5%; a Nordeste por 29,5%; e a Sudeste por 39,3%.

Quanto à evolução desta distribuição, pode-se constatar que houve aumento nas regiões Norte (10%) e Centro-Oeste (3%). Em contrapartida, ocorreram reduções nas Regiões Sudeste (12,1%), Nordeste (6%) e Sul (2,7%).

Para o MS, o aumento considerável no número de AIH nas Regiões Norte e Centro-Oeste foi decorrente de uma política de expansão dos leitos hospitalares em alguns estados dessas regiões, para a atenuação das desigualdades regionais de oferta hospitalar.

A frequência de AIH por 1000 habitantes/ano, que aponta para a taxa de internação efetivada, mostra um decréscimo de 11% no período, passando de 8,5% em 1995, para 7,5% em 1999.

6.3.1- AIH segundo especialidade

A seguir, procede-se à análise das AIH pagas conforme as especialidades de Clínica Médica, Cirurgia, Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria. Além daquelas destinadas a pacientes crônicos, reabilitação e fisiologia e as que se inserem dentro dos Sistemas de Alta Complexidade. São elas: AIDS, Cardiologia, Deformidade Craniofacial, Deficiência Auditiva, Gastroplastia, Implante Coclear, Neurocirurgia, Polissonografia, Oncologia, Ortopedia, ósteo-integrado, Tratamento para Epilepsia e Transplantes.

a) Clínica Médica

As AIH de Clínica Médica mostraram variação negativa da ordem de 12%. Estas passaram de 4.736.535 em 1995, para 4.175.624 em 1999, sendo as maiores variações negativas as ocorridas em: Alagoas e Tocantins (-33%); Espírito Santo (-23%); e São Paulo e Ceará (-22%). São Paulo e Minas Gerais foram responsáveis, em 99, por 30,3% das internações clínicas efetuadas no país.

No que concerne ao percentual de AIH clínicas sobre o total de internações, verifica-se que, no período, houve uma variação percentual de -6% no Brasil. Em 1999, estas internações representaram 34% das internações totais, em 1995, representavam 36%

b) Cirurgia

Em termos de AIH cirúrgicas, constata-se um pequeno decréscimo de 1995 a 1998 e uma recuperação de 1998 para 1999, resultando numa variação positiva

de 4%. Foram pagas em 1995, 2.485.977 AIH na especialidade, em 1999, foram pagas 2.596.390.

O percentual de cirurgias sobre o total de internações foi de 20,9%, para o Brasil, em 1999, que equivale a uma variação positiva de 11%. Em apenas 3 estados observa-se redução proporcional deste tipo de internação (Maranhão, Paraíba e Rondônia), em todos os demais houve aumento proporcional. Os estados com maior variação positiva foram: Roraima (78%), Distrito Federal (74%) e Tocantis (63%). No Estado de São Paulo a variação foi de 18%.

A cirurgia representou, em 1999, 42,4% das internações no Distrito Federal e 24,7% em São Paulo.

c) Obstetrícia

As internações de obstetrícia baixaram 8%, de 1995 para 1999. De 3,2 milhões de AIH em 1995, chegaram a 2,9 milhões em 1999. Somente em 6 estados da Região Norte verificou-se aumento destas internações, nos demais, houve redução. Para São Paulo, registra-se variação negativa de 14%, passando de 600 mil em 1995, para 516 mil, em 1999.

No que diz respeito ao percentual da especialidade no total das AIH, não se observa variação importante para o Brasil, no período. Houve uma variação negativa de 2%. Em 1995, estas respondiam por 24,6% das internações e em 1999 passaram a responder por 24,1%. Em São Paulo, a mesma variação negativa é verificada.

O número de partos cobertos pelo SUS apresentou um decréscimo de -13% de 1995 para 1999. Em São Paulo este decréscimo atingiu -18%.

d) Pediatria

As internações em pediatria mostraram 5% de aumento no período, no país, passaram de 1.630.866 AIH em 1995, para 1.716.296 em 1999. No estado de São Paulo houve pequena variação positiva de 1%. De 252.724 AIH em 1995, passou a 254.489 em 1999.

O percentual que coube à pediatria em relação ao total das internações no Brasil foi de 13,8% no ano de 1999, o que significa uma variação percentual positiva de 12% no decorrer dos 5 anos. Em 1995, estas representavam 12,3% do total de AIH. São Paulo mostrou variação positiva de 14% pois em 1995 a especialidade respondia por 9,3% das AIH e em 1999 passou a responder por 10,6% delas.

e) Psiquiatria

No caso específico da Psiquiatria, existem dados disponíveis para AIH e internações, diferenciadamente. Isto foi possível porque nesta especialidade é permitida a emissão de mais de uma AIH por paciente internado. A primeira AIH emitida (chamada AIH 7) permite a permanência de até 45 dias, a partir deste período, havendo a necessidade da continuidade da internação, é permitida a emissão de uma nova AIH (chamada AIH 5) com o mesmo número que a anterior que admite permanência de 107 dias.

Por isso, acredita-se que a aproximação do número mencionado como de internações com as internações de fato ocorridas deva ser maior do que nas demais especialidades.

Na psiquiatria, houve uma redução do número de internações de -9% no período, no Brasil. Essa diminuição é verificada na maioria dos estados do país. Em 1995 foram 436.319 internações e em 1999 estas chegaram a 398.361.

A política de saúde mental deve ter sido a principal responsável pela redução. Desde o início da década de 90 tem sido implementadas ações mais incisivas no sentido da desospitalização deste tipo de paciente.

O percentual das internações em psiquiatria sobre o total de internações mostrou variação negativa de -3% no período 1995 a 1999. Em 1995 elas respondiam por 3,3% do total e em 1999 por 3,2%.

Em 1995, em São Paulo estas internações significavam 5,2% das internações totais e em 1999 passaram a 4,8%, o que representa uma variação negativa de -7%.

Os números das AIH em psiquiatria equivalem a mais do que o dobro do número de internações, disto se conclui que há a emissão de 2 AIH, em média, para cada paciente internado. Em 1995 foram emitidas 939.656 AIH e em 1999 foram emitidas 827.064. Constata-se uma variação negativa de -12%

A proporção de AIH psiquiátricas sobre as demais AIH, no país, foi de 6,6% em 1999, com uma variação de -6% no período, em 1995 era de 7,1%. Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram proporções maiores do que o global, com 14,7% e 10,9% respectivamente. Este último, apesar de se situar acima do nível nacional em 1999, mostrou uma variação negativa de -11%, no quinquênio.

Na especialidade, cabe destacar o grande aumento das AIH em hospital-dia. De 6.575 em 1995, passaram para 17.273 em 1999, isto é, uma variação de

163%. Tal ocorrência deve ser reflexo das políticas para saúde mental implementadas nos últimos 10 anos.

f) AIH de Crônicos

Este tipo de AIH se destina aos portadores de patologias de evolução lenta, ou de sequelas de patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes. Estas AIH tiveram uma redução de -57,1%, no Brasil, de 1995 para 1999. Em 1995 elas somavam 189.262 e em 1999, 81.241.

No que concerne ao percentual deste tipo de internações sobre o total, observa-se que houve redução progressiva no período. Em 1995 representava 1,4% do total de internações, em 1999, representou 0,7%, uma variação negativa de -54%.

Para o Ministério, esta redução era meta da atual política de saúde, que introduziu programas e ações que visam a desospitalização desses pacientes, proporcionando-lhes “um atendimento mais humanizado e próximo do seu ambiente familiar” (MS, 2000).

g) Reabilitação

Esta modalidade de AIH destina-se às pessoas portadoras de deficiência que necessitam, segundo motivos médicos, internação em hospitais previamente habilitados para proporcionar, além das especialidades médicas, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, e psicologia, entre outros.

Esta AIH propicia o pagamento de 45 dias de internação, com possibilidade de permanência maior do que esse período, quando se fornece nova AIH.

O número destas AIH cresceu 8% no período, em 1995 foram 4.557 e em 1999, foram 4.903. Em São Paulo houve acréscimo de 75%, em 1995 foram emitidas 506 AIH e em 1999, 124.

A análise destas internações fica prejudicada uma vez que existem em apenas 6 estados, hospitais habilitados para este tipo de atenção (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo e São Paulo). Além disso, os atendimentos prestados pela rede Sarah Kubitscheck, hospitais especializados neste cuidado, não integram as informações disponíveis. O pequeno número das AIH, em especial para São Paulo, prejudica ainda mais a interpretação dos dados.

h) Tisiologia

As internações em tisiologia duplicaram de 1995 para 1999 no país, mostraram variação positiva de 105%. Em 1995 somaram 10.157 e em 1999, 20.818 internações. O estado de São Paulo apresentou um aumento de 498%, foram 1.183 em 1995 e 7.077 em 1999.

Estes números ganham destaque por se referirem a uma área onde tanto as políticas de saúde específicas como a tecnologia disponível apontam para os cuidados extra hospitalares. Há mais de 2 décadas são implementadas ações no sentido de diminuir cada vez mais o número de internações, que são reservadas para situações bastante precisas e graves da patologia. Entretanto, o grande aumento das internações se faz presente e deve ser representativo do que está

ocorrendo por se tratar de uma clientela com baixa cobertura pelos sistemas complementares, sendo quase exclusivamente coberta SUS.

i) Alta Complexidade

Os dados sobre as AIH de Alta Complexidade referem-se às internações realizadas nas especialidades e sub-especialidades mencionadas no início do capítulo e realizadas nos estabelecimentos previamente avaliados e cadastrados onde exista qualificação para o cuidado na área específica.

Estima-se que o SUS tenha, diferentemente do que nos demais níveis de atenção, cobertura populacional de 90% na alta complexidade (OPS, 1998), o que torna os dados disponíveis mais representativos da realidade brasileira.

O atendimento hospitalar em alta complexidade apresentou, no Brasil, uma variação positiva de 104,9%, nos 5 anos. Em 1999 foram emitidas 296.000 AIH, contra 144.000 em 1995. Enquanto o número geral de AIH diminuiu no país 6%, o número da alta complexidade duplicou.

Conforme os dados, todos os estados da federação, exceto Roraima, mostraram aumento. Os estados que mais internaram em alta complexidade, ao longo do período, mantendo um patamar constante dessas internações sobre os demais foram: São Paulo (40%); Rio Grande do Sul (10%); Minas Gerais (9%), e Paraná (8%).

Os maiores aumentos ocorreram nos estados da região Norte do país: Amapá (2.300%); Tocantins (1.103%); Acre (850%); Amazonas (551%); e Rondônia (261%). Isto demonstra, para o Ministério, uma qualificação dos recursos hospitalares nesta região. Sem dúvida, este fato aponta para uma melhor

distribuição de recursos pelo território nacional, uma vez considerada a efetiva avaliação dos serviços acreditados para a execução deste tipo de internação.

Apresenta-se a seguir uma resenha dos números referentes às internações em cada especialidade deste sistema, com sua evolução no período.

Tabela 5: Número de internações no sistema de Alta Complexidade no Estado de São Paulo e no Brasil em 1995 e 1999, estado com maior percentual de atendimento na especialidade e estado com maior variação no período.

Especialidade	São Paulo			Brasil			Estado com maior %	Estado com maior var%
	1995	1999	Variação%	1995	1999	Variação %		
AIDS	15.686	13.350	- 15%	31.842	37.558	+ 18%	SP – 38%	MS – 207%
Cardiologia	20.689	23.710	+ 15%0	51345	62457	+ 21,6%	SP – 38%	PA – 95,8%
Deformidade Craniofacial	6.665	20.043	+201%	7.109	20.375	+ 187%	SP – 98%	SP – 201%
Deficiência Auditiva	-	5075	-	-	5.075	-	SP – 100%	SP – 100%
Epilepsia	32	234	+ 631%	338	578	+ 71%	SP – 40%	SP – 631%
Gastroplastia	-	3	-	-	63	-	PE – 79%	-
Implante Coclear	19	49	+ 158%	19	49		SP – 100%	SP – 158%
Neurocirurgia	-	19.672	-	-	62.917	-	SP – 31%	-
Oncologia	11.981	20.282	+ 69%	43.418	76.763	+ 77%	SP – 26%	RO – 645%
Ortopedia	2.315	3.578	+ 55%	5.329	7.757	+ 46%	SP – 46%	ES – 263%
Ósteo-Integrado	173	227	+ 31%	173	227	+ 31%	SP – 100%	SP – 31%
Polissonbografia	-	2.479	-	-	2.502	-	SP – 99%	-
Transplante	1.931	9.967	+ 416%	4.420	21.080	+ 328%	SP – 47%	RS – 999%

Fonte: SAS/MS, 2000.

Tabela 6: Distribuição proporcional das AIH segundo especialidade, para o Brasil e o Estado de São Paulo em 1995 e 1999.

Especialidade	Estado de São Paulo			Brasil		
	1995	1999	Var%	1995	1999	Var%
Clínica Médica	34%	30%	-11%	36%	34%	-6%
Cirurgia	20,9%	24,7%	18%	18,7%	20,9%	11%
Obstetrícia	22,1%	21,6%	-2%	24,6%	24,1%	-2%
Pediatria	9,3%	10,6%	14%	12,3%	13,8%	12%
Psiquiatria	5,2%	4,8%	-7%	3,3%	3,2%	-3%
Crônicos	1,5%	1,6%	7%	1,4%	0,7%	-54%
Alta Complexidade	2,2%	4,9%	125%	1,1%	2,4%	118%
Outras	4,8%	1,8%		2,6%	0,9%	
Total	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	

Fonte: SAS/MS 2000

Tabela 7: Frequência de AIH, segundo especialidade, Brasil e Estado de São Paulo em 1995 e 1999.

Especialidade	Estado de São Paulo			Brasil		
	1995	1999	Var%	1995	1999	Var%
Clínica Médica	920.222	720.259	-22%	4.736.535	4.175.624	-12%
Cirurgia	566.971	592.038	4%	2.485.977	2.596.390	4%
Obstetrícia	599.044	516.601	-14%	3.271.479	2.998.767	-8%
Pediatria	252.724	254.489	1%	1.630.866	1.716.296	5%
Psiquiatria	332.363	260.878	-22%	939.656	827.064	-12%
Crônicos	41.370	38.880	-6%	189.262	81.241	-57%
Reabilitação	71	124	75%	4.557	4.903	8%
Alta Complexidade	59.491	118.666	99%	144.493	296.073	105%
Total	2.715.947	2.393.348	-11,9%	13.275.064	12.438.376	-6,3%

Fonte: SAS/MS, 2000.

Observando-se a tabela acima, percebe-se que a somatória das frequências das especialidades é maior do que a frequência global apresentada, isto pode ter ocorrido caso tenha sido contabilizado no global as AIH pagas e nas especialidades as AIH apresentadas. A soma é cerca de 5% maior do que o total, caso isto tenha ocorrido o que se presume, as glosas devem ter correspondido a este valor.

As variações tanto em valores absolutos como em participação no total, deixam claro que as internações totais tem se reduzido consideravelmente. A Clínica médica e a Psiquiatria são as responsáveis principais pela redução. A

obstetrícia também teve redução de menor amplitude. É importante salientar que houve redução em valores absolutos, apesar do aumento populacional do período. A pediatria manteve-se estável e os maiores aumentos tanto no número como na proporção reside na alta complexidade.

É notável que todas as tendências verificadas para o Brasil, mostram-se acentuadas para o estado de São Paulo, mesmo se considerando que este seja o maior consumidor de AIH do país

Hospital-Dia

Os dados sobre esta modalidade assistencial se referem exclusivamente à especialidade psiquiatria, já tendo sido comentados anteriormente. Infelizmente, não há dados disponíveis para as demais situações onde há a possibilidade de cobrança por este tipo de AIH, como AIDS e Quimioterapia.

6.4- Internações em regime de terapia intensiva

Optou-se por agrupar os dados relativos à terapia intensiva e analisá-los em separado. Esta decisão se deu por se tratarem de leitos diferenciados, que se destinam ao suporte de diversas especialidades. Sua forma de financiamento também é diferenciada, a remuneração nessa modalidade de assistência se faz por diárias e não por AIH relativa a um determinado procedimento.

Além disso, as necessidades deste tipo de leito são dimensionadas por padrões específicos. O Ministério da Saúde trabalha com o parâmetro de 4 leitos de Terapia Intensiva para cada 100 leitos hospitalares (MS, 2000).

a) Leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI

O Brasil dispunha, em 1995, na rede hospitalar vinculada ao SUS, de um total de 9.295 leitos de UTI. Em 1999, esse número passou a ser de 11.110 leitos, um aumento de 20%. Se for considerado o parâmetro acima citado, apesar do aumento verificado, o país ainda possui um déficit de 5.730 leitos, para uma necessidade de 16.840, distribuídos homogeneamente entre adulto, infantil e neonatal.

Os estados onde a oferta mais se ampliou foram: Tocantins (1.016%); Distrito Federal (75%); e Amazonas (63%). São Paulo teve um aumento de 29% destes leitos, de 2.938 em 1995, passou a ter 3.792 em 1999. Este estado concentra 34% do total de leitos de UTI no país.

A taxa de leitos de UTI para cada 100 leitos variou positivamente em 19%. O Brasil apresentou, em 1999, uma taxa de 2,64%, enquanto em 1995 a taxa era de 2,21%. O Rio Grande do Sul é o estado com a maior taxa (5,54%), seguido por São Paulo (4,35%).

b) Diárias de UTI

Observando-se a evolução das diárias de UTI, verifica-se um aumento de 6% de 1995 para 1999, proporcionalmente menor do que o aumento no número desses leitos (20%). Isso indica uma menor taxa de utilização deles.

O sistema consumiu, no Brasil, 1.819.337 diárias em 1995, contra um consumo de 1.924.410 em 1999, uma variação positiva de 6%. São Paulo consumiu quase 1/3 destas diárias, tendo apresentado, no período, um aumento de 9%

6.5- Gastos com AIH

Procede-se neste item a uma síntese da evolução dos gastos com as hospitalizações no sistema, na perspectiva de buscar indícios das tendências do perfil das hospitalizações.

O quinquênio mostrou uma variação positiva de 33% nos gastos, foram dispendidos recursos da ordem de 3,5 milhões de reais em 1995 e 4,7 milhões em 1999. Os gastos na região sudeste cresceram 31% e no estado de São Paulo o crescimento foi de 35%. Este estado consumiu ao longo do período, 25% dos recursos das hospitalizações.

Os valores da AIH média se ampliaram em 42% no país e em 53% no estado, isto indica que houve aumento dos valores gastos por hospitalização, podendo apontar para a complexidade maior das internações e/ou do maior consumo de recursos em cada uma.

Dos elementos que constituem a AIH – serviços hospitalares (SH), serviços profissionais (SP) e serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) - , os SH foram os que apresentaram menor variação (29%), seguidos pelos SP (36%). Os SADT foram os que mostraram maior variação (53%). Isto quer dizer que estes últimos vem ampliando a sua participação na composição das AIH e esta evolução reflete principalmente a incorporação de tecnologia em equipamentos.

A evolução dos gastos por especialidade também não se mostrou homogênea. Enquanto houve variação menor que a global (33%) nas especialidades de clínica médica (17%) e na psiquiatria (6%), houve variação

maior nas especialidades de cirurgia (43%), obstetrícia (42%) e pediatria (42%). Na psiquiatria, no entanto, os gastos com Hospital-dia se elevaram em 197%.

Apesar da considerável redução das internações nos pacientes crônicos, os gastos nestas hospitalizações cresceram 23% no período. São Paulo foi responsável por 50,2% dos gastos na especialidade e o Rio de Janeiro, por 25,1%. Esses 2 estados somam 30,2% da população brasileira, isto denota que ainda se trabalha com uma situação de distribuição bastante desigual.

Em São Paulo, os gastos com Clínica médica se ampliaram em 10%.

A distribuição proporcional dos gastos por especialidade são apresentados na tabela abaixo

Os gastos relativos ao sistema de alta complexidade dobrou nos 5 anos observados, em 1995 foram gastos R\$ 338 milhões e em 1999, R\$ 678 milhões. São Paulo consumiu quase 40% desses recursos, Rio Grande do Sul consumiu 12%, Paraná 11% e Minas Gerais 9%. As maiores variações ocorreram nos estados da região norte. Em 1995 os gastos com a alta complexidade representavam 10% dos gastos totais, em 1999 a participação passou a ser de 14,3%.

Tabela 8: Gastos com AIH segundo especialidade, para o Brasil e o Estado de São Paulo em 1995 e 1999.

Especialidade	Estado de São Paulo			Brasil		
	1995	1999	Var%	1995	1999	Var%
Clínica Médica	215989431	237354458	+10	998209412	1167454612	+17
Cirurgia	336391150	519854437	+55	1152876175	1716194533	+49
Obstetrícia	96386109	132764278	+38	510100520	725371522	+42
Pediatria	66216336	101163595	+53	375392778	533675618	+42
Psiquiatria	142187376	167471596	-5	418993421	445496036	+6
Crônicos	22.742.723	58.929.046	+159	95.672.135	117.416.354	+23
Reabilitação	49998	97931	+96	3342153	4665522	+40
Alta Complexidade	136723998	259118080	+90	338629717	678758838	+100

Fonte: SAS/MS, 2000.

6.6-A interpretação dos dados pelo Ministério da Saúde

(A análise oficial - Ministério da Saúde, 2000)

À luz dos dados apresentados anteriormente, o Ministério destaca os doze pontos que se apresentam abaixo e se discutem a seguir.

Considera então:

- 1- Que o número de leitos à disposição do SUS situa-se “acima do parâmetro preconizado e utilizado de 2,32/1.000 habitantes, na maioria dos estados brasileiros” (MS, 2.000);
- 2- Que 86% dos leitos dos hospitais vinculados ao Sistema estão à disposição do SUS;
- 3- Que a Taxa de Ocupação dos leitos cadastrados é de 48%, e isso “aponta para a necessidade de estudos sobre o assunto por parte dos gestores” (MS, 2.000);
- 4- Que o aumento em 20% nos leitos de UTI é reflexo da recomposição de valores de tabela para este tipo de cuidado, em especial a expansão verificada após 1988;
- 5- Que as variações observadas na Psiquiatria, a redução de 12% no número de AIH e o aumento de 163% da frequência de AIH em Hospital-dia em Psiquiatria são produtos e reforçam a atual política de saúde mental de gradativa substituição do sistema centrado no hospital, por uma rede integral, diversificada e ampliada de assistência, cuja ênfase está no regime ambulatorial;

- 6- Que a redução das hospitalizações de pacientes crônicos (- 57%), demonstra que as medidas tomadas para incentivar outras formas de atendimento a pacientes que demandam cuidados prolongados foram efetivas e propiciaram “um atendimento mais humanizado e próximo ao seu ambiente familiar” (MS, 2000).
- 7- Que a evolução da frequência e consequente aumento dos gastos em fisiologia ocorridos em alguns estados merecem destaque e estudo no sentido da elucidação das causas desse aumento.
- 8- Que a incorporação de tecnologias assistenciais inovadoras, substitutivas das internações convencionais, levaram à “...diminuição na frequência das AIH e ao incentivo ao atendimento domiciliar, às cirurgias laparoscópicas e oftalmológicas ambulatoriais e ao regime de atendimento em hospital-dia para aids, psiquiatria e pacientes crônicos.” (MS, 2000).
- 9- Que houve redução na taxa de cesáreas no país, no SUS e que este fato diminuiu sobremaneira os riscos na morbimortalidade materna e fetal.
- 10-Que houve aumento nas internações e nos gastos nos sistemas de alta complexidade, que envolvem procedimentos de alto custo, isto devido ao acesso universal do SUS e à qualidade dos serviços, vêm sendo buscados por toda a população, mesmo aquela coberta pelos demais convênios de saúde.
- 11-Que houve recomposição nos valores de tabela pagos aos prestadores, que se expressa pelo aumento dos gastos no custeio hospitalar da

ordem de 33%, apesar da redução das internações. Houve reajustes diferenciados nos valores, direcionados a áreas específicas, como: UTI; hospital-dia em psiquiatria; tisiologia; cardiologia; oncologia; neurocirurgia; assistência ao parto; e urgência e emergência. Além disso, houve recomposição geral da tabela em 1996 e pagamento em dia , nos últimos anos.

12-Que houve redistribuição dos recursos do SUS, no sentido de torná-lo mais equânime. Isto se demonstrou pelo crescimento nos gastos hospitalares ocorrido na região norte, que superou o gasto das demais regiões e que isto ampliou a oferta de serviços à população.

6.7-Considerações

Com respeito ao número de leitos disponíveis - relação de leitos por 1000 habitantes e sua taxa de ocupação - cabem algumas indagações. Primeiramente, do ponto de vista da distribuição de leitos, num país de dimensões continentais como o Brasil, pode haver situações muito diversas quanto à disponibilidade de leitos e o parâmetro refletindo a média nacional ajuda de maneira restrita a compreensão sobre esta realidade. Em segundo lugar, o modo de utilização de uma mesma quantidade de leitos pode fazer variar significativamente a quantidade de internações oferecidas.

A taxa de ocupação menor do que 50% faz pensar que, em termos de leitos utilizados o parâmetro cai para menos da metade do que de leitos disponíveis por 1000 habitantes, o que demanda aprofundamento da discussão sobre este aspecto. Mesmo porque, a análise do parâmetro deverá ser acompanhada pela análise das modalidades assistenciais e outros programas de atenção com acesso à população.

Quanto aos leitos e internações em UTI, acredita-se que seja um exemplo patente da potência que as políticas de financiamento possuem para direcionar a assistência oferecida. À medida que os valores pagos por determinado serviço aumentam, o setor de prestadores responde aumentando a oferta deles.

Na área da saúde mental, parece que não apenas o financiamento, mas as políticas específicas tiveram êxito na mudança do panorama. Efetivou-se a redução drástica das internações e foram oferecidos serviços substitutivos a elas.

Reconhece-se que o movimento neste sentido tem mais de 10 anos e no momento já é possível perceber o seu impacto.

Parece prematuro afirmar que as inovações tecnológicas substitutivas às internações convencionais tenham sido determinantes para a redução do número das AIH. Essas podem ter sido instrumentos para a implementação de uma política de redução de internações via redução progressiva das quotas de AIH para estados e municípios, pela utilização de parâmetros de taxa de internação populacional decrescente, que chega no atual momento a 8%.

O expressivo aumento na área de alta complexidade, tanto em termos de produção, como de gastos, ilustra que, nesta área, o setor público se responsabiliza pela quase totalidade dos procedimentos. O acesso universal do SUS possibilita que mesmo a população beneficiária de qualquer outro plano de saúde complementar dele se beneficie nesta circunstância. A explicação parece residir no fato de que até bem pouco tempo atrás (regulamentação) os planos de saúde podiam excluir patologias e procedimentos que, em sua maioria, eram os de maior complexidade e custo. Assim, nestas circunstâncias, às pessoas, não restava outra alternativa senão recorrer ao SUS. Um clássico exemplo disto é a área de hemodiálise.

Quanto à redistribuição dos recursos, é inegável que se tenha caminhado neste sentido. Contudo, a concentração de recursos, de gastos e de produção em poucos estados, verificada inúmeras vezes ao longo desta exposição, evidencia o quanto ainda é preciso avançar em termos da equalização dos recursos pelo território nacional

7- SERVIÇOS AMBULATORIAIS NO SUS

Com relação à evolução dos serviços ambulatoriais oferecidos pelo SUS foi possível localizar uma análise realizada da expansão da oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais do SUS na década de 90 por Santos e Arruda (CALASS, 2000) que chegam às seguintes conclusões:

- Houve expansão da oferta dos serviços de menor complexidade nas áreas de Patologia Clínica e Pediatria.
- Houve redistribuição dos serviços que exigem profissionais e equipamentos mais especializados como Radiologia e Obstetrícia.
- Houve expansão concentrada dos serviços de mais alta complexidade em especial os de Diálise e Cirurgias Cardíacas. Consideram que os resultados observados são:
 - Coerentes com a percepção de profissionais do setor.
 - Indicativos da necessidade de fazer estudos mais específicos, incluindo dados mais recentes. As autoras apresentam dados da produção ambulatorial para os anos de 1995 e 1998 e tecem comentários sobre a oferta de exames radiológicos e de patologia clínica e de serviços de diálise.

Tabela 9: Total de Procedimentos Ambulatoriais SUS, 1995 e 1998, Brasil, 2001.

Ano	1995	1998	Variação %
Região			
Norte	68.240.769	71.524.854	4,8
Nordeste	299.762.434	333.220.036	11,2
Sudeste	574.372.610	590.155.438	2,7
Sul	203.983.256	181.955.910	-10,8
Centro-Oeste	84.521.425	91.707.937	8,5
Brasil	1.230.880.494	1.268.564.175	3,1

Fonte SIH-SUS em www.datasus.gov.br

Os autores afirmam que houve expansão da oferta de procedimentos de patologia clínica em todos os extratos e que houve redução dos exames radiológicos no país, porém, com oferta mais distribuída entre as regiões

Quanto aos serviços de diálise concluem que houve aumento considerável dos atos realizados, com aumento concentrado nos municípios de maior porte.

8- ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO DE 1992 A 2000

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo através da CIS – Centro de Informação de Saúde, procedeu a um levantamento de dados sobre a atenção hospitalar prestada no estado de 1992 até o ano de 2000, que serão apresentadas e comentadas a seguir.

Embora o período disponível seja maior do que aquele a que se refere o capítulo anterior e cubra a década de 90, a diversidade dos dados abordados é consideravelmente menor. No caso, as informações referem-se exclusivamente à capacidade instalada e à disposição do SUS, não havendo indicações da evolução da utilização desta capacidade ao longo do período.

Os registros a respeito das hospitalizações, sobretudo aqueles do início dos anos 90, que ampliariam a análise anterior para São Paulo, não se apresentam disponíveis

Foi possível obter dados sobre:

- O número de hospitais vinculados ao SUS e sua natureza jurídica
- O número de leitos existentes nesses hospitais e número de leitos cadastrados para o SUS
- O número de leitos segundo especialidade
- A relação leitos por 1000 habitantes

Tabela 10: Hospitais vinculados ao SUS, segundo sua natureza, no estado de São Paulo de 1992 a 2000.

Ano	Natureza				Total	
	Público		Privado	Filantropico	Universitário	
	Estadual	Municipal				
1992	45	121	274	323	19	782
1993	44	130	263	326	23	786
1994	43	129	262	325	26	785
1995	43	112	228	331	26	740
1996	45	116	202	344	26	733
1997	48	124	151	375	26	724
1998	47	129	145	377	27	725
1999	47	127	136	384	28	723
2000*	47	126	132	386	29	721
Var %	4,44	4,13	-51.82	19,50	52,63	-8,15

* julho de 2000

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CIS, 2001

Como se pode observar na tabela acima, ocorreu, durante a década de 90, uma redução do número de hospitais vinculados ao Sistema da ordem de 8%. Este decréscimo se fez, exclusivamente, às custas dos hospitais privados

contratados, que diminuíram em mais de 50%. Todas as demais categorias mostraram ampliação, em especial os universitários.

Tabela 11: Leitos hospitalares existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua natureza, no estado de São Paulo de 1992 a 2000.

Ano	Natureza				Total	
	Público		Privado	Filantropico		
	Estadual	Municipal		Universitário		
1992	15.595	6.089	42.489	42.076	8.660	114.909
1993	14.488	6.443	40.183	43.146	11.858	116.118
1994	14.300	6.584	38.866	42.978	12.642	115.370
1995	14.148	6.161	34.899	43.610	12.929	111.747
1996	14.078	6.531	31.954	45.128	13.268	110.959
1997	14.377	7.202	22.887	48.883	13.335	106.684
1998	14.295	7.506	21.870	48.833	13.964	106.468
1999	14.101	7.567	19.705	48.984	14.222	104.649
2000*	14.174	7.644	18.705	48.922	14.357	104.001
Var %	-9,11	25.54	-55,67	16,27	65,79	-9,49

* julho de 2000

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CIS, 2001

A evolução dos leitos nos hospitais vinculados segue no mesmo sentido do que aquela observada no número de hospitais. No entanto, sua intensidade é

maior. Aqui também se observa redução do número de leitos, às custas principalmente dos hospitais privados contratados, em mais de 50%. Surge como outro componente da redução o decréscimo no número de leitos nos hospitais estaduais (-9,11%), que se ampliaram em número de hospitais e diminuíram em número de leitos.

O maior incremento absoluto se deu no grupo dos filantrópicos, 6846 leitos, seguido pelos universitários, 5697 leitos. A maior variação positiva relativa ocorreu neste último grupo, 65,79%.

A somatória das variações verificadas resulta numa redução de 10.908 leitos no Estado, equivalentes a quase 10% do total.

A relação leitos por 1000 habitantes mostrou, no período de análise, uma queda de mais de 20%. Passou de 3,59 em 1992, para 2,86 em 2000. A evolução deste indicador foi de decréscimo progressivo ao longo da década.

Tabela 12: Relação leitos por 1000 habitantes no Estado de São Paulo de 1992 a 2000.

Ano	Leitos por 1000 habitante
1992	3,59
1993	3,55
1994	3,47
1995	3,32
1996	3,25
1997	3,07
1998	3,02
1999	2,92
*2000	2,86
Variação	20,21

* julho de 2000

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CIS, 2001

A tabela abaixo, mostra as diferenças entre os leitos existentes e os contratados pelo SUS nos hospitais vinculados, no Estado, de 1994 a 2000. Nela, pode-se constatar que, apesar da redução de leitos totais e de leitos contratados, houve aumento da proporção de leitos disponíveis para o SUS. Ela também evidencia o efetivo fechamento de leitos nesses hospitais, não apenas a redução dos leitos contratados pelo Sistema. Não havia dados disponíveis de leitos

contratados nos anos anteriores a 1994, como para os demais aspectos comentados até o momento. Por isso não foi possível construir a relação leitos existentes/contratados para o mesmo período (1992-2000).

Tabela 13: Leitos existentes e contratados nos hospitais vinculados ao SUS, no estado de São Paulo de 1994 a 2000.

Ano	Existentes	Contratados SUS	Diferença %
1994	115.490	91.115	21,11
1995	111.510	88.665	20,49
1996	110.959	88.793	19,98
1997	106.684	86.735	18,70
1998	106.468	87.157	18,14
1999	104.649	87.071	16,80
2000	104.001	87.146	16,21
Variação %	-9,95	-4,36	

* julho de 2000

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CIS, 2001

Apresenta-se e discute-se a seguir a distribuição dos leitos existentes por especialidades.

Tabela 14: Número de leitos existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua especialidade, no Estado de São Paulo, de 1992 a 2000.

Ano	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000**	Variação
Especialidade										%
Clínica	29.019	30.643	30.597	30.408	30.132	29.454	29.205	28.955	28.835	-0,63
Cirurgia	20.067	20.394	20.466	20.492	20.436	19.759	19.677	19.574	19.509	-2,87
Obstetrícia	12.704	12.582	12.793	12.447	12.401	11.868	11.916	11.378	11.296	-11,08
Pediatria	15.866	16.157	16.047	15.626	15.575	14.669	14.689	14.554	14.444	-8,96
Psiquiatria	33.689	31.837	30.807	27.397	25.457	23.166	22.645	23.528	23.140	-31,33
Crônicos-FPT	3.052	3.988	4.199	4.665	6.185	6.934	6.998	5.152	5.240	71,69
Tisiologia	503	517	411	417	417	418	890	915	917	92,31
Reabilitação	-	-	20	20	20	20	20	22	22	*10,00
Hospital-Dia	-	-	30	275	336	396	428	598	598	*1.893,33
Total	114.909	116.118	115.370	111.747	110.959	106.684	106.468	104.649	104.001	-9,49
UTI	2.695	2.824	2.936	2.987	3.088	3.089	3.467	3.517	3.574	32,62
Fonte:	SES	SP	- CIS	/ 2001	* Variação 1994 a 2000				** julho de 2000	

Gráfico 1: Número de leitos existentes nos hospitais vinculados ao SUS, segundo sua especialidade, no Estado de São Paulo, de 1992 a 2000.

Fonte: SES SP – CIS

Vários aspectos chamam a atenção na evolução das diferentes especialidades. Primeiro, a redução de 10% no total de leitos se fez através de leitos nas 5 especialidades básicas, em especial a psiquiatria. Esta especialidade mostrou redução de mais de 30%, acompanhando a evolução nacional e teve redução desde o início da década.

A pediatria e a obstetrícia também tiveram redução expressiva. Na obstetrícia a redução é perceptível desde 1992, na pediatria observa-se uma pequena ampliação de 1992 para 1993, caindo a partir de então.

Nas especialidades de Cirurgia e Clínica a redução foi menor, nesta última a redução foi insignificante, o que torna difícil assegurar que tenha havido redução de fato ou uma pequena variação em uma evolução estável. Todos os leitos das demais especialidades apresentaram aumento.

O aumento verificado de 30% nos leitos de UTI, segue também o observado nacionalmente. Este aumento absoluto e relativo pode indicar uma gravidade maior envolvida nas hospitalizações. No entanto, o componente de valorização desse tipo de cuidado, expresso pela valorização diferenciada da tabela de remuneração e pela classificação das UTIs dos hospitais a partir de 1997 com consequente aumento dos valores pagos aos serviços deve ser também considerado como fator interveniente.

Os dados a respeito dos leitos de reabilitação e com muito maior força sobre os leitos de hospital-dia, refletem mais do que o seu aumento, mas a sua introdução como modalidades assistenciais antes não previstas. Eles surgem com esta classificação a partir de 94. No caso da reabilitação, embora o seu aumento seja de 10%, o seu número absoluto é demasiado pequeno para que se possa tecer algum comentário consistente. Já para os leitos em hospital-dia, o crescimento verificado aponta para a sua inclusão como modalidade assistencial com progressiva importância, mesmo se considerando que ainda representam apenas 0,5% do total de leitos no ano 2000. A associação do aumento de leitos em hospital-dia com a redução de leitos em psiquiatria, área onde se concentra

parte majoritária dos leitos de hospital-dia, faz pensar que nesta especialidade a assistência hospitalar mostra sinais de mudanças efetivas.

Como anteriormente observado na análise dos dados sobre o país de 1995 a 1999, os leitos de fisiologia tiveram aumento de mais de 90%. Com a ampliação da série histórica deste estudo é possível perceber que, em São Paulo, estes leitos reduziram seu número no início da década e voltaram a crescer a partir de 1994.

Fato que merece um estudo específico aprofundado, para uma intervenção mais precisa, uma vez que as recomendações técnicas e as políticas de saúde específicas indicam para o tratamento ambulatorial dessa patologia, reservando para os cuidados em regime de internação casos muito específicos, de maior gravidade e de menor volume. Além disso, busca-se a incorporação desta clientela em serviços gerais e mesmo os leitos para estes pacientes deverão se inserir em enfermarias, guardadas as devidas medidas de isolamento quando necessárias.

9- A VISÃO DOS “EXPERTS”

A presente etapa da metodologia teve por objetivo explorar o tema com os profissionais afins, aqui denominados “experts”, e justifica-se pela escassez de publicações a respeito do tema deste trabalho, em especial que se refira à realidade brasileira. Assim, buscaram-se pessoas entendidas como com grande capacidade de reflexão sobre o objeto desta tese. A perspectiva desta etapa foi a construção de um “referencial empírico” a partir das elaborações fornecidas por esses profissionais.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semi-estruturado (Anexo 4) com uma parte introdutória e quatro compartimentos, apresentado no capítulo Método. Foram realizadas pessoalmente pelo pesquisador, anotadas e gravadas, e sua realização ocorreu nos meses de março e abril de 2001.

9.1-Os entrevistados

A designação de “experts”, conforme caracterizado anteriormente, prende-se ao fato de se constituir em pessoas com experiência atual e pregressa na gestão hospitalar e que, além disso, tenham produzido conhecimento a respeito desse tema e que possuam titulação acadêmica e atividade de pesquisa e/ou docência na área.

A amostra foi composta por nove entrevistados, tendo havido a preocupação de que os mesmos representassem os setores público e privado de prestadores de assistência e que incluísse “policy makers” do setor saúde.

Dos nove entrevistados, cinco deles exercem atividade atual no setor público e os quatro restantes no setor privado. Dois deles concentraram sua experiência profissional no setor privado, três concentraram no setor público e quatro tiveram experiência tanto no setor público como no setor privado.

Sete dos entrevistados exercem atividade na gerência direta de serviços hospitalares, um deles atua na assessoria de hospitais e um exerce cargo de gerência de sistema de saúde; seis, tiveram experiência profissional na gerência de hospitais e na gerência de sistemas de saúde e três exclusivamente na gerência de hospitais.

Todos eles relataram experiência em hospitais gerais de médio e grande porte ou porte especial.

Quatro entrevistados têm experiência profissional em Campinas e região e os restantes concentraram sua experiência na Grande São Paulo, apesar de manifestarem experiências em outras regiões do Estado de São Paulo, do país e algumas internacionais.

Cinco dos entrevistados desenvolvem atividade presente de docência na área de gestão de saúde e três estão envolvidos com pesquisa na área.

9.2-Os resultados das entrevistas

Optou-se por tabular e apresentar os resultados desta etapa do método conforme os compartimentos do roteiro que norteou as entrevistas, por julgar que esta seqüência represente o pensamento que norteou todo este trabalho.

Cabe ressaltar que não foi possível obter homogeneidade nas respostas, uma vez que este não era o interesse do trabalho e em muitos momentos a ênfase e a abordagem que o entrevistado dava a certo aspecto fez com que houvesse uma interpenetração entre os compartimentos propostos.

9.2.1-O movimento de ambulatorização da assistência e a desospitalização

No que diz respeito à impressão dos entrevistados sobre os movimentos de desospitalização e ambulatorização, houve unanimidade quanto à sua existência ou pelo menos quanto à existência de tecnologias e dispositivos para que ocorra ambulatorização dos cuidados e redução das necessidades de internação. Houve várias menções aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e a experiências concretas de redução de internações, com predominância das internacionais.

Todos eles concordam com um movimento de mudança no perfil da assistência hospitalar. No entanto, os enfoques em certas respostas introduziram perspectivas diferentes a este movimento, onde dois se destacam.

Um deles falou que o movimento mais forte é o de revisão do papel do hospital nos sistemas de saúde, onde este passa a ter maior subordinação às necessidades do sistema. Sendo assim, as mudanças nas necessidades de saúde estão influenciando o hospital, que por isso, está mudando. Nesta perspectiva, as mudanças importantes estão ocorrendo nos sistemas e não nos hospitais.

Em contrapartida, outro entrevistado falou da “liderança do hospital” nas mudanças, enfatizando a necessidade de os hospitais se organizarem mais para que as mudanças ocorram tendo os hospitais como agente e não apenas responsivamente ao que determinam seus financiadores.

Outro entrevistado admite que, ao menos conceitualmente, a desospitalização está ocorrendo. Observa porém, que os reflexos do movimento na assistência e na estruturação dos hospitais ainda são incipientes e pontuais, dizendo que *“a mudança é mais de conversa e menos na realidade”*. Este pesquisado diz que existe este movimento nos EUA e em alguns países da Europa.

Para um grupo de sete entrevistados a ambulatorização do cuidado e a desospitalização são fatos incontestáveis. Três destes citam a redução do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, a redução dos riscos cirúrgicos, a presença de técnicas operatórias melhores e mais seguras e a incorporação de tecnologia neste sentido. Todos ressaltaram a videolaparoscopia como determinante no processo, e um deles afirma que esta tecnologia isoladamente reduziu em 20% as necessidades de internação.

Foi acrescentado por um entrevistado que já é perceptível a vontade manifesta dos pacientes em permanecerem por menos tempo hospitalizados e se

possível, não hospitalizados. Este mesmo pesquisado atribui as mudanças à conjunção de fatores como desejo do médico, desejo do pagador e desejo do paciente com tecnologias favoráveis para que isto ocorra.

Um entrevistado ilustra sua afirmação da força destes movimentos com dados internacionais. Cita a realidade americana onde grupos que trabalham com populações fechadas, como o “Saks Group” conseguiram reduzir em 66% as internações nos últimos anos, passando de 1.200.000 para 424.000, já desde 1994. Este entrevistado ressalta porém, que apesar de as internações estarem se reduzindo, o consumo de “itens de cuidado à saúde está aumentando” e que é possível constatar um fenômeno de “diversificação de itens de consumo em saúde como em outros segmentos econômicos”. Além disso, aponta que as tecnologias disponíveis, em especial as utilizadas para diagnóstico, melhoraram muito em termos de acurácia e resolução, o que determina que procedimentos que antes não seriam realizados pela ausência de diagnóstico, hoje o sejam. Usa como exemplo a redução do diâmetro de miomas para que consiga fazer o diagnóstico atualmente (3mm) e que há dez anos não era possível fazê-lo. Nesta conjuntura, a necessidade de leitos para a internação tem se reduzido de forma importante, o que não significa que as necessidades de saúde tenham se reduzido, ao contrário, têm aumentado.

A relação leitos por habitantes e a necessidade de leitos foi mencionada por três pesquisados para comentar a desospitalização. Um deles afirmou que não é preciso mais trabalhar, no planejamento de ações de saúde, na perspectiva de três leitos para cada mil habitantes e sim com menos do que isso, não especificando o número. O outro, que o parâmetro de 4 leitos por mil habitantes

poderia ser válido há 3 décadas, não para o atual momento. Comenta também que na atualidade, se opera no Brasil com uma relação de 2,34 leitos por mil habitantes e que isto não se constitui num problema para a organização dos sistemas de saúde no país. O terceiro comenta a realidade brasileira, salientando que não é preciso um maior número de leitos em geral e que sim, há deficiências específicas para algumas especialidades e problemas de distribuição geográfica.

Quanto ao direcionamento dos hospitais para a clientela externa, um dos pesquisados salientou que da demanda por serviços laboratoriais dos hospitais, 60 a 70% são de pacientes externos, em algumas realidades. O mesmo vale para serviços de diagnóstico por imagem.

Dois entrevistados enfatizaram mudanças nas necessidades das clientelas e estas, levando a mudanças nos cuidados oferecidos pelos hospitais.

9.2.2-Fatores determinantes dos movimentos de desospitalização e ambulatorização

a) Desospitalização

Argüidos sobre os fatores determinantes desses processos, os “experts” contestaram com respostas variadas, nas quais o fator colocado com mais veemência foi a redução de custos dos cuidados médico-hospitalares. A maior variação se deu quanto às causas da necessidade de redução de custos, como se verá a seguir.

O fator determinante do processo de redução de internações é, para um dos pesquisados, a necessidade de redução de custos na atenção à saúde. Ilustra sua afirmação com dados norte americanos, citando como exemplo, Washington e Boca Raton (Flórida) onde a força do modelo de gestão “managed care” efetivamente reduziu os dispêndios com cuidados à saúde, às custas de redução de internações.

Um entrevistado atribui o fenômeno da desospitalização a uma associação de fatores que inclui: o desejo de pagador, de pagar menos; o desejo do médico, de utilizar tecnologias e modalidades assistenciais mais modernas e seguras; o desejo do paciente de não permanecer internado; com a disponibilidade de tecnologias favoráveis, aparelhos e anestésicos.

As mudanças na gestão hospitalar ocorridas nos últimos anos são, para um entrevistado, os determinantes pela desospitalização, entre outros fatores. Ele apresenta duas grandes linhas, de um lado a incorporação da responsabilidade pelo gerenciamento por parte dos profissionais de saúde, de outro a incorporação

de profissionais de outras áreas na gestão hospitalar – profissionais de informática, engenharia, recursos humanos e finanças. Isto tem atribuído aos hospitais uma postura mais profissional e permitido levar adiante ações para que estas organizações reduzam seus custos.

As alterações no perfil demográfico ajudam a explicar parcialmente, para um “expert”, as mudanças nas modalidades assistenciais que viriam a substituir em parte as internações. No caso, o envelhecimento populacional traz consigo que as pessoas passem a ter um maior número de doenças e de necessidades de maiores cuidados, o que faz com que o custo do cuidado per capita se eleve. Outro aspecto considerado pelo mesmo entrevistado é que os hospitais, para que possam acompanhar os avanços científicos, têm que incorporar sistematicamente equipamentos caros, o que também eleva os custos da atenção. Esses dois aspectos exigem que os hospitais desenvolvam estratégias para a redução dos seus custos, racionalizando seus dispêndios e tornando o cuidado mais rápido e barato, favorecendo a desospitalização progressiva.

Os perfis epidemiológico e demográfico também foram citados por outro pesquisado, que se referiu à área de atenção à criança. Ele considerou que, na pediatria, as hospitalizações de fato se reduziram, uma vez que as principais causas de internação neste grupo populacional se constituíam por doenças ligadas à desnutrição e à desidratação. Estes quadros tiveram sua importância muito reduzida nos últimos anos pela implementação de estratégias específicas e tiveram também diminuída a gravidade dos casos e subsequente necessidade de hospitalização. Mencionou, também, o envelhecimento dos pacientes e o aumento da prevalência e incidência de doenças dele decorrentes. O aumento das

patologias gera uma maior necessidade de cuidados e isso encarecendo o cuidado.

O aumento do controle estabelecido dos financiadores, sejam públicos ou privados, é o determinante para as mudanças ocorridas nos hospitais, segundo um pesquisado. Para ele, a administração vem colocando limites para os profissionais no sentido da redução de custos. Entre medidas administrativas como evitar desperdícios, ter estoques enxutos e etc., surgem também medidas para o gerenciamento do cuidado ao paciente, onde se incluem protocolos e altas mais precoces.

As pressões exercidas pelos financiadores para a redução de custos aliada à tecnologia disponível são os determinantes do processo de desospitalização para um outro entrevistado. A eficiência dos tratamentos, a qualidade dos sistemas de informações, a velocidade na obtenção dos resultados de exames, a possibilidade de se iniciar o cuidado antes da chegada do paciente ao hospital para a internação, tem possibilitado que sua permanência seja a menor possível e, portanto, que o custo da sua internação seja o menor possível também.

Dois entrevistados, apesar de considerarem que o fator custo esteja envolvido nas mudanças das hospitalizações, enfatizaram as mudanças tecnológicas como seu principal eixo. Para estes, as tecnologias respaldadas pela chancela científica e divulgadas pela mídia têm força suficiente para imprimir alterações significativas no modo como a saúde é prestada, uma vez que profissionais e pacientes criam demanda para a sua utilização.

As alterações nas necessidades dos usuários, sejam as de saúde propriamente ditas, sejam as de outra natureza, para um pesquisado, contribuem

para que a maneira do cuidado à saúde se modifique. Sua resposta se apóia nas demandas mais recentes como as preocupações com qualidade de vida – e nesta perspectiva permanecer menos tempo no hospital pode significar mais saúde – a maior procura por tratamentos estéticos e cosméticos, a maior preocupação com saúde reprodutiva e etc.

b) Ambulatorização

Quanto ao movimento de (re)orientação dos serviços hospitalares para pacientes externos as explicações de cunho mercadológico e econômico foram as que se apresentaram com maior ênfase.

O mercado foi citado por dois entrevistados, ao comentarem que hoje os hospitais, vivem a concorrência de pequenas clínicas que realizam procedimentos diagnósticos e terapêuticos que tradicionalmente eram realizados em regime hospitalar. A área de cirurgia plástica é uma das que mais tem se utilizado deste expediente. Este fato tem feito com que os hospitais passem a constituir áreas com características de serviço externo voltadas para estes clientes. Estas áreas passam a ter tratamento diferenciado no que diz respeito a projeto arquitetônico, fluxos e acessos exclusivos para que se apresentem como ambientes mais "leves" do que o ambiente hospitalar.

O comentário de um outro entrevistado reforça a idéia acima quando introduz o conceito de "fast-health" como analogia a "fast-food", referindo-se à inclinação de uma parcela da clientela a consumir serviços de saúde de modo mais rápido, seguro, de qualidade conhecida e diversificado e que devem ser

prestados com facilidade de acesso e resolução. Os serviços buscados muitas vezes estão ligados à “qualidade de vida”, como “check-ups” e outras ações de caráter preventivo, cuidados em relação ao retardo do envelhecimento e cuidados cosméticos e de cirurgia plástica. Outros serviços buscados são os recursos de SADT e as consultas médicas para resolução de problemas de baixa complexidade. A chamada “fast-health” requer ambiente apropriado, diverso do ambiente hospitalar convencional e alguns hospitais têm investido em áreas com essas características.

A “externalização” das ações hospitalares – termo utilizado por um entrevistado para designar o direcionamento dos hospitais para as clientela externas – é o eixo que norteia as ações dos hospitais que modificam sua inserção nos sistemas de saúde. Para ele, o hospital pode, deve e tem tido algumas iniciativas nesse sentido, que é o de sair de sua postura e ações tradicionais e criar serviços de cuidados domiciliares, ser retaguarda para programas como PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família), criar Casas de Parto. Estes três últimos, programas criados sob a tutela do Governo Federal, de âmbito nacional e colocados como serviços de rede básica. A argumentação é que em situações onde esta rede básica não se encontra adequadamente estruturada para dar suporte a este tipo de programa ou onde o hospital é o único serviço de saúde, que este passe a assumir a retaguarda dessas formas de cuidado, que tradicionalmente este não tenha assumido.

Outro aspecto mencionado por quatro entrevistados é a necessidade de um certo volume de produção que algumas áreas precisam para operar numa

situação economicamente favorável. As áreas de SADT, mais precisamente, Laboratório de análises e Serviços de diagnóstico por imagem devem ter uma escala de produção que muitas vezes, a maioria, não é preenchida pelo volume gerado apenas pelos pacientes internados, o que leva a que estes serviços busquem estender sua oferta aos pacientes externos. Aqui também, a busca requer estratégias de mercado que passam pelo ambiente, acesso e rapidez já comentados. Os exemplos utilizados foram os aparelhos de exames bioquímicos automatizados, cuja capacidade operacional pode chegar a 500 exames por hora, que excedem, em muito, a demanda hospitalar.

Para um desses entrevistados, a oferta para pacientes externos é uma questão de sobrevivência do negócio de muitos destes serviços.

9.2.3-A realidade brasileira

Indagados sobre a presença da desospitalização e da ambulatorização do cuidado à saúde na realidade brasileira, todos afirmaram que este fenômeno também atinge o país. Houve diferenças quanto à sua intensidade e quanto aos seus determinantes.

A maioria dos pesquisados (5 entrevistados) concorda quanto a um certo descompasso existente no Brasil. Um grupo de 4 entrevistados afirma que muitas mudanças podem ser evidenciadas na realidade brasileira, não sendo possível falar em atraso.

Um entrevistado deste último grupo afirma que existe certo atraso apenas na utilização de tecnologias gerenciais para a utilização dos recursos e que estes já estão disponíveis na nossa realidade. Para este entrevistado, não há descompasso quanto à presença das tecnologias (equipamentos e medicamentos) apropriadas para a implementação de modalidades assistenciais que desospitalizem o cuidado à saúde. Menciona que mudanças são claramente demonstradas pela redução do tempo das hospitalizações, usando como exemplos a correção cirúrgica de hérnias que demandavam hospitalizações ao redor de 12 dias e hoje permanecem 2 dias, as desobstruções coronarianas que pelo método de “ponte de safena” mantinham os pacientes internados por 30 dias e atualmente com a colocação de “stents” é possível dar alta hospitalar em menos de 24 horas. Menciona ainda que ocorrem situações como nas cirurgias de catarata onde o “estado da arte” permite a realização em regime ambulatorial, evitando a hospitalização.

Dois outros pesquisados afirmam não haver descompasso. Um destes, afirma que, ao menos nos centros maiores e em hospitais mais “profissionalizados”, já se experimenta forte tendência neste sentido. Para o outro, “nossa realidade já mudou e mais rápido do que se imaginava” e apresenta como justificativa o fato de não haver mais cirurgias de estômago.

Para outro pesquisado, dentre aqueles que não consideram haver descompasso, já existem ações concretas em diversas situações, cita programas como o de distribuição de medicamentos na alta hospitalar para que se possa apressá-la e terminar o tratamento no domicílio com o suporte de unidades básicas, programas de cuidados domiciliares pós-hospitalares com agendamento da consulta para redes de apoio ainda durante a internação, no momento da alta.

Cita também, no que se refere a recursos diagnósticos, a possibilidade concreta de se descentralizar equipamentos como colposcópio e eletrocautério na atenção à mulher, estruturas equipadas para a atenção à urgência e emergência e salas para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais para as redes de serviços. Ele reconhece, todavia, que, para tanto, é preciso contar com sistemas organizados com redes de serviços básicos e de apoio, o que não é freqüente na nossa realidade.

Este mesmo entrevistado lembra da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu e continua ocorrendo no país com efetivas mudanças implementadas, cujos resultados são incontestáveis.

O grupo que acredita haver certo atraso na efetivação desta tendência no Brasil menciona, em vários momentos, que as iniciativas são poucas, tímidas e pontuais. Relatam também que, das iniciativas que tiveram conhecimento, muitas

apresentam problemas no seu desenvolvimento. Para um deles, “estamos experimentando e não está sendo fácil implantar”.

Um entrevistado afirma o descompasso, mesmo tendo conhecimento de experiências bem sucedidas de programas de cuidados domiciliares. Para ele são experiências “*pequenas e localizadas, não representativas da realidade brasileira*”. Estas experiências não são suficientes para se poder observar impacto sobre a assistência hospitalar.

Segundo um pesquisado, “*temos tentado copiar alguns modelos estrangeiros, mas com grandes dificuldades para a implementação. Não estamos acostumados com essas modalidades*”. Baseia sua opinião no relato da baixa taxa de utilização de hospital-dia que teve oportunidade de implantar em um hospital geral.

Quanto às áreas onde tem sido possível desospitalizar, a psiquiatria teve o maior número de lembranças, quatro pesquisados afirmaram que esta seja talvez a única área onde se possa falar em desospitalização concreta no Brasil.

Nas áreas de obstetrícia, de pediatria e neonatologia e nos quadros de cirurgias eletivas tem se conseguido reduzir muito o tempo de permanência e colaborado com a desospitalização. Na clínica e nos quadros cirúrgicos mais complexos pouco ou nada tem sido desospitalizado ou reduzido seu tempo de permanência. Estas áreas foram citadas por seis dos entrevistados.

9.2.4-As causas do “descompasso” no Brasil

São dois os grupos de causas mencionados com maior frequência pelos pesquisados que acreditam haver um certo atraso desses movimentos na realidade brasileira.

O primeiro grupo de causas se relaciona com o grau de profissionalização das organizações hospitalares. Várias são as menções a pouca ou inexistente iniciativa gerencial na constituição de estratégias que reduziriam substancialmente as internações. Para estes entrevistados, o setor é ainda pouco profissionalizado e não consegue explorar o potencial que as técnicas e tecnologias já permitem. Este tipo de observação foi feito tanto por gerentes com experiência em organizações públicas quanto por aqueles com experiência no setor privado.

“Os equipamentos e as novidades acabam chegando, de um jeito ou de outro, depressa. O que é preciso é mais gerência para explorar e usar melhor esses equipamentos”. Este comentário de um entrevistado ilustra a idéia presente em várias respostas.

O segundo grupo de causas refere-se à menor pressão dos financiadores na nossa realidade. Para seis dos pesquisados, os financiadores estão exercendo pouca pressão no Brasil na direção da redução de custos, se comparado ao que se tem notícia em âmbito internacional. Esta argumentação também ocorreu tanto por experts ligados aos setores tanto público como privado.

Houve três pesquisados que citaram as operadoras dos sistemas complementares que sequer tem remuneração prevista para procedimentos

realizados em regime de hospital-dia e que não privilegiam as modalidades substitutivas à internação.

No SUS este tipo de fato também foi comentado por quatro entrevistados, descrevendo situações mais graves, nas quais intervenções que poderiam reduzir ou até evitar uma internação não tem remuneração prevista. O exemplo dos “stents”, que não tem remuneração pelo SUS, já foi comentado acima.

Um pesquisado, embora use as mesmas explicações para o anacronismo destas tendências no Brasil, o faz com uma peculiaridade: para o setor privado, acredita que a explicação seja mercantil de modo mais puro, isto é, as mudanças ocorrem porque determinam redução de custos; para o setor público a determinação do fenômeno está na insuficiência e pouca iniciativa gerencial. *“No setor privado a explicação é mercantil, no setor público pouco se avançou neste sentido, é muito tímido, acaba não fazendo coisas que poderiam ser feitas, falta gerência”.*

9.2.5-As perspectivas para os hospitais

Os entrevistados foram unânimes quanto a acreditarem no aprofundamento da tendência de redução progressiva do tempo de permanência e do aumento de clientela externa nos hospitais. Concordam que a incorporação tecnológica em equipamentos deverá continuar crescente.

Acreditam também, unanimemente, que a pressão dos financiadores deverá crescer no Brasil, considerando a recente Regulamentação dos planos de saúde e os ajustes que estes planos estão fazendo para continuar no mercado. Crêem que a pressão por redução de custos deva se expressar também para o setor público.

Seis dos pesquisados falaram na necessidade de mudanças mais profundas na ação e postura dos hospitais. As mudanças esperadas por eles são mais radicais na medida que envolve que o hospital saia de sua tradicional ação na medicina curativa prestada através do regime de internação e passe a agir em áreas que, até o momento, não têm sido a sua principal atividade.

No setor público, os hospitais devem intensificar sua relação com os sistemas de saúde e realizar as ações que forem necessárias à sua realidade loco-regional, segundo dois destes entrevistados. Desse modo os hospitais sairiam de uma postura autônoma em relação ao sistema e passariam a integrá-lo como um dos seus serviços de saúde.

Os demais quatro destes entrevistados falam em mudanças, onde o hospital se transforme em “Instituição de Saúde” (nas palavras de um entrevistado). A idéia é que o hospital realize ou participe de ações e programas

de saúde e não apenas cuide de pacientes internados. Um pesquisado fala que “... *é preciso sair da posição de hospital de internação para hospital com centros diagnósticos, ambulatoriais e outros serviços e ações preventivas...*”.

A constituição de centros diagnósticos, com concentração de recursos com esta finalidade foi levantada por três entrevistados. Para um deles, fica a dúvida, para o gestor público, de até que ponto se deve descentralizar (para as redes de serviços) ou concentrar (no hospital) recursos de diagnose e terapia. Seu questionamento leva em conta o componente econômico.

No que diz respeito ao perfil de ações e clientela esperadas para os hospitais, cinco entrevistados vislumbram que os hospitais deverão trabalhar com doentes mais graves, mais complexos, na maioria das vezes agudos e mais idosos. Dois deles, acrescentam os doentes terminais. Devem ainda, concentrar-se em especialidades cirúrgicas.

Dentro desta perspectiva, três deles mencionaram que o leito de terapia intensiva já vem aumentando, tanto em valores absolutos como relativos dentro dos hospitais. Um desses afirmou que os leitos de especialidades cirúrgicas também estão em expansão.

Uma clientela bipolar e conseqüente ação bipolar é que irá caracterizar os hospitais, para um pesquisado. Estas organizações irão lidar de um lado com pacientes muito graves, na internação. De outro lado, irão lidar com pacientes muito pouco graves nas demais modalidades voltadas para as clientelas externas.

Para outro pesquisado, este fenômeno bipolar se acentuará tanto que, no futuro, estas organizações não serão uma só unidade, mas sim dois tipos de hospitais. Um hospital para doentes graves e complexos e um hospital “one-day”,

estes últimos com qualificação para cobrir medianamente os riscos de alguns procedimentos. Ele afirma que nos maiores centros urbanos este fenômeno já começa a aparecer.

Sua argumentação é que se torna cada vez mais incompatível a convivência de doentes mais graves com doentes menos graves e que certas áreas, como obstetrícia, exigem ambientes não hospitalares. *“... os clientes dos hospitais serão os doentes terminais, os muito doentes, os acidentados, os “age dependent disease” e os doentes cosméticos, não dá para colocá-los todos no mesmo espaço. É desnecessário e ruim que estejam no mesmo serviço.”*

Continua sua argumentação, lembrando que o preparo das equipes e os recursos tecnológicos para estes quadros diversos também devem ser diferentes, o que demandará que a distância entre eles acabe por torná-los serviços diferentes.

9.3-Discussões levantadas

Frente às respostas obtidas e apresentadas acima cabe que se destaque alguns pontos e questionamentos levantados.

Uma discussão que se apresentou, diz respeito ao ponto de referência das mudanças ocorridas e a ocorrerem. Para alguns dos entrevistados, as mudanças esperadas devem emanar dos sistemas de saúde e não dos hospitais. Este grupo defende que é preciso modificar o eixo hospitalocêntrico que tem norteado a organização da atenção à saúde no Brasil. Por isso, as intervenções devem se dar nos sistemas e, a partir daí, reflitam na assistência hospitalar como refletem nos demais níveis de atenção.

Para outros, o hospital deve capitanear estas mudanças e interferir para que elas ocorram no sistema. Um entrevistado fala em *“liderança do hospital nos sistemas”*. Estes defendem que os hospitais mudem seu modo de atuação de forma independente e que sejam eles a constituir serviços e unidades externas e sirvam de suporte a elas.

Dois entrevistados, no entanto, não colocam este aspecto como excludente. Eles concordam quanto ao modelo hospitalocêntrico, porém acreditam ser possível que intervenções no âmbito hospitalar possam desencadear reestruturações nos sistemas de saúde. Argumentam que, para intervir a partir do sistema, é preciso que este esteja minimamente organizado e possa oferecer serviços que iriam substituir as ações hospitalares e que a realidade brasileira ainda está longe de ter redes organizadas. Consideram que muitos municípios

brasileiros têm como único serviço de saúde o hospital e que mesmo em maiores centros não é tão freqüente encontrar-se serviços dos demais níveis capazes de absorver estas demandas. Temem que seja possível ficar imobilizado aguardando a organização das redes e perder a possibilidade de intervenção a partir da realidade dada. Um desses busca uma proposição teórica, um novo paradigma, uma teoria gerencial que dê conta desta mudança.

Esta discussão ganha especial relevância para este trabalho, uma vez que busca a detecção de mudanças na atividade hospitalar. Para o primeiro grupo, o trabalho estará identificando reflexos de mudanças maiores que o olhar apenas para o hospital possa ser insuficiente na sua identificação, entendimento e explicação.

Outro ponto que se destaca concerne ao grau de profissionalização dos serviços hospitalares. Este aspecto fica evidente quando é utilizado por vários dos entrevistados para explicar o atraso das mudanças no Brasil. Muitos dos entrevistados atribuíram o descompasso e a não utilização dos recursos disponíveis para reduzir as internações à falta, insuficiência e timidez das iniciativas gerenciais.

A pouca profissionalização, para os entrevistados, não se restringe aos serviços hospitalares, mas também atinge os sistemas e as operadoras. Isto coloca a pouca profissionalização para o setor como um todo.

Esta é uma discussão que não é recente e que repetidas vezes tem ocupado a pauta das instâncias gestoras. Desde a década de 80, existe preocupação com a gerência das organizações de saúde, que tem sido parcialmente responsabilizada pela situação de saúde no Brasil. A emergência

deste tema em 2001 merece atenção, para que se identifique se as estratégias levadas adiante para a capacitação desta gerência tiveram os resultados esperados e o que será necessário fazer para a reversão desta situação.

Um terceiro aspecto a ser relevado é atinente à pressão exercida pelas operadoras para que os hospitais reduzam os gastos com as hospitalizações. Especialmente porque os entrevistados afirmaram acreditar que esta deverá se intensificar num futuro próximo.

Merece destaque a peculiaridade da atenção em saúde mental. Os pesquisados mencionaram com frequência que esta é uma área onde a desospitalização está estabelecida. Dois dos entrevistados atribuem o sucesso da desospitalização à adesão dos profissionais da área à Reforma Psiquiátrica. Esta pode ser uma explicação para o sucesso das estratégias estabelecidas na Psiquiatria, enquanto que em outras especialidades grande parcela da motivação diz respeito à racionalização e controle de custos. Na Psiquiatria, identifica-se um componente ideológico e uma participação dos profissionais que a diferencia.

Um entrevistado levantou uma questão cuja discussão se julga oportuna. Quando se referiu às modalidades alternativas à internação convencional questionou se estas são de fato alternativas à internação ou são alternativas a outras formas de atenção não hospitalares. Sua dúvida advém do fato de muitas vezes (cita o exemplo da atenção domiciliar em pacientes com AIDS) a atenção que se consegue prestar é aquela que envolve consulta médica e cuidados básicos de enfermagem, que são efetivamente cuidados ambulatoriais e de rede básica. Na situação comentada, o serviço domiciliar passa a ser prestado para pacientes com dificuldade de deambulação e outras questões sociais.

Com esta conformação não pode ser caracterizada como substitutiva à internação. Isto porque os recursos que possui não lhe atribuem resolutividade para exercer ações hospitalares. Seu alerta é que mesmo nas situações onde se desenvolvem programas de cuidados domiciliares, se os recursos se mantiverem concentrados nos hospitais, os resultados não se expressarão em termos de redução de hospitalizações.

Como um outro ponto a ser discutido, enfatiza-se aqui novamente o dilema levantado por um entrevistado. Se de um lado, para se obter sucesso e resultados na implantação de programas e modalidades assistenciais que reduzam as internações é preciso descentralizar recursos. Por outro lado, a concentração de recursos nos hospitais pode racionalizar os custos dos procedimentos e garantir economia de escala para os mesmos. Fica a dúvida de até que ponto deve-se descentralizá-los, levando-se em conta a limitação destes recursos, sobretudo na realidade brasileira.

10-ESTUDO CADASTRAL

Dando continuidade ao movimento de aproximação, que partiu de um panorama internacional, passou pela realidade brasileira e do Estado de São Paulo, chega-se agora à região de Campinas.

Nesta etapa do método proposto focalizou-se a cidade de Campinas, no que diz respeito aos seus hospitais. Mais especificamente os hospitais gerais, serviços onde se concentra o interesse desta tese.

Para dar conta de investigar os elementos que apontam mudanças ocorridas nos hospitais gerais de Campinas foram propostas duas abordagens. Uma delas é através de um levantamento cadastral, que se apresenta a seguir.

A outra forma de investigação foi a visita aos hospitais e a entrevista com os seus dirigentes.

10.1-Os cadastros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES

O cadastro de hospitais que se utilizou como base do estudo foi o disponível para o ano 2000. Trata-se do mais recente e apresenta dados sobre os serviços que variam conforme o hospital, entre os anos de 1994 a 1999.

Os cadastros anteriores não estão disponíveis por mudanças nos programas de informática.

10.1.1-Os hospitais de Campinas e região

O universo que se aborda aqui é a chamada região administrativa de saúde, conforme determina a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a DIR XII (Diretoria Regional de Saúde – XII). A escolha de Campinas deve-se a duas motivações principais. A primeira, de caráter pessoal, se prende ao fato de ser onde resido e desenvolvo a maior parte da atividade profissional. A segunda diz respeito às características da cidade. Nela estão incluídos municípios e micro regiões com características bastante diversas e que podem fazer diferença quanto ao objeto principal deste estudo. A cidade de Campinas e os municípios vizinhos constituem-se em região metropolitana. Há também municípios menores, mais distantes que se constituem em micro regiões com características de desenvolvimento diferenciadas.

Em pesquisa realizada sobre qualidade em hospitais pelo PROAHSA em 1994 foi levantada a possibilidade de os hospitais sofrerem interferência das características dos municípios/regiões onde estão inseridos (Malik & Soeiro, 1994). Na pesquisa, o acesso aos Programas de Qualidade era muito maior nos grandes centros, como na capital. Nesta direção, a “região metropolitana de Campinas”, estaria mais próxima de um grande centro.

A região conta com 73 hospitais, 23 localizados em Campinas e 50 em outros municípios da região. Esta região se estende desde Jundiaí até Santa Bárbara D'Oeste e desde Indaiatuba até Socorro. Nela estão incluídos municípios maiores, que se caracterizam como sede de regiões, como a própria Campinas, Americana, Piracicaba, Jundiaí, Atibaia e Bragança, até municípios menores como Bom Jesus dos Perdões, Itupeva e Cosmópolis.

Existem 60 hospitais gerais e 13 especializados; 7 são públicos, 41 privados sem fins lucrativos e 23 privados com fins lucrativos (em 2 casos não foi possível identificar pelo cadastro sua exata natureza jurídica - privados com ou sem fins lucrativos).

No que diz respeito ao porte, 22 possuem até 50 leitos, 38 se caracterizam como de médio porte por possuírem entre 51 e 150 leitos, 10 possuem entre 151 e 300 leitos e 3 apresentam porte especial, com mais de 300 leitos.

Conforme o cadastro, em 12 dos hospitais ocorrem atividades de ensino, sendo que 3 deles caracterizam-se como hospitais universitários.

Apresenta-se na tabela 15 as características listadas acima segundo a localização dos hospitais, se em Campinas ou na região.

Tabela 15: Hospitais segundo tipo, porte, natureza jurídica e ocorrência de atividade de ensino, Campinas e região, 2000.

		Campinas		Região		Total	
		Num.	%	Num.	%	Num.	%
Geral		15	25,0	45	75,0	60	100,0
		(65%)		(90%)		(82%)	
Especializado		08	61,5	05	39,5	13	100,0
		(35%)		(10%)		(18%)	
Natureza	Público	02	28,6	05	71,4	07	100,0
		(9%)		(10%)		(10%)	
	Sem fins lucrativos	14	34,1	27	65,9	41	100,0
		(61%)		(54%)		(56%)	
	Com fins lucrativos	07	30,5	16	69,5	23	100,0
		(30%)		(32%)		(31%)	
	Sem registro	-	-	02	100,0	02	100,0
		(-)		(4%)		(3%)	
Porte	Pequeno	08	36,4	14	63,6	22	100,0
		(35%)		(28%)		(30%)	
	Médio	10	26,3	28	73,7	38	100,0
		(43%)		(56%)		(52%)	
	Grande	04	40,0	06	60,0	10	100,0
		(4%)		(12%)		(14%)	
	Especial	01	33,3	02	66,4	03	100,0
		(4%)		(4%)		(4%)	
Atividade de Ensino		09	75,0	03	25,0	12	100,0
		(39%)		(6%)		(16%)	

Fonte: Cadastro de Hospitais, DIR XII, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2000.

10.1.2-Os hospitais gerais da cidade de Campinas

Concentrando-se nos hospitais gerais, foram pesquisados:

- natureza jurídica
- número de leitos
- número de leitos de terapia intensiva
- presença de modalidades assistenciais e serviços voltados para clientela externas
 - o Pronto Socorro/Pronto Atendimento
 - o Ambulatório
 - o Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento - SADT
- Presença de modalidades assistenciais alternativas à internação convencional
 - o Hospital-Dia
 - o Cirurgia Ambulatorial
 - o Cuidado Domiciliar

A proposta inicial era que se investigassem apenas os elementos acima mencionados. Contudo, a análise dos dados disponíveis dos cadastros levou a que se pesquisasse, além desses, a presença de leitos de curta permanência (observação e retaguarda de urgência/emergência). Acredita-se que leitos com esta natureza também podem ser utilizados como instrumentos para a redução das hospitalizações e por isso, passam a guardar relação com o objeto do trabalho e ser relevantes para a investigação atinente a esta tese.

Pesquisou-se também a presença de serviço de videolaparoscopia, entendendo que dentre outras tecnologias desenvolvidas para o cuidado à saúde, esta teve grande impacto na redução de internações e redução da permanência delas. No caso, a sua introdução isoladamente é potencialmente capaz de promover mudanças sem necessidade de outras formas de intervenção.

Dos quinze hospitais gerais de Campinas, a maioria é de privados sem fins lucrativos (sete), seis são privados com fins lucrativos e apenas dois são públicos.

Quatro hospitais são de pequeno porte, oito de médio porte, dois de grande porte e um de porte especial.

Todos os hospitais de pequeno porte são privados lucrativos. Dentre os oito hospitais de médio porte, dois são privados lucrativos e os seis restantes são privados sem fins lucrativos. No grupo de grande porte, um hospital é privado sem fins lucrativos e o outro é público. O Hospital de porte especial é público.

Os dados relativos aos leitos hospitalares, aos serviços externos, às modalidades alternativas e a presença de videolaparoscopia são agora apresentados e discutidos

▪Leitos hospitalares

Apresenta-se adiante a relação dos hospitais com seu número de leitos em enfermarias e leitos complementares de terapia intensiva e de curta permanência (retaguarda da urgência/emergência).

Quadro 2: Leitos em hospitais gerais segundo complexidade em Campinas, 2000.

Porte	Leitos de enferm	Leitos complementares			
		Terapia intensiva		Curta permanência	
		Número	% do total	Número	% do total
Pequeno	33	04	12,1	04	10,0
	35	05	14,3	04	11,4
	36	14	38,8	08	22,2
	48	10	20,8	-	-
Médio	52	05	9,6	-	-
	80	08	10,0	10	12,5
	80	16	20,0	04	5,0
	104	13	12,5	-	-
	118	19	16,1	-	-
	131	08	6,1	-	-
	139	16	11,5	05	3,6
	146	16	11,0	01	0,6
Grande	170	14	8,2	10	5,8
	300	31	10,3	11	3,7
Especial	480	42	8,8	14	2,9
Total	1952	221	11,3	71	3,6

Fonte: Cadastro de Hospitais, DIR XII, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2000.

Como é possível observar, a totalidade dos hospitais possui leitos de terapia intensiva, onze deles apresentam mais de 10% de leitos desta natureza. Quatro hospitais têm mais de 15% de leitos de UTI, sendo que em três o número é maior ou igual a 20% do seu total de leitos. No total de leitos gerais da cidade, esse percentual corresponde a 11,3.

Esta proporção parece acompanhar a mesma tendência verificada nacionalmente e em âmbito estadual de aumento deste tipo de leito. Isto também pode indicar que estes hospitais estejam ampliando sua clientela de pacientes graves.

É importante notar que no grupo de pequeno porte a proporção de leitos de UTI é maior do que nos demais grupos.

Com respeito aos leitos de retaguarda, verifica-se que apenas 5 hospitais não os possuem. Em quatro, dos onze hospitais que os apresentam, eles correspondem a mais de 10% do total de leitos de enfermarias. Também aqui, há uma concentração proporcional destes leitos nos grupo de pequeno porte. Do total de leitos gerais no município, eles correspondem a quase 3%.

▪ **Modalidades assistenciais e serviços voltados para clientela externas**

Como mencionado, foi pesquisada a presença de Pronto Socorro/Pronto Atendimento, Ambulatório e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento voltados para clientela externa.

Em 100% dos hospitais existe Ponto Socorro/Pronto Atendimento. SADT para pacientes externos também estão presentes nos 15 hospitais. Quanto a Ambulatórios, estão presentes em todos os hospitais de médio e grande porte e porte especial. Nenhum dos hospitais de pequeno porte apresentou esta modalidade.

Numa análise mais detalhada verifica-se uma grande diversidade tanto no que concerne aos serviços prestados em cada uma das modalidades, quanto à dimensão da área/setor/serviço.

No caso dos Pronto Socorros/Pronto Atendimentos, estes podem variar de 3 salas/consultórios até a 27 salas/consultórios, com áreas específicas de acordo com a gravidade dos pacientes.

Na modalidade Ambulatório a diversidade também é grande. Existem hospitais com áreas restritas a 2 consultórios e outros mais de 150 consultórios e áreas para procedimentos cirúrgicos, curativos e outras.

Nos SADT a diversidade é ainda mais perceptível, uma vez que estão mencionados os recursos disponíveis. Neste aspecto foi possível encontrar hospitais onde os serviços se limitam a Laboratório de Análises e Radiologia e outros que se estendem até a Tomografia Computadorizada, Ressonância

Magnética, Hemodinâmica e Medicina Nuclear e incluem serviços de Fisioterapia e Quimioterapia.

Mesmo considerando a diversidade encontrada, fica patente que todos os hospitais da cidade trabalham para clientela externa em graus variados, independentemente do seu porte, natureza jurídica ou outra variável.

▪ Modalidades assistenciais alternativas à internação convencional

Neste sentido, foram pesquisadas a presença de Hospital-Dia e Cirurgia Ambulatorial. Apesar da intenção de se pesquisar a ocorrência de Atenção Domiciliar, os cadastros não permitiram identificar esta atividade nos hospitais.

Dos quinze hospitais analisados, apenas dois apresentaram leitos de Hospital-Dia. Num deles, público, estão apontados 18 leitos na modalidade, todos voltados para a atenção em AIDS. No outro, privado sem fins lucrativos, estão mencionados 10 leitos, sem especificação da especialidade.

A modalidade Cirurgia Ambulatorial foi pesquisada no cadastro pela anotação da presença de área para cirurgia ambulatorial tanto nas Unidades de Urgência/Emergência como nos Ambulatórios. A pesquisa revelou que nenhum dos quatro hospitais de pequeno porte apresentam esta modalidade. Dos restantes onze, apenas dois não dispunham de área para cirurgia ambulatorial, ambos de médio porte e ambos privados não lucrativos. Todos os outros nove hospitais apontaram área para esta finalidade.

Cabe dizer que também neste caso a variedade de dimensão foi verificada. Enquanto em alguns hospitais estavam disponíveis para este fim apenas uma sala, em outros houve registro de até seis salas para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

▪ Videolaparoscopia

Dos quinze hospitais gerais analisados, apenas quatro não apresentam videolaparoscopia. Dois de pequeno porte, privados lucrativos e dois de médio porte, privados sem fins lucrativos.

Finalizando a análise dos hospitais gerais baseada nos cadastros da SES, tem-se como síntese que:

- 100% possuem UTI, sendo que na sua maioria (11 hospitais) a proporção destes leitos é maior do que 10% dos leitos de enfermarias
- Dois terços dos hospitais possuem leitos de curta permanência
- 100% apresentam Pronto Socorro/Pronto Atendimento
- 73% possuem ambulatório
- 100% prestam para clientela externa em SADT – Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
- Somente 13,3% trabalham com Hospital-Dia
- 60% possuem área específica para Cirurgia Ambulatorial
- 73,3% possuem serviço de videolaparoscopia

Os números acima mencionados mostram que todos os hospitais voltam-se para clientela externas (Ambulatórios, SADT e Urgência/Emergência). Isso pode indicar a presença da ambulatorização.

A ocorrência de PS/PA em 100% demonstra que os hospitais mantêm-se como “porta de entrada” para essa clientela, mesmo numa cidade como Campinas, cuja rede básica encontra-se organizada e que possui Pronto Atendimentos.

O fenômeno da desospitalização pode estar representado pela presença da videolaparoscopia em mais de 70% dos hospitais e na menção de área específica para cirurgia ambulatorial em 60% deles. Cabe ressaltar que a simples presença do equipamento e da área não significa sua efetiva utilização. No entanto, a proporção encontrada reforça essa possibilidade

O pequeno percentual de hospitais com Hospital-Dia vai de encontro ao discutido acima e faz pensar na pouca iniciativa para a introdução das modalidades substitutivas à internação.

10.2-Os Hospitais de Campinas segundo os cadastros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP

Conforme discutido no capítulo de Método, trabalhar com cadastros de outra instituição, além da Secretaria de Estado da Saúde, foi uma tentativa de se obter séries históricas. Apesar disto não ter sido possível, ter obtido outra fonte trouxe informações relevantes ao trabalho.

O primeiro aspecto deles, já mencionado, diz respeito ao fato de se encontrarem nestes cadastros serviços que não constavam no anterior. Através deles pode-se identificar serviços como hospital-dia e clínicas com leitos de internação que apesar de não estarem localizadas nos hospitais, respondem aos interesses desta pesquisa.

Outro aspecto importante é que os dados cadastrais do CREMESP diferiram dos dados da SES, como se verá a seguir, num aspecto central. Enquanto segundo os dados da SES, havia em Campinas 23 hospitais (15 gerais e 7 especializados), segundo os dados do CREMESP existiam 26 hospitais (17 gerais e 9 especializados). A diferença observada quanto ao total de hospitais da região está explicada pela diferença de abrangência, o que não esclarece uma diferença no município de Campinas. A criação/construção de hospitais do ano de 1999 para o ano de 2001 poderia explicar a divergência. Porém, não há nenhum hospital com data de registro no CREMESP que indicasse seu recente funcionamento.

Tabela 16: Hospitais segundo tipo, porte e natureza jurídica, Campinas e região, 2001.

		Campinas		Região		Total	
		Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total		26	100,0	41	100,0	67	100,0
Geral		17	65,4	34	82,9	51	76,1
Especializado		09	34,6	07	17,1	16	23,9
Natureza	Público	03	11,4	09	21,9	12	17,9
	Sem fins lucrativos	12	46,4	24	58,5	36	53,7
	Com fins lucrativos	11	42,2	09	21,9	18	26,9
Porte	Pequeno	08	30,8	09	21,9	17	25,4
	Médio	12	46,1	17	41,5	29	43,3
	Grande	04	15,4	09	21,9	13	19,4
	Especial	02	7,7	06	14,6	08	11,9

Fonte: Cadastro de Hospitais, CREMESP, 2001.

Como se pode constatar, segundo os dados do CREMESP existem 2 hospitais gerais que não estão cadastrados, até o ano de 2000, na SES.

Apresenta-se a seguir a distribuição de Clínicas e Hospitais-dia em Campinas e região. Deve ser esclarecido que na categoria Clínica estão incluídos estabelecimentos de saúde com leitos de internação que variam de 1 leito até 21 leitos. Estão também classificadas em gerais e especializadas e conforme sua natureza jurídica.

Tabela 17: Clínicas segundo tipo e natureza jurídica, Campinas e região, 2001.

		Campinas		Região		Total	
		Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total		18	100,0	15	100,0	33	100,0
Geral		04		07		11	
Especializado		14		08		22	
Natureza	Público	-	-	-	-	-	-
	Sem fins lucrativos	-	-	-	-	-	-
	Com fins lucrativos	18	100,0	15	100,0	33	100,0

Fonte: Cadastro de Hospitais, CREMESP, 2001.

Com respeito aos hospitais-dia, não há a classificação em geral ou especializado. Neste caso existe a descrição das especialidades nas quais atendem.

Existem 4 hospitais-dia cadastrados, dois deles possuem 4 leitos e os outros dois, 11 leitos cada. Todos eles são privados com fins lucrativos e todos se situam na cidade de Campinas.

Quanto às especialidades, todos se concentram nas cirúrgicas. Nos quatro está mencionada a especialidade de cirurgia plástica. Num deles, há apenas a menção desta especialidade. Nos três restantes, existe o registro de outras especialidades, além desta.

Num deles, estão registradas ginecologia, geriatria, cardiologia, angiologia, otorrinolaringologia, urologia e pediatria. Em outro há o registro de oftalmologia, cirurgia vascular e anestesiologia. No último, estão registradas otorrinolaringologia, urologia, ginecologia, cardiologia, geriatria, angiologia, e anestesiologia.

Através do cruzamento de informações como folders, propaganda em jornais, catálogos telefônicos e congêneres, pode-se afirmar que alguns dos estabelecimentos cadastrados como Clínicas, operam em modalidades como hospitais-dia e cirurgia ambulatorial. Não sendo possível, no entanto, precisar este número.

Em virtude de o número de hospitais ser maior e apresentar identificação completa para todos eles pelo CREMESP, optou-se por utilizar estes dados como o número de hospitais a serem incluídos na etapa de visitas e entrevistas com dirigentes.

11- AS VISITAS AOS HOSPITAIS E ENTREVISTAS COM SEUS DIRIGENTES

11.1-Os Hospitais analisados

Todos os hospitais de Campinas foram abordados, inicialmente por contato telefônico quando se apresentou o trabalho e suas intenções e se solicitou que fosse agendada uma entrevista e visita ao hospital. Àqueles que, nesta primeira abordagem, aceitaram participar, foi solicitada uma data para sua realização. Apenas três hospitais agendaram o encontro neste momento e as entrevistas e visitas foram realizadas.

Todos os outros hospitais solicitaram que fossem enviados, via e-mail, os documentos que atestassem a pesquisa, com os dados do pesquisador e do auxiliar de pesquisa, e o roteiro para que fosse respondido.

Uma semana após o primeiro contato iniciou-se uma abordagem pessoal aos demais hospitais com as mesmas solicitações.

Foram realizados quatro telefonemas para cada hospital, tanto para a certificação do recebimento do e-mail, como para manter contato e ampliar a chance de se obter a entrevista e visita.

De todos os hospitais abordados da cidade, apenas quatro garantiram acesso irrestrito às suas informações disponíveis. Em apenas um deles foi possível obter as séries históricas das informações solicitadas. Nos três outros

casos, o acesso pessoal do pesquisador ao hospital propiciou que fossem consultados os registros e os arquivos mortos das organizações e que fossem construídas algumas séries históricas.

Assim, foram visitados quatro hospitais, dois públicos e 2 privados. Nos quatro casos foi necessário construir as informações desejadas a partir do acesso aos registros hospitalares. Os dados disponíveis são bastante diversos para cada organização. Por isso, a proposta foi não realizar qualquer tipo de comparação entre eles, mas sim procurar indicativos com relação ao objeto pesquisado. Buscou-se elementos que refletissem os movimentos de desospitalização e direcionamento para clientela externa, não havendo a preocupação se isso ocorria mais nos públicos do que nos privados e vice-versa, nem se comparou qualquer outra variável estudada.

As informações obtidas pela entrevista seguiram o roteiro elaborado e desse modo, obteve-se alguma homogeneidade em relação aos elementos investigados. Anteriormente à sua realização, ocorreram encontros para a padronização das entrevistas, uma vez que foram realizadas pelo pesquisador e pelo auxiliar de pesquisa.

A intenção desta etapa foi verificar “in loco” a existência de indícios que apontassem para a desospitalização. Além disto, buscou-se também perceber se esta problemática estava presente na agenda dos seus dirigentes, como vetores da transformação destes hospitais.

11.2- As entrevistas com os dirigentes e as séries históricas construídas

Dois dos hospitais são privados, ambos sem fins lucrativos e dois são públicos, doravante serão denominados de hospitais A, B, C e D.

As informações apresentadas inicialmente são as obtidas através das respostas dos entrevistados.

Posteriormente, são apresentadas aquelas obtidas através dos dados disponíveis nos arquivos do SAME, arquivo morto, faturamento, relatórios, apresentações diversas e outros setores dos hospitais e construídas pelo pesquisador.

11.2.1- Hospital A

O entrevistado ocupa o cargo de Presidente, já tendo ocupado o mesmo cargo por três anos, dez anos atrás. Este hospital é público, tem cerca de 25 anos de existência e é de grande porte. Trabalha exclusivamente para a clientela SUS.

Possui 180 leitos para internação, além de 6 leitos de UTI pediátrica e 14 leitos de UTI adulto. Seus leitos têm a distribuição seguinte:

- Clínica Médica – 31 leitos
- Clínica Cirúrgica – 33 leitos
- Pediatria – 29 leitos
- Retaguarda da Urgência – 17 leitos
- Demais especialidades - 60

Seus indicadores de eficiência de utilização de leitos são: taxa de ocupação de 87% e tempo médio de permanência de 6,3 dias. Sua produção de internações é da ordem de 700 ao mês.

No que se refere às séries históricas das suas produções, não havia a sua disponibilidade. No entanto, foi assegurado o acesso do pesquisador aos arquivos do SAME, arquivo morto inclusive, o que possibilitou a sua construção.

■ Modalidades assistenciais voltadas para a clientela externa

▪ Pronto Socorro

Este hospital possui Pronto Socorro desde a sua fundação, sendo que esta área foi a que deu origem a ele. A área de atenção à urgência/emergência é uma de suas principais dimensões no sistema de saúde loco-regional. Atende nas áreas de adulto, criança e ortopedia. Sua produção mensal é de 20.000 atendimentos/mês.

▪ Ambulatório

O hospital opera esta modalidade assistencial em área específica anexa a ele. Possui diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e sua constituição data de 1997. Até aquele momento o Hospital possuía um ambulatório apenas para o retorno de pacientes internados. A partir deste ano, o serviço ganhou uma dimensão maior, constituindo-se atualmente, num dos serviços de retaguarda para a rede de serviços básicos da cidade.

▪ Serviços de SADT

Possui serviços externos de laboratório de análises, radiologia, tomografia, ultra-sonografia, ecocardiografia, endoscopias digestivas e broncoscopias. Não foi possível precisar a produção destas áreas, tampouco sua evolução ou a distribuição desta produção em clientelas interna e externa.

■ Modalidades assistenciais alternativas à internação convencional

▪Hospital-dia

O Hospital não possui hospital-dia.

▪Cirurgia Ambulatorial

O Hospital possui programa nesta modalidade, que é desenvolvido de duas formas diferentes. Existem cinco salas cirúrgicas no prédio dos ambulatórios, três delas estão na área de dermatologia que realizam procedimentos que envolvem anestesia local. Há também um pequeno centro cirúrgico com duas salas utilizadas pelas especialidades de otorrinolaringologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e cirurgia bucomaxilofacial.

Além disso, o hospital constituiu unidade para realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais no Centro cirúrgico, que necessitem de procedimento anestésico geral. Esta unidade possui recepção e acesso independentes, com acesso independente também ao Centro cirúrgico, com 8 leitos de admissão/repouso pós-cirúrgico.

Não foi possível precisar a produção nesta modalidade, estando disponíveis somente os dados relativos ao número de procedimentos cirúrgicos totais realizados no centro cirúrgico, que incluem cirurgias de urgência e eletivas. Além disso, a produção cirúrgica realizada no ambulatório é contabilizada como procedimentos ambulatoriais, sem especificação.

▪ Atenção domiciliar

Não há programa de atenção domiciliar próprio do Hospital em funcionamento. O entrevistado informou que atualmente o Serviço de Atenção Domiciliar do Município utiliza espaço físico do Hospital e em situações especiais, fornece alguns medicamentos e materiais. Existe pretensão da Direção em estreitar laços com o Serviço e desenvolver projetos que envolvam a clientela do Hospital. Citou ações como introduzir a continuidade do cuidado no domicílio e antecipação de altas hospitalares.

■ Evolução do número de leitos e de serviços

Nos últimos 10 anos houve um aumento de 64% nos leitos para a internação. Os leitos passaram de 110 para 180.

Houve também aumento do número de leitos de terapia intensiva na última década. Foi criada a UTI pediátrica com seis leitos e ampliada a UTI adulto para 10 leitos. No momento da entrevista o hospital está finalizando uma nova ampliação da UTI adulto e da UTI pediátrica, que representam um aumento de 100% em relação ao número inicial de 1990.

Os leitos de enfermaria foram ampliados nas áreas de Ortopedia, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. As razões que determinaram as ampliações foram, para o entrevistado, as demandas geradas pelo sistema local de saúde.

Dos serviços criados, o que teve maior importância, como mencionado acima, foi o Ambulatório. Além deste, a Cirurgia Ambulatorial também foi lembrada pelo entrevistado.

Mais recentemente foi criado o serviço de Tomografia Computadorizada, com característica também de retaguarda para o sistema.

■ Composição das clientela em interna e externa

Segundo o dirigente, o Hospital sempre teve um grande aporte de pacientes externos devido à sua característica de “porta de entrada” do sistema para a urgência/emergência. Nos últimos anos, a criação do ambulatório ampliou este contingente, uma vez que o serviço também é retaguarda para o sistema.

Entretanto ele acredita não ter havido grande aumento de pacientes externos, porque se houve aumento pelo ambulatório, houve redução no pronto Socorro, com destaque na área de Pediatria.

Com respeito ao faturamento, cerca de 70% é advindo da atenção ao paciente internado e 30% ao externo. Esta proporção (desproporção para o entrevistado) reflete menos o trabalho do Hospital, que tem se dedicado de modo importante ao paciente não hospitalizado, e mais a forma de remuneração do SUS, que privilegia a atenção ao paciente internado.

Quanto aos investimentos, para o dirigente não houve privilegiamento com nenhuma das clientela, interna ou externa, no que concerne aos equipamentos adquiridos nos últimos anos, porque estes são utilizados por ambas. Em relação às obras, reformas e ampliações, acredita que tenham sido realizadas preferencialmente nas áreas de atenção ao paciente internado. Citou investimentos nas UTI, Lavanderia, Farmácia e Almoxarifado e setores administrativos. Lembrou, contudo, que houve investimento no Pronto Socorro e no Centro Cirúrgico com a incorporação de área de recuperação anestésica para o programa de cirurgia ambulatorial.

■ Perspectivas hospital A

A principal intenção do dirigente é o aprofundamento da integração do Hospital ao sistema local de saúde. Nessa medida, as ações que o Hospital empreenderá deverão ser estabelecidas pelo diálogo entre os serviços do sistema em resposta às necessidades da clientela e emanadas das políticas de saúde municipais.

No que diz respeito à organização interna, o entrevistado acredita que seja necessário levar adiante alguns projetos acima mencionados como: incrementar o programa de cirurgia ambulatorial com utilização da plena capacidade dos recursos destinados para este fim; concluir a ampliação do centro cirúrgico, que irá colaborar com o projeto anterior; e aumentar a eficiência na utilização de leitos.

Acredita ser possível e necessário o estabelecimento de ações conjuntas com a rede de serviços no sentido de implementar ações domiciliares e criar programas que de um lado promovam desospitalização precoce e de outro possam evitar internações.

■ Séries históricas

Buscando nos arquivos do Hospital, foi possível obter dados relativos às suas produções a partir do ano de 1995. Isso se deve ao fato de os documentos serem arquivados apenas por cinco anos, prazo esse determinado por aspectos legais.

Salienta-se que foram localizados dados completos de produção para os anos de 1995, 1996, 1997, 2000 e 2001. Para o ano de 1998 foram localizados os dados referentes às internações e procedimentos realizados para a clientela interna, não sendo possível verificar as produções realizadas para a clientela externa. Para o ano de 1999 não foram localizados os dados atinentes aos exames subsidiários.

Foi possível também construir a evolução do número de AIH emitidas por especialidade de 1997 a 1999. A evolução do tempo médio de permanência obtida se estendeu até o ano de 2001, porém, sem a especificação por especialidade nos dois últimos anos.

Para o ano de 2001 obteve-se uma qualidade de dados mais detalhada, que inclui as produções das diversas áreas do hospital e alguns indicadores.

Quadro 3: Produções e alguns indicadores do Hospital A, Campinas, 2001.

	MÉDIA 2000	JAN 2001	FEV 2001	MAR 2001	ABR 2001
Internações	588	638	576	742	709
Cirurgias Urgência	141	156	153	107	164
Cirurgias Eletivas	123	177	162	278	267
Média Permanência	7,22	7,08	6,5	6,3	6,3
Pronto Socorro Adulto	12.533	14.166	12.150	13892	13310
Pronto Socorro Infantil	6.752	5.926	4870	7693	9132
Ambulatório de Especialidades	5.940	6.523	5.583	7.444	5765
Exames de Laboratório	22.150	25.183	24.132	28.106	28.744
Raio – X	11.170	11.551	10.059	12.641	9.161
Tomografia	144	262	187	199	212
Ultra-sonografia	328	412	313	462	322
Endoscopia	158	190	202	272	254
Aplicações Radioterapia	1822	2081	1551	2271	2208
Taxa de Ocupação		83%	80%	87%	86,05%

Fonte: Diretoria do Hospital A

Quadro 4: Produções hospitalares (médias mensais) do Hospital A de 1995 a 2001, Campinas, maio de 2001.

ÁREA	PSAD	PSINF	AMBUL	INTERN	CIRURG	EXAMES	EXAMES
ANO						RADIOL	LABORAT
1995*	20615	-	4330	630	270	10665	18125
1996	15616	6959	4825	591	294	10507	18479
1997**	15360	6961	6260	614	259	10713	19623
1998***				580	268		
1999****	9584	5044	4342	521	256		
2000	11966	6308	6086	552	296	11170	22150
2001*****	13380	6905	6329	666	366	10853	26541

Fonte: SAME e Faturamento do Hospital A

* No ano de 1995 os dados de produção do Pronto Socorro Adulto e do Pronto Socorro Infantil estão considerados em conjunto

** No ano de 1997 os dados se referem à média mensal de janeiro a julho

*** No ano de 1998 os dados relativos às produções para a clientela externa não foram localizados

**** No ano de 1999 não estavam disponíveis os dados atinentes aos exames subsidiários

***** No ano de 2001 os dados se referem à media mensal de janeiro a abril

Gráfico 2: Produções hospitalares (médias mensais) do Hospital A de 1995 a 2001, Campinas, maio de 2001.

Fonte: SAME e Faturamento do Hospital A

Tabela 18: Evolução do número de AIH (média mensal), de diárias de UTI (média mensal) e do Tempo Médio de Permanência, segundo especialidade no Hospital A, Campinas, 2001.

Ano	1997		1998		1999		2000 *		2001 **	
	N° de	TMP	N° de	TMP	N° de	TMP	N° de	TMP	N° de	TMP
	AIH	dias	AIH	dias	AIH	dias	AIH	dias	AIH	dias
Global	633	7,53	591	7,24	564	7,06	588	7,22	666	6,6
Clínica	267	6,92	227	6,93	205	7,29				
Médica										
Clínica	273	8,44	282	7,20	257	7,06				
Cirúrgica										
Pediatria	93	6,68	82	8,38	102	6,55				
UTI ***	271		348		316					

Fonte: SAME e Faturamento do Hospital A

* Para os anos de 2000 e 2001 estavam disponíveis os dados globais de número de AIH e Tempo Médio de Permanência.

** No ano de 2001 a média mensal refere-se ao primeiro quadrimestre.

*** Os dados relativos à UTI se referem ao número de diárias e não ao número de AIH, portanto, não foi possível construir o TMP.

■ Síntese do Hospital A

Nesta organização hospitalar é possível caracterizar uma forte vinculação com o Sistema Local de Saúde. É forte ainda, a presença de clientela externa, tanto em termos de Pronto Socorro, como Ambulatório e SADT.

A leitura da evolução de suas produções mostra que enquanto as internações apresentaram-se estáveis no período disponível, seus serviços prestados ao paciente externo se ampliaram. Houve aumento na produção de consultas ambulatoriais, nos atendimentos de urgência/emergência e nos exames laboratoriais.

Salta aos olhos a grande produção de Pronto Socorro, o que faz pensar na “hospitalização” dos pacientes, não em termos de internações, mas na adesão destes ao hospital através das suas portas para pacientes externos. O fato toma relevância maior se for considerado o tamanho da rede básica de Campinas e sua estruturação.

Com respeito aos aspectos que caracterizariam a desospitalização, ressalta-se a redução progressiva do tempo médio de permanência das internações. A redução no indicador foi de mais de um dia e correspondeu a 16,3%. As especialidades cirúrgicas é que mostraram efetiva redução da permanência, o que se mostra condizente com a presença da videolaparoscopia.

O desenvolvimento de estratégias que apontem para a desospitalização se fez sentir apenas pela cirurgia ambulatorial. Serviços como Hospital-Dia ou de Cuidados Domiciliares, ou são inexistentes, ou são incipientes.

Merece destaque a evolução de leitos, em especial, o aumento de leitos de terapia intensiva, que está em consonância com o observado para o país.

As intenções emitidas pelo dirigente ao comentar as perspectivas para o Hospital demonstram sua preocupação na direção de reduzir as hospitalizações e implementar ações que privilegiem clientela externa.

11.2.2- Hospital B

Quem respondeu à entrevista foi o responsável do departamento de estatísticas do hospital. É um hospital público, universitário, que tem aproximadamente 25 anos de existência, nas atuais instalações. Sua clientela é composta exclusivamente por pacientes SUS.

Opera com 403 leitos, que incluem um total de 30 leitos de UTI, sendo 15 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI pediátrica/neonatal e 5 leitos de UTI cardiológica. Seus leitos têm a seguinte distribuição:

- 147 leitos em especialidades clínicas
- 146 leitos em especialidades cirúrgicas
- 48 leitos de pediatria
- 18 leitos de psiquiatria
- 14 leitos de retaguarda da urgência/emergência

Seu volume de internações é da ordem de 1200 pacientes ao mês, 420 nas áreas clínicas, 520 nas áreas cirúrgicas, 150 em pediatria, 50 na emergência e 16 em psiquiatria.

Sua Taxa de Ocupação é de 86,65% e seu Tempo Médio de Permanência é de 8,81 dias por internação (ano de 2000).

O entrevistado referiu a existência de dados disponíveis para os últimos 10 anos e comprometeu-se a disponibilizá-los.

■ Modalidades assistenciais voltadas para a clientela externa

▪ Pronto Socorro

Este hospital possui Pronto Socorro desde a sua fundação atendendo nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria e ortopedia. Para tal, dispõe de 25 salas. Sua produção mensal é de 8.500 pacientes atendidos por mês.

▪ Ambulatório

O início de funcionamento de seu ambulatório data de 1979 e se caracteriza como retaguarda secundária e terciária regional para o sistema. Trabalha nas diversas especialidades médicas e em sub-especialidades como fisioterapia, genética médica, radioterapia e outras. Além destes, possui ambulatórios de farmacologia, medicina social, saúde ocupacional e serviço próprio para os trabalhadores da Universidade.

Sua estrutura física é de cerca de 150 salas/consultórios e sua produção mensal é de cerca de 15.900 consultas/atendimentos.

▪ Serviços de SADT

Possui diversos serviços externos de SADT que vão desde os menos complexos como laboratório de análises e radiologia, até os mais complexos como tomografia, litotripsia e ressonância magnética. Não foi possível precisar a produção destas áreas, tampouco sua evolução ou a distribuição desta produção em clientelas interna e externa.

■ Modalidades assistenciais alternativas à internação convencional

▪ Hospital-dia

O Hospital-dia se constitui de 18 leitos e opera apenas na área de AIDS. O entrevistado não soube precisar a produção do serviço e sua série histórica de produção.

▪ Cirurgia Ambulatorial

O entrevistado afirma que o Hospital possui programa nesta modalidade, que se utiliza das instalações tanto do Centro cirúrgico nas situações onde está tecnicamente indicado, como possui também um Centro cirúrgico ambulatorial.

Sua produção mensal é da ordem de 550 procedimentos.

▪ Atenção domiciliar

A única atividade com característica domiciliar desenvolvida pelo Hospital se restringe ao fornecimento de oxigenioterapia. Não há programa de atenção domiciliar em atividade.

■Evolução do número de leitos e de serviços

Segundo o entrevistado não houve variação significativa no número de leitos nos últimos 10 anos. No entanto, consultando o cadastro da SES, que para este Hospital, apresenta dados de 1995, é possível verificar mudanças quanto ao número de leitos.

O número total de leitos, inclusive UTI, é de 480, uma redução de pouco mais de 16%. A principal variação se dá na Pediatria, em 1995 o número era de 66 leitos, que contra os atuais 44, aponta uma redução de 50%.

Para os leitos de terapia intensiva, a comparação dos dados cadastrais de 1995 com os obtidos na entrevista, mostram uma redução de 12 leitos. Todavia, pode ter havido imprecisão nas informações porque os 12 leitos constantes no cadastro e não mencionados na entrevista são de UTI neonatal, serviço este que é indispensável, num hospital com as características deste.

Os leitos de Hospital-dia para AIDS já constavam no cadastro de 1995 com o mesmo número atual de 18 leitos.

Não foi possível precisar a criação ou o fechamento de outros serviços, porque o entrevistado relatou um grande número de serviços sem especificá-los.

■ Composição das clientela em interna e externa

Com respeito à composição da sua clientela, o entrevistado acredita que a clientela externa seja maior. Disse porém, não ter acesso a informações sobre investimento e faturamento, pois são setores do Hospital aos quais a natureza do cargo que ocupa não permite acessá-los.

■ Perspectivas para o Hospital

O entrevistado afirmou não participar do planejamento da instituição e, portanto, não podendo precisar sobre as perspectivas para o Hospital.

■ Séries históricas

Esta foi a única situação na qual foi possível obter as informações desejadas de modo organizado. Por isso, foi possível construir séries históricas para os elementos pesquisados de 1995 a 2000.

Estavam disponíveis as séries históricas do número de leitos, do número de internações, o tempo médio de permanência e a taxa de ocupação global e segundo a especialidade médica para o período.

Tabela 19: Evolução do número de leitos, segundo especialidade no Hospital B, Campinas, 2001.

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		Var %
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	95-00
Clínica Médica	150	37,2	150	37,2	150	37,2	150	37,2	147	37,2	150	37,2	-
Clínica cirúrgica	159	39,4	159	39,4	159	39,4	159	39,4	154	40,3	159	39,4	-
Pediatria	48	11,9	48	11,9	48	11,9	48	11,9	48	12,1	48	11,9	-
Psiquiatria	16	3,9	16	3,9	16	3,9	16	3,9	16	4,0	16	3,9	-
UTIs	30	7,4	30	7,4	30	7,4	30	7,4	30	7,6	30	7,4	-
Total	403	100	403	100	403	100	403	100	395	100	403	100	-

Fonte: SAME Hospital B

Tabela 20: Evolução da média mensal de internações, segundo especialidade no Hospital B, Campinas, 2001.

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		Var %
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	95-00
Clínica médica	443	34,7	431	34,3	431	33,5	424	33,4	422	34,1	434	36,0	-2,0
Clínica Cirúrgica	594	46,7	592	47,1	612	47,6	609	48,0	575	46,5	547	45,3	-7,9
Pediatria	151	12,2	164	13,0	161	12,5	163	12,8	161	13,0	153	12,7	+1,3
Psiquiatria	19	1,5	17	1,3	17	1,3	15	1,2	19	1,5	16	1,3	-15,8
Uti	60	4,9	53	4,2	65	5,0	58	4,6	59	4,8	56	4,6	-6,6
Total	1267	100,0	1257	100,0	1286	100,0	1269	100,0	1236	100,0	1206	100,0	-4,8

Fonte: SAME Hospital B

Tabela 21: Evolução do Tempo Médio de Permanência (TMP) e Taxa de Ocupação (TO), segundo especialidade, no Hospital B, Campinas, 2001.

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		Var %
	TMP												
	TMP	TO	TMP	TO	TMP	TO	TMP	TO	TMP	TO	TMP	TO	95-00
Clínica Médica	6,3	82,9	6,3	84,3	6,3	85,1	6,1	83,0	5,9	78,8	6,4	87,8	+1,6
Clínica Cirúrgica	4,7	78,1	4,1	80,1	4,7	80,2	4,8	82,9	4,3	86,3	5,3	85,7	+12,8
Pediatria	5,2	86,7	4,8	86,7	4,7	85,0	4,7	67,5	4,8	86,0	4,9	89,0	-5,8
Psiquiatria	21,6	89,1	31,6	95,6	27,0	90,0	29,0	95,0	22,6	94,1	27,4	95,0	+26,8
Uti	4,4	78,4	4,3	76,0	4,2	80,6	4,2	81,3	4,5	81,7	4,5	81,7	+2,3
Total	7,9	82,3	8,0	82,1	7,9	82,5	8,2	85,4	7,8	80,7	8,8	86,6	+11,4

Fonte: SAME Hospital B

■ Síntese do Hospital B

O perfil do entrevistado e a sua inserção na organização dificultaram que se aprofundassem aspectos ligados ao objeto de interesse. A ausência das séries históricas e a impossibilidade de se investigar os determinantes da evolução de leitos e serviços dificultaram ainda mais a leitura sobre o Hospital.

Numa análise mais superficial, parece que neste Hospital as mudanças pesquisadas não se mostram com muita força. O seu tempo de permanência das internações se encontra em patamares elevados, que pode ser explicado pelo seu caráter de nível terciário e quaternário e, por conseguinte ter uma concentração de caos complexos e graves.

Colabora nesta direção o fato de se constituir em hospital universitário, o que interfere diretamente na variável permanência, tendendo a elevá-la. Deve ser também considerado que neste Hospital não há serviço de Obstetrícia, que em geral tende a reduzir o tempo de permanência dos serviços onde existe.

No que tange aos serviços/programas que viabilizem a desospitalização, a cirurgia ambulatorial é aquela que se apresenta com efetivo vigor, a sua produção observada, da ordem de 550 procedimentos ao mês, reforça esta impressão. A presença de Hospital-Dia em AIDS pode guardar maior relação com as políticas nacionais do que se constituir numa estratégia da Organização para evitar hospitalizações.

Julga-se adequado tratar os dados atinentes à evolução de seus leitos com cautela, pelas dúvidas levantadas e discutidas anteriormente.

Em síntese, as dificuldades apresentadas não possibilitam que se faça uma análise mais aprofundada do Hospital, sob risco de se construir impressões equivocadas sobre esta realidade hospitalar.

11.2.3- Hospital C

O respondente da entrevista ocupa o cargo de Assessor da Diretoria. Trata-se de um hospital privado sem fins lucrativos que tem 120 anos de existência. Atende pacientes de convênios médicos e particulares, além dos sócios do Hospital e usuários do convênio próprio. Não mantém convênio com o SUS.

Opera com 175 leitos, além de 10 leitos de UTI adulto e 14 leitos de UTI pediátrica/neonatal. Seus leitos têm a seguinte distribuição:

- 10 leitos de pediatria
- 27 leitos de ginecologia e obstetrícia
- Demais leitos compartilhados pelas diversas especialidades.

Interna ao redor de 960 pacientes ao mês, com a seguinte distribuição:

- Clínica médica - 150
- Cirurgia – 130
- Pediatria – 70
- G.O. 180
- Ortopedia – 45
- Otorrino e Oftalmo – 26
- Urologia – 95
- Oncologia – 40
- Nefrologia – 10
- Cirurgia Plástica – 10
- Neurologia – 75
- Cirurgia torácica – 20

- Cirurgia cardiovascular – 15
- Cirurgia Pediátrica – 15

As UTI adulto e pediátrica produzem respectivamente 60 e 20 internações por mês, em média.

Sua Taxa de Ocupação global é de 75% e seu Tempo Médio de Permanência é de 3,49 dias por internação. A distribuição destes indicadores por áreas assistenciais é apresentada abaixo.

Tabela 22: Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência, segundo área assistencial, Hospital C, Campinas, março de 2001.

Área	T.O. (%)	T.M.P. (dias)
Clínica Médica	75	4,8
Clínica Cirúrgica	75	4,3
Pediatria	70	3,7
Ginecologia	75	3,2
Obstetrícia	75	2,2
UTI Adulto	85	8,0
UTI Pediátrica/neonatal	85	17,7
Global	75	4,0

Fonte: Diretoria do Hospital C

Referiu não haver dados disponíveis para os últimos 10 anos, porque são incinerados os registros anteriores a 5 anos. Apesar de o entrevistado prontificar-se a levantar as informações possíveis e possibilitar o acesso a elas, o Hospital não conseguiu levantar séries históricas.

■ Modalidades assistenciais voltadas para a clientela externa

▪ Pronto Socorro

O atual Pronto Socorro funciona há um ano atendendo nas áreas de adulto, criança, ortopedia, cardiologia e gineco-obstetrícia. Para tal, dispõe de 12 salas/consultórios. Sua produção mensal é de 6.500 consultas/atendimentos ao mês.

▪ Ambulatório

O hospital não opera esta modalidade assistencial nem tem área específica para ambulatórios. Apesar, de constar área com esta característica no cadastro do Hospital. As atividades ambulatoriais que oferece são restritas a algumas consultas realizadas como retorno no próprio PS.

▪ Serviços de SADT

Este Hospital oferece serviços externos de laboratório de análises, radiologia, tomografia, eletroencefalografia, litotripsia, ultra-sonografia, diagnóstico em cardiologia e radioterapia. Não foi possível precisar a produção destas áreas, tampouco sua evolução ou a distribuição desta produção em clientelas interna e externa.

■ Modalidades assistenciais alternativas à internação convencional

▪ Hospital-dia

Todavia o entrevistado considere importante o Hospital operar com este modo de assistência, o Hospital não trabalha atualmente com esta modalidade.

▪ Cirurgia Ambulatorial

O entrevistado informa que o Hospital possui programa nesta modalidade, que se utiliza das instalações do Centro Cirúrgico e está contido dentro da sua rotina. Não existe área específica para esta modalidade.

As áreas mencionadas de atuação foram aquelas que se utilizam videolaparoscopias, principalmente e as áreas que realizam pequenos procedimentos.

Sua produção mensal é da ordem de 110 procedimentos cirúrgicos.

▪ Atenção domiciliar

Não há programa de atenção domiciliar em atividade. Segundo o entrevistado, o hospital considera importante este tipo de cuidado, porém, não há nenhum projeto em andamento neste sentido.

■Evolução do número de leitos e de serviços

O entrevistado referiu uma grande redução no número de leitos do Hospital. O motivo alegado para a redução foi a necessidade de “modernização”. A idade de 120 anos do Hospital é a grande explicação fornecida.

Foram três os caminhos mencionados para a redução de leitos. Um deles foi a necessidade da constituição de enfermarias menores, para 2 leitos e apartamentos, todos com banheiros. Isto determinou uma grande redução de leitos, porque o espaço físico é restrito e não havia sanitários suficientes. A situação do Hospital em área central da cidade e a restrição de terreno obrigaram a que se reduzissem leitos nesta reformulação.

Outro determinante foi a incorporação de áreas que o Hospital não possuía como radioterapia, tomografia, pronto socorro, que passaram a disputar o espaço restrito mencionado com os leitos para a internação e contribuiu para a sua redução.

A maior necessidade de leitos de terapia intensiva também colaborou para que se utilizasse espaço de leitos convencionais de internação para a ampliação de UTI.

O único dado disponível a respeito do número de leitos é o que se refere ao ano de 1976. Naquela ocasião o Hospital contava com 325 leitos para a internação. Esse número comparado ao número atual de 175 leitos mostra uma redução maciça, da ordem de 54%. Ou seja, o Hospital perdeu mais da metade de seus leitos nos últimos 25 anos.

Quanto aos leitos de UTI, cruzando-se os dados obtidos na entrevista e visita, com os dados do cadastro da SES que, no aspecto específico, se refere ao ano de 1994, observa-se que naquela época o Hospital contava com 16 leitos em terapia intensiva. Isto relacionado ao número atual aponta um crescimento de 50%.

■ Composição das clientela em interna e externa

Este entrevistado também acredita que a clientela externa tem ampliado sua participação na atividade hospitalar, tanto na procura por assistência médica (Pronto Socorro), mas especialmente pelos serviços de SADT e de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Ele identifica este movimento com mais intensidade nos últimos 10 anos.

Em termos de volume de pacientes, a maioria (cerca de 80%) é de externos. Os pacientes internos correspondem a 20% desse volume.

Em termos de faturamento, o entrevistado não soube precisar a participação dos serviços prestados à clientela externa, uma vez que os convênios não fazem esta diferenciação nas suas faturas.

Com respeito aos investimentos, acredita que tenha havido equilíbrio de alocação de recursos entre os serviços para ambas as clientela.

■ Perspectivas para o Hospital

Na opinião do dirigente, no médio prazo o Hospital terá uma clientela para a internação cada vez maior de casos graves e complexos, com pacientes mais idosos. Por outro lado, prevê o crescimento da clientela externa, para além do que se apresenta atualmente.

Nesta direção, o Hospital planeja a construção de edificação em área próxima ao prédio central, que seria uma opção para a prestação de assistência ambulatorial. Guardando a estrutura existente para a internação.

A estrutura a ser constituída alocaria além de ambulatorios e setores administrativos, um “hotel para idosos” com suporte de assistência médico-hospitalar. Projeta-se um prédio com 32 apartamentos para este fim.

Tem também como perspectiva uma modernização administrativa da organização, com implementação de um plano de informação e de informática.

■ Séries históricas

Neste hospital não foi possível construir séries históricas para nenhum dos aspectos pesquisados. O estudo se restringiu às informações prestadas pelo entrevistado e por informações prestadas pelo SAME do Hospital.

■ Síntese do Hospital C

Apesar de não se ter conseguido a riqueza de informações pretendida, os dados obtidos mostram que o Hospital tem tido preocupação no sentido de se adequar à realidade presente. A reformulação do Pronto Socorro e a perspectiva da construção de área para ambulatorios e “hotel para idosos” apontam para o direcionamento da organização para clientela externas e grupos populacionais específicos.

Houve o relato da sensação de crescimento de clientela externa, sem que se pudesse constatar tal fenômeno.

Sua evolução no número de leitos, com redução significativa dos leitos de enfermarias, demonstra a necessidade de adequações na estrutura hospitalar que existem nos hospitais mais antigos. Com respeito aos leitos de terapia intensiva, estes apresentaram considerável aumento, consoante também com a tendência nacional.

Quanto à sua operação, constata-se um tempo médio de permanência em valores menores que os obtidos para os demais hospitais analisados. Este indicador isolado não é suficiente, no entanto, para que se identifique uma tendência, uma vez que é modulado pelo perfil de pacientes atendidos e outras variáveis.

Também para este Hospital, devido às poucas informações conseguidas não é possível tecer comentários mais assertivos em relação ao objeto pesquisado.

10.2.4- Hospital D

Quem respondeu à entrevista ocupa o cargo de Diretor Técnico, posição que ocupa há cinco anos. É um hospital privado sem fins lucrativos e tem 18 anos de existência. Atende pacientes de convênios médicos e particulares, não mantém convênio com o SUS.

Opera com 117 leitos, além de 9 leitos de UTI adulto e 5 leitos de UTI pediátrica/neonatal. Seus leitos têm a seguinte distribuição:

- 8 leitos de pediatria
- 6 leitos de ginecologia e obstetrícia
- 18 leitos exclusivamente cirúrgicos
- Demais leitos compartilhados pelas diversas especialidades.

Interna ao redor de 650 pacientes ao mês, não conseguindo especificar o entrevistado, o número de internações por área.

Sua Taxa de Ocupação é de 75% e seu Tempo Médio de Permanência é de 3,49 dias por internação (março de 2001).

Referiu não haver dados disponíveis para os últimos 10 anos, porque são incinerados os registros anteriores há 5 anos. Prontificou-se a levantar as informações possíveis e possibilitar o acesso a elas.

■ Modalidades assistenciais voltadas para a clientela externa

▪ Pronto Socorro

Este hospital possui Pronto Socorro desde a sua fundação atendendo nas áreas de adulto, criança, ortopedia e gineco-obstetrícia. Para tal, dispõe de oito salas. Sua produção mensal é de 6.200 atendimentos/mês.

▪ Ambulatório

O hospital não opera esta modalidade assistencial nem tem área específica para ambulatorios. As atividades ambulatoriais que oferece se restringe a consultas pré-anestésicas

▪ Serviços de SADT

Possui serviços externos de laboratório de análises, radiologia, tomografia, eletroencefalografia, litotripsia, ultra-sonografia e ecocardiografia. Não foi possível precisar a produção destas áreas, tampouco sua evolução ou a distribuição desta produção em clientelas interna e externa.

■ Modalidades assistenciais alternativas à internação convencional

▪ Hospital-dia

Tem hospital-dia, constituído desde outubro de 1998, com área específica, projetada para esta finalidade. A área tem 10 leitos, com recepção, entrada e acesso independentes. Trabalha principalmente nas especialidades cirúrgicas, com alguma produção em quimioterapia, endoscopias digestivas e broncoscopia.

Sua produção é de 130 pacientes atendidos/mês, com uma taxa de ocupação de 50% e um Tempo médio de permanência entre 4 e 6 horas.

O entrevistado comentou que a área é subutilizada por falta de iniciativa da gerência e por problemas de financiamento por parte dos convênios que muitas vezes não prevê a remuneração para alguns procedimentos nesta modalidade.

▪ Cirurgia Ambulatorial

O entrevistado afirma possuir programa nesta modalidade, que se utiliza das instalações do hospital-dia e das instalações do Centro cirúrgico nas situações onde está tecnicamente indicada a realização do ato cirúrgico em regime hospitalar. Além disso, possui uma sala cirúrgica específica para procedimentos ambulatoriais.

As áreas mencionadas de atuação foram cirurgia plástica, pequenos procedimentos em dermatologia e na mastologia para retirada de nódulos.

Sua produção mensal é da ordem de 150 procedimentos.

▪ Atenção domiciliar

Não há programa de atenção domiciliar em atividade. Segundo o entrevistado, o hospital iniciou estudos para implantação de programa voltado para a área de obstetrícia.

■Evolução do número de leitos e de serviços

Nos últimos 10 anos houve um aumento de 30% nos leitos para a internação. Os leitos passaram de 90 para 117.

Houve também aumento do número de leitos de terapia intensiva na área de adulto, que passaram de 6 para 9 leitos, um aumento de 50%. No momento da entrevista o hospital está ampliando a UTI adulto em mais 3 leitos, com início das obras e aquisição de equipamentos, que representam um aumento de 100% em relação ao número inicial.

Foram ainda criados os 10 leitos de hospital-dia, com a constituição da área, às custas do fechamento de 5 leitos para internação.

Os serviços criados nos últimos cinco anos foram a litotripsia, a ecocardiografia e toda a área de cirurgia cardíaca. Atualmente, finaliza o projeto arquitetônico para a construção de área específica para a cirurgia cardíaca, com estudo hemodinâmico, angiografia e uti coronariana. Afirma que o hospital já adquiriu o equipamento para Hemodinâmica.

O entrevistado atribuiu a demandas existentes e ao comportamento do mercado as ampliações de leitos e a constituição de áreas.

■ Composição das clientelas em interna e externa

Com respeito à composição da sua clientela, o entrevistado acredita que a clientela externa tem ampliado sua participação na atividade hospitalar, porém “*com pouca ênfase*”. No Pronto Socorro, a procura tem crescido na área de adulto, porém, na pediatria tem diminuído.

Em termos de faturamento, o entrevistado não soube precisar a participação dos serviços prestados à clientela externa, uma vez que os convênios não fazem esta diferenciação nas suas faturas.

Com respeito aos investimentos, as clientelas internas foram as que mais receberam aporte de recursos, foram mencionadas as áreas: de atenção aos casos mais urgentes e graves, monitores e respiradores para as uti; área cirúrgica, materiais cirúrgicos, de anestesia e focos; cirurgia cardíaca, monitores e materiais cirúrgicos, intensificador de imagem (arcoscópio), equipamento de hemodinâmica. Os investimentos em obras prediais ocorreram na área de internação, Centro cirúrgico e central de materiais, Hospital-dia e áreas administrativas.

■ Perspectivas para o Hospital

O dirigente aponta perspectiva de crescimento, com reforma e ampliação do Pronto Socorro, ampliação dos leitos de UTI, construção da Unidade Cardiovascular com cirurgia cardíaca, hemodinâmica e UTI cardiológica. Apresenta expectativa quanto a investimentos nas áreas de internação.

Acredita que o hospital esteja profissionalizando sua gestão com implantação de planejamento estratégico, leitura do mercado, estratégia de marketing, constituição de rotinas e protocolos e investindo na informatização das áreas e procedimentos administrativos.

Crê que os quadros a serem atendidos tendem a ficar mais graves, os pacientes a ficar mais idosos e, pelas características da cidade e região, as urgências irão aumentar.

Termina dizendo “... *éramos um hospital de perfumaria, hoje somos um hospital com doenças sérias. Não sei se estamos preparados para isso.*”.

■ Séries históricas

Neste hospital foi possível construir séries históricas apenas sobre a produção de internações em enfermarias e partos, de 1995 a 1999. Sobre o seu Tempo Médio de Permanência também se conseguiu construir a evolução para o mesmo período, porque já havia sido realizado um estudo ao qual se teve acesso.

Tabela 23: Internações no Hospital D, Campinas, 2001.

Ano	1995		1996		1997		1998		1999	
Setor	N°	Média	N°	Média	N°	Média	N°	Média	N°	Média
		mensal		mensal		mensal		mensal		mensal
X	3004		2959		2768		3077		3155	
Y	2659		2557		2174		2128		1970	
Z	1176		1255		1442		1449		1369	
Total	6839	570	6768	564	6384	532	6654	554	6494	541

Fonte: SAME Hospital D, 2001.

Tabela 24: Tempo Médio de Permanência segundo setor, Hospital D, Campinas, 2001.

Setor	1995	1996	1997	1998	1999
X	3,61	3,84	4,35	4,22	4,50
Y	4,06	4,18	3,47	3,40	3,22
Z	3,38	4,07	4,25	4,34	4,32
Global	3,74	4,00	4,03	4,08	4,07

Fonte: SAME Hospital D, 2001.

Conforme a tabela acima, o número de internações apresentou-se estável no período analisado. As médias do número de internações situa-se pouco abaixo do volume informado durante a entrevista.

O tempo médio de permanência mostrou pequeno acréscimo de 1995 até 1998 e teve discreto declínio para 1999.

■ Síntese Hospital D

No caso do Hospital D foi possível perceber algumas indicações com respeito ao tema em estudo tanto nas informações obtidas pela entrevista, como pelos dados trabalhados.

A evolução de seus leitos mostrou aumento de 30% e aumento de 50% em terapia intensiva. A motivação alegada pelo dirigente para estes aumentos foi o mercado e suas demandas. Neste sentido, cabe ressaltar que não só como já observado para o SUS, nas clientelas de convênios e particulares o fenômeno de maiores demandas por internações em UTI está colocado.

Seu tempo de permanência também se encontra em patamares baixos e estáveis, especialmente se for considerado que se trata de um hospital com poucos leitos na área de Obstetrícia. Esta área costumeiramente faz com que este indicador diminua, pela natureza dos quadros que atende, em geral de curta permanência.

Possui Pronto Socorro e presta serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento para clientelas externas. Foi o único que apresentou Hospital-Dia para diversas especialidades há três anos e tem desenvolvido programa de Cirurgia Ambulatorial.

No elenco de serviços criados/constituídos estão, além do Hospital-Dia, serviços de diagnóstico e tratamento que também se dirigem a clientelas externas.

Quando comenta as perspectivas para o Hospital, o dirigente demonstra preocupação com a mudança do perfil de clientelas e do padrão das

hospitalizações. Afirma que o Hospital terá de lidar com pacientes mais graves e mais idosos.

Conclui, acreditando que deverão ser implementadas ações para que a estrutura de Hospital-dia seja mais e melhor utilizada e que o Hospital se concentre em atividades cirúrgicas tanto as ambulatoriais, como para pacientes cirúrgicos admitidos em regime de hospitalização.

11.3- Hospitais A,B,C e D segundo algumas variáveis

Finalizando esta etapa do trabalho de visitas aos hospitais e entrevistas com seus dirigentes, apresenta-se abaixo um quadro onde constam algumas variáveis pesquisadas e discutidas nos hospitais analisados.

Quadro 5: Algumas variáveis pesquisadas nos Hospitais A, B, C e D, Campinas, 2001.

HOSPITAL	A	B	C	D
Natureza Jurídica	Público	Público	Priv sem lucro	Priv sem lucro
Idade	27		120	18
Clientela	SUS	SUS	Conv/Partic	Conv/Partic
Nº de leitos	180	403	175	117
Nº de leitos UTI	20	30	14	14
Internações	700	1200	950	600
Taxa de ocupação	87%	87%	75%	75%
Tempo médio de Permanência	6,3 dias	8,8 dias	4,0 dias	4,1
Evolução do T.M.P.				
Modalidades – Client Externa				
- Pronto Socorro	Sim	Sim	Sim	Sim
Pacientes atendidos/mês	20.000	8.500	6.500	
- Ambulatório	Sim	Sim	Não	Não
Pacientes atendidos/mês	7.000		-	-
- SADT externo	Sim	Sim	Sim	Sim
Modalidades – Altern. Intern.				
- Hospital-dia	Não	Sim	Não	Sim
Pacientes atendidos/mês	-			
- Cirurgia Ambulatorial	Sim	Sim	Sim	Sim
Pacientes atendidos/mês			110	
- Atenção domiciliar	Não	Não	Não	Não
Pacientes atendidos/mês	-		-	-
Evolução nº de leitos	+24%	-	-40%	+30%
Evolução nº de leitos UTI	+100%	-	+40%	+50%

12- CONCLUSÕES

Como se descreveu anteriormente, houve grande dificuldade de obtenção de séries históricas das informações desejadas, tanto para o país, como para o Estado e para os Hospitais pesquisados.

Para o Brasil, só foram encontrados dados consolidados a partir de meados da década de 90. Estes se referiram apenas às hospitalizações financiadas pelo SUS. Não há informações consolidadas para a atenção ambulatorial com o mesmo grau de aprofundamento.

Para a assistência financiada pelo setor privado não existem informações que demonstrem como está o seu comportamento, seja a atenção hospitalar, seja a atenção ambulatorial. Os diversos sistemas e sub-sistemas de saúde suplementar trabalham autonomamente. Nem o Sistema UNIMED, com presença em todo o território nacional, consegue consolidar um conjunto de informações que representem a realidade e a evolução da assistência por ele oferecida.

No Estado de São Paulo perdeu-se recentemente uma importante fonte que registrava a atenção hospitalar pública e privada, o instrumento CAH-106. Este, era um documento mensal e obrigatório produzido pelos hospitais e enviado para a Secretaria de Estado da Saúde. Nele estavam contidas todas as internações realizadas com uma caracterização que incluía o diagnóstico, as datas de entrada e saída, o financiador e etc..

Infelizmente, não apenas este sistema deixou de funcionar, como também, por mudanças nos sistema de informatização, a memória das séries históricas se perderam.

Nos Hospitais a dificuldade na obtenção de dados foi ainda maior. Observou-se que, apesar de existirem os registros, não há tradição de se trabalhar as informações como instrumento gerencial. Esta observação é ilustrada pelo desconhecimento dos dirigentes de algumas informações básicas sobre o hospital como a grandeza de suas produções e seus indicadores de utilização de leitos. Se ilustra também pela inexistência de relatórios consolidados que facilitassem sua utilização nos processos de tomada de decisão gerencial.

As áreas/setores onde as informações foram localizadas são indicativos da valorização que estas recebem nas organizações. O setor de faturamento foi, na maioria das vezes, a fonte principal de obtenção. Isto denota que são trabalhadas somente as informações indispensáveis para que o hospital proceda à cobrança de suas contas. Sendo assim, a lógica que se obedece é a do agente financiador, quer seja o SUS ou outro convênio.

Julga-se que essa dificuldade na obtenção de informações tenha sido bastante prejudicial ao desenvolvimento desta tese, em virtude de se tratar de um estudo que verifica as consequências da implantação de tecnologias e estratégias. Neste sentido, muitas delas requerem períodos de tempo maiores para a sua observação. A título de exemplo, a desospitalização pela redução das doenças diarréicas e respiratórias na Pediatria devem ter tido impacto em período anterior ao estudado.

12.1- As hospitalizações no Brasil

A evolução da atenção hospitalar no país com financiamento público mostra mudanças importantes ocorridas no período analisado. Estas mudanças dizem respeito principalmente à redução do número de hospitais e de leitos hospitalares disponíveis para o Sistema. No que tange às hospitalizações, o panorama estudado aponta com clareza uma redução efetiva em Psiquiatria e de doentes crônicos. O tempo médio de permanência também reduziu-se efetivamente.

Por outro lado, houve aumento considerável nas internações em regime de terapia intensiva e nos quadros classificados dentro do sistema de alta complexidade.

Apesar destas observações se referirem exclusivamente ao SUS, julga-se adequado acreditar que este panorama reflita a realidade nacional, uma vez que este sistema é responsável por um contingente maior do que 70% da população do país. Além da abrangência, sua relevância se reforça pela quantidade de recursos envolvidos na atenção.

Fica também patente a influência dos valores pagos e a correção diferenciada da tabela SUS na produção observada. No caso, os procedimentos com maior remuneração e que tiveram revalorização diferenciada como as internações em regime de terapia intensiva e as internações do chamado sistema de alta complexidade foram os que apresentaram aumento significativo de produção.

12.2- Os Hospitais pesquisados

Nos hospitais analisados foram observadas poucas mudanças no sentido da “desospitalização”. Nas séries históricas construídas não se verificaram alterações que apontem neste sentido.

Nos Hospitais privados, esse tema parece estar na pauta dos entrevistados. Embora não se constate mudanças expressivas na atenção prestada, durante as entrevistas a preocupação com a temática se manifestou. Nos públicos não foi possível constatar uma preocupação importante quanto a transformar a organização nesta direção.

O direcionamento para pacientes externos está estabelecido nos SADT e na atenção à urgência/emergência. No caso dos serviços de SADT, isto pode estar ligado mais a um fenômeno de concentração de tecnologia (o hospital se mantém como local desta concentração), do que por uma estratégia gerencial e/ou mercadológica de reorganização dos serviços.

Para a atenção à urgência/emergência, o hospital continua exercendo um papel tradicional no sistema, que se caracteriza como porta de entrada para estes quadros. Esta argumentação se fortalece na medida que o universo que se observa é a cidade de Campinas, com uma rede de serviços básicos das mais antigas e organizadas do país que possui mais de 40 unidades básicas de saúde, 3 serviços de pronto atendimento, além de serviços especializados. Mesmo nesta realidade, os hospitais se perpetuam como entrada no sistema. O volume de atendimentos mensais de PA/PS realizados pelos Hospitais A (20.000) e B (8.500)

chamam a atenção para esta condição. Essa produção equivale a uma relação de 0,34 atendimentos/habitante/ano na modalidade.

A atenção ao paciente internado é feita em moldes tradicionais. Em nenhum deles, a presença de modalidades assistenciais substitutivas à internação surgiu como importante. Quer sob o ponto de vista de quantidade de serviços e volume de clientela, quer pela perspectiva de importância mercadológica ou financeira, para as organizações pesquisadas, estas modalidades não se apresentam como valorizadas. Há hospitais onde elas sequer existem.

A “desospitalização” também não se apresentou com força ao se olhar para a evolução do Tempo Médio de Permanência. Nos hospitais onde foi possível verificar o comportamento deste indicador, percebe-se uma manutenção dos valores ao longo do tempo. Isto faz constatar que neste passado recente não há mudança significativa.

Verificou-se nestes hospitais pouca preocupação no sentido de criar programas que reduzissem as hospitalizações.

11.2.1- O padrão das hospitalizações

É inegável que existe um movimento de mudança na atenção hospitalar, mesmo que ela não seja observada com intensidade.

Há redução das hospitalizações às custas da redução do Tempo Médio de Permanência quando se observa o país e às custas da introdução de tecnologias incorporadas em equipamentos como o Videolaparoscópio.

No entanto, não é possível visualizar esta desospitalização pela introdução de modalidades alternativas à internação.

As modalidades assistenciais como Hospital-Dia, Cirurgia Ambulatorial e Atenção Domiciliar estão à disposição, isto é, não há dificuldades técnicas para a sua implementação. Porém, parece haver pouca iniciativa gerencial e dificuldades para o seu financiamento.

Uma mudança importante diz respeito ao aumento da gravidade e complexidade dos casos atendidos. Apesar de não ter sido possível a verificação deste fenômeno através dos registros hospitalares, tanto nas entrevistas com os dirigentes como nas com os especialistas este aspecto foi mencionado com ênfase.

Outra mudança mencionada se refere ao envelhecimento da clientela. Aqui, do mesmo modo, não foi possível a constatação dessa mudança e a opinião dos entrevistados é que respaldam esta afirmação. A presença de clientelas mais idosas tem ligação com o fenômeno demográfico vigente no país. Além disso, essa clientela apresenta maior morbidade e maior necessidade de hospitalização, o que corrobora a afirmação dos pesquisados.

Também sem verificação por dados, mas baseado nas impressões fornecidas, parece existir uma discreta inclinação dos hospitais em se concentrarem nos procedimentos cirúrgicos. Ao menos têm havido uma mudança de proporção entre clientela de pacientes clínicos e cirúrgicos, com aumento da segunda.

12.3- Financiamento

O principal fator mencionado e observado como responsável pelo “descompasso” na velocidade da redução das hospitalizações é a falta de financiamento para a efetivação de políticas que acelerem este processo.

Tanto agentes financiadores públicos como privados não privilegiam estratégias que evitem e reduzam hospitalizações. Os modos de pagamento estimulam a que os serviços procedam à internação mesmo em algumas situações onde o tratamento ambulatorial poderia ser aplicado. Em certos casos, cirurgias oftalmológicas como exemplo, não há a possibilidade da execução do procedimento ambulatorialmente. Em outros casos, a mesmo procedimento em regime de internação é melhor remunerado.

O financiador público, efetivou a desospitalização através de cortes progressivos nas cotas de internação. Por isso, não se tem segurança quanto a caracterizar este movimento como de desospitalização, posto que aquilo que se observou foi uma redução de internações. No caso do privado, não é possível fazer esta afirmação, porque não se pode constatar evidências disto.

Nos sistemas cuja remuneração se faz de forma separada e direta para médicos e hospitais surge uma outra distorção que estimula a internação. Nos hospitais com esse tipo de relação de remuneração com os convênios e que possuem pronto socorro/pronto atendimento, os médicos são remunerados pelas consultas e atendimentos prestados e os hospitais serão remunerados apenas pelos materiais e medicamentos porventura utilizados. Desse modo, é

desinteressante para o hospital esse tipo de atendimento. Caso o paciente seja internado para observação, elucidação diagnóstica ou outra justificativa, o hospital passa a receber diárias e taxas.

Os exemplos citados acima ilustram o poder que a forma de remuneração e financiamento podem modular e determinar a assistência prestada e em quais modalidades.

12.4- Os hospitais e os sistemas

Ao concluir-se este estudo, fica a indagação se o foco para observação da desospitalização está além do hospital. As mudanças podem estar nos sistemas (redes básicas) e em outros serviços (Clínicas, Hospitais-Dia). O achado de pequenas clínicas e hospitais-dia privados nos cadastros do CREMESP, desvinculados de hospitais, com leitos de internação e operando em especialidades cirúrgicas, leva a crer que estas estruturas também podem ser encaradas como manifestações desse movimento.

Serviços como o de atenção domiciliar vinculado à unidades básicas de saúde e o de atenção domiciliar para AIDS vinculado ao ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas podem representar a iniciativa pública neste sentido.

Ao se considerar verdadeiras as possibilidades acima discutidas, cabe retomar a discussão levantada por um entrevistado, que diz respeito a se as mudanças na atenção hospitalar devam ser emanadas do hospital, ou se os sistemas de saúde deveriam criar dispositivos que substituíssem essa atenção e assim a mudança ocorreria pela lógica das sistemas e não dos hospitais.

A pouca iniciativa observada da gerência dos hospitais na implementação de programas/projetos/serviços que tornem o processo de desospitalização mais veloz, enseja que iniciativas externas aos hospitais ocupem este papel no sistema.

Sob o ponto de vista de financiamento, se por um lado os hospitais, pelo seu tamanho, podem obter economia de escala e assim, conseguir custos

menores. Por outro lado, estruturas mais leves e enxutas de prestação de serviços, como clínicas e hospitais-dia, podem trabalhar com custos fixos menores e desse modo, conseguir menores custos.

Numa conjuntura de contenção de gastos e busca de eficiência, os financiadores privados e públicos devem tender a privilegiar os serviços que obtiverem melhores resultados e isto irá influenciar a configuração dos serviços em geral e dos hospitais em particular.

Ainda com respeito à inserção e papel dos hospitais nos sistemas, merece salientar a maciça presença de clientela externa nas portas dos hospitais (Pronto Socorros e Pronto Atendimento), com destaque para os públicos. Este é um fato que suscita a reflexão se, de certo modo, esteja existindo uma “hospitalização”. Uma vez que, estão chegando para a estrutura hospitalar, clientela e ações de saúde que poderiam e, no entender de muitos, deveriam estar em outros serviços.

13- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como discussão final desta tese, utilizando-se como referência os objetivos do trabalho, alguns aspectos merecem ser destacados.

O primeiro é uma análise da adequação da pesquisa quanto ao seu objeto e os seus determinantes. Através do método proposto foi possível constatar: a presença ou ausência de modalidades assistenciais alternativas à internação, de modalidades voltadas para pacientes externos e de programas de cuidados pré e pós hospitalares; a abertura ou fechamento de leitos hospitalares; em alguns casos, verificar a proporção de clientela interna e externa; e caracterizar a evolução do tempo médio de permanência nos períodos disponíveis. Por isso, acredita-se na adequação do método até certo ponto.

No entanto, não foi possível caracterizar se as mudanças observadas derivam dos movimentos de desospitalização e ambulatorização. Sequer pode-se afirmar que estes movimentos estejam presentes nos hospitais analisados. Neste sentido, as entrevistas tanto com os “experts” como com os dirigentes ofereceram elementos para que se discutisse esses movimentos.

Quanto à evolução do tempo médio de permanência das internações, a pouca variação observada nos períodos analisados não invalida a possibilidade de que tenha havido mudanças. Conforme já mencionado, o tempo de observação influenciou os achados. Além disso, pode ter ocorrido simultaneamente a uma redução do tempo de permanência dos quadros cirúrgicos, um agravamento e um aumento da complexidade dos quadros atendidos que gerou uma compensação,

reduzindo ou anulando a redução inicial. Neste sentido, o método poderia ter incorporado um estudo da morbidade hospitalar, que enriqueceria o estudo e talvez pudesse esclarecer este aspecto.

Conclui-se que a evolução no padrão das hospitalizações em geral está se processando com uma velocidade mais lenta e com mudanças e resultados pouco perceptíveis, às vezes. Ao contrário, na área da atenção em Saúde Mental o fenômeno se mostra com mais vigor e seus impactos são claramente identificáveis.

Neste sentido, é oportuno buscar quais as diferenças e peculiaridades que esta área possui e as características do movimento que determinou a profundidade do movimento, para que se aproveite instrumentos para uma intervenção mais efetiva na atenção à saúde como um todo.

A explicação de ter ocorrido na saúde mental e não nas demais áreas pode estar na participação e no envolvimento dos profissionais. Na situação específica, o movimento partiu dos técnicos. Na saúde em geral, o envolvimento dos profissionais não está colocado. Ao contrário, para médicos e outros profissionais muitas vezes existe o interesse em manter o nível de internações e o consumo de serviços hospitalares. Nas reformas em outros países o poder médico foi atingido para a contenção dos custos e aumento da eficiência (Almeida, 1995), em nossa realidade parece haver uma resistência que tem conseguido segurar/atrasar esse movimento.

Finaliza-se, reconhecendo que estudos complementares devam ser levados adiante, no sentido de aprofundar o entendimento dos determinantes dos

movimentos pesquisados, para que se possa ampliar as forma de intervenção e se obter ganhos de qualidade na atenção à saúde no Brasil.

14-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANGE. **Dados de Assistência** [on line]. São Paulo 2000. Disponível em <<http://www.abrange.com.br/default.htm/dadosdeassistência>>.[2000 oct 25]
- Annual Report. Kingston General Hospital. Ontario 1999.
- Almeida CM. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição**. Rio de Janeiro; 1995.{Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública}.
- Azevedo A C. Perspectivas do hospital como elemento do sistema de saúde. . **Revista Paulista de Hospitais**. 1991; 39(5/8):55-63.
- Banco Mundial. **Investir en Salud. Informe sobre el desarrollo mundial,1993**. Washington (DC); Oxford University Press, 1993. P.55
- Banta HD. Medical technology and developing countries: the case of Brazil. **International Journal of Health Services**, 16: 363-73, 1986.
- Barbosa PR. Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovação em todo o Sistema de Saúde. **Saúde e Democracia – A Luta do CEBES**. p. 143 –161.
- Bernardes B. SUS vai pagar por internação domiciliar. [on line], Acessado em 19/09/2001...Disponível em <<http://fws.uol.com.br/folio.cgi/fsp1998.nfo/query=desospitali!7^a!E7!E3o/doc{@1}/hi>>
- Bittar OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**. 1996; 30(1): 53-60.

- Bittar OJNV. Produtividade em hospitais, individualizada po áreas. **Revista de Administração Pública**. 1995; 29(3): 5-16.
- Bloom BS; Fendrick A M; Ramsey S D. Changes in peptic ulcer and gastritis/duodenitis in Great Britain. **Journal Clin. Gastroenterol**. 1990; 12(1):100-8.
- Brasil. Lei nº 9656/98, de 3 de junho de 1998. Dispões sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.
- Brasil. Portaria nº 544/GM de 11 de abril de 2001. Recomendações para Orientar os Convênios de Investimentos ao Processo de Regionalização da Assistência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr 2001.
- Brasil. Portaria nº 632 de 26 de abril de 2001. Tetos Financeiros da Assistência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 abr 2001.
- Brasil. Portaria nº 393 de 29 de março de 2001. Agenda Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 mar 2001.
- Brasil. Instrução Normativa N° 2 de 06 de abril de 2001. Plano Diretor de regionalização[PDR]. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 abr 2001.
- Brasil. Medida provisória nº 1976-33 de 23 de novembro de 2000. Modifica a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.
- Brasil perde 59 mil leitos hospitalares. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000 outubro 13; cad. 3: 1.

- Cabases J M, Gaminde L, Gabilondo L. Planes de Salud. **Gac Sanit.** 1999;13(6):478-480.
- Campos JQ & Peinado M. **Planejamento Hospitalar.** São Paulo: Editora Jotacê, 1995.
- Carvalho LF. O hospital moderno. **Revista Paulista de Hospitais.** 1989; 36(10/12):149-153.
- Cecilio LCO. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública.** 1997; 31(3):36-47.
- Cecilio LCO. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não?. **Revista de Administração Pública** . 1999; 33(2):23-7.
- Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Melo MACO desenho institucional da reforma regulatória e falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública** . 2001; 35(2):193 – 228.
- Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Ribeiro JM. A experiência da reforma do setor saúde: Inovação organizacionais e de financiamento. **Revista de Administração Pública** . 2000; 32(1):209-227.
- Cutait R, Lotufo P. O atendimento de câncer pelo SUS. **Folha de São Paulo,** 2001 abr 20: cad A:3.
- Dekker L. **Changing HealthCare in the Nederland.** Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs; 1998.
- Edmonds M. **Hospitals in Canada.** Campinas, 2001. [Ciclo de palestras proferidas no Hospital Evangélico Samaritano de Campinas em março de 2001].

- Enthoven AC & Singer SJ. Managed Competition and California's Health Care Economy. **Health Affairs**, 15: 39-57, 1996.
- Ferla AA , Martins F J. **Remuneração dos prestadores diretos de ações e serviços de saúde: do financiamento de interesses privados à garantia de qualidade, acesso e humanização**. Secretaria Estadual De Saúde do Rio Grande do Sul; 2001.
- Ferreira JHG. **Alianças Estratégicas em Hospitais Privado: Estudo de caso com oito hospitais**. São Paulo; 2000.[Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Figueiredo LF. **Mercado Supletivo de Assistência Médica No Brasil**. São Paulo; 200.Mimeo.
- Foulcault M. **Microfísica do poder**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1979.
- França SB.A Assistência Médico – Hospitalar no Brasil.' **Saúde em Debate**. Set. 1994; n°44:p.14-19.
- Freire JB. **Quem construiu o hospital público regional de Betim?** Campinas; 2000. [Dissertação para qualificação do Curso De Mestrado de Saúde Coletiva- FCM-UNICAMP].
- Gonçalves EL & Aché CA. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**. 1999; v.39: p.84-97.
- Gouvêa CSD. **Tendências recentes na assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, 1992 a 1995**. Rio de Janeiro;1996.[Tese de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública]

- Governo quer abrir 20 mil leitos até 2002. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000 outubro 07; cad. 3: 3.
- IBGE. **SUS é o maior financiador de serviços de saúde no país** [on line]. Brasília; 6 de outubro de 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibge/presidencia/noticias/06102000.shtm>>.[2000 oct 25]
- IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998**.Rio de Janeiro, 2000.
- IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico Sanitária** [on line]. Brasília; 6 de outubro de 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibge/biblioteca/amsmmap.htm>>.[2000 oct 25]
- IPEA. **Tendências do Sistema de Saúde no Brasileiro**. Brasília; 2001. (Informe Final do Estudo *Delphi*, conduzido no ano de 2000).
- Lebrão ML. **Evolução da morbidade hospitalar – Vale do Paraíba, 1975 e 1988**. São Paulo:1994. [Tese apresentada para o Concurso de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Leibson CL, Naessens JM, Campion ME, Krishan I, Ballard DJ. Trends in elderly hospitalization and readmission rates for a geographically defined population: pre- and pos-prospective payment, **Journal American Geriatric Society**. 1991;39(9):895-904.
- Leite MADFA, Oliveira JM, Schiesari L, Soeiro E, Micheloni A. **Análise do Ambiente Externo: Cenário e Caminhos para o Hospital Evangélico Samaritano de Campinas**. Campinas. (SP); 2001.

- Lián J. **UNIMED – Cooperativa Médica**. Campinas: 2000. [Disciplina Administração em Saúde Pública – Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP]
- Lopes EFDT. A produção de procedimentos de alta complexidade nos setores público e privado: um estudo baseado em internações hospitalares na cidade de São Paulo em 1998. São Paulo; 2000. [Qualificação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP].
- Malik AM & Soeiro E. Qualidade em Saúde na Visão dos Dirigentes. In: **Anais do 4 ° Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**; 1994; Recife, Brasil.
- Malik AM, Teles JP. HOSPITAIS E PROGRAMAS DE QUALIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO. **Revista de Administração de Empresas**. 2001; v.41: p.51-59.
- Marinho A . Estudos de eficiência em hospitais públicos e privados com a geração de *rankings*. **Revista de Administração Pública** 1998; 32(6): 145-58.
- Mazzariol OJ. **Medicina Suplementar no Brasil**. Campinas; 2000. [Disciplina Administração em Saúde Pública – Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP]
- Medici AC. A medicina de Grupo no Brasil – O PAS. Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde 1991; 1: 49-51.
- Mendes EV. **A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO NÍVEL LOCAL**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- Mendes EV. **Uma agenda para a Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

- Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.
- Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Pequeno Porte**. 1ª edição. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
- Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Consulta Pública nº04 de 17 de setembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 set. 2001. Seção I, p. 24.
- Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1998.
- Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de saúde/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1996.
- Ministério da Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. 1ª edição. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1977.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas. **Assistência Hospitalar no SUS – 1995/1999**. Brasília (DF); 2000.
- Miquelin LC, **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.
- Motta PR. **Transformação Organizacional – a teoria e a prática de inovar**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1997.

- Pereira MF. Mudanças Estratégicas em Organizações Hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**. 2000; v.40: p.83-96.
- Pokras R et al. Tenda in Hospital utilization: United States, 1965 –86. Hyattsville, Md National. **Center for Healthes Statistics 1989**. (Vital Health Statistics. Series 13, n. 101).
- Report Highlights 2001. **Canada's Acute Care Hospital: A Snapshot país** [on line], Acessado em 05/07/2001..Disponível em <http://www.cihi.ca/HealthReport2001/highlights/light_3.shtm1>
- Ribeiro HP. **O HOSPITAL: HISTÓRIA E CRISE**. 1ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 1993.
- Rodrigues JF. Utilização hospitalar no Brasil e o efeito de medidas de contenção do crescimento de hospitalizações. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 1998; vol.35,nº 5: p. 197-201.
- Sampaio JJC, Santos AWG, Andrade LOM. Saúde Mental e Cidadania: Um desafio local. In: Mendes EV, **A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO NÍVEL LOCAL** 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, CRASS, **Implantação de uma experiência Piloto de Redirecionamento de Hospitais de Pequeno Porte**. Porto Alegre, maio de 1999.
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, CRASS, **Hospitais de Pequeno Porte do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, novembro de 1999.

- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, **Gestão Solidária da Saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2001.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, DIR XII, **Cadastro de Hospitais da DIR XII**. Campinas, 2000.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, DIR XII, **Relatório: Capacidade Operacional, Movimento de Pacientes e Indicadores Hospitalares de Hospitais da DIR XII, Sistema de Informações Hospitalares**. Campinas, janeiro a junho de 2000.
- Soares TDM, Santos JAN. Gestão da mudança estratégica na saúde no Brasil: um modelo para iniciar a implantação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente. **Revista de Administração Pública**. 2001; 35(1):7 – 27.
- Sudeste concentra equipamentos modernos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000 outubro 13; cad. 3: 1.
- SUS perde vagas em particulares. . **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000 outubro 7.
- Vaitsman J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **Revista de Administração Pública** . 2001; 35(1):29-47.
- Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. **IGUALDADE E EFICIÊNCIA NAS REFORMAS DE SAÚDE: LIÇÕES DO CASO BRASILEIRO**. Rio Grande do Sul;2001.{Pesquisa Avaliação da Gestão Plena Municipal – Versão Preliminar}

- World Health Organization. **Health Care Technology in Developing Countries**. Washington (DC); 1995. (WHO – SHS/CC/95.2)
- Zanetti M. O hospital na unidade sanitária local: o papel e os problemas derivantes. **Divulgação em Saúde para Debate**. 1991; (4): 63-4.

15-ANEXOS

1. Roteiro para entrevistas com Experts
2. Roteiro para visitas e entrevistas com dirigentes hospitalares
3. Carta de Apresentação para o Auxiliar de pesquisa
4. Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde – SES
5. Ficha do cadastro de Estalecimentos de Saúde - CREMESP