



IVAN BATISTA COELHO

OS HOSPITAIS NA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

**CAMPINAS
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

IVAN BATISTA COELHO

OS HOSPITAIS NA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Orientador: Professor Gastão Wagner de Sousa Campos

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - para obtenção de Título de **Doutor em Saúde Coletiva**, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO IVAN BATISTA COELHO E ORIENTADA PELO PROF.DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

Assinatura do orientador

**CAMPINAS
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Coelho, Ivan Batista, 1958 -

C65h Os hospitais na reforma sanitária brasileira /
Ivan Batista Coelho. -- Campinas, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas públicas. 2. Sistema Único de Saúde. 3.
Leitos hospitalares. 4. Saúde suplementar. 5.
Desigualdades em saúde. I. Campos, Gastão Wagner de
Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Hospitals in the brazilian health reform. **Palavras-chave em inglês:**

Public policies

Unified Health System

Hospital beds

Supplemental health

Health inequalities

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva **Banca examinadora:**

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Gilson Caleman

Lígia Bahia

Nelson Rodrigues dos Santos

Raimundo Marques do Nascimento Neto

Data da defesa: 19-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

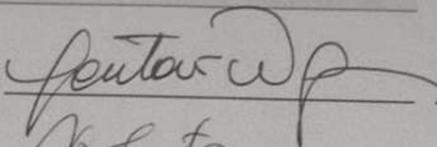
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

IVAN BATISTA COELHO

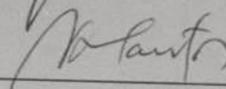
Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

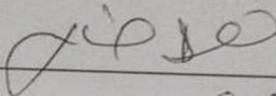
1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



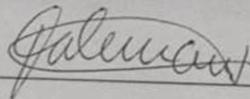
2. PROF(A). DR(A). NELSON RODRIGUES DOS SANTOS



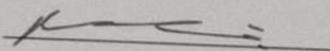
3. PROF(A). DR(A). LIGIA BAHIA



4. PROF(A).DR(A). GILSON CALEMAN



5. PROF(A).DR(A). RAIMUNDO MARQUES DO NASCIMENTO NETO



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 19 de fevereiro de 2013

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a análise dos principais movimentos do parque hospitalar brasileiro a partir da estruturação do Sistema Único de Saúde e da regulamentação da Saúde Suplementar. Para isto foram utilizadas séries históricas de dados a respeito de leitos, número e porte dos hospitais e outras variáveis extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Assistência Médico Sanitária (MAS), da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), além de revisões bibliográficas sobre o tema. Estas séries de dados, associadas a variáveis econômicas e políticas permitiram uma análise do quadro atual e o desenho de cenários futuros possíveis. O resultado evidencia uma queda acentuada dos leitos hospitalares disponíveis ao SUS, com crescimento do número de hospitais vinculados à Saúde Suplementar. A distribuição pelo País é heterogênea, com maior concentração de leitos no Sul e Sudeste e nas capitais em detrimento do interior. Quando se trata de equipamentos de maior complexidade (unidades de terapia intensiva, tomógrafos, ressonância nuclear, etc.), estas diferenças se acentuam. No que tange à qualidade e resolutividade, a maior parte dos equipamentos de maior complexidade existentes no País não se encontram disponíveis ao SUS. Considerando os movimentos e as políticas atuais em curso vem se configurando no País um quadro hospitalar bipolar: Baixas resolutividade e incorporação tecnológica nos hospitais ligados ao SUS e alto grau de incorporação de equipamentos nos hospitais ligados à Saúde Suplementar.

Palavras chave: Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Leitos Hospitalares; Saúde Suplementar; Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the key achievements of the Brazilian hospital complex based on the National Health Care System implementation and the establishment of Private Health Insurance groups. For such, we used historical series of data on hospital beds, number and size of hospitals and other variables from the National Register of Health Facilities (CNES), the Medical Sanitary Service (MAS), the National Health Agency (ANS) and Hospital Information System (SUS SIHSUS), and literature reviews on the topic. These data sets, combined with economic and political variables allowed an analysis of the current situation and a design of possible future scenarios. The result shows a sharp decline in hospital beds available to SUS, with growth in the number of hospitals tied to Private Health Insurance setting. The distribution all over the country is heterogeneous, with the highest concentration of beds in the South and Southeast and in capitals over the interior. When it comes to more complex equipment (intensive care units, CT scanners, magnetic resonance, etc..), these differences are highlighted. Regarding the quality and problem solving capacity, most of the equipment of higher complexity existing in the country are not available to SUS. Considering the current political movements, it has been emerging in the country a bipolar hospital structure: Low problem solving capacity and incorporation of technology in hospitals connected to the SUS and high degree of incorporation of equipment in hospitals linked to Private Health Insurance.

Key words: Public Policies; Unified Health System; Hospital Bed Capacity; Supplemental Health; Health Inequalities

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos (Estilo de vida, biologia e genética, meio ambiente, sistema de saúde)	62
Figura 2	Leitos hospitalares por 1.000 habitantes em alguns países do continente americano 1995-2003.	66
Figura 3	Número de leitos hospitalares em países europeus selecionados, 1991- 2003	67
Figura 4	Evolução do Número de Hospitais Públicos e Privados no Brasil no período de 1976 a 2009.	97
Figura 5	Quantitativo de hospitais públicos e privados por esfera administrativa	98
Figura 6	Distribuição percentual dos hospitais cadastrados no SUS em 2002.	102
Figura 7	Leitos hospitalares no Brasil por esfera administrativa, 1976 – 2009	110
Figura 8	Evolução comparativa do número total de leitos hospitalares e leitos de Terapia Intensiva conveniados ao SUS no Brasil – julho de 1992 a julho de 2003	132
Figura 9	Internações hospitalares pagas pelo SUS no período de 1984 a 2007	147
Figura 10	Beneficiários e operadoras de planos privados de assistência médico-hospitalar (2000-2010)	183

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participação percentual da iniciativa privada na rede hospitalar brasileira, segundo o número de leitos instalados. Evolução entre 1962 e 1971 por regiões do Brasil.	88
Tabela 2	Hospitais com Função de Ensino por formato jurídico.	101
Tabela 3	Número médio de leitos dos hospitais brasileiros por esfera administrativa.	103
Tabela 4	Leitos existentes e à disposição do SUS por esfera administrativa	113
Tabela 5	Cobertura de Leitos Hospitalares no Brasil por Região e Estado	114
Tabela 6	Leitos Hospitalares por Região e Especialidade no Brasil	117
Tabela 7	Leitos necessários para cada 1.000 habitantes por área especializada, segundo a Portaria n.º 1101/GM	118
Tabela 8	Leitos destinados ao SUS por especialidade clínica	119
Tabela 9	Distribuição de leitos de terapia intensiva existentes no Brasil por esfera administrativa	133
Tabela 10	Leitos de terapia intensiva disponíveis ao SUS por classificação e tipo de prestador	134
Tabela 11	Equipamentos de maior complexidade existentes no Brasil por região	136
Tabela 12	Equipamentos de maior complexidade à disposição do SUS por região	136
Tabela 13	Utilização de leitos hospitalares nos Estados Unidos da América e em alguns países da OCDE – 2010	145
Tabela 14	Taxas de internação e custo médio de internações dos beneficiários de planos de saúde no período de 2007-2011	148
Tabela 15	Morbidade Hospitalar, Taxa Média de Permanência e Taxa de Mortalidade por Capítulo CID-10 do SUS no ano de 2011	151

SUMÁRIO

	<i>Pag.</i>
RESUMO	Vii
ABSTRACT	Ix
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA TABELAS	xiii
APRESENTAÇÃO	19
1. SOBRE MÉTODOS E ESTE TRABALHO	23
2. DA SALVAÇÃO DA ALMA DOS POBRES À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO CORPO: BREVE HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO OCIDENTE	33
2.1. O SISTEMA TRADICIONAL (até meados do séc. XIX)	35
2.1.1. Os templos de Asclépio	35
2.1.2. Os <i>Valetudinaria</i> dos Romanos	39
2.1.3. O hospital como pia causa cristã: a idade média	41
2.1.4. O hospital entre o poder divino e o terreno: a idade moderna	43
2.2. O SISTEMA PROFISSIONAL LIBERAL (meados do séc. XIX à II Guerra Mundial)	46
2.3. O SISTEMA TÉCNICO (a partir da II Guerra Mundial)	52
3. TENDÊNCIAS MAIS RECENTES NA HISTÓRIA DOS HOSPITAIS	61
3.1. Desospitalização	64
3.2. Aumento do número de internações	68
3.3. Aumento do porte médio das unidades	69
3.4. Manutenção do caráter geral	69
3.5. Regulação do acesso e integração do hospital na rede de serviços	70
3.6. Maior permeabilidade à participação social	71
3.7. Orientação ao mercado	72

3.8. Manutenção do caráter de fronteira científica e tecnológica na pesquisa clínica	74
3.9. Ampliação da autonomia administrativa e redução da autonomia assistencial	74
3.10. A título de conclusão	75
4. HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO BRASIL ATÉ O SUS	79
5. O SUS E O QUADRO HOSPITALAR CONTEMPORÂNEO NO BRASIL	95
5.1. Introdução	95
5.2. O parque hospitalar brasileiro por esfera administrativa	96
5.3. Porte dos hospitais brasileiros	102
5.4. A cobertura populacional de leitos hospitalares	109
5.5. A distribuição entre o SUS e a saúde suplementar dos leitos hospitalares existentes no Brasil.	112
5.6. A distribuição regional dos leitos hospitalares no Brasil	113
5.7 A distribuição por especialidades dos leitos hospitalares no Brasil	116
5.8 A título de conclusão do capítulo	120
6. OFERTA DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA COMO <i>PROXY</i> DA RESOLUTIVIDADE DOS HOSPITAIS NO BRASIL	125
6.1. Terapia intensiva e resolutividade hospitalar	125
6.2. Terapia intensiva no Brasil	129
6.3. Distribuição SUS/saúde suplementar dos leitos de terapia intensiva no Brasil	133
6.4. Distribuição regional e SUS <i>versus</i> saúde suplementar de leitos de terapia intensiva e serviços de maior complexidade no Brasil	135
6.5. A título de conclusão do capítulo	139

7. AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL	143
7.1. Introdução	143
7.2. Coberturas populacionais	145
7.3. Ocupação dos leitos e permanência hospitalar	149
7.4. Motivos de internação	150
7.5. Internações por condições sensíveis à atenção primária	153
7.6. Internações por causas externas	154
7.7. Internações em unidades de terapia intensiva	155
7.8. Pagamento médio por internação no SUS e na saúde suplementar	155
8. POLÍTICAS HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS	157
8.1. Introdução	157
8.2. Políticas de compra de serviços	160
8.3. Políticas para hospitais de pequeno porte	162
8.4. Políticas para hospitais filantrópicos	164
8.5. Políticas para hospitais psiquiátricos	166
8.6. Políticas para hospitais universitários e de ensino (HUE)	166
8.7. Políticas de avaliação e qualificação hospitalar	169
8.8. Políticas de revisão do formato jurídico para hospitais públicos	171
8.9. Da subserviência ao clientelismo: as políticas de investimento no SUS	172
9. O IMPACTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO QUADRO HOSPITALAR BRASILEIRO	175
9.1. Introdução	175
9.2. Concentração de mercado	181
9.2.1. Concentração de mercado como fenômeno nas economias ocidentais	181
9.2.2. Concentração de mercado na saúde suplementar	182

9.3. Verticalização	185
9.3.1. A verticalização como fenômeno de mercado	185
9.3.2. A verticalização na saúde suplementar	187
9.4. Competição SUS / Saúde suplementar pelo parque hospitalar	192
9.5. A título de conclusão do capítulo	194
10. O FUTURO DO PARQUE HOSPITALAR BRASILEIRO COMO HISTÓRIA POR SER ESCRITA	197
10.1. Introdução	197
10.2. O futuro como objeto de investigação	197
10.3. Cenários possíveis para os hospitais nos próximos 10 anos	202
10.4. A título de conclusão	215
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	219

APRESENTAÇÃO

Este trabalho nasceu do desejo de analisar a estrutura hospitalar brasileira a partir de sua capacidade instalada de serviços. Mais do que uma fotografia abrangente do setor, o que já se configura bastante trabalhoso, o objetivo era tentar entender os rumos que este parque hospitalar vem tomando. Por trás deste desejo uma intuição: a dinâmica deste setor se alterou profundamente nos últimos anos em nosso País, levando-nos a um hiato entre os discursos que são produzidos em torno do hospital e os movimentos que vêm ocorrendo no segmento.

Em estudo anterior já havia analisado o crescimento das unidades de terapia intensiva no Brasil, com ênfase em sua recente expansão, enfocando sua distribuição pelas diversas regiões do País, bem como o que estava disponível ao SUS e à saúde suplementar. Boa parte do que desenvolvo no trabalho atual foi esboçada enquanto desenvolvia a pesquisa anterior, pois, compreender a estrutura e as dinâmicas hospitalares era um pressuposto para entender a que propósitos serviam a expansão da terapia intensiva no País. No entanto, o escopo do trabalho foi ampliado, tanto no que diz respeito às questões conceituais, quanto ao universo de dados tratados para melhor compreender a trajetória dos hospitais no Brasil.

O trabalho aqui apresentado pretende contribuir com os estudos sobre os hospitais no Brasil, trazendo algumas reflexões sobre os rumos da política de assistência hospitalar no contexto da reforma sanitária brasileira. Como os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas são responsáveis e condicionam, em grande medida o desenvolvimento futuro das novas políticas, precisei retroceder no tempo para melhor compreender o que vem se passando com o quadro hospitalar na reforma sanitária brasileira. Assim, os primeiros capítulos abordam questões de método e tentam compor o legado com o qual o SUS se defrontou, enquanto os demais analisam o período atual e as perspectivas futuras.

No capítulo 1, Sobre métodos e este trabalho são abordadas questões relativas aos métodos com os quais este trabalho tem maior proximidade, bem como são reportadas as principais fontes de dados utilizadas.

No capítulo 2, Da salvação da alma dos pobres à recuperação da saúde do corpo: Breve história dos hospitais no ocidente procuro fazer um relato de como os hospitais se tornaram o que são hoje. As transformações pelas quais os hospitais passaram ao longo da história são analisadas a partir das mudanças nos seus processos de trabalho, sem, no entanto, desconsiderar os aspectos econômicos, sociais e culturais nos quais estavam inseridos.

No capítulo 3, Tendências mais recentes em relação aos hospitais, os principais movimentos, tanto internos quanto externos aos hospitais que vêm alterando suas dinâmicas de funcionamento e conformando uma nova forma de inserção nos sistemas de saúde são analisados. O espírito do capítulo é o da tentativa de identificar os principais rumos que os hospitais vem trilhando, bem como o porquê destes rumos.

No capítulo 4, História dos hospitais no Brasil até o SUS faço uma análise de aspectos relevantes da história dos hospitais no Brasil até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a evolução dos hospitais brasileiros seja vista brevemente desde a implantação das primeiras unidades ainda no Brasil colônia, o enfoque principal é compor um panorama do parque hospitalar que o Sistema Único de Saúde (SUS) herdou, com suas possibilidades e limitações.

No capítulo 5, O SUS e o quadro hospitalar contemporâneo no Brasil são analisadas as capacidades instaladas dos setores público e privado, coberturas populacionais de leitos, porte e distribuição pelo território nacional. O parque hospitalar nacional é analisado a partir de suas mudanças mais recentes, com o intuito de permitir, por um lado algumas correlações e análises com o que vem ocorrendo com essas organizações no mundo e, por outro lado, compreender em que aspectos as tendências mais recentes dos hospitais brasileiros têm contribuído para conformar avanços e limitações do nosso sistema de saúde.

No capítulo 6 abordo a **oferta de leitos de terapia intensiva como proxy da resolutividade dos serviços hospitalares no Brasil**. A terapia intensiva foi escolhida para ser analisada com mais detalhe neste capítulo não apenas pela sua importância intrínseca, mas também porque a mesma pode funcionar como *Proxy* da oferta de serviços hospitalares de maior complexidade, uma vez que grande parte destes serviços depende do suporte deste segmento. Esta abordagem permite uma visão aproximada do que vêm ocorrendo em relação aos hospitais em termos de resolutividade, qualidade da assistência e incorporação tecnológica.

No capítulo 7, As internações hospitalares no Brasil são analisadas com o intuito de identificar por um lado, a que problemas os hospitais estão dando respostas e, por outro, para analisar a *performance* e o grau de adequação da estrutura instalada no País para o enfrentamento de nosso quadro sanitário.

No capítulo 8 – Políticas hospitalares do Ministério da Saúde procuro fazer uma análise das principais políticas editadas pelo Ministério da Saúde, tentando identificar em que medidas elas contribuíram para conformar o atual parque hospitalar brasileiro.

No capítulo 9 abordo o **Impacto da saúde suplementar no quadro hospitalar brasileiro**. Para compreender o impacto deste segmento no parque hospitalar brasileiro faz-se necessário compreender quais são seus principais processos nesta quadra de nossa história. Procuro analisar os processos de concentração de mercado e de verticalização que vem ocorrendo na saúde suplementar e de como estes processos interferem na dinâmica hospitalar brasileira.

No capítulo 10 analiso **O futuro do parque hospitalar brasileiro como história por ser escrita**. Aqui, ao invés de formular conclusões ou sínteses dos capítulos anteriores - o que, de alguma forma, já foi feito na estrutura dos próprios capítulos - procuro analisar potenciais impactos de políticas ou da economia na conformação do parque hospitalar brasileiro nos próximos anos. Utilizando uma metodologia de construção de cenários

futuros procuro contar histórias passíveis de serem vividas pelos hospitais brasileiros, caso algumas situações se concretizem.

1 - SOBRE MÉTODOS E ESTE TRABALHO

É comum começar uma discussão sobre método invocando a etimologia da palavra. Este procedimento seria capaz de nos levar ao verdadeiro sentido da palavra, segundo os essencialistas. Um sentido que foi perdido ou deturpado ao longo do tempo. Buscar este sentido é buscar a força das palavras primitivas, palavras estas que dizem diretamente do ser das coisas, sem nenhuma mediação, como diria Heidegger. Por esta acepção, método seria a via (ηοδοσ), por meio da qual (μετα) se chega a algum lugar. Mesmo acreditando que a etimologia no máximo nos diz como uma comunidade de práticas distante no tempo costumava usar determinadas palavras – e que comunidades de práticas diferentes podem usar uma mesma palavra para expressar coisas diferentes e usar palavras diferentes para expressar coisas parecidas -, este parece o sentido mais adequado a este trabalho. Não por acaso, um dos últimos capítulos escritos. Tendo percorrido o caminho, olho para trás e agora descrevo os passos que andei. A descrição de método neste trabalho é uma tentativa de ordenar o trajeto através do qual se chegou aos resultados que estão sendo apresentados. Não acredito que tenha seguido à risca os métodos que descrevo abaixo e, que mais fortemente serviram de inspiração para este trabalho. No entanto, com os devidos ajustes, eles traduzem razoavelmente o processo empreendido.

Analisado sob o ponto de vista dos métodos em economia, o processo desenvolvido neste trabalho mostra muitas proximidades com o **método histórico-dedutivo**. Pois, ele parte de sequências observadas de fatos - no caso a evolução temporal do parque hospitalar brasileiro recortado por uma série de categorias analíticas -, mantendo-se próximo a estes fatos por ocasião das análises (Bresser-Pereira – 2009). O método histórico dedutivo tem uma longa tradição e, em seus caracteres mais gerais vem se consolidando, desde o renascimento. Deste, absorveu a ênfase no humano em contraposição ao divino. Do racionalismo cartesiano absorveu principalmente a dúvida e, posteriormente, do iluminismo, mais do que do cartesianismo, o racionalismo e uma consistente ojeriza por argumentos de autoridade. Mais tarde, convertido em **materialismo histórico e dialético** com Marx, este método passou por uma grande expansão. Não se prestava apenas à exegese de textos bíblicos por parte de padres e pastores pouco crédulos, que o utilizavam para

separar a palavra divina da palavra humana, mas também à análise dos fatos econômicos. É isto mesmo, exegetas de textos bíblicos, muito antes de Marx ou Hegel utilizavam o método histórico para tentar discernir o que foi acrescentado pelos homens, em cada período da história, à intenção ou à palavra divina nos textos bíblicos. Assim, não apenas Marxistas, mas também muitos leitores da bíblia ainda utilizam o método, ao qual os últimos dão mais frequentemente o nome de método histórico-crítico, até nossos dias.

Se dividirmos o mundo dos economistas em relação aos métodos que utilizam, em **clássicos e neoclássicos** como faz Bresser Pereira (Bresser-Pereira, 2009), para o arripio de muitos autores (Singer, 1991), colocaremos não apenas Marx, mas também Smith e Keynes como pertencentes à **escola clássica** e utilizadores do método histórico-dedutivo, que consiste eminentemente na constatação e observação de fatos econômicos empíricos, para em seguida oferecer generalizações a partir da análise destes fatos e, do outro lado, entre os **neoclássicos** teríamos Ricardo, Stuart Mill, Mankil, que utilizam o método hipotético-dedutivo. Estes últimos, em contraposição aos primeiros partem de hipóteses formuladas e também de pressupostos, como o *homo economicus* e o modelo do equilíbrio geral, para em seguida deduzir o que ocorreria em situações específicas, aí incluídos os eventos empíricos. Na filosofia, este debate metodológico é feito sob o formato indução *versus* dedução (Hume, 2000).

Estas distinções em relação a métodos não podem ser vistas como tendo um caráter absoluto. Seguidores do método histórico-dedutivo também usam pressupostos e seguidores do método hipotético-dedutivo também analisam séries históricas de eventos. Marx, como bom seguidor de Hegel partia de alguns pressupostos. Acreditava que a realidade não é algo imutável, mas que seguia leis. Os fenômenos à nossa volta estão sujeitos a contradições e um conflito perpétuo. No entanto, seu ponto de partida consistia nos fenômenos empíricos. Estes deveriam ser estudados não apenas do ponto de vista deles mesmos, mas de suas relações com os outros, uma vez que nada existe como objeto isolado. Não vale a pena levantar a hipótese de que Marx, um grande leitor de Maquiavel, retirou deste, mais que da Dialética do Senhor e dos Escravos, a idéia de que o conflito e o confronto podem funcionar como motor da economia. Em seus *Discorsi*, Maquiavel dizia

que o império de Alexandre, que tinha como um de seus pressupostos a produção da harmonia, foi menor que o império romano, que cresceu com patrícios e tribunos digladiando-se o tempo todo. Assim, conflito e expansão da economia não eram para Marx uma equação estranha. Este conflito, ao qual chamou de dialética, seguindo Hegel, se resolvia em uma síntese, que se transformava em tese, para a qual surgia uma nova anti-tese e assim sucessivamente. A história do que nos rodeia - da sociedade, do pensamento ou mesmo de nosso atual objeto de estudo, os hospitais no Brasil, pode ser analisada a partir de suas relações de conflitos, da oposição de contrários e das mudanças decorrentes destes conflitos.

Os simpatizantes da Escola Clássica, muito provavelmente se reconhecerão neste trabalho. Encontrarão um grande número de séries históricas de dados, devidamente periodizados, acoplados a análises que procuram manterem-se coerentes a estes fatos, não se preocupando com a explicitação de um pressuposto aceito coletivamente ou de uma hipótese que dê conta de todos os eventos. Provavelmente, até se sentirão confortáveis com a leitura, pois, encontrarão um trabalho em estilo muito próximo ao da sua escola, o que não é muito comum, uma vez que fazem parte de uma corrente que é minoritária atualmente entre os economistas. No entanto, os simpatizantes dos neoclássicos, torcedores de Ricardo, Stuart Mill, Mankil e outros oporão alguma resistência ao meu trabalho. Se for um economista mais erudito, daqueles que não precisaram trabalhar enquanto faziam o curso e, assim teve oportunidade de ler muitos outros livros, começará argumentando a própria impossibilidade da indução. Recitará todos os argumentos que Hume utilizou contra a indução e, muito provavelmente terminará me dizendo que não é possível fazer ciência sem formular hipóteses que, a rigor, nem precisam ser demonstradas, como diria Popper, ou sem partir de axiomas, que também não precisariam ser explicitados. Mas que eu precisaria dizer em quais condições estas hipóteses podem ser contestadas. Indo além, e sendo generoso, este neoclássico erudito poderia dizer que até admitiria que eu fosse de um tipo antigo, daquele que partindo de uma hipótese, vai buscar na realidade alguns fatos que a demonstrem. Mas, definitivamente, não havia jeito de fazer ciência sem formular hipóteses e explicitar pressupostos. Desta forma, tenderia a acreditar que meu trabalho não é científico.

Eu ficaria tentado a continuar o debate dizendo que embora acredite que modelos teóricos, como o atômico utilizado pela física têm possibilitado nas ciências exatas avanços importantes, a utilização destes mesmos modelos, sejam eles estruturas, rizomas, epistemês ou quaisquer coisas que os equivalham (como o modelo do equilíbrio geral, na economia, a teoria da barganha na política, etc.) não encontraram no campo das ciências sociais e humanidades a mesma utilidade praticamente incontestada que encontraram nas ciências naturais. Indo além, eu poderia até dizer com Gadamer que este desejo de trazer para a área social e as humanidades a mesma forma de pensar e de proceder das ciências naturais também é histórica, além de pouco original, e tem a ver com o sucesso das ciências naturais nos séculos XVII e XVIII (Gadamer, 2002), o que despertou nas outras áreas de conhecimento o desejo de operarem sob o rótulo de ciência. Afinal, esta havia se tornado uma marca de conhecimento com aceitação garantida. Poderia insistir na opinião de que conhecimentos podem ser produzidos, sem que sua veracidade tenha que ser decorrente de algo com o nome de método científico. No entanto, como bom pragmático, ao invés de insistir no debate, eu simplesmente tentaria passar logo aos outros tópicos da discussão, pois esta já se arrasta por mais de cem anos. Além do mais, eu não teria mais o que acrescentar ao que Paul Feyerabend já disse contra o método.

Visto pelo ângulo da sociologia no que diz respeito a métodos, eu diria que este trabalho tem muitas proximidades com o método ecológico, em especial com a versão brasileira, trabalhada por Freyre, onde natureza é principalmente o lugar onde os acontecimentos humanos tem lugar e não o determinante destes acontecimentos. Iniciado com a Escola de Chicago no início do século passado, tem uma linguagem muito próxima da área de saúde, em especial da epidemiologia, da qual parece extrair vários conceitos. Algumas de suas versões mais contemporâneas, usadas para analisar as organizações tratam-nas como se fossem uma “população”. Seguindo este raciocínio em relação a este trabalho, uma ‘população’ de hospitais é analisada. Eles têm uma natalidade, uma longevidade, uma mortalidade, uma distribuição espacial, um determinado porte, um comportamento ao longo do tempo, mudanças em suas estruturas e práticas, etc. E aqui, vários procedimentos neste

trabalho se assemelham ao que foi desenvolvido por seguidores desta escola em relação a um grupo de hospitais americanos (Scotti, 2000).

Do ponto de vista prático, eu parti de algumas intuições advindas de crenças anteriores sobre o parque hospitalar brasileiro, mas também de vivências e experiências cotidianas no sistema de saúde onde trabalhei como médico, como gestor, como consultor, como professor em cidades grandes e pequenas, atuando nas esferas municipal, estadual e nacional, na área pública e também privada. Compus durante este período um vasto leque de opiniões, entre as quais algumas foram se tornando bem antigas, sobreviventes por assim dizer. Durante o trabalho, políciei-me ao máximo para não transformar antiguidade em critério de adequação e, embora tenha dúvidas do sucesso desta empreitada, coloquei este estoque de opiniões em movimento. Fui buscar nas histórias contadas por vários sanitaristas brasileiros e nos estudos de vários pesquisadores, apoio para a interpretação dos dados arrancados dos bancos de dados e que compilei em inúmeras tabelas e gráficos que poderão ser vistas ao longo deste trabalho. Em alguns momentos fiz o procedimento inverso. Busquei os dados para apoiar intuições minhas ou de outros autores que eram importantes para o projeto. As idéias e visões que adotei de vários sanitaristas brasileiros, dentre as quais destaco o meu orientador, professor Gastão Wagner em conversas, palestras e debates são muitas e, de tão introjetadas que foram, passaram a se constituir em parte das minhas crenças pessoais, sendo de difícil citação, pois já não consigo distinguir exatamente de onde as tirei. Mas, elas indubitavelmente se constituíram em apoio e motivação para a construção de sentido para os vários fragmentos que tentei costurar em uma história crível.

Durante todo o percurso deste trabalho fui assombrado por vários fantasmas, com os quais mantive longos diálogos. Os espectros de Marx, Nietzsche, Freud, Wittgenstein, Benjamin, Foucault, Gadamer, Rorty e vários outros sopraram tantas vezes em meus ouvidos, em algumas madrugadas, mas muitas vezes à luz do dia, que, ao reler o texto tenho a impressão de que alguns trechos foram psicografados.

Como a ideia de história é recorrente neste trabalho é importante que eu ressalte como esta questão foi abordada. Como conseqüencialista, cuja preocupação é o futuro, único tempo

sobre o qual se tem alguma governabilidade, já advirto que o uso da história neste trabalho é predominantemente instrumental. Usando Benjamim em minha defesa, na maior parte das vezes, arranquei as séries históricas de dados e os fatos do caos nos quais estavam mergulhados e tentei costurá-los em uma história com sentido. Com certeza estes fatos ou eventos podem ser retecidos em histórias diferentes. Vários ensaios históricos podem ser construídos a partir dos mesmos eventos e fatos que analisei.

Ao contrário da maior parte dos historiadores contemporâneos ou mesmo dos historiadores da saúde pública, minha preocupação principal não foi fundamentar ou documentar referências linearmente no tempo, mas, ao invés disto, localizar acontecimentos ou sequências de eventos que corroborassem algumas construções de sentido à medida que consolidava séries de dados sobre o parque hospitalar brasileiro.

Desta forma, não estou reivindicando para esta pesquisa o mesmo tipo de validade que alguns historiadores costumam reivindicar para suas pesquisas. Fidelidade e coerência aos fatos e eventos como efetivamente ocorridos podem ser conseguidos, segundo estes historiadores, com o tipo de método que utilizam, o que não foi feito neste trabalho. A melhor imagem que consigo criar para o processo que utilizei para juntar dados de séries históricas, interpretações dessas séries, eventos similares descritos por outros pesquisadores é a do colecionador. Fui compondo um mosaico e, em determinados momentos este mosaico pareceu-me fazer algum sentido. As lentes que utilizei para olhar séries de dados, eventos e relatos de outros pesquisadores certamente promoveram alguns coloridos diferentes, ampliações, reduções ou até mesmo distorções, caricaturas dos fatos. Mas, com certeza, estes fatos não foram criados como efeitos das lentes utilizadas.

Não acredito que o tipo de pesquisa que empreendi seja desconectada do contexto em que vivo, qual seja o de uma comunidade de práticas, incluindo as investigativas, com sua cultura e época próprios, com suas crenças, modos de agir e pensar, com suas instituições, que, ao mesmo tempo, moldam e são moldadas por nossas ações. Assim, este trabalho não é descolado do contexto atual de um sistema de saúde em processo de implantação, com suas lutas, suas marchas e contra-marchas, e, dificilmente faria algum sentido fora deste

contexto. A história que tento compor neste trabalho tem uma finalidade clara: construir algum tipo de entendimento sobre como estamos sendo arrastados em direção ao futuro no que tange a assistência hospitalar e, porque não dizer, em relação ao Sistema Único de Saúde.

Nesta busca e análise de dados que empreendi, me deparei com fatos, informações ou interpretações que se chocaram, algumas vezes de forma turbulenta, com o estoque de opiniões, ideias e até mesmo de dados que eu tinha previamente, fazendo com que se transformassem profundamente e redundassem no trabalho que estou apresentando na forma de tese para doutoramento. Não acredito que este processo tenha chegado a um lugar especial ou a uma verdade, mesmo que provisória sobre o quadro hospitalar brasileiro. Trata-se a meu ver de uma espécie de relatório parcial, incompleto, provisório e inacabado. Inacabado, no sentido que Umberto Eco dá ao termo, de obra aberta, em constante construção (*a work in progress*, como diria James Joyce) ou mesmo no sentido que os pedreiros dão ao termo, faltando quartos, banheiros ou até mesmo andares inteiros para serem construídos.

As principais **fontes de dados secundários** utilizadas na elaboração deste trabalho são constituídas por quatro grandes bases de dados, às quais se tem acesso via INTERNET, ou pela disponibilização de microdados via CDs ou DVDs . São elas:

- A. ESTATÍSTICA DE SAÚDE – ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA (AMS) DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) – 2002, 2005 e 2009.

Trata-se de uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – que investiga todos os estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados, com ou sem internação, em todo Território Nacional, com o objetivo básico de revelar a capacidade instalada em saúde no Brasil. Além de detalhar a oferta desses serviços, esta pesquisa fornece elementos importantes para a identificação de demandas regionais por serviços de saúde, principalmente em relação ao processo de municipalização da organização da gestão

dos serviços. Parte das informações da pesquisa pode ser acessada diretamente no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta-se também com publicação impressa e DVD, com dados e planilhas elaboradas pela Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

B. CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, de 04 de outubro de 2000, e é a base para operacionalizar os Sistemas de Informação em Saúde. Em 29/12/2000 editou-se a Portaria SAS-511/2000 que passava a normatizar o processo de cadastramento em todo Território Nacional. Este sistema vem sendo atualizado e modernizado ao longo dos anos. Como seu preenchimento é feito diretamente pelos prestadores de serviços, apresenta algumas inconsistências e nem sempre suas informações são atualizadas pelos prestadores, o que, certamente leva a algumas imprecisões. Assim, não é incomum que seus dados se mostrem divergentes dos dados coletados pela AMS que o faz diretamente junto aos prestadores de serviços em saúde.

C. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIH/ SUS)

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) é um banco de dados que foi desenhado para fins administrativos, com o objetivo primordial de responder pelo processamento de registros existentes nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Este sistema foi implementado pelo *Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS)* no início da década de 80 para ressarcir os serviços realizados pelos prestadores privados, filantrópicos e das universidades públicas do País, cuja forma de pagamento é fixo por procedimentos. Posteriormente, o formulário da AIH passou a ser obrigatoriamente utilizado por toda rede de prestadores de serviços hospitalares do SUS, passando a abranger cerca de 70% das internações realizadas no País.

D. CADERNOS DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Trata-se de publicação trimestral da Agência Nacional de Saúde com compilação de dados sobre operadoras de planos de saúde, usuários, procedimentos realizados, financiamento e uma vasta gama de informações consolidadas em tabelas e gráficos aos quais se tem acesso em publicação eletrônica. O acesso é disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>

2. DA SALVAÇÃO DA ALMA DOS POBRES À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO CORPO: BREVE HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO OCIDENTE

Desde o seu surgimento na antiguidade até assumir suas características contemporâneas, os hospitais passaram por grandes transformações. As periodizações e caracterizações dessas transformações variam amplamente segundo os enfoques e métodos utilizados pelos diferentes autores. Enquanto alguns, como Rosen (1980) e Antunes (1991) preferiram manter uma periodização convencional – seguindo as idades Antiga, Média, Moderna e Contemporânea - outros, como Steudler (1974), retomado por Graça (1996 e 2000), utilizados como as principais referências neste trabalho, optaram por uma periodização dos sistemas hospitalares, nos países ocidentais, que tem como principal recorte a análise dos processos de trabalho no interior do hospital, correlacionando-os com a evolução dos sistemas econômico, social e político. Segundo estes últimos autores, os hospitais no ocidente teriam passado por três grandes fases: o sistema **tradicional** (até meados do Séc. XIX); o sistema **profissional liberal** (de meados do Séc. XIX até à II Guerra Mundial); e o sistema **técnico** (a partir da II Guerra Mundial).

Essa periodização foi inspirada na tipologia dos sistemas de trabalho de Touraine (1973). Em termos resumidos poderia ser assim descrita: no sistema **tradicional** o tipo de trabalho dentro do hospital era mais próximo do que se convencionava hoje chamar de ocupações, ou trabalho não qualificado, para o qual não se demandava uma formação específica. No sistema **profissional liberal** o trabalho no interior do hospital é centrado na figura dos médicos, já reconhecidos como profissionais, ou seja, constituem-se como uma corporação efetiva, com um corpo de conhecimento esotérico próprio, que é repassado em caráter restrito e controlado pela corporação, não acessível a toda sociedade e não podendo ser exercido livremente pelos demais cidadãos. O sistema **técnico** está baseado em outra forma de divisão do trabalho, que evidencia processos típicos de ambientes industriais, com especialização e diferenciação de funções e a produção em série tanto dos produtos usualmente utilizados como de procedimentos, extrapolando assim a questão das corporações profissionais, apesar de não negá-las.

Estabelecidos os períodos nos quais essas mudanças no interior do hospital se deram, procurou-se correlacioná-las com a função dos hospitais no sistema mais geral de assistência médica e destas no interior das mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais pelas quais passaram o ocidente, e, em especial, o ocidente europeu. As fases são analisadas a partir de uma perspectiva sociológica, incluindo aí as relações que se estabelecem entre os principais atores, quais sejam: a igreja, o estado, as empresas e outros mantenedores, os gestores, os médicos, outros prestadores de cuidados de saúde e usuários.

No que diz respeito à transição do sistema **profissional liberal** ao **técnico**, a abordagem anteriormente mencionada apresenta muitas similaridades com o que foi descrito por Scott (2000) como a passagem da **dominância corporativa** ao **cuidado gerenciado** (*managed care*), em relação à história recente dos hospitais americanos. Em termos hospitalares, a fase da **dominância corporativa** é caracterizada como tendo ainda o médico controle sobre a integralidade de seus atos (diagnóstico, decisão e terapêutica) e corresponderia ao **sistema profissional liberal** de Steudler e Graça, ao passo que o *managed care*, predominante no cenário atual - onde temos uma profunda racionalização do trabalho, através do uso de protocolos, produção em série de procedimentos, decomposição do ato médico em um conjunto de intervenções em cadeia efetuadas não apenas por diferentes especialidades médicas, mas também por uma vasta gama de outros profissionais - corresponderia ao **sistema técnico**.

Campos (2010), divergindo dos autores anteriormente citados considera que existe ainda uma tensão entre a prática clínica e a gestão, tanto nos hospitais, quanto em outras organizações de saúde. A corporação médica teria se organizado política e tecnicamente encontrando mecanismos de resistência à fragmentação da clínica e operando a mediação entre os saberes estruturados e o contexto singular de cada paciente. A título de exemplo, mesmo a realização de alguns procedimentos ou exames altamente sofisticados em unidades especializadas do hospital não retiraria do profissional médico a decisão final sobre o que fazer em cada situação. Acrescenta ainda, que mesmo nos contextos, públicos ou privados, onde profissionais médicos são contratados sob a forma explícita de assalariamento, sua autonomia em relação às práticas clínicas é grande. Em um diálogo

com outros autores, como Donangelo (1975) e Ricardo Bruno (1979) vai sustentar que não há uma subordinação da clínica à racionalidade gerencial hegemônica, mas sim um tensionamento permanente entre estas duas racionalidades, o que conferiria várias características diferentes às organizações de saúde, e, também um leque de possibilidades e alternativas diferentes. Neste contexto, esta transição, da racionalidade clínica à racionalidade gerencial - ou a transição de um modelo liberal para o técnico como mencionado pelos historiadores acima - não teria ainda se concretizado, mas se constituiriam em um tensionamento que perpassa as organizações de saúde como um todo e o hospital em particular.

Embora as constatações de Campos se mostrem, muito provavelmente, mais pertinentes em relação ao contexto hospitalar no Brasil, o mesmo não propõe periodizações, uma vez que este não era seu objetivo central nos trabalhos que tratam do tema. Desta forma, por didatismo, serão mantidas neste trabalho as periodizações propostas por Steudler e Graça, que serão descritas a seguir.

2.1. O SISTEMA TRADICIONAL (ATÉ MEADOS DO SÉC. XIX)

O Sistema Tradicional tem como características comuns o fato dos hospitais, ou de seus ancestrais, não se constituírem em lócus de trabalho predominante ou de importância significativa para o que mais tarde viria a ser considerado profissional médico, além de não ser uma preocupação importante do Estado, poder público ou equivalente. Trata-se de uma gama variada de organizações, que em diferentes épocas tiveram finalidades distintas, mas que de alguma forma estavam voltados para a acolhida e apoio não apenas a doentes e portadores de alguma limitação ou sofrimento, mas também a pobres, debilitados, excluídos, etc. Para facilitar seu entendimento, optou-se aqui por subdividir o sistema tradicional em quatro momentos.

2.1.1. Os templos de Asclépio

Asclépio (ou Esculápio para os romanos), herói homérico, filho do Deus Apolo com uma

mortal, era considerado o semideus da medicina. É pouco provável, que os muitos templos erigidos em sua homenagem, desde o Século V a. C. até a difusão do cristianismo na época do imperador Constantino, guardem semelhanças significativas com o que chamamos hoje de hospital. No entanto, o grande número de peregrinos e doentes que acorriam aqueles templos procurando consolo ou cura para seus males, conferiu-lhes um caráter muito popular, seja na Grécia antiga, seja entre os romanos, conforme relata Charitonidou (1978) em seu livro sobre o templo e o museu de Epidauro, erigido em homenagem a Asclépio.

O sacerdote - que era também o terapeuta (do grego: *θεραπεία* - servir a deus) -, aquele que possui um carisma (*κηρισμα*) ou um dom, funciona como um intermediário entre o Deus e o adorador que nele crê. Deus precisa de um *medium* para operar a cura. Tudo leva a crer que nos primórdios do culto a Asclépio, os sacerdotes não se mostravam muito interessados nas especificidades de cada doença e também da terapêutica. Charitonidou (1978) descreve os rituais e o método terapêutico que eram usados. Antes de conduzir o doente ao *abaton* - o local do templo onde os doentes deviam passar a noite, já que a cura dos seus males, ou as recomendações a serem seguidas aconteciam durante o sono (*incubatio*) - o sacerdote cuidava apenas de administrar e fazer respeitar os preceitos do culto, que deviam ser seguidos pelos doentes. Afinal de contas os sacerdotes eram até então apenas terapeutas, servidores de Asclépio, que era quem operava a cura. Porém, com o decorrer do tempo, sob a influência de Hipócrates e seus seguidores, essa prática vai se alterar.

Hipócrates (*Ἱπποκράτης*, Cós, 460 a.C. — Tessália, 377 a.C.) foi educado no templo de Asclépio por seu pai, que era médico, pelos sacerdotes terapeutas do templo e por Heródico, médico da Trácia. Com o passar do tempo, deixou de lado a divindade e seus mistérios, dando maior atenção às observações dos aspectos biológicos e comportamentais dos homens. Seus escritos sobre anatomia contêm descrições claras tanto sobre instrumentos de dissecação quanto sobre procedimentos práticos. O *Corpus hippocraticum* contém uma série de descrições clínicas pelas quais se pode diagnosticar um extenso conjunto de doenças. Abandonando a concepção mágica da doença, postulou que elas e as

epidemias relacionavam-se com fatores climáticos, raciais, dietéticos e do meio onde as pessoas viviam. Na escola de Cós desenvolveu com seus seguidores o que temos considerado atualmente os caminhos científicos da saúde.

Segundo Galimberti (2006), Hipócrates teria produzido uma dupla ruptura em relação às concepções de saúde e doença. A primeira em relação à concepção de que as doenças seriam produzidas pelos deuses como forma de punição ou castigo e que estes também seriam responsáveis pela sua cura. Até mesmo em relação à epilepsia, a ‘doença sagrada’, vai supor, que tinha causas naturais, mundanas, não relacionadas com os deuses ou seus ócios e divertimentos. O tratamento para os males, por seu turno nada teria a ver com os Deuses, mas com ações concretas desencadeadas pelo Homem.

A segunda ruptura diria respeito à concepção grega de ‘cosmos’ como totalidade equilibrada, e de que nossos problemas e suas soluções teriam relação com o equilíbrio cósmico. Vale lembrar, que os gregos associavam saúde à idéia de equilíbrio, harmonia. Aqui, vai propor, que o local adequado para o homem não é cosmos com seu equilíbrio, mas um ambiente, com ares e humores em lugares favoráveis à saúde humana. A natureza, *physis*, deixa de ser considerada como mãe provedora de todas as necessidades à qual devíamos nos adequar. Certamente, nenhum dos escritos atribuídos a Hipócrates nos autoriza a supor que o mesmo considerava a natureza uma madrasta que nos dava de comer a outros animais, nos matava de frio e de fome, nos trazia ares insalubres, que nos envenenava com líquidos pestilentos e assim por diante. Por outro lado, não resta dúvida de que suas concepções nos levam a crer que julgava importante intervirmos na natureza, modificando-a para que determinados locais se tornassem mais adequados à existência humana.

Tudo indica que os sacerdotes de Asclépio, sentindo a concorrência dos médicos e da eficiência da medicina hipocrática, tenham adotado algumas práticas novas para manter vivos os velhos templos e o culto a Asclépio. Charitonidou (1978), ao descrever o Templo de Epidauro, relata que este sofreu várias modificações ao longo dos seus quase dez séculos de funcionamento. Considerando que ele foi erigido próximo ao Século V a.C., e que foi

desativado com o florescer do cristianismo no Século V d.C., é bem provável que represente o que tenha ocorrido também com outros templos similares neste intervalo de tempo. Incorporou um centro de lazer, banhos de águas quentes e frias, pousadas, ginásios, prática de esportes, jogos e até um teatro. Procurar algumas similaridades entre estes locais, suas práticas e os contemporâneos SPAs não é de todo infundado. Os sacerdotes, por sua vez, procuraram obter mais conhecimentos sobre cada um dos males e as suas possíveis abordagens. É bastante provável que tenham também incorporado algumas práticas terapêuticas, e, que antes de conduzir os doentes ao *abaton*, lhes dessem não apenas orientações de como proceder ao culto, mas, também, conselhos bem específicos de como cuidar de seus problemas de saúde. Os templos, assim concebidos, já não tinham mais funções ligadas apenas à religiosidade, se configurando também como verdadeiros estabelecimentos sanitários.

Segundo Charitonidou (1978), o templo de Epidauro contém várias inscrições. Em uma delas encontram-se as queixas formuladas por um tal Apellas, que dizia “sofrer de hipocondria e de terríveis indigestões”. É bem provável que além da estadia no templo, onde podia descansar por alguns dias, tomar banhos quentes e frios, caminhar, praticar esportes e ir ao teatro, o sacerdote lhe tenha aconselhado uma vida mais comedida, uma alimentação saudável, em períodos regulares e sem excesso de condimentos, que não fizesse uso de bebidas alcoólicas, ou fazê-lo apenas com moderação, que evitasse ambientes insalubres e, que a prática de atividades físicas e um sono tranquilo fossem uma constante em sua vida. Nada que, provavelmente, pareça muito estranho ao que preconizam contemporaneamente os adeptos da promoção da saúde.

Devemos registrar ainda que, segundo a mitologia, Asclépio teve quatro filhos. Dois médicos e duas outras filhas que tinham os sugestivos nomes de Hígia e Panacéia. Em grego Hígia poderia ser traduzido por higiene, limpeza, e representava a arte de se manter saudável; enquanto Panacéia tinha o sentido de remédio para todos os males, tratamento das doenças, mitigação dos sofrimentos. Decifrar a simbologia representada por um pai mitológico da medicina, seus dois filhos médicos, uma filha cujo nome, Hígia, carrega consigo um conjunto de significados relacionados à preservação, promoção e proteção da

saúde, e outra, cujo nome, Panacéia, traz consigo outro conjunto de significados relacionado à cura dos males já instalados e articulá-lo aos campos da saúde coletiva e da assistência médica individual ou da promoção da saúde em contraposição à atenção aos enfermos, embora represente trabalho desafiador, está além do escopo desta tese.

2.1.2. Os *Valetudinaria* dos Romanos

Segundo Graça (2000), existem muitas controvérsias a respeito dos *valetudinária* romanos. Sua origem remonta ao Século I a.C., e possuíam diferentes finalidades. Em geral constituíam-se como estabelecimentos destinados a recolher e cuidar de familiares idosos, doentes e escravos, pertencendo a famílias proprietárias de terras. Não se sabe ao certo se haviam *valetudinária* abertos à população em geral, de natureza pública e controlados pelo Estado. Sabe-se que os médicos não contavam com grande prestígio à época. Mesmo assim, tudo leva a crer que havia alguma diferenciação entre os *medicus a valetudinário*, que se dedicavam à prática da medicina nos diferentes *valetudinária*, e os *medicus a bibliotecis* que se dedicavam ao ensino e à teoria da medicina, geralmente de origem grega, formação hipocrática e que se fixaram em Roma. Estes trabalhavam também nas medicatrinhas, ambulatórios que provavelmente se desenvolveram a partir dos *iatreuns* gregos ou dos *tabernae medicorum* (consultórios médicos), que já existiam desde o final do Século III a.C. Em que pese a constatação histórica das diferenciações entre os médicos que se dedicavam ao ensino e os que se dedicavam à prática, não existem, até o presente momento, muitos relatos que autorizem a tese segundo a qual os problemas da integração entre ensino e serviço já se faziam presentes nesta época. Assim, a tentadora idéia de aceitar que os problemas relacionados ao processo de integração entre a academia e os serviços têm sua origem no próprio nascimento das práticas médicas e que, provavelmente, terão fim apenas quando não mais houver práticas médicas não deverá ser desenvolvida aqui, pois, além do risco de se incorrer em um anacronismo (projetar fatos, conceitos ou pensamentos recentes em tempos passados) poderá levar a polêmicas de difícil solução.

Merece destaque no cenário romano da antigüidade os *valetudinária* militares, que podem ser considerados verdadeiros hospitais de campanha. Estes estabelecimentos eram

destinados ao tratamento dos feridos em combate ou dos soldados que adoecessem. Eram dirigidos por médicos que tinham status de oficial militar, não combatente. As instalações físicas contavam com enfermarias, cozinha, locais para médicos e enfermeiros, medicamentos, etc. Associado a essas características físicas e funcionais, o processo de divisão do trabalho entre médicos e outros trabalhadores, principalmente escravos treinados, fazem com que, aos olhos contemporâneos, esta seja o tipo de organização da antigüidade que mais se assemelha ao que chamamos hoje de hospital. Várias ruínas à margem do Danúbio, em Bonn (Alemanha), em Viena, etc., e relatos feitos por Vegézio documentam bem estes fatos.

Exceto pelos *valetudinária* militares, onde provavelmente os romanos desenvolveram bem a arte da cirurgia, tudo leva a crer, que os romanos não valorizavam muito a medicina. No grande número de ruínas italianas da antigüidade, Roma, Pompéia, etc., não se encontrou, até o presente, um número significativo de edifícios públicos ou privados com funções que lembrem os nossos atuais hospitais. É somente com Júlio César, concedendo *status* de cidadão romano a todos os que exerciam a medicina em 46 d.C. que a profissão médica vai angariar algum reconhecimento público.

No campo da saúde parece que a grande contribuição romana foi a engenharia sanitária. Os inúmeros banhos públicos e privados, a refinada malha de esgotos e os aquedutos para a distribuição de água, o tratamento do lixo, a limpeza obrigatória das ruas, latrinas públicas e privadas, etc. fazem crer que os conceitos romanos de higiene pública e saneamento básico contribuíram muito para o que podemos chamar hoje de uma urbanidade mais saudável. Acrescente-se a isso a conformação de uma espécie de autoridade sanitária, o *edil*, que tinha como responsabilidade a fiscalização de estabelecimentos comerciais e de manufaturas.

Concluir que a obsessão dos romanos com a engenharia sanitária e a higiene pública, que tantas epidemias preveniram, tem alguma correlação com a adoração de Hígia - que foi transformada na deusa da saúde, símbolo de uma vida efêmera, que para ser bem gozada dependia de que vários problemas fossem enfrentados, não por cada homem isoladamente,

mas em conjunto na cidade -, em contraposição à sua irmã Panaceia que, como exposto acima, representava o tratamento da doença pode ser temerário. Da mesma forma, interpretar que a atividade científica na saúde, aqui representada por Hipócrates, é filha ingrata do mito, representado por Asclépio e seus seguidores, além de polêmico demandaria outro tipo de enfoque que não nos atreveremos a fazer. No entanto, podemos afirmar que existe uma convergência de opinião entre os historiadores de que, se por um lado, operou-se uma ruptura em relação às práticas médicas que, afastando-se da religião, tornaram-se laicas e mais próximas do que hoje chamamos ciência, por outro lado, o provimento de cuidados aos doentes, se dava predominantemente através da religião ou de leigos, não se constituindo ainda em uma preocupação do Estado ou seu equivalente à época, e que a participação dos médicos nas organizações existentes era pequena ou quase nula.

2.1.3. O hospital como pia causa cristã: a idade média

O hospital, com o formato como o conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos, como Steudler (1974), Rosen (1980) e Antunes (1991) uma criação da cristandade da alta idade média. Etimologicamente, a palavra vem do latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), ou *hospes*, hóspedes ou convidados. Inicialmente, ficava próximo às igrejas e recebia todo tipo de pessoa que necessitasse alguma ajuda. Não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos, vagabundos, etc. Os relatos históricos datam o surgimento destas organizações a partir do final do Século IV e início do V d.C. Ao longo de toda a idade média, estes estabelecimentos foram se multiplicando, diferenciando e assumindo finalidades distintas, entre as quais mencionamos algumas citadas por Guimarães (1989) em sua revisão da história dos hospitais.

- *xenodochia* (albergarias para os estrangeiros, os peregrinos, os viajantes e todos aqueles que, em trânsito ou viagem, necessitassem de alojamento);
- *nosocomia* (hospitais ou enfermarias que prestavam cuidados aos doentes ou enfermos);
- *gerontochia* (estabelecimentos geriátrico ou, pelo menos, destinados ao

acolhimento de idosos);

- *ptochia* (hospícios ou albergues para os pobres);
- *lobotrophia* (locais destinados aos leprosos ou doentes pestiferados);
- *orphanotrophia* (orfanatos);
- *brephotrophia* (locais destinados a receber e a criar as crianças abandonadas ou sem família).

O cristianismo é responsável, não apenas pela criação das organizações acima, mas teve papel fundamental na preservação da medicina hipocrática. Com as invasões bárbaras que tiveram lugar no império romano, a igreja constituía-se como *lócus* onde se refugiavam os eruditos. Assim, filósofos, médicos, “acadêmicos” e outros tiveram abrigo nos mosteiros, onde puderam desenvolver-se. Ainda que a existência de médicos práticos fosse uma constante até o Século XIX, sabe-se que gradativamente os profissionais com formação acadêmica foram ocupando, progressivamente, maior espaço na sociedade.

O fato da igreja ter servido de abrigo a eruditos de diversas áreas, inclusive da medicina, não pode nos fazer esquecer que seu principal propósito era cuidar das almas. Doença, sofrimento e morte faziam parte dos desígnios de Deus. Estavam submetidas, pois, à divina vontade. Além do mais, sabe-se que naquela época desejar em demasia o bem dos corpos já era considerado principiar por degenerar a alma. A assistência a enfermos, portadores de qualquer tipo de sofrimento, mendigos, etc. – chamados à época *os pobres de deus* - era uma virtude cristã e fazia parte de uma complicada contabilidade onde dar aos pobres equivalia a emprestar a Deus, com direito a cobrança futura de um lugar ao céu. Porém, embora fomentasse a virtude da assistência, a igreja não estimulava que padres se tornassem médicos. Além disto, a igreja impedia que qualquer membro do clero executasse tratamentos que implicassem em derramamento de sangue, o que fez com que as cirurgias viessem a ser executadas pelos cirurgiões barbeiros, que, com o decorrer do tempo passaram a se organizar em corporações de ofício.

Segundo Graça (2000), mesmo os *nosocomia*, destinados mais estritamente a enfermos, se constituem aqui como mais uma casa de Deus, onde mais que curar as doenças, a preocupação é com o salvamento das almas. Na França, os hospitais primitivos recebiam

a designação de *Hotel-Dieu*. O mais antigo deles, o de Paris, fundado no Século VII d. C., é um bom exemplo. Em alguns períodos de seu funcionamento, este hospital chegou a contar com mais de dois mil internos, tendo para assisti-los dois ou três médicos. As receitas que sustentavam os hospitais provinham, de um modo geral, da caridade de ricos, que, considerando-se devedores de Deus, faziam contribuições em vida, ou à beira da morte, na expectativa de um retorno celeste ao seu investimento terreno. Muitas vezes o faziam na forma de imóveis ou terras, de cuja exploração – plantio, pecuária, aluguéis, etc. – os hospitais auferiam recursos para o seu sustento.

Inúmeras ordens religiosas criavam seus hospitais, e várias delas se desenvolviam especificamente como Ordens Hospitalárias. Se refizermos a história daquelas ordens, certamente chegaremos a vários hospitais contemporâneos espalhados pelo ocidente, inclusive na América, a exemplo do John Hopkins nos Estados Unidos. Durante as Cruzadas, enquanto os Templários dividiam seu tempo entre as orações a Deus no céu e as guerras aos infiéis aqui na terra, os Hospitalários edificavam inúmeros hospitais para abrigar os peregrinos que se adoentavam a caminho da terra santa, ou os guerreiros que se ferissem ou ficassem adoentados nas batalhas.

Resumidamente pode-se dizer que o hospital da idade média foi menos um estabelecimento sanitário do que um *locus religiosus*, e sua missão, uma *pia causa*, a de assistir aos pobres e enfermos, e como tal já merecedor, à época, das isenções de taxas, impostos, etc., merecimento este que se prolongou, em muitas circunstâncias, até os dias atuais, como bem demonstra o tratamento conferido pelo Estado brasileiro às Santas Casas. Estes estabelecimentos funcionavam com pouca presença de médicos, e, ainda não se constituíam em uma preocupação do Estado (ou seu equivalente). O *ethos* cristão marcou tão profundamente a fundação e a manutenção da rede hospitalar - como de resto toda a questão assistencial - que sua influência ecoa pesadamente até nossos dias, como bem documentam Rosen (1963) e Steudler (1974).

2.1.4. O hospital entre o poder divino e o terreno: a idade moderna

A partir do final do Século XIII e início do Século XIV, o Estado, principalmente as autoridades municipais, passa a complementar, no princípio, e, posteriormente, assumir os

encargos da igreja. Rosen (1963) aponta como um dos principais motivos para isto o surgimento da burguesia, que passaria a estimular as municipalidades a também atuar na área assistencial, para fazer face ao grande contingente de pobres que se formavam nas cidades. Tornou-se necessário alterar a dinâmica do hospital para que viesse a atender um maior número de pessoas, em menor espaço de tempo, aumentando sua eficiência. As mudanças demandadas não se coadunavam com o tipo de abordagem feito pela igreja. Este movimento fez com que o formato do hospital também se alterasse progressivamente, inclusive em seu aspecto físico. A casa de Deus foi progressivamente transformando-se em enormes pavilhões, com pé direito de até 10 metros, muitos leitos dispostos perpendicularmente às janelas, e algum mecanismo de separação entre os mesmos que não chegava até o teto.

É importante ressaltar, no entanto, que o fato da administração dos hospitais ter passado paulatinamente, durante o período que vai do Século XIII ao XVI, para as autoridades municipais, não significa que a igreja tenha abandonado a atividade hospitalar. Havia uma espécie de co-gestão entre os representantes do poder divino e do poder terreno. Segundo Rosen (1963), é somente com a Reforma e a ascensão do Estado Absolutista que a separação se torna mais significativa. E, mais ainda, é neste período que se estabelece a noção de que a responsabilidade pelos pobres, assim como pelos doentes, deve recair sobre a comunidade e não sobre a igreja.

Ao longo dos séculos XVII e XVIII a administração hospitalar, mesmo secularizada, vai preocupar-se, sobretudo, com o financiamento e a gestão patrimonial do hospital, a par da prestação dos serviços hoteleiros, que já envolve uma ampla gama de trabalhadores como cozinheiros, despenseiros, porteiros, etc. O serviço de enfermagem é ainda prestado pelo pessoal religioso. Exceto pela participação dos cirurgiões barbeiros, a organização dos cuidados médicos é praticamente inexistente.

Dois movimentos importantes e decisivos no processo de secularização do hospital vão se consolidando ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX. Por um lado, a direção vai mudando seu perfil do tradicional provedor ligado à nobreza e ao alto clero para o burguês, doador ou pelo cidadão que passava a representar os interesses do seu município, que, aliás,

estavam, ambos, mais próximos dos médicos. Por outro lado, a crescente profissionalização dos médicos fez com que fossem paulatinamente conquistando os espaços antes ocupados pelos curandeiros aos quais a população recorria. Esse processo de profissionalização do médico, descrito por Friedson (1970), vai fazer com que seus estatutos profissionais e sociais se transformem radicalmente. De posse de um corpo científico de conhecimentos e legitimidade social crescente, vai se tornar o substituto (ou herdeiro) do carisma, do dom, da dedicação, da vocação e do sacerdócio dos antigos homens de igreja.

Apesar da crescente importância da medicina profissionalizada (*dogmática*), em contraposição aos médicos práticos (*ministrante*), a presença dos médicos nos hospitais era pequena. Há relatos, como os de Rochaix (1996 e 2004), que abordam o funcionamento dos hospitais desde o *ancien regime* até nossos dias, tratando também do trabalho e das formas de remuneração dos médicos. Nestes relatos constata-se que as poucas visitas a pacientes hospitalizados eram apressadas, sem regularidade, com prescrições e fichas clínicas mal preenchidas, deixando a clara impressão de que remuneração e qualidade dos serviços prestados não se conjugavam. É bem provável que trazer essas questões para o cenário atual, suscite a colocação pela corporação médica de que esse comportamento descrito em relação ao seu trabalho no hospital é fato histórico, coisa do passado, sem nenhuma similaridade com o presente. Embora a universidade detivesse o monopólio da titulação dos médicos, seu aprendizado passou a se dar, ao longo do Século XVIII em especial, de forma crescente nos hospitais, onde cuidava dos pobres, para, em seguida, no seu exercício profissional, passar a maior parte de seu tempo atendendo a uma clientela privada de ricos, como relata Foucault (1980) com riqueza de detalhes.

Em relação aos pacientes internados, já era notório o que Foucault chamou de “regime disciplinar”. Os pacientes eram submetidos a normas que diziam respeito a horários, cuidados com o corpo, alimentação, comportamentos, etc. Estas disciplinas implementadas por um poder com capacidade de impô-las, também se exerciam, segundo Foucault, nas escolas, igrejas, prisões e em outros tipos de estabelecimentos. O poder disciplinar tinha como objetivo a formação de “corpos dóceis”. Indivíduos que, introjetando as mencionadas disciplinas, estariam mais propensos a se subordinar - em relação à sociedade - às novas

formas de organização da produção nas indústrias e no capitalismo que se anunciava. No interior do hospital, estes corpos dóceis e assujeitados passaram a despertar o interesse dos médicos, não apenas pelo volume e diversidade de patologias que apresentavam, o que facilitava seu aprendizado da clínica, mas também, porque nestas circunstâncias, se constituíam em objetos de experimentação terapêutica.

Em resumo, o fato é que o hospital tornou-se uma via paralela de ensino cada vez mais importante e legitimada, e também um local de trabalho insubstituível para a elite médica. À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas passa a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas aulas de anatomia das salas das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias à cabeceira do doente internado, como descreve Foucault (1980). Seja em função do ensino, seja em função do trabalho, o fato é que o médico passou a ligar-se em maior escala ao hospital. Esta articulação recém iniciada entre médicos e hospital vai mudar profundamente a vida dos dois. No hospital, a saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto para os médicos, a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passa a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade. Esses fatos prenunciam o próximo período.

2.2. O SISTEMA PROFISSIONAL LIBERAL (meados do séc. XIX à II Guerra Mundial).

Segundo Barreto (2005), em que pese a existência de uma grande variedade de teorias explicativas e doutrinas médicas desde o final do Século XVII e início do Século XVIII - que vão desde o galenismo, com suas sangrias, eméticos, purgantes, clisteres e ventosas aplicados com o intuito de drenar líquidos e equilibrar os humores, segundo Entralgo (1978), passando pela iatroquímica, iatromecânica e pelo vitalismo até o neohipocratismo, que, além do princípio de que o contrário cura o contrário, mantinha-se fiel à necessidade da abordagem dos “ares, humores e lugares” - parece ter predominado como prática e pensamento médico até a primeira metade do Século XIX uma associação entre a anátomo-patologia e a higiene.

Os médicos higienistas procuravam estabelecer uma correlação entre as doenças, o ambiente e o padrão sócio-cultural. Mesmo as contribuições da física e da química - que à época descreviam seus processos como putrefações, fermentações, etc. - foram incorporadas à teoria explicativa segundo a qual a matéria orgânica em decomposição, proveniente de excrementos, fossas fissuradas, pisos com folhas, túmulos não lacrados, matadouros, fábricas, cadeias e, até mesmo de hospitais produzia emanções ou gases morbíferos (também conhecidos como miasmas) que levados pelo ar atmosférico resultavam em doenças. Desta forma, para combater as doenças, os projetos médicos do período, contemplavam, inclusive no Brasil, medidas sanitárias que deveriam ser tomadas pelos governantes, como a limpeza das cidades, a derrubada de prédios insalubres, suprimento de água potável, destinação adequada de lixo e dejetos. Enfim, preconizavam medidas que atuassem sobre a população e não apenas sobre indivíduos doentes isoladamente.

Paralelamente a esse processo de higienização das cidades, os hospitais também se remodelam sob o impacto dessas ideias. Vão passar por um processo denominado por Foucault (1978) de “medicalização dos hospitais”. Considerando o risco que corriam, não apenas as pessoas que se encontravam internadas no hospital, mas também o restante dos cidadãos, pela possibilidade da disseminação das doenças para a comunidade, uma série de medidas passa a ser tomada. Em primeiro lugar, a presença dos médicos em maior intensidade para cuidar dos doentes. É a ciência médica higienista que vai orientar as instalações físicas, a forma de organização e distribuição dos doentes no interior do hospital e os cuidados a serem dispensados. Progressivamente, o hospital vai se tornar cada vez mais um local para doentes e não para pobres. Desta forma, a associação entre o hospital, os doentes e os médicos consolida-se antes mesmo da mudança do paradigma miasmático para o infeccioso. Os médicos atingem o auge de seu poder. Por um lado poder de diagnosticar e tratar os doentes em sua singularidade. De outro, poder administrativo sobre coletividades, em função da prescrição de medidas higiênicas, incidindo sobre ambientes e populações.

No início da segunda metade do Século XIX a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática como explicação para o adoecimento, operando uma brutal mudança de paradigma. As doenças não mais tinham como explicações os vapores, humores, emanações, mas sim bactérias – animálculos, como queriam alguns à época -, agentes infecciosos, contando com uma nova forma de abordagem. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e as práticas médicas. Contágio, período de incubação, mecanismo de transmissão, hospedeiro, agente infeccioso, reservatório, etc., passaram a fazer parte do novo vocabulário médico. Para dar suporte à prática médica faz-se necessário um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria, e, progressivamente, aferir outros problemas, o laboratório. O médico já não depende apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio. O laboratório passa a fazer parte de sua vida e é instalado predominantemente nos hospitais. Já tendo se unido com os médicos, o hospital incorpora um novo parceiro que vem para ficar, o laboratório.

Os métodos terapêuticos, em consonância com a nova teoria proposta por Pasteur, passam a contar com um novo arsenal. A abordagem dos miasmas dá lugar à prevenção e ao tratamento da infecção. Se o uso de métodos assépticos e anti-sépticos, preconizados por Semmelweis permitiu reduzir drasticamente as mortes por infecções, o novo paradigma trouxe também suas inconveniências. Na fase miasmática, os médicos já haviam feito uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Na teoria de Pasteur são as bactérias ou agentes infecciosos as causas destas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procura suas causas. O tratamento e a prevenção de doenças para de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. O combate à pobreza dá lugar à procura de estratégias que aborem a transmissão, o contágio, a infecção, etc.. Muitos anos vão ser necessários até que se volte novamente a associar as doenças à pobreza ou a formas de organização da sociedade.

A introdução da anestesia permitiu um enorme avanço das técnicas cirúrgicas, possibilitando a abordagem de um extenso leque de problemas. Ao abolir a dor, e já contando com as melhorias propiciadas pela assepsia e anti-sepsia, um grande conjunto de

procedimentos cirúrgicos passa a ser efetivado por médicos para os mais diferentes problemas. Aprofundam-se os conhecimentos da anatomia e da fisiologia *in vivos*.

Do final do Século XIX à primeira metade Século XX o hospital vai progressivamente se tornando uma organização complexa. Já havia incorporado o laboratório de bacteriologia, o bloco cirúrgico, as técnicas de assepsia e anti-sepsia e na passagem do Século XIX para o Século XX incorporou os Raios X e a patologia clínica. Estes e vários outros setores, como as enfermarias, as cozinhas e lavanderias foram, paralelamente aos avanços da ciência, se sofisticando. Todo um aparato industrial, um robusto setor da economia, vai sendo criado para dar suporte a este hospital e suas práticas. A manufatura e a produção artesanal de medicamentos e materiais dão lugar a um complexo processo de industrialização que vai estender-se a itens como equipamentos médicos, equipamentos para laboratórios e um grande número de insumos necessários às práticas no interior do hospital. Não é ocioso lembrar que este é também o período do liberalismo econômico, o período do surgimento das grandes organizações e empresas privadas e públicas nos mais diferentes setores da vida.

No interior do hospital a divisão do trabalho se dá em função dos médicos organizados como principal categoria profissional, à qual todas as demais se encontram, de alguma forma, subordinadas como sugere Graça (2000). É o triunfo da clínica! A função das outras categorias profissionais, incluindo a gestão, que não ultrapassa os limites da hotelaria e manutenção é prover meios para que os médicos realizem os seus trabalhos. Até a relação contratual dos médicos com o hospital é diferente dos demais trabalhadores. Constitui-se como profissional liberal, enquanto os demais se tornaram assalariados e, em algumas circunstâncias, até mesmo voluntários que exerciam suas atividades em função de alguma religiosidade. Mesmo com o crescimento da medicina laboratorial e experimental, o ato médico continua indivisível, segundo afirma Steudler (1974).

Graça (2000) relata que a enfermagem neste período muda progressivamente de *status*, profissionalizando-se e incorporando técnicas científicas de cuidados. Porém, o faz sob fortes influências. Por um lado, do domínio médico que detém a legitimidade científica e

social, além do poder de prescrever; por outro, é herdeira do paternalismo que as ordens religiosas dedicavam aos sofredores do mundo. Uma profissão constituída por mulheres em sua avassaladora maioria, fazia parte de seu perfil a subserviência, abnegação, docilidade e carinho. Vários autores procuraram fazer associações entre a atuação da enfermagem e a simbologia representada por Maria, mãe de Jesus Cristo. Em sua infinita bondade, representavam a mão macia que afaga as feridas, como a Virgem Maria afagava as chagas de Cristo, a voz que acalma os aflitos, o colo que acalenta, etc., tudo isto, como não podia deixar de ser, acompanhado da pregação moral destinada à salvação das almas, mas que tinham também o intuito de preservar e manter a disciplina e os bons costumes no interior e fora do hospital. Essas virtudes, se por um lado auxiliavam no acolhimento e apoio aos doentes, por outro, facilitou a obediência cega da corporação aos médicos, acostumados a considerarem-se substitutos de Deus na terra quando o tema eram os doentes, o que se estendeu a outros contextos. O resultado prático destas tensões foi a adoção pela enfermagem de uma forma de cuidado que alguns estudiosos têm chamado de “*tender loving care*”. Uma forma de relação com os pacientes que, ao mesmo tempo em que oferta cuidados, infantiliza, gera dependência e não promove autonomia. Em última análise, uma relação com os pacientes que é diferente da relação médico-paciente, porém tão assimétrica quanto esta.

Do lado de fora do hospital, o desenvolvimento da saúde pública se deu paralelamente ao que Foucault (1979) chamou do “surgimento do poder regulador”, uma forma de normalização da sociedade. Se o poder disciplinar agia sobre os corpos individuais, o poder regulador age sobre a população. São normas, rotinas, recomendações, prescrições de comportamento, etc. que não visam mais o indivíduo isoladamente. Visam a população como espécie. O alvo são os fenômenos coletivos. A natalidade, a morbidade, a mortalidade, a longevidade, etc. da população ou de grupos de indivíduos. Para poder se exercer, este poder precisou criar serviços que lhe dessem suporte. Surgiram os serviços de estatísticas sanitárias. Os fenômenos populacionais passam a ser medidos e quantificados. Estudos apontam o que pode ser feito para intervir na natalidade, na mortalidade, etc.

As técnicas de prevenção e controle de doenças transmissíveis, de epidemias e endemias, aliados às mudanças demográficas e do perfil de doenças da população vão, progressivamente se constituindo como importantes estímulos externos a novas mudanças na configuração dos hospitais.

No início do Século XX, outros eventos que ocorreram do lado de fora do hospital impactaram profundamente sua existência e repercutem até nossos dias. Entre estes eventos é importante mencionar o desenvolvimento inicial dos atuais sistemas de saúde nos mais diferentes países - com a conformação de sistemas públicos e privados de proteção social para os casos de doença, acidentes, incapacidades para o trabalho -; os relatórios Flexner e Dawson; o início do processo de especialização médica; a industrialização dos medicamentos e o impacto das técnicas científicas de gestão.

No início do século XX dois importantes relatórios tiveram grandes influências sobre os rumos dos hospitais. De um lado do Atlântico o Relatório Flexner e do outro o relatório Dawson (PAGLIOSA E DA ROSA, 2008). O primeiro trazia o hospital para o centro da cena não apenas em termos de formação médica, mas também em relação ao sistema de saúde, incentivando o processo de especialização e de tecnologização. O segundo o insere em uma rede de serviços, na qual tem papel definido e interage com outras organizações de saúde, para conformar um sistema com níveis de atenção que funciona de forma integrada e complementar, e que corresponde, mesmo em nossos dias, ao sonho ainda irrealizado da maioria dos sanitaristas. Estas.

O início do processo de especialização médica, par e passo com os progressos científicos por um lado, e, por outro, a progressiva industrialização dos medicamentos, o avanço dos meios diagnósticos e o impacto - tardio para o hospital em relação às outras empresas - das técnicas científicas de gestão (Taylor, Fayol, Ford) vão exercer profundas influências sobre o hospital e sua inserção no sistema de saúde, que se repercutem até nossos dias. São sintomas de que este período já está grávido da nova estrutura hospitalar que vai nascer no pós-guerra.

A título de síntese desse período da história dos hospitais poderíamos dizer que aqui duas práticas que funcionavam antes relativamente separadas vieram a se juntar. As práticas de um diversificado rol de cuidadores de doentes, representados principalmente pela enfermagem por um lado, e as práticas médicas, por outro. O hospital, que anteriormente se constituiu como lugar onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública, passou a ser considerado lugar onde se procura a cura para as doenças. Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o restabelecimento da saúde do corpo. Uma das mais importantes conseqüências é que pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. Para ele acorriam também os ricos a procurar tratamentos para os seus males. Passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos. Esse período da evolução dos hospitais coincide também, segundo Steudler (1974) e Freidson (1984), com o reconhecimento de direito e de fato da medicina como *profissão*. Isto equivale a dizer que a medicina tornou-se uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de auto-regulamentação. Viu-se também, que aqui, o Estado aprofunda seu grau de responsabilidade com a seguridade social dos cidadãos, embora o faça ainda de maneira supletiva e não como direito de cidadania.

2.3. O SISTEMA TÉCNICO (a partir da II Guerra Mundial)

O *boom* científico e tecnológico do pós-guerra - que se deu em vários campos da ciência, como a bioquímica, genética, farmacologia, fisiologia, física nuclear, biologia molecular, informática, etc. - produziu muitas inovações que incidiram sobre os aspectos diagnósticos e terapêuticos da prática clínica. Esse processo de produção de novas tecnologias pelos mais variados campos disciplinares, associado a outros de natureza corporativa afetaram profundamente o formato do hospital, propiciando uma multiplicação dos espaços, equipamentos e unidades onde estas novas tecnologias são utilizadas, assim como a multiplicação concomitante das especialidades médicas que lhes dão suporte. Esta diversidade de unidades, com funções bastante diferenciadas e a produção em série de procedimentos, passam a ser a marca do hospital contemporâneo.

Embora a história da especialização médica possa fazer-nos retroceder ao antigo Egito, com seus médicos para problemas oculares, respiratórios, etc. e à China confuciana com sua organização hierárquica de médicos, entre outros relatos, o fato é que a especialização médica em seu formato atual teve início, em caráter muito restrito, no Século XVIII, como afirma Martire Junior (2004). A pesquisa científica e a necessidade de aprofundar os conhecimentos fizeram com que alguns profissionais restringissem seu campo de atuação e observação, se detendo mais especificamente em algum órgão ou sistema. Assim, os estudos sobre a anátomo-patologia e a clínica do coração, com a conseqüente dedicação de alguns médicos a esta área fez com que eles se tornassem os primeiros cardiologistas que conhecemos. As descobertas efetuadas nos estudos físicos sobre a luz com sua conseqüente aplicação à solução dos problemas visuais levaram à formação dos primeiros oftalmologistas. É bem provável que processos similares tenham contribuído para que várias especialidades se consolidassem. Porém, o grande impacto no processo de especialização médica se deu no século XX, sendo geralmente correlacionado com o avanço tecnológico e científico.

A ampliação do conhecimento, nos mais diversos campos do saber, tornou impossível a um único médico deter todo o conhecimento necessário à prática clínica. Assim, o processo de especialização teria, hipoteticamente, se tornado uma necessidade e, como decorrência desse processo, se consolidaram as diversas especialidades médicas. Embora esse tipo de abordagem que associa especialização e desenvolvimento tecnológico e científico seja a visão dominante entre os profissionais da saúde, outras visões do tema necessitam ser consideradas.

Se por um lado, o volume de conhecimentos sobre cada órgão ou sistemas cresceu tanto que se tornou impossível a um único médico deter todos os conhecimentos sobre um grande número de sistemas e órgãos, por outro lado, grande parte das funções exercidas pelos especialistas se deu não pela introdução destas novas práticas decorrentes dos avanços tecnológicos e seu aparato, nem mesmo pela necessidade de um conhecimento “mais profundo” a respeito de determinados temas, mas por exercerem, em seus consultórios ou em unidades especializadas no interior do hospital, as mesmas funções

anteriormente levadas a cabo pelos médicos generalistas, como sugere Steudler (1973). Desta forma, a especialização médica se consolidou não apenas a partir da ampliação do conhecimento em um determinado campo, mas também se expandiu por trazer para ambientes ou unidades especializadas, funções antigas. Isto nos leva a concluir, no mínimo, que este processo de especialização tem não apenas as questões científicas e tecnológicas como determinantes, mas também processos e lutas que poderíamos chamar corporativos, ou, de reserva de domínios para o exercício de atividades profissionais.

É nesse contexto de especialização da prática médica que vão surgir as mais diferentes unidades especializadas no interior do hospital. Se nos períodos anteriores já se antevia alguns rudimentos da estruturação dessas unidades, com a constituição dos blocos e unidades de pacientes cirúrgicos, unidades de partos e problemas ginecológicos, etc. agora esse procedimento vai atingir um grande número de especialidades. Irá se constituir um número tão grande e diversificado de unidades quanto o são as especialidades médicas e os recortes corporativos. Desta forma, temos nos hospitais contemporâneos unidades de queimados, de renais, de neonatos, de pacientes urológicos, cardiológicos, centros de imagens, de patologia clínica, de anátomo-patologia, etc.. Não apenas órgãos ou sistemas são objetos de práticas especializadas, mas também temas, condições clínicas, arranjos ou formas de organizar a assistência.

É neste contexto que surge a terapia intensiva, como forma de especialização e diferenciação de cuidado. Não é um processo de especialização e diferenciação do cuidado que tenha como objeto um órgão ou um sistema específico. Mas uma situação especial do paciente. O fato de se encontrar criticamente enfermo. De ter um ou mais sistemas de manutenção da vida imediatamente ameaçados, e que, hipoteticamente, pode ter um desfecho mais ou menos favorável em decorrência da intensidade dos cuidados dispensados. Sejam cuidados relacionados à vigilância de sinais e sintomas de problemas visando sua detecção precoce e a pronta intervenção, seja o suporte permanente aos órgãos e sistemas vitais.

Esse processo de especialização que ocorreu com a corporação médica se estendeu também a várias outras corporações de trabalhadores da saúde, em geral por analogia, a exemplo do que ocorreu e vem ocorrendo com a enfermagem, a fisioterapia, etc. Se, no início do século XX já havia algum esboço de enfermeiras voltadas para a cirurgia, para a obstetrícia; na segunda metade do século XX este processo vai se acentuar, estendendo-se a diversas outras áreas. O mesmo vai acontecer com a fisioterapia e outras profissões. Além deste processo de especialização de funções, ocorreu também a incorporação de novas disciplinas e novos profissionais no campo da saúde, a exemplo de biólogos, químicos, físicos, informáticos, psicólogos, engenheiros clínicos, etc., que correspondem a novas funções no interior do hospital.

Esse novo patamar de complexidade do hospital vai demandar, até mesmo para promover a integração destas unidades especializadas, uma nova postura gerencial. A gestão assume importância cada vez mais decisiva, inclusive na hierarquia de valores desta organização que se encontra ainda em transformação. Chegando tardiamente ao hospital - pois, no começo do século já havia se introduzido nas indústrias e outros tipos de organizações - a gestão científica, conforme concebida por Taylor começa a fazer parte do cotidiano do hospital. O *Chief Executive Officer* (CEO) dos grandes hospitais americanos é um exemplo desta tendência que incorpora uma nova lógica organizacional e um novo discurso marcado pela racionalização, conforme relatam Steudler (1974) e Chauvenet (1978). A intervenção da gestão que se fazia sentir apenas nos processos de hotelaria, manutenção, provimento de insumos, etc., vai extrapolar, nas últimas décadas, estes campos, tradicionalmente considerados meio, para abarcar a própria atividade clínica, interferindo na indivisibilidade do ato médico. Este processo - descrito por Graça (2000) como a 'empresariação dos hospitais' ou por Scotti (2000) como *managed care* - corresponde a uma nova postura gerencial que aproxima o hospital da situação vivida pelas demais empresas.

A constituição dessas múltiplas unidades de produção, com funções diferenciadas, e a especialização médica no interior do hospital - e também fora dele! - não podem ser vistas apenas como uma forma de divisão *técnica* do trabalho. Pelo contrário, como afirma Chauvenet (1978), elas introduzem uma noção de *hierarquia social* e, com ela, um *sistema*

de seleção, de valoração econômica, de credibilidade e importância que ocupam o imaginário social. Ou seja, passa a haver uma *hierquização dos médicos, dos serviços e das unidades de cuidados*. Esta hierarquia contava em seu topo com os hospitais de ponta, com alta tecnologia incorporada, com objetivos de investigação e pesquisa. A seguir vinham os hospitais especializados e semi-especializados, e na base estariam os hospitais e serviços de medicina interna. Este esquema é plenamente válido para descrever também a hierarquia entre as unidades e clínicas no interior do hospital.

Para Chauvenet (1978) o processo de mecanização da medicina hospitalar, associado ao processo de especialização, alterou o sistema de poder tanto ao nível do hospital como da própria profissão médica, pois, por um lado quebrou a coesão da categoria e, por outro instaurou uma divisão técnica e social do trabalho. As decisões clínicas tornaram-se cada vez mais dependentes do ambiente onde são tomadas. A organização do trabalho no interior do hospital, embora ainda em grande parte centrada no ato médico, começa a se alterar substantivamente sob o impacto da intervenção da gestão e dos processos de especialização e diferenciação de funções. O ato médico (considerado anteriormente como o conjunto indivisível de diagnóstico, decisão terapêutica e tratamento) é decomposto em uma série de intervenções complementares, envolvendo pessoal e unidades altamente diferenciadas e especializadas, compostas por médicos, mas também por pessoal não médico.

Uma constelação de técnicas, equipamentos e seus operadores, que medem, analisam, descrevem e aferem os sintomas substitui a clínica tradicional. O diagnóstico e a decisão terapêutica deslocam-se da singularidade da relação médico-paciente para estes outros espaços. O ato médico, assim decomposto e fragmentado no interior do hospital, vai ser reorganizado, sob orientação da gestão, segundo uma lógica taylorista. A produção do cuidado passa a se dar como nas linhas de produção de veículos, geladeiras, fogões, etc.: as linhas de produção do cuidado (discurso mais do que realidade). Nestas linhas de produção, o ato médico torna-se técnica e economicamente divisível, mensurável e analisável. Desta forma, pode ser enquadrado e passível de ser gerido não mais pelos médicos, mas, de forma cada vez mais freqüente, pelos próprios gestores. Diagnostica-se e trata-se segundo protocolos e rotinas estabelecidos e não mais com base na relação dual médico-paciente.

Esta relação dual vai ser substituída por um trabalho coletivo e impessoal voltado para a produção de procedimentos de saúde no interior de unidades de produção de cuidados que se organizam em linhas, onde estes procedimentos são executados em série, conferindo um caráter industrial ao hospital.

Embora esta visão que acentua o papel da gestão no interior do hospital, com a consequente subordinação da clínica à sua determinação não seja unânime (Gastão, 2010), o fato é que as práticas clínicas vêm se transformando no interior do hospital. Se, por um lado, pela própria natureza das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, sua gestão, que se opera de fora desta relação singular encontra obstáculos, por outro lado, o grau de discricionariedade dos profissionais de saúde, em especial dos médicos se alterou profundamente, estando estes cada vez mais sujeitos a protocolos e normas de conduta, etc. que restringem em muito sua autonomia.

O doente, por seu turno, vai assumir cada vez mais um caráter de objeto despersonalizado e desumanizado. Resume-se cada vez mais a um número, o do leito tal ou do prontuário tal, ou o caso tal, que deve ser submetido aos procedimentos tais nas unidades tais. Neste processo industrial de produção de cuidados, o carisma, o dom e a empatia vão ser substituídos pelo controle de qualidade na confecção de procedimentos, pelo índice de cumprimento dos protocolos, etc.. A assimetria de poder entre um doente fragilizado, com sua vida ameaçada, muitas vezes sentindo-se culpado por estar doente e na obrigação de se curar no mais curto espaço de tempo, vai fazer com que este mesmo doente se coloque numa posição de tamanha submissão à instituição hospitalar, que fez com que autores como Goffman (2003) classificassem o hospital, ao lado dos presídios, no que chamou “total institution”, locais nos quais o grau de autonomia dos sujeitos é mínima, onde “tudo o que não está expressamente autorizado está expressamente proibido”.

Se no interior do hospital os processos de especialização, diferenciação de funções e a introdução da gestão científica vão afetar as práticas clínicas, outros acontecimentos em seu exterior afetaram profundamente a sua inserção social. Segundo Graça (2000), no pós-guerra, a extensão da proteção social e, conseqüentemente da saúde, a toda a população, fez

com que houvesse um grande aumento da procura a serviços hospitalares. Em decorrência deste fato, ocorreu até a década de 60, um grande aumento do número de hospitais, de leitos hospitalares, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados, em praticamente todos os países da Europa e também da América do Norte. Em quase todos os países do ocidente, em períodos que se diferenciam em alguns anos, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente, a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços, porém, com grande aumento do acesso à hospitalização.

Além de se tornar, pela ação do *Welfare State*, mais acessível à população, as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos vão ampliar e diferenciar o formato das demandas ao hospital. A queda da natalidade e o aumento da longevidade vão acarretar um envelhecimento progressivo da população. Esta mudança do perfil demográfico que ocorreu concomitante com a redução na prevalência das doenças infecciosas vai levar a um fenômeno conhecido como transição epidemiológica. As doenças infecciosas vão ceder lugar às doenças crônico-degenerativas, como principal causa de morte e adoecimento na população, e, a população idosa, tem sido até aqui, mais propensa a estas doenças. Este fato trouxe importantes consequências para os hospitais. Enquanto as doenças infecciosas têm, na maioria das situações, curta duração e caráter auto-limitado, as crônico-degenerativas, por sua vez, vão acompanhar os seus portadores por longo tempo, ou pelo resto de suas vidas. Podem, ao longo da vida, apresentar múltiplos eventos que demandam algum período de assistência hospitalar. Assim ocorre com os diabéticos que se descompensam em várias ocasiões, com os hipertensos que passam por episódios de grande elevação de suas pressões, acidentes vasculares cerebrais e também os diferentes tipos de cânceres que demandam cirurgias ou outros tipos de procedimentos realizados em ambiente hospitalar. Como decorrência deste processo, amplia-se a procura por hospitais na década de 60 e início dos anos 70.

Dessa forma, se no período caracterizado como *sistema profissional liberal* o hospital já havia deixado de se constituir como *domus dei* (casa de Deus) passando a contar com a

presença efetiva de médicos para assistir e curar os doentes, no *sistema técnico* do pós-guerra imediato, graças ao prestígio conquistado, vai se tornar o centro dos sistemas de saúde. Em função disto, até seu formato físico vai se alterar profundamente. O tamanho é cada vez maior. A parte correspondente a alojamento de pacientes, que anteriormente ocupava mais de 80 % da área construída, vai reduzir-se para menos de 35%, por que os setores de apoio diagnóstico e terapêutico, espalhados por um grande número de unidades vão ocupar cada vez mais espaço. O custo de construção que correspondia a 95% dos valores gastos para se construir e equipar um hospital reduziu-se para menos de 50% do valor final, conforme nos informa Caetano (1995). A complexidade é tal que se fez necessário o surgimento de novas funções como a engenharia hospitalar, a engenharia clínica, entre outras.

Os objetivos da gestão transformam-se. Se a hotelaria constituiu-se como função principal na fase tradicional e como provedora de meios na fase profissional liberal, agora na fase técnica, seu objetivo principal é a produção de cuidados de saúde e a gestão da própria clínica. Uma medicina cada vez mais equipamento-dependente ocupa o lugar da clínica tradicional, fragmentando o trabalho do médico sob o impacto dos avanços da ciência e da tecnologia. A relação dual médico-paciente é substituída por uma produção industrial de procedimentos de saúde, no interior de unidades de produção de cuidados que se organizam em linhas, onde procedimentos são executados em série. Local de ensino e pesquisa, o hospital tornou-se no ocidente sinônimo de recuperação da saúde, de poder de enfrentamento das doenças e símbolo da tecnologia a serviço da humanidade. Até mesmo a morte pode ser enfrentada. Contrariando Virgílio, em seu sexto canto da Eneida, descer ao Averno ficou difícil. A paz eterna passou a ser concedida somente após um longo combate dos doentes com toda sorte de tecnologias e equipamentos que dão suporte a seus diferentes órgãos e sistemas.

3. TENDÊNCIAS MAIS RECENTES NA HISTÓRIA DOS HOSPITAIS

Nos anos 70 e 80 do século XX, a associação entre um alargamento da clientela, que foi operada pela implementação do direito à saúde como política do *Welfare State* após a segunda guerra mundial, e o aumento dos custos, decorrente de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente resultou em um expressivo aumento dos gastos com assistência médica.

Mckee (2002, p50) evidenciou que o crescimento dos gastos em saúde dos países do G-7 passou da ordem dos 4 a 6% do Produto Interno Bruto (PIB) nas décadas de 60 e 70 para 8 a 12% do PIB nas décadas de 80 e 90, com os Estados Unidos chegando a gastar aproximadamente 15% de seu PIB com saúde. Na primeira década do século XXI houve um achatamento desta curva, com manutenção, ou apenas leve aumento destes percentuais em alguns países. Este fato, de alguma forma, ainda repercute até o presente.

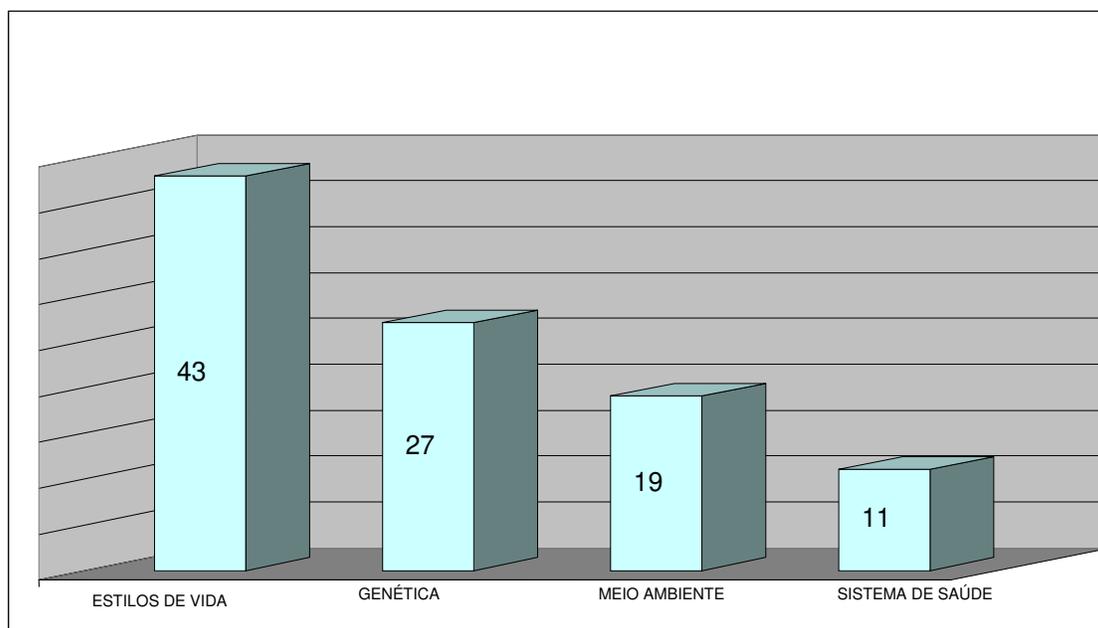
No entanto, essa ampliação nos gastos com os sistemas de saúde não se fez acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde. Um extenso número de pesquisas e estudos começou a mostrar a ausência de correlação entre níveis e indicadores de saúde em cada país, e o gasto em saúde, seja em termos de gasto *percapita* ou de percentuais do PIB, o que também continua prevalecendo até nossos dias.

Neste contexto de ampliação de gastos sem melhoria de indicadores de saúde, a importância e a legitimidade do hospital - com sua espiral tecnológica e científica associada ao processo de especialização médica - começou a ser questionada em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida da população. A permanente incorporação de novas tecnologias no interior do hospital tornou-se um fim em si mesmo, sem que seus efeitos positivos pudessem ser percebidos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de tecnificação começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo de antibióticos, psico-fármacos, o excesso de exames complementares, alguns dos quais de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levou

autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e a questionar a eficácia desta medicina tecnicista e hospitalocêntrica.

Devers (1976) produziu, a partir de vários estudos, um modelo para a análise de políticas de saúde que tinha como suporte a epidemiologia. Questionável sob vários aspectos, este modelo tornou-se emblemático, pois permitia mensurar, em países industrializados, os impactos de várias modalidades de intervenção em saúde e sua potência relativa em termos de aumento da sobrevida da população. A pequena importância relativa do sistema de saúde, até então centrado no hospital, e sua potencial contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos apontava no sentido de um questionamento radical da forma como os serviços de saúde estavam organizados. Os estudos mostravam que de quatro grandes grupos de fatores compostos por: estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde, o que tinha menor contribuição em termos de aumentar os anos potenciais de vida era o sistema de saúde, sugerindo que maiores investimentos fossem feitos em outros campos. Os pesos relativos de cada um desses fatores, em relação aos Estados Unidos da América se encontram estampados em números que representam percentuais na figura 1.

Figura 1 – Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos (Estilo de vida, biologia e genética, meio ambiente, sistema de saúde).



Fonte: Adaptado de Devers (1976).

Em 1978, em Alma-Ata (no Casaquistão), a OMS lança o seu programa *Saúde para todos no ano 2000*, baseado num conceito que não era novo, o de cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século, que se suportava em outra filosofia e preconizava uma reorientação da forma de organizar os serviços de saúde. Este conceito, que procurava dar ênfase na prevenção das doenças e na promoção da saúde, pressupunha ainda a participação comunitária, a inter-setorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revalorizava o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária, incluindo aí os médicos generalistas ou a medicina de família.

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde das últimas três décadas no ocidente continham entre seus princípios a redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde através da atenção primária, conforme sugerem Almeida (1999) e também a Organização Pan-americana da Saúde em seu documento intitulado “A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe”, de 2004. Como resultado desse movimento, grande parte dos recursos financeiros dos sistemas de saúde vêm sendo destinados a programas de atenção primária ou a incentivar a resolução de problemas em um leque de organizações não hospitalares, com funcionamento em caráter ambulatorial, em detrimento do financiamento de atividades hospitalares.

Além da priorização da atenção primária, vários autores, como Almeida (1999 e 2002), Viana (2002) e Cohn (2002) entre outros concluem que nestas mesmas décadas houve uma redução, ou estancamento dos gastos com a proteção social, em vários países, o que trouxe constrangimentos à expansão dos gastos com a saúde. Este movimento, caracterizado pelos

autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além da contenção de gastos sociais pela esfera estatal, implicava em investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o funcionamento do *Welfare State*.

Os fatores anteriormente mencionados fizeram com que os hospitais passassem, nessas últimas décadas, por um acelerado processo de mudanças, envolvendo o perfil assistencial, o número de unidades, a abordagem clínica dos pacientes, o quadro normativo e os sistemas regulatórios. Estas mudanças, em constante processo, se fazem sentir até o presente, sugerindo tratar-se de um fenômeno ainda em curso, apontando no sentido da existência de tensões que continuam se manifestando sobre o hospital, afetando as práticas em seu interior, a composição e a dinâmica dos mesmos, assim como sua inserção nos sistemas de saúde. Estes tensionamentos e seus resultados, que se expressam em tendências serão descritos brevemente nos tópicos a seguir.

3.1. Desospitalização

Este termo tem sido utilizado com mais de um sentido. Em algumas circunstâncias aponta a substituição do hospital por outros tipos de organizações prestadoras de serviços em saúde, nas ocasiões em que isto é possível, em outras, na redução do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais. Tendo os hospitais se tornado caros, perigosos e restritivos, passou-se a adotar, na maioria dos países, um conjunto de políticas em relação a eles que poderiam ser resumidas na frase: ‘tudo que pode ser feito fora do hospital, deve ser feito fora do hospital’. Este processo vem sendo facilitado pelo avanço tecnológico e científico que propicia a portabilidade de um leque muito amplo de tecnologias permitindo que organizações ambulatoriais dispensadoras de cuidados em saúde passem a realizar procedimentos que antes eram providos apenas por estruturas hospitalares. Esta realização por organizações especializadas, com alto grau de incorporação tecnológica de um grande número de procedimentos médicos em regime ambulatorial vem reduzindo a dependência do sistema de saúde em relação ao hospital.

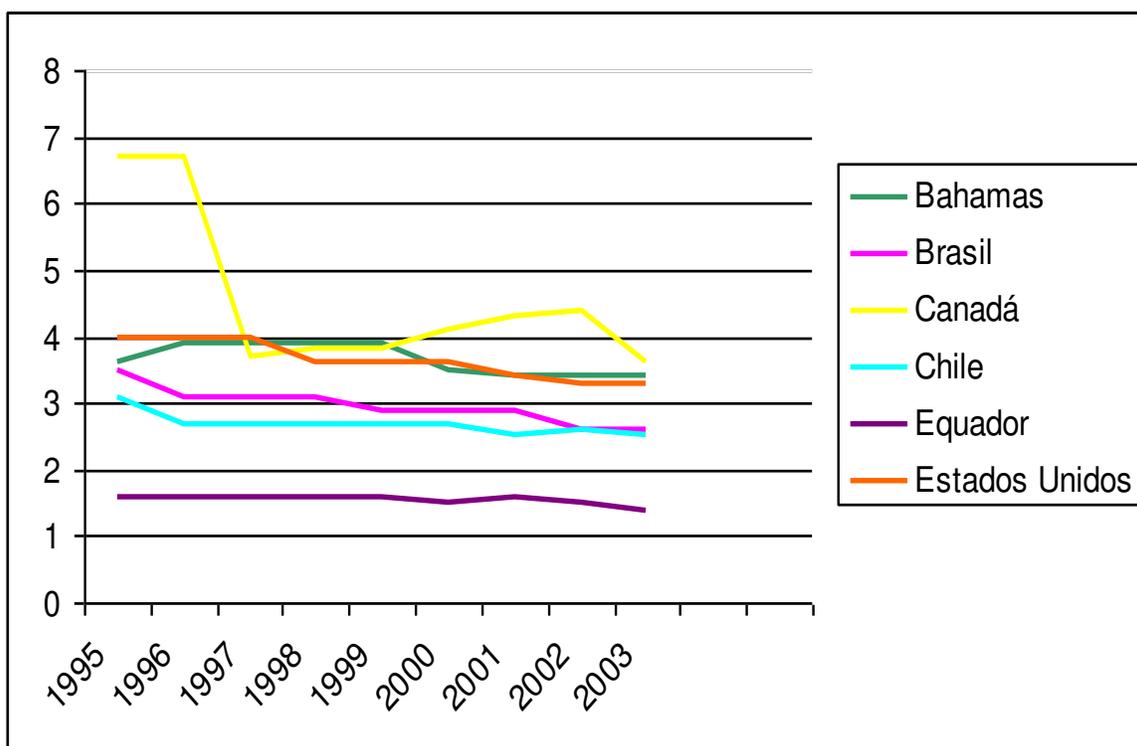
Entre as diversas estratégias de resolver problemas que antes demandavam internações hospitalares duas têm se sobressaído: os *'day hospital'* e os *'home care'*. A primeira, os hospitais dia têm sido possíveis em função de novas técnicas anestésicas e cirúrgicas que permitem realizar em regime ambulatorial um extenso leque de procedimentos que anteriormente demandavam internações para serem executados. Na segunda, cuidados são ofertados aos pacientes em seus próprios domicílios. As organizações de saúde de natureza ambulatorial não apenas aumentaram em número, mas se diversificaram, passando a constituir-se em alternativa assistencial em contraposição aos hospitais. Em geral, nestas organizações o custo dos procedimentos é mais reduzido e a relação de pacientes e familiares com o corpo clínico é menos impessoal e mais humanizada. A este respeito ressalte-se, a título de exemplo, que as *Home Health Agencies* são o tipo de organização que mais cresceu em número nos Estados Unidos nos últimos 30 anos, segundo Scott (2000).

Técnicas como as vídeo-cirurgias e o que tem sido chamado de procedimentos minimamente invasivos, encurtaram muito a permanência dos pacientes no interior do hospital, reduzindo a necessidade de novos leitos pelo fato de o mesmo leito poder servir a mais pacientes. Em muitas situações mudou-se apenas a forma de abordagem dos problemas, como por exemplo, o que ocorre com as altas precoces supervisionadas. Neste processo, o paciente recebe alta hospitalar após o período mais crítico de sua patologia e é supervisionado em seu domicílio, retornando caso ocorra alguma complicação. Certamente, estes fenômenos contribuíram para a redução do tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais, conforme documentam Healy e Mckee (2002)..

O resultado, até aqui, de todo este movimento anteriormente mencionado é a redução do número de hospitais e do total de leitos hospitalares à disposição da população em quase todo o ocidente. Este processo ocorreu em praticamente todos os países europeus e do continente americano, podendo ser observado nos gráficos (Figuras 2 e 3) abaixo que evidenciam a evolução do número de leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes em alguns países americanos no período mais recente, de 1995 a 2203, e o número de leitos por 1000 habitantes em países europeus no período de 1991 a 2003. Esta redução do número de

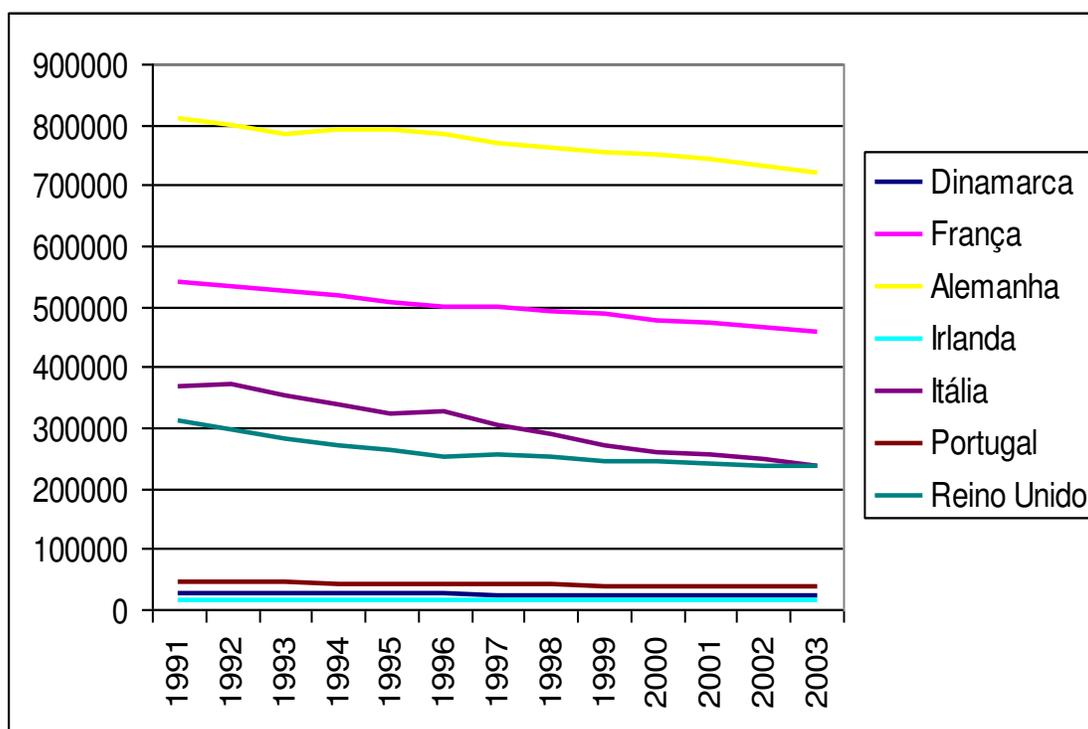
leitos, na verdade se iniciou em períodos anteriores. Os dados que deram origem aos gráficos a seguir foram extraído da WHOSIS, base de dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). É importante frisar que este movimento de redução do número de leitos hospitalares ocorreu independentemente do número prévio de leitos existentes, acometendo tanto países que contavam com mais de seis leitos para cada 1.000 habitantes, quanto outros que contavam com menor número de leitos por habitante.

Figura 2 - Leitos hospitalares por 1.000 habitantes em alguns países do continente americano 1995-2003.



Fonte: WHOSIS – OMS

Figura 3 – Número de leitos hospitalares em países europeus selecionados, 1991- 2003



Fonte: WHOSIS – OMS

No Brasil, esta queda no número de leitos hospitalares vem sendo descrita por vários autores como Cordeiro (2003) e Gerschman (2003), dentre outros. No contexto internacional vale a pena mencionar os trabalhos de Lane (1997) e Mckee (2002), demonstrando a queda no número de leitos em praticamente todos os países membros da Comunidade Econômica Européia, do Leste Europeu, e também entre os países membros da Ex-União Soviética.

Embora a queda do número de leitos tenha continuado até a primeira década do século XXI nos países europeus e nas Américas, incluindo o Brasil, como atestam a maioria dos autores, alguns fenômenos merecem análise mais detalhada e estudos posteriores. A intensidade da redução de leitos nesta primeira década do século XXI foi menor que nas décadas de 80 e 90 do Século XX. A OECD vem registrando, como média geral de seus países o mesmo índice de cobertura de leitos hospitalares (3,1 para cada 100 habitantes) desde o ano de 2006 até o ano de 2010, último ano consolidado (OECD, 2012). Este fenômeno, associado a outros como o aumento do número de internações e procedimentos

hospitalares, a expansão de determinados tipos de leitos como os de terapia intensiva apontam no sentido de estabilização desta tendência. Estes fenômenos, ainda por ser melhor compreendidos, podem prenunciar, não um esvaziamento progressivo da função do hospital no sistema de saúde, como sugerem alguns autores, mas seu remodelamento para exercer um novo leque de atividades dentro do sistema.

3.2. Aumento do número de internações

Se o número de hospitais e de leitos tem se reduzido, o mesmo não se pode dizer - pelo menos em relação ao conjunto de países europeus e de alguns países americanos, entre os quais se situa o Brasil - do número de internações hospitalares, que vem aumentando como concluem Healy e Mckee (2002). No entanto, o tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais vem se reduzindo ao longo dos anos, como mencionado anteriormente, o que faz com que, mesmo com um número menor de leitos e hospitais, se consiga internar um número maior de pacientes. Contrariamente ao que vem ocorrendo na Europa, o número de internações vem caindo muito substantivamente nos países da ex-União Soviética. Este fato merece uma análise à parte, pois as características dos hospitais destes países diferem substantivamente das características dos demais países europeus. Em primeiro lugar deve-se ressaltar que, ao contrário dos hospitais europeus que se estruturaram principalmente como hospitais gerais, os hospitais da ex União Soviética se estruturaram como hospitais especializados, além do fato do elevadíssimo número de leitos *percapita* destes países, que, segundo dados da OCDE, superavam na década de 90 do século XX o índice de 11 leitos hospitalares por 1.000 habitantes. Assim, tanto a queda acentuada no número de leitos hospitalares quanto no número de internações pode representar reformulações da política assistencial dos últimos anos, em especial dos anos que se sucederam à queda do muro de Berlim.

Se, por um lado, uma série de procedimentos que o hospital fazia anteriormente passou a ser feito em outras organizações ambulatoriais que não implicam na permanência dos pacientes internados, por outro, o surgimento e maior disponibilidade de novas tecnologias, como as de transplantes de órgãos, da reprodução assistida e um extenso conjunto de novas

práticas vem criando novas demandas e contribuindo para expandir as atividades em seu interior. A título de exemplo destas novas práticas poderíamos citar a abordagem da prematuridade. Esta prática vem possibilitando a sobrevivência, através de uma assistência intensiva, a um grande número de recém-nascidos cada vez mais precoces e com menor peso e, conseqüentemente, demandando muito suporte, e mais tempo no hospital. A abordagem dos pacientes criticamente enfermos em decorrência de causas externas, o tratamento cirúrgico de problemas anteriormente considerados inabordáveis, como as cirurgias vasculares, que se beneficiaram das novas técnicas de micro-cirurgia, entre outras, com suas conseqüentes necessidades de suporte e aparato hospitalar vem atuando no sentido de alterar o perfil e a complexidade dos hospitais.

3.3. Aumento do porte médio das unidades

Por processos diferentes como fusões, aumento do número de leitos dos hospitais remanescentes, substituição de rede e outros, o número médio de leitos por hospital, tem aumentado, em especial nas últimas duas décadas. Este processo de aumento do porte médio do hospital, embora seja o mais comumente observado, não é uniforme, sendo que em alguns países, a exemplo do Brasil, o porte médio reduziu-se. Alguns países, como os Estados Unidos, após uma fase de redução do número médio de leitos por hospital, de 240 na década de 70 para 195 na década de 80, voltou a aumentar este número nos últimos anos, segundo Scott (2000). No Reino Unido, um programa de reestruturação dos hospitais vem promovendo a fusão de hospitais de menor porte em unidades maiores e mais complexas, com a finalidade de atender um contingente populacional maior. Nos tempos atuais é quase consensual a ideia de que hospitais de pequeno porte somente se justificam em regiões longínquas, com baixa densidade populacional. No entanto, o tamanho ideal do hospital ainda é uma questão em discussão, sobre a qual se diverge amplamente.

3.4. Manutenção do caráter geral

Embora os hospitais especializados tenham proliferado na Europa do início do século, acompanhando o processo de especialização da prática médica, após um curto período de

tempo, a partir da Segunda Guerra, eles desapareceram progressivamente ou se fundiram tornando-se hospitais gerais, como relatam Healy e Mckee (2002). De lá para cá se verifica a **manutenção do caráter geral do hospital**. O típico hospital europeu é um hospital geral, atendendo a uma população ente 150 mil e um milhão de habitantes, contando com 200 a 500 leitos. A manutenção deste caráter geral, enquanto hospital que atua em varias áreas deu-se, no entanto, com o aprofundamento da especialização de funções, incorporação de tecnologias e a divisão técnica do trabalho no seu interior. Este panorama não é o mesmo que se observa no leste europeu, que conta com a divisão dos hospitais por especialidades mesmo para cobrir pequenos distritos com menos de 100 mil habitantes, nem o observado nas Américas onde o porte médio dos hospitais é menor e sua distribuição geográfica não segue os mesmos padrões europeus de racionalidade.

3.5. Regulação do acesso e integração do hospital na rede de serviços

Nas últimas décadas, o acesso aos serviços hospitalares passou a ser fortemente regulado. Só se acessa os hospitais, na maioria dos países, em situações de urgência, ou tendo o paciente passado previamente por outros serviços de menor complexidade, em geral, mais baratos. Para que isto se tornasse viável, estruturaram-se redes de serviços, contando com vários formatos de unidade, onde o hospital tem seu papel claramente definido.

Outro aspecto convergente na literatura sobre hospitais trata da sua crescente **Integração em redes de serviços** e o fato de seus requerimentos de produção assistencial ser cada vez mais explícitos. Seus verdadeiros clientes são contratadores de serviços, constituídos por atores públicos ou privados, que definem quais serão os papéis destes hospitais em um sistema composto, em geral, por uma grande variedade de organizações prestadoras de cuidados. Estes contratadores de serviços definem quais tipos de cuidados estes hospitais irão dispensar, quais pacientes deverão procurá-los e qual a forma de articulação destes hospitais com o restante da rede de serviços. O mundo no qual o hospital é um praticante solo, com autodeterminação, já se encontra muito distante no passado, segundo Preker (2003).

Esta integração em redes tem se dado tanto em um sentido que poderíamos chamar de vertical e que corresponde à integração com unidades de menor porte, para as quais funciona como suporte e, em outro sentido que poderíamos chamar horizontal, onde o hospital interage com outros hospitais seja para ampliar o leque de problemas que consegue resolver, seja para se apoiar nas situações temporárias ou permanentes em relação a demanda que extrapola a capacidade do hospital.

Esse fenômeno da integração em redes também foi analisado por Scott (2000) em relação aos hospitais americanos que o reportou como **concentração**. Em sua visão não apenas os hospitais, mas os próprios médicos e demais prestadores de serviços de saúde tendem a abandonar a posição de prestadores independentes de serviços, constituindo-se como unidades em um sistema mais amplo. O fato de médicos e outros profissionais agruparem-se em organizações, abandonando a prática isolada, associado à tendência dos usuários também se agruparem em organizações compradoras de serviço traz como consequência uma mudança de relações que passa do par indivíduo-organização para a relação entre atores, ou entre vendedores e compradores de serviços.

3.6. Maior permeabilidade à participação social

Na segunda metade do século XX, e com maior intensidade após a década de 70 democracia se estendeu a praticamente toda a América Latina, Leste Europeu e vários países asiáticos, alguns autores estimam em aproximados 70 os Países que se tornaram alguma forma de democracia (WEYLAND, 1996). Este movimento de democratização vem progressivamente se estendendo aos mais diversos setores da sociedade civil. Na saúde, o que é bem notório no caso brasileiro, mas também em vários outros países, a formação de diferentes tipos de associações de cidadãos vem ampliando a interlocução de segmentos da sociedade civil com as organizações que prestam serviços à saúde.

Associações de usuários dos mais diferentes problemas se deram no sentido de fomentar a pesquisa no setor, de organizar as reivindicações de seus membros em relação aos governos ou prestadores de serviços, como forma de solidariedade, como forma de divulgação de

conhecimentos e informações, etc.. Desta forma o sistema de saúde, não apenas no nível da gestão, mas no das organizações, aí incluídos os hospitais precisam conviver diuturnamente, com variados tipos de associações. Associações de leucêmicos querem saber que procedimentos são adotados pelos hospitais para abordar seus problemas, por que determinadas técnicas e não outras estão sendo utilizadas, qual a formação e a capacidade técnica do corpo clínico, como eles se atualizam do ponto de vista científico, etc.. Associações de hemofílicos julgam que os hospitais deveriam contar em seus estoques com tais e tais produtos, que já tiveram oportunidade de ler sobre suas eficácias em jornais científicos, ou mesmo, por terem sido convencidos das maravilhas do produto pelos seus fabricantes. Minorias étnicas, raciais, religiosas, sexuais, etc. querem ter suas diferenças reconhecidas e que as organizações se adequem para lhes prestar atendimento.

Conselheiros e conselhos dos mais diferentes formatos e interesses fiscalizam ou acompanham as atividades dos hospitais, algumas vezes participam de decisões que envolvem seu futuro e suas práticas, atuando nas organizações, não apenas em relação a destinações orçamentárias, mas também em relação a técnicas e problemas que serão abordados. Em fim, a **participação social** no que tange às organizações do sistema de saúde é crescente e afeta substantivamente o conjunto das práticas.

3.7. Orientação ao mercado

Nos Estados Unidos da América – e muito provavelmente também no Brasil, no segmento da saúde suplementar – têm-se observado uma forte tendência à **orientação ao mercado**, segundo Scott (2000). A definição da estrutura e lógica de funcionamento dos hospitais se dá, em muitas circunstâncias, não apenas levando em consideração normativas técnicas ou o que pensa ou quer determinada corporação do segmento dos trabalhadores da saúde, incluindo médicos e gestores, mas, de acordo com os desejos e preferências do usuário, que se apresentam como forças de mercado. Moldar o hospital, tanto do ponto de vista arquitetônico, quanto de seu funcionamento ou dos serviços que presta, para atrair segmentos específicos de mercado tem sido observado com muita frequência na conformação de novos hospitais, ou mesmo nas reformas e reestruturações de antigos e

tradicionais. Tem sido cada vez mais comum encontrar hospitais cujo aspecto físico se assemelha a grandes hotéis, com áreas de shoppings, *hair club*, restaurantes, etc. e também com grandes diferenciações na prestação de serviços.

Neste segmento chama a atenção à estruturação de serviços hospitalares, em regime de internação para a realização de procedimentos preventivos, para os quais estas internações, a rigor, não seriam necessárias. Mas, visando a comodidade dos pacientes e a sincronia na realização de um leque variado de exames, cidadãos se internam e realizam todos estes procedimentos, que de outra forma poderiam demandar vários dias em sua realização. Nestas circunstâncias, as unidades acabam se estruturando, para prover, além das questões clínicas e preventivas, um outro leque de serviços que não fazem parte das rotinas habituais hospitalares. Emblemática esta situação, onde a internação, mesmo em um conceito diferente do habitual, não é uma decisão clínica, mas um produto ofertado no mercado, quase sempre, a executivos ou cidadãos com maior poder aquisitivo.

Outros tipos de organizações, frequentemente estruturadas como hospitais, mas também em outros formatos têm se especializado para atender segmentos definidos de mercado, como ocorre com idosos com problemas crônicos ou algum tipo de limitação de atividades para a vida diária, com pacientes portadores de cânceres ou doenças fora de possibilidade terapêutica com vistas à cura. Estas organizações assumem conformação de unidades que têm dupla finalidade: por um lado se constituem como hospitais e por outro, como espaços em que as pessoas viverão o resto ou boa parte de suas vidas. Os *hospices* americanos são um bom exemplo deste tipo de organização, que vem proliferando em várias partes do mundo, inclusive o Brasil, frequentemente com denominações diferentes.

Talvez, no Brasil, mereça um destaque especial as organizações que vêm se especializando no atendimento a usuários de álcool e outras drogas ilícitas. A fragilidade das políticas governamentais, enredadas em um debate infundável, por um lado e a alta prevalência do problema, por outro têm sinalizado ao mercado um importante espaço de atuação. Muitas organizações, heterogêneas em seu formato, sob diferentes denominações - o que lhes permite fugir do debate manicômio *versus* não manicômio - vêm sendo criadas. Algumas se

estruturam como espaços para convivência, outras como clínicas de recuperação, porém, várias delas contam com os mesmos aparatos com os quais os hospitais também contam. Como são construídas sob diferentes pretextos: religiosos, humanitários, comerciais, etc., as práticas no interior destes estabelecimentos sanitários ainda não são reguladas, ou o são de maneira muito incipiente, pelo aparato estatal. Na maioria das vezes tentam conciliar as crenças e serviços que seus proprietários estão em condições de ofertar com o gosto de seus clientes e o que eles estão em condições de pagar.

3.8. Manutenção do caráter de fronteira científica e tecnológica na pesquisa clínica

O hospital funciona ainda como **fronteira científica e tecnológica na saúde**, se constituindo como importante lócus para a pesquisa médica, a difusão de conhecimentos e técnicas em vários campos da prática clínica. Grande parte dos estudos relacionados a uso de novos medicamentos, materiais, equipamentos e técnicas têm se dado no ambiente hospitalar. Estas pesquisas envolvem diversas áreas da medicina e se beneficiam do fato de poder contar com a observação e monitoramento de um grande número de variáveis clínicas, que, via de regra, fazem parte das rotinas relacionadas a pacientes internados. Os profissionais do setor gozam, quase sempre, de grande prestígio junto às suas respectivas corporações e estão em permanente contato com diversos setores, dentro e fora do próprio hospital. A capacidade destes profissionais de influenciar as práticas clínicas, e o uso de equipamentos e insumos é muito grande.

3.9. Ampliação da autonomia administrativa e redução da autonomia assistencial

Embora a autonomia administrativa e executiva do hospital tenha sido até aumentada em muitos países, como regra geral sua autonomia em termos de decidir que tipo de paciente atender foi muito reduzida. Nas última décadas, o hospital tornou-se progressivamente dependente dos financiadores e mantenedores no que tange a definição de seu perfil assistencial. Se, conforme dito anteriormente, o hospital tornou-se caro, a definição de quais serviços deve prestar e quais serviços devem ser realizados por outras organizações passou a ser questão crítica para a maioria dos gestores, sejam de sistemas públicos ou

privados. Obviamente, hospitais, analisando o mercado ou as necessidades que sistemas de saúde manifestam estruturam novos serviços, ampliam antigos ou reduzem serviços existentes. Mas, esta atividade está progressivamente mais conectada com o que demandam os compradores de serviços, e o grau de autodeterminação dos hospitais em relação a estes aspectos reduziu muito.

No que tange a autonomia administrativa, Preker (2003) relata que os hospitais vêm aumentando seu grau de autodeterminação. Esta ampliação da autonomia vai desde processos explícitos de privatização em alguns países, passando por reposicionamento no terceiro setor em outros ou, em relação aos que se mantiveram ligados às administrações diretas das esferas públicas, na forma de uma maior liberdade para contratar ou executar orçamentos e lançar mão de mecanismos como a terceirização.

Segundo ainda Preker (2003), para aumentar a performance dos hospitais que se situavam na esfera pública, além da introdução de uma série de medidas como a remuneração por atividade ao invés de orçamento, vem se procedendo ao reestudo de seus formatos jurídicos, ao estabelecimento de compromissos de gestão ou contratualizações, ao estímulo a adoção de práticas clínicas que limitam o tempo de permanência dos pacientes no interior do hospital, ao estabelecimento de formas de avaliação externa ou creditações e à revisão das formas de financiamento das atividades.

3.10. A título de conclusão

Este conjunto de novas demandas, embora não tenha se mostrado suficiente para contrapor os fatores que vem atuando no sentido da redução da participação relativa do hospital no sistema de saúde, vem consolidando todo um campo de práticas que ainda tem seu núcleo fortemente centrado no hospital e sua divisão técnica do trabalho. Além do mais, embora alguns procedimentos se mostrem tecnicamente passíveis de serem realizados no domicílio, sua economicidade, muito provavelmente, ainda é maior, em alguns casos, no hospital. A título de exemplo, se um paciente tem um problema para cuja solução é necessário o intercurso de poucos profissionais, podendo tecnicamente ser abordado no domicílio, é bem

provável que seja mais econômico abordá-lo no seu domicílio. Porém, se depende do intercurso de vários profissionais, é mais provável que seja mais econômico abordá-lo no próprio hospital.

A abordagem aqui adotada partiu do hospital, uma organização reconhecida e existente, para averiguar no tempo as transformações que lhe estão sucedendo e projetar suas tendências. No entanto, há outras questões importantes que não foram levadas em consideração e que podem, em futuro não muito distante, afetar profundamente o espaço dos hospitais na sociedade. A título de exemplo deve ser citado o surgimento de novas organizações não enquadradas como estabelecimentos do setor saúde, como as diferenciações de serviços de proteção social. Neste sentido ainda carece de estudos as alterações que vem ocorrendo em organizações asilares que estão incorporando cada vez mais a capacidade de executar procedimentos médicos das mais variadas complexidades em seu próprio ambiente. Arranjos e locais de convivência de portadores de problemas específicos, como idosos, acamados, portadores de Alzheimer, comunidades com compromissos recíprocos de seus membros com questões que envolvem desde a previdência a cuidados de saúde, que, incorporam também formas de abordagem dos problemas clínicos, incluindo as tecnologias vigentes, etc.. Uma vez que estes formatos organizacionais ocorrem muitas vezes à margem do sistema de saúde, não se pode, com alguma clareza, inferir o seu impacto sobre o futuro das organizações de saúde, embora não devam ser negligenciados.

Se, por um lado, o resultado de todo esse movimento descrito até aqui se traduziu em uma redução progressiva da dependência dos sistemas de saúde em relação aos hospitais, por outro lado, todo um campo de novas práticas e transformação de antigas vem se dando no interior do hospital, conferindo-lhe um novo significado e uma nova configuração. Desta forma, antever o futuro dos hospitais não é tarefa fácil, pois não se trata apenas de analisar as tendências que vêm sendo observadas e projetá-las em relação ao futuro. Embora, planejadores e formuladores de políticas tenham que fazer este exercício para orientar suas ações, sabe-se que o risco de se cometerem erros é grande, como ocorreu com os que profetizaram o fim do hospital como instituição de saúde há alguns anos atrás.

Um de nossos maiores equívocos talvez seja considerar que o hospital é apenas uma organização que provê leitos, cuidados médicos, de enfermagem e de outros profissionais a um paciente na tentativa de restabelecer sua saúde. Na realidade, ele desempenha vários outros papéis sociais. Restabelecer a saúde de doentes é apenas uma das maneiras de se olhar um hospital. Este mesmo hospital, onde um paciente tem seu sofrimento mitigado – em algumas circunstâncias, aumentado! - pode ser visto ainda como gerador de votos para os políticos na próxima eleição, para os trabalhadores como local de emprego, para os ativistas como legitimador de práticas e políticas sociais, para empresários e investidores como espaços para a realização de investimentos econômicos, para os moradores de cidades pequenas e distantes das metrópoles de que podem lá viver e gozar uma vida tranquila, pois serão prontamente socorridos quando necessário etc. Não se deve desconsiderar também que sob o termo genérico hospital abrigam-se entes muito heterogêneos que vão desde pequenas unidades com poucas camas, digo leitos, e nenhuma retaguarda tecnológica, localizado em um longínquo rincão, até complexas unidades com centenas de leitos, dezenas de especialidades médicas e uma parafernália tecnológica com centenas de equipamentos.

Isto nos leva a crer que o futuro desses entes tão diferentes abrigados sob o mesmo nome de hospital pode não ser o mesmo e não depender unicamente do que pensam os técnicos e planejadores do setor. Além do mais, se o futuro tem algo de enigmático, que pode ser decifrado desde que se utilize adequadamente alguma ferramenta disponível e se analise corretamente algumas tendências, tem também muito de misterioso, sua parcela insondável que escapa completamente às nossas possibilidades de apreendê-lo. Logo, alguma humildade no furor preditivo em relação aos hospitais, não fará mal!

4. HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO BRASIL ATÉ O SUS

Em que pese a ausência de uma periodização consensual da história dos hospitais brasileiros, tudo indica que passaram pelas mesmas etapas e desenvolveram-se em paralelo com o que diz respeito, mais especificamente, aos hospitais europeus. A periodização, datas emblemáticas e que representam cortes em relação a modelos de funcionamento e manutenção, podem não ser as mesmas. Mas, sem prejuízo de algumas peculiaridades, é bem provável, que os hospitais brasileiros tenham mantido, pelo menos até o império, como relata Guimarães (1989), muitas similaridades com a estrutura hospitalar portuguesa, que, por sua vez, desenvolveu-se com poucas diferenças das estruturas hospitalares francesas e do continente europeu, como também documenta Graça (2000). Mesmo no que tange à prática e às doutrinas médicas em curso, parece ter havido um grande paralelismo entre o Brasil e Portugal e deste com o restante da Europa, em especial a França, como documenta Barreto (2005), pelo menos, no que diz respeito aos períodos do Império e proximidades.

Em sua revisão da história das misericórdias no Brasil, Guimarães (1989) relata que a rede hospitalar brasileira tem sua origem no Brasil colônia. Nosso primeiro hospital: a Santa Casa de Misericórdia de Santos foi fundada em 1543, ainda na época dos governos gerais, por Braz Cubas e por padres jesuítas. Seguiu as mesmas orientações dos hospitais portugueses do período, que, menos de meio século antes haviam passado por uma ampla reforma. Em Lisboa e arredores, a reestruturação de 43 pequenos hospitais, resultou na fundação do Hospital Caldas da Rainha (1498) e no Hospital de Todos os Santos (1514). O regimento destes hospitais pressupunha sua gestão e manutenção por confrarias religiosas, as Irmandades de Misericórdia, cujos adeptos assumiam um conjunto de “compromissos” para salvar as almas desviadas e sofredoras através de bons conselhos, de ensinamentos aos ignorantes, da prática das orações, do resgate dos presos e sua submissão aos mandamentos divinos, entre outras tarefas. E, é para este trabalho de salvar as almas, que muitas ações voltadas para os corpos também eram empreendidas. Assim, fazia parte do trabalho das misericórdias vestir os nus, alimentar os famintos, dar guarida aos desabrigados e, como não podia deixar de ser, tratar os doentes. O hospital português naquela época, como no

restante da Europa, ainda não era um lugar especificamente de doentes. Era lugar de toda sorte de desviantes (pobres, peregrinos, vagabundos, doentes, etc.), segundo Graça (2000). O regimento dos hospitais reformados tratava mais do conjunto das ações que os misericordiosos e trabalhadores deveriam ter em relação aos pobres e à manutenção dos hospitais, do que propriamente como os doentes deviam se comportar no interior do hospital. Esse modelo de regimento e funcionamento de Hospital foi transplantado para as colônias de além-mar, o que foi determinante para a forma de funcionamento de nossos primeiros hospitais. Assim, até o nome de nosso primeiro hospital, a Santa Casa de Santos, era, à época, Hospital de Todos os Santos, inspirado em seu similar português.

Após a Santa Casa de Misericórdia de Santos, surgiram a Santa Casa de Vitória (1555), que tinha o Padre Anchieta como capelão, a Santa Casa de Olinda (1560), a Santa Casa de São Paulo (por volta de 1560); a Santa Casa de Ilhéus (1564); a Santa Casa de Salvador (entre 1549 e 1572); e a Santa Casa do Rio de Janeiro (1585) entre outros, conforme relata Guimarães (1989). Os séculos XVII e XVIII viram proliferar estas instituições, seguindo o mesmo espírito caritativo, em todo o País. Mesmo em relação aos doentes, o objetivo dos hospitais não era aprimorar o diagnóstico ou promover a cura. Holanda (1985, p.153) afirma que as pessoas de posse não procuravam os hospitais. Até aqui, também no Brasil, pode-se dizer que a participação de médicos nos hospitais é periférica, que não é um espaço exclusivo de doentes e que se constitui como uma instituição caritativa, sustentada eminentemente por doações e recursos não provenientes da esfera estatal imediata.

A instalação da corte no Rio de Janeiro, em 1808 representou importante marco na história da saúde brasileira. As Escolas de Cirurgia do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), transformadas posteriormente em escolas médicas-cirúrgicas, tinham seus estatuto e funcionamento nos moldes da Universidade de Coimbra. Desta forma, se anteriormente os médicos que atuavam no Brasil vinham de Portugal e outros locais, a partir dessa data começaram a ser formados no País, conforme relata Barreto (2005). Este período implicou também em algumas alterações nas estruturas hospitalares. Para cuidar adequadamente dos feridos e adoentados do exército, a Coroa construiu alguns hospitais próprios, como o de Desterro (atual Florianópolis) e o Hospital da Marinha, em Salvador; e fez contribuições

econômicas importantes para a manutenção e melhoria das Santas Casas, com o objetivo de que estas também pudessem, em algumas circunstâncias, ministrar assistência às tropas, segundo Guimarães (1989).

Durante o Império, e mais acentuadamente em seu final, a Coroa achou por bem promover o que foi chamado por muitos de “branqueamento” étnico. Após mais de três séculos escravocratas, quando foram trazidos para o Brasil mais de seis milhões de negros, a Coroa julgou necessário, para fazer com que o País evoluísse, uma política de imigração, sob o pretexto, segundo alguns, de que, juntamente com os imigrantes viriam tecnologias e conhecimentos para a modernização da agricultura e da indústria, e, segundo outros, por motivos racistas. Tal política foi fomentada com a doação de terras, empréstimos, educação, status de cidadania e, outras benesses que foram songadas inicialmente aos escravos e, posteriormente, em pleno período republicano, aos seus descendentes. O fato é que esse processo representou um afluxo significativo de imigrantes ao Brasil. Dos últimos anos do Império a 1920, foram mais de seis milhões de imigrantes, entre os quais se encontravam cerca de cinco milhões de portugueses, número muito expressivo para uma população total, em 1920, de cerca de 30 milhões de brasileiros. A segunda metade do Século XIX e o início do Século XX marcaram a construção de um grande número de hospitais de influência portuguesa, que se acentuou com o processo migratório, em várias cidades do País, entre os quais vale a pena mencionar a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro (1840), Beneficências Portuguesas de São Paulo (1859) e de Santos (1889), o Hospital Português da Bahia (1866), o Real Hospital Português (1855) em Recife, além de outras unidades no Rio Grande do Sul e cidades do interior de São Paulo, entre outros.

A presença da Corte Imperial no Brasil acentuou também a presença do Estado nas questões da saúde, não apenas com as referentes à formação médica e a construção dos primeiros hospitais de caráter estatal ligados às forças armadas, mas, sobretudo na questão da saúde pública. Com a maior atenção do Estado, tem lugar o início da regulação do exercício profissional dos médicos, medidas de higiene dos portos e das cidades, fiscalização de embarcações, cemitérios, áreas de comércio de alimentos entre outros, que era feito pela Inspetoria Sanitária de Portos, criada por Dom Pedro I.

Diferente de Portugal e do restante da Europa, que nas primeiras décadas do Século XIX, afastaram as misericórdias da administração hospitalar, o modelo de assistência adotado pelo império brasileiro permaneceu o mesmo dos períodos anteriores. Provavelmente por motivos financeiros, o Império optou por deixar a cargo das irmandades de misericórdia a gestão e manutenção dos hospitais, como sugere Barreto (2005). Indo além, parece ter privilegiado o repasse de recursos às Misericórdias para prestação de assistência aos soldados, por ser mais barato. Esse fato, provavelmente, retardou o processo de medicalização dos hospitais no País, além é claro, das implicações relativas à política estatal de saúde. Ao passo que na maioria dos países europeus a esfera estatal passou a contar com grande número de hospitais por assumir o que antes era gerido e mantido pelas Misericórdias, no Brasil este processo não se deu, ou o fez em escala muito reduzida.

Assim, até o período do Império pode-se dizer que o País contava com uma estrutura hospitalar baseada em Santas Casas (hospitais filantrópicos), poucos hospitais administrados pela Coroa, voltados para atender as Forças Armadas, e o aparato estatal preocupando-se essencialmente com medidas higienistas e epidemias. Sabe-se também da fundação de alguns hospitais e serviços privados, a exemplo da Casa de Saúde São Francisco, em Salvador, e várias outras no Rio de Janeiro, São Paulo e Recife. Essas casas de saúde eram voltadas ao atendimento da população mais abastada e que podia arcar com os custos de seus tratamentos como nos informa Guimarães (1989). É importante ressaltar aqui a precoce preocupação do aparato estatal imperial com a saúde mental, consubstanciada na fundação do Asilo Pedro II, e reforçar, ao mesmo tempo, sua inclinação por não ter unidades próprias, pois, vai colocá-lo em funcionamento sob gestão de uma Santa Casa.

O início do Século XX vai consolidar algumas vertentes de pensamento e da posição do aparato estatal em relação à saúde iniciadas no período anterior. O Estado vai aprofundar, no sanitarismo campanhista, suas ações de cunho higienista voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de epidemias e endemias. No campo da assistência hospitalar vai se especializar apenas em segmentos populacionais que, segundo o pensamento dominante à época, poderiam potencialmente trazer impactos não apenas

para os indivíduos em si, mas também para toda a população. Assim, vai se especializar, em termos de assistência hospitalar, em doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental (IBGE 2003).

A assistência médica individual aos pobres ficou a cargo da filantropia. Ao mercado ficou a incumbência de assistir aos que podiam pagar, seja diretamente com seus próprios recursos, seja por meio dos diversos arranjos mutualistas iniciados por sindicatos e comunidades de imigrantes, que, mais tarde viriam a se transformar na seguridade social do País. Desta forma, em relação aos hospitais, temos três pólos de crescimento, que vão desenvolver-se em paralelo durante um longo período. Um primeiro polo representado pelo aparato estatal, voltado para as doenças infecciosas e a saúde mental, o segundo pólo representado pela filantropia e um terceiro pelo setor privado. A filantropia teve sua manutenção através da caridade pública, de recursos estatais e até mesmo da prestação privada de serviços a quem podia pagar.

O quadro hospitalar vai se alterar progressivamente ao longo dos anos. Analisaremos, em um primeiro momento, a vertente representada pelo aparato estatal, a seguir, a filantropia e o setor privado. Antes mesmo de se tornar o Ministério da Educação e Saúde, na década de 30 (cujo desmembramento para dar origem ao Ministério da Saúde somente veio a ocorrer em 1953), o aparato estatal - representado pelo Departamento Nacional de Saúde, que seguia a mesma lógica sanitária representada por Oswaldo Cruz na forma de cuidar das grandes endemias e epidemias - inicia a construção, na primeira metade do século XX, do que temos chamado hoje de hospitais asilares. Tratava-se de grandes hospitais, embora de baixa complexidade tecnológica, mesmo para os padrões da época, voltados para o isolamento ou a segregação de pacientes portadores de algumas patologias específicas, como o sofrimento mental, a hanseníase e a tuberculose.

Os hospitais psiquiátricos surgiram no Império, influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral preconizado por Pinel. O primeiro foi o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado em 1852, pelo próprio imperador, por ocasião de sua passagem à maioridade. Inicialmente acoplado a uma santa casa, a partir da Proclamação da República

em 1889, passa a ser gerido diretamente pelo poder público. Talvez isso represente um importante momento brasileiro de separação do poder estatal terreno e do poder religioso em matéria de saúde mental. Progressivamente, outros hospitais vão sendo construídos com essa mesma natureza, durante o império estima-se que tenhamos chegado a 15 mil internos nos hospitais psiquiátricos (para uma população de menos de 12 milhões de habitantes) (RAY, 2012). No início do Século XX, Juliano Moreira seguindo o mesmo caráter impositivo, autoritário e militar utilizado por Oswaldo Cruz, vai mandar recolher os loucos e confiná-los em hospitais ou colônias. O modelo de assistência, que irá se repetir pelo resto do País consistia na combinação de hospitais psiquiátricos com colônias ou asilos, onde os loucos pudessem ser utilizados em tarefas agrícolas. Esta política cumpria assim duas funções sociais importantes e complementares. Livrar a sociedade do convívio com os loucos e, ao mesmo tempo, reduzir o dispêndio de recursos públicos com os mesmos. Este modelo de organização, consubstanciado nos exemplos, do já citado Hospício Pedro II, mas também de outros como o Barbacena em Minas Gerais, o do Juqueri, criado em 1898 e inúmeros outros mantiveram suas estruturas e pacientes internados até muito recentemente. O complexo do Juqueri contava com mais de 4.000 pacientes internados no início da década de 80. Obviamente, tudo em caráter compulsório, como era o costume à época. Até o final da primeira metade do século XX, o crescimento da Psiquiatria ocorre no âmbito das instituições públicas e é orientada para as pessoas pobres.

Para a abordagem da hanseníase, Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário em 1916, dá início à construção no Estado de São Paulo do Sanatório de Santo Ângelo, um asilo-colônia que, concluído em 1928, vai servir de modelo para a implantação de vários outros hospitais pelo País. É o protótipo de uma política autoritária, consubstanciada em lei, que por muito tempo vai isolar compulsoriamente os portadores de Hanseníase. No final da primeira metade do Século XX contávamos com 44 hospitais distribuídos por todos os estados, exceto o Amapá e Roraima. Esses hospitais, contrariamente aos antigos asilos para leprosos montados pelas misericórdias (dos quais se tem relato da existência de 12 até 1883) tinham como objetivo - seguindo o pensamento higienista dominante à época - afastar os pacientes da comunidade, e, assim, evitar que a doença fosse transmitida a outros. O caráter de reclusão compulsória dos doentes, provenientes de diferentes municípios, arrancava-os do

convívio familiar, internando-os naquelas colônias, que chegaram a abrigar 16 mil pacientes em 1942, segundo Curi (2002). Assim, nasceu, sob a égide do autoritarismo, de ações de cunho militar, nosso sanitarismo, ou, pelo menos, parte substantiva dele. Erigir alguns destes sanitaristas, como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e outros à categoria de heróis nacionais provavelmente tem relação com o fato dos que foram arrancados de sua casa, encarcerados ou vacinados contra a própria vontade, não terem tido a oportunidade de contar suas histórias.

Em relação à tuberculose, a principal estratégia terapêutica, até o início dos anos 30, era a climatoterapia. Em decorrência disso, foram criadas várias instituições para o tratamento de doentes em cidades tidas como possuidoras de “bons ares”, onde os pacientes pudessem ter uma vida tranquila. Assim, segundo Bertolli (2002), várias cidades brasileiras tornaram-se verdadeiras “tisiópolis”, a exemplo de Campos do Jordão e São José dos Campos, entre outras. Tratava-se de hospitais de baixa complexidade e dispersos em unidades que funcionavam como moradias dos pacientes. Não raro, constituíam famílias e, como passavam ali toda a vida, é bem provável que, além dos bacilos, médicos e doentes trocassem suas angústias e entrelaçassem suas vidas sob o peso de uma finitude existencial que era permanentemente desvelada por uma doença, cuja história natural tinha como resultado a cura de não mais que 30 % dos acometidos. Mais que os livros de medicina ou as estatísticas de saúde, os inúmeros romances, crônicas e poesias documentam esses fatos.

No que tange à tuberculose, a história se passa de forma diferente do sofrimento mental e da hanseníase em relação à compulsoriedade das abordagens efetivadas pelo aparato estatal. Talvez, pelo frescor, à época da representação social romântica desta patologia, tida como uma doença de poetas e intelectuais - embora seu bacilo já tivesse sido isolado por Koch em 1872, e os médicos já a associassem com a pobreza -, o Estado não tenha se mostrado tão autoritário em sua abordagem. Há relatos, inclusive de lutas da população para que fossem construídos pela esfera estatal sanatórios populares, uma vez que o acesso era difícil às organizações existentes. De forma geral, a construção destes hospitais seguia a filosofia preconizada na Europa para essas instituições, porém com algumas nuances nacionais.

Em relação à esfera não estatal, que se compunha de hospitais filantrópicos, hospitais privados e um conjunto de incipientes organizações mutualistas, importantes movimentos ocorreram após o término da 1ª Guerra Mundial. Neste período, o Brasil passou por um processo de progressiva urbanização, com crescimento da população, ampliação da organização sindical e dos conflitos entre trabalhadores e empregadores. Os conflitos trabalhistas e o grande número de acidentes de trabalho levaram à promulgação em 1923 da lei Eloy Chaves, que criou as CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão – inicialmente para ferroviários e a seguir para outras corporações, sob o controle e orientação do Conselho Nacional do Trabalho, e posteriormente do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1930, como relatam Oliveira e Teixeira (1985). Entre as atribuições das CAPs se encontrava a assistência médica aos trabalhadores da empresa e seus familiares. Esta assistência se deu através da criação de ambulatórios próprios pelas empresas para prestação de cuidados médicos e pela contratação dos hospitais, à época, constituídos em sua quase totalidade por Misericórdias, para a assistência hospitalar. Se até aqui, tínhamos enquanto estruturas de saúde, um aparato estatal cuidando de epidemias, medidas saneadoras de portos e cidades, enquanto toda a assistência individual se dava sob bases caritativas (santas casas e hospitais filantrópicos) ou privadas para uma minoria abastada da população, a partir daquele momento, a assistência à saúde passou a ser também efetuada pelas empresas, agora responsáveis pela assistência do trabalhador e seus familiares.

Segundo dados do IBGE (2003), a pesquisa da Assistência Médica Sanitária de 1936, informava a existência no País de 1.044 estabelecimentos hospitalares, sendo 447 públicos e os 597 restantes filantrópicos e privados. Em 1937, a fusão das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) vai ampliar a assistência à saúde, que, organizada anteriormente por empresa, passa a ser estruturada por categoria profissional em plena era Vargas, como relata Oliveira e Teixeira (1985). Aqui tem início a organização da assistência em torno de corporações profissionais. Esta nova situação, que amplia em muito a demanda por serviços hospitalares, desnudou a precariedade da assistência prestada pela rede de hospitais filantrópicos. Em 1941, o primeiro cadastro de hospitais brasileiros, realizado pelo então Ministério da Educação e Saúde, mostrou a existência no Brasil de 1.234 hospitais, que, em seu conjunto tinham 116.669 leitos. Apesar de tratar-se de uma

rede, como descreveu o próprio cadastro, precária, constituída essencialmente de hospitais com pouca resolutividade e qualificação técnica, é patente o seu crescimento ao longo dos anos.

No período que vai da Segunda Guerra até 1965, o Brasil viu nascer os seus hospitais previdenciários e seus Postos de Atendimento Médico (PAMs). Tratava-se de grandes hospitais gerais e de gigantescos ambulatorios médicos, com múltiplas especialidades, espalhados por todo o País, em especial os grandes centros urbanos. Foram organizados, inicialmente, tendo por base as categorias profissionais (marítimos, bancários, comerciários, industriários, etc.). Ao final da década de 60 totalizavam 42 grandes hospitais e 563 PAMs. Neste mesmo período os hospitais ligados diretamente ao aparato estatal continuaram se ampliando, segundo Grabois (1995). O crescimento tanto dos pequenos hospitais ligados a estados e municípios, quanto os hospitais asilares ligados ao Ministério da Saúde foi muito significativo. Os pacientes internados por problemas psiquiátricos em 1950 totalizavam 24.234, em 1955 passaram a 34.550 e, em 1960 chegaram a 49.173 pessoas presas, digo, internadas. O quantitativo de hospitais psiquiátricos no Brasil era nenhum em 1852, chegando a 54 públicos e 81 privados em 1961, totalizando 135. Paralelamente a este processo de crescimento dos hospitais asilares pela esfera federal, vai se ampliar neste período uma rede pública estadual e municipal, predominantemente de pequenos hospitais, criados desde a primeira metade do Século XX, e voltados para o atendimento de urgências clínicas e cirúrgicas, mas também, em muitas localidades para atender aos servidores públicos.

Os IAPs, além de fomentar crescimento da rede própria de hospitais e ambulatorios, constituíam-se em potentes compradores de serviços do setor privado. Este fato possibilitou, apesar da precariedade das redes filantrópica e privada existentes, um impulso significativo na expansão destes serviços de saúde no Brasil. Embora a compra de serviços beneficiasse principalmente a rede filantrópica, já se fazia notar neste período a presença de uma crescente rede com características estritamente privadas de hospitais, como sugere Guimarães (1989). O crescimento dos segmentos filantrópico e privado nesse período já superava o crescimento do setor público. Segundo Santos e Gerschman (2003), em 1950,

53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos. Portanto, o movimento de ampliação do setor privado é anterior à unificação da previdência, que o acentua.

Em 1966, em plena ditadura militar, ocorreu a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) segundo Oliverira e Teixeira (1985). A política de assistência adotada privilegiou de forma mais explícita que nos períodos anteriores a compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades próprias. Este movimento já se faz sentir quando comparamos dados relativos à movimentação do número de hospitais e de leitos hospitalares entre 1962 e 1971. Gonçalves (1977), utilizando dados do IBGE e do cadastro de hospitais do Ministério da Saúde, afirma que o número de hospitais brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1262 novos hospitais em uma década. Porém, em que pese o fato do crescimento do número de hospitais do setor público ter sido um pouco maior, o aumento do número de leitos privados foi superior, aumentando a participação relativa deste setor no total de leitos, como demonstra a tabela 1, extraída do mesmo autor.

Tabela 1 - Participação percentual da iniciativa privada na rede hospitalar brasileira, segundo o número de leitos instalados. Evolução entre 1962 e 1971 por regiões do Brasil.

Regiões do Brasil						
Anos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Brasil
1962	36,6 %	52,4 %	57,5 %	75,4 %	60,4%	60,0%
1971	40,5%	57,0%	66,2%	77,7%	65,4%	66,1%

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, IBGE, 1965 e Cadastro Hospitalar Brasileiro, 1973.

Em alguns setores, como a psiquiatria, esse movimento em direção à compra de serviços e o crescimento das unidades do setor privado se deu em uma escala vertiginosa. Se, em 1961 contávamos com 135 hospitais psiquiátricos, dos quais 54 públicos e 81 privados, o

fracassado plano implementado pelo ministro Leonel Miranda, em 1968, vai fazer com que, em 1971, o Brasil contasse com 72 hospitais psiquiátricos públicos e 269 privados com 80 mil leitos. Em 1981, eram 73 públicos e 357 privados, chegando a 105 mil leitos, o que correspondia a mais de 20 % do total de leitos do País, 80 % dos quais na iniciativa privada.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1967 (IBGE, 2003) cita a existência de 290.836 leitos no País; e a de 1979, 488.323 leitos, em um espetacular crescimento de 67,9% em 12 anos. Segundo Cordeiro (1984), neste período vendiam-se “internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto, por procedimento, e o segmento público ainda é dono de um considerável parque de maior complexidade, herdado dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Com isso, além do faturamento público auferido pelo setor privado, viabiliza-se a transferência para unidades do sistema público de pacientes de maior custo do sistema privado”. Assim, nos anos de ouro do financiamento público de hospitais privados, seja através da garantia de mercado, seja através de financiamentos efetuados inicialmente pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador, e posteriormente pelo BNDES, houve um significativo crescimento do número de leitos no País. Este crescimento se deu principalmente no setor privado, embora durante esse período pudesse também ser observado, em menor escala, o crescimento do número de leitos hospitalares do setor público.

Na década de 80, o modelo de compra de serviços do setor privado, com utilização excessiva do hospital para o enfrentamento dos problemas da saúde, começa a ser questionado como relatam Almeida (2002), Viana (2002) e Cohn (2002). Um processo que foi caracterizado, por Oliveira e Teixeira (1985) e outros pesquisadores, como a crise da previdência brasileira trouxe consigo a necessidade da revisão da previdência social em todos os seus aspectos, incluindo a saúde. Obviamente a crise tinha outros determinantes não se restringindo aos gastos com a assistência médica. A proporção de aposentados em relação ao número de contribuintes vinha se alterando ao longo dos anos, o que implicava em aumento das despesas sem aumentos correspondentes na receita, além, é claro, das gestões e investimentos temerários feitos pela previdência à época que podem ter resultado em descapitalização da mesma.

À crise da seguridade social somava-se, à época um questionamento e descrença quase universal em relação à capacidade dos hospitais e dos sistemas de saúde alterarem de forma significativa os níveis de saúde da população na forma como os mesmos se encontravam configurados. Seja em decorrência da crise financeira, seja em decorrência da crise de credibilidade da capacidade dos hospitais contribuírem na melhoria dos padrões de saúde, teve início uma série de projetos, programas e iniciativas - como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), PREV-SAUDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), AIS (Ações Integradas de Saúde), SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Estes programas procuravam racionalizar o gasto com a assistência médica e podem ser considerados precursores do SUS. Como pontos comuns, podemos dizer que fomentavam atenção ambulatorial privilegiando os investimentos nas unidades públicas, aí incluídos os hospitais das três esferas de governo.

Grabois (1995) relata que os investimentos nos hospitais universitários permitiram que eles fossem progressivamente se ampliando e se integrando ao sistema de saúde. O que, aliás, segundo Médici (2001), acompanhava à época uma tendência mundial de que os hospitais de ensino, que tradicionalmente se mostravam alheios à questão de sua articulação nos sistemas de assistência, passassem, gradativamente, a ocupar posição importante nos sistemas de saúde. De uma preocupação centrada apenas no ensino, migrar-se-ia para a posição de ter o ensino como sub-produto de sua atuação, inserindo-se e ocupando lugares específicos nos sistemas de saúde. Este movimento não se constituiu em fato de menor importância, pois a inserção de um hospital em uma rede pressupõe uma adequação de perfil que alterou profundamente, ao longo dos anos, o quadro dos hospitais universitários no País. Indo além, este movimento alterou também a vida de outros hospitais não universitários. Pois, nessa situação, além da integração em relação a questão assistencial, precisa-se articular também na rede a questão do ensino. O que nem sempre é muito fácil, pois a mesma insensibilidade que hospitais universitários costumavam outrora ter em relação à questão assistencial, é encontrada, do ponto de vista das outras organizações, em

relação ao ensino. No entanto, essa integração entre docência e assistência parece ter beneficiado a ambos.

Os hospitais asilares - que mesmo com o advento da terapêutica antimicrobiana e sua efetividade, seja para o tratamento da tuberculose, seja para o tratamento da hanseníase, mantinham-se como residências dos pacientes e seus descendentes, até muito recentemente - foram progressivamente transformados em hospitais gerais, alguns desativados, sendo que alguns persistem com suas funções primitivas até hoje. Os hospitais psiquiátricos públicos também foram em parte transformados em hospitais gerais ou desativados, sendo, que também alguns persistiram com suas funções originais.

Os hospitais públicos de pequeno porte das municipalidades e estados continuaram a proliferar sob o impacto dos investimentos da esfera previdenciária e também da estatal conforme relata Grabois (1995). Talvez a grande exceção em relação ao porte destes hospitais seja Brasília. O distrito federal, já em seu nascedouro, contou com hospitais públicos de grande porte, o que difere sua rede da maioria das redes dos estados ou municípios.

Em um quadro resumo da situação hospitalar por ocasião do nascimento do SUS, pode-se dizer que o País contava com aproximadamente meio milhão de leitos hospitalares, o que perfazia uma cobertura populacional em torno de 3,5 leitos para cada mil habitantes. Destes leitos, em torno de 15% pertenciam ao setor público, sendo que os demais pertenciam aos setores privado e filantrópico, com predomínio dos últimos.

O segmento público contava, em uma classificação utilizada por Grabois (1995), com três grupos de hospitais: Um grupo constituído por hospitais previdenciários e universitários geridos, em geral pela esfera federal, um grupo constituído pelos antigos hospitais asilares (hanseníase, tuberculose e psiquiátricos) também geridos pela esfera federal e um terceiro grupo constituído pelos hospitais pertencentes aos municípios e estados da federação. No conjunto somavam aproximadamente duas mil unidades hospitalares.

Os hospitais previdenciários e universitários configuravam-se, de um modo geral, como hospitais de grande porte, com grande adensamento tecnológico o que lhes conferia alta resolutividade. Porém, juntos perfaziam pouco mais de meia centena de unidades distribuídas por todo o território nacional e sua participação na rede assistencial era relativamente pequena. Esta reduzida participação estava relacionada com um conjunto de fatores entre os quais vale a pena mencionar a baixa adesão à proposta do SUS, ênfase nas atividades de ensino em detrimento da assistência, gestão ineficiente, corporativismo e financiamento insuficiente.

Os hospitais asilares se encontravam em pleno processo de transformação na passagem dos anos 80 para os 90. A rigor, muitos destes hospitais, sequer deveriam ser considerados hospitais. Tratava-se, muitas vezes de um conjunto de moradias individuais ou grandes pavilhões para moradias coletivas, no caso dos hospitais de hanseníase, onde eram ofertados alguns cuidados médicos a pacientes que lá residiam há muitos anos. Alguns destes hospitais vinham sendo reformulados para se tornarem hospitais gerais, outros em processo de desativação e outros mantidos em seus formatos originais. Vários hospitais psiquiátricos foram desativados, alguns se tornaram hospitais gerais. A desativação de leitos psiquiátricos em função das lutas anti-manicomiais, que preconizavam uma abordagem ambulatorial dos pacientes, embora seu maior impacto tenha sido observado, à época no setor privado, implicou também em redução dos leitos administrados pelo poder público. Os hospitais públicos voltados para o tratamento da tuberculose vinham passando por transformações substantivas, sendo que alguns foram desativados e a maioria se transformou em hospitais gerais, mesmo, que em algumas circunstâncias tenham mantido setores importantes destinados à abordagem da tuberculose e suas sequelas.

Considerados do ponto de vista das necessidades assistenciais do conjunto da população os hospitais asilares haviam tornado-se obsoletos. Os avanços no tratamento da tuberculose e da hanseníase, que, em sua quase totalidade, passaram a ser feitos em unidades básicas de saúde, tornou residual o uso destes hospitais para resolver estes problemas. Quanto aos hospitais psiquiátricos, com as novas abordagens ambulatoriais, o surgimento de novas organizações não hospitalares com capacidade de atender pacientes em situações de

urgência, associados ao progresso ético que tornou questionáveis as iniciativas de internar alguém contra a sua própria vontade fizeram com que estes hospitais não mais tivessem uma razão para existir, embora algumas poucas vozes recalcitrantes dissessem o contrário.

Os hospitais dos estados e municípios, em número aproximado de 1400 contavam com um número médio de leitos inferior a 50 por hospital, se ocupavam principalmente de atendimentos às urgências e ao parto, contando com baixo nível de adensamento tecnológico.

No segmento privado, composto, em sua maioria, pela rede de hospitais filantrópicos, provenientes das misericórdias e dos hospitais privados - apelidados durante muitos anos como hospitais lucrativos - contava-se com aproximadamente 5.000 hospitais. Estes, juntos somavam mais de 400 mil leitos hospitalares, denotando, pois um número médio de leitos por hospital superior ao observado nos hospitais públicos, porém, mesmo no setor privado predominam os hospitais de pequeno porte, pouco resolutivos. À época, os hospitais e leitos de entidades filantrópicas eram em maior número que o setor privado estrito, sendo que predominavam largamente em cidades de pequeno e médio porte. Nos grandes centros urbanos predominava o setor privado “lucrativo”.

Desta forma, podemos dizer que se a herança hospitalar recebida pelo SUS dos tempos progressos evidenciava uma boa cobertura populacional de leitos. Porém, esta cobertura se fazia por meio de uma rede com pouca governabilidade estatal direta, pois 85% dos leitos estavam sob o controle do setor privado, era pouco resolutiva, pois estava centrada essencialmente em pequenos hospitais sem incorporação tecnológica substantiva, além de sua distribuição regional mostrar-se heterogênea.

5. O SUS E O QUADRO HOSPITALAR CONTEMPORÂNEO NO BRASIL

5.1. Introdução

O parque hospitalar brasileiro, por ocasião da implantação do SUS e durante seus primeiros anos, era de proporções muito significativas. Se em 1976, segundo o AMS 2002, contávamos com 443.888 leitos, durante os primeiros anos do SUS o número de leitos continuava a crescer, passando a 544.357 em 1992, quando começou a declinar. Isto correspondia a 3,65 leitos por mil habitantes, número de fazer inveja a muitos países desenvolvidos. No entanto este parque hospitalar apresentava um conjunto de problemas de difícil solução e que persistem até hoje. Porte médio pequeno, baixa resolutividade, distribuição heterogênea pelas regiões do país, concentração em grandes centros urbanos, pequeno número de leitos controlados diretamente pelo Estado, competição entre o SUS e a saúde suplementar pela contratação dos hospitais privados e, a partir de 1992, o acentuado declínio no número de leitos hospitalares a disposição do País.

Agrega-se a esta situação, a predominância de um discurso sanitário que questiona fortemente a importância do hospital no sistema de saúde. Este discurso, prevalente desde o final da década de 70 e que no início dos anos 80 colocou em cheque a centralidade do hospital no sistema de saúde, teve acentuado eco na implantação do SUS, que procurou ampliar as práticas ambulatoriais. Os dados do IBGE documentam bem este fato ao mostrar que entre 1976 e 1999 a rede de atenção à saúde, pública e privada, apresentou uma extraordinária expansão, com um acréscimo de 35.682 novos estabelecimentos. Destes, 25.841 eram estabelecimentos públicos, 93% dos quais constituíam ampliação da rede ambulatorial, numa clara indicação de que, no que tange ao setor público, uma maior ênfase na utilização da rede ambulatorial para a solução dos problemas da saúde teria início.

Se este discurso possibilitou um expressivo crescimento do componente ambulatorial no SUS, por outro lado dificultou a discussão de uma política hospitalar. Muitos autores viram neste cenário de crescimento da rede ambulatorial e queda no número de leitos e hospitalares o início da reversão do modelo de assistência centrado em hospitais e médicos

– modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico, como o costumavam chamar - que predominava até então. Assim, deixados, por um lado à própria sorte no que tange ao setor público, que sensível a este discurso foi incapaz de formular qualquer política hospitalar substantiva nas últimas décadas e, por outro lado, ao sabor de um mercado patrocinado pela saúde suplementar, conformamos um parque hospitalar que está longe de satisfazer as necessidades da população, como se verá abaixo, e que se constitui hoje em um dos grandes problemas a serem superados, tanto no que diz respeito à esfera pública com o SUS, quanto na esfera privada com a saúde suplementar.

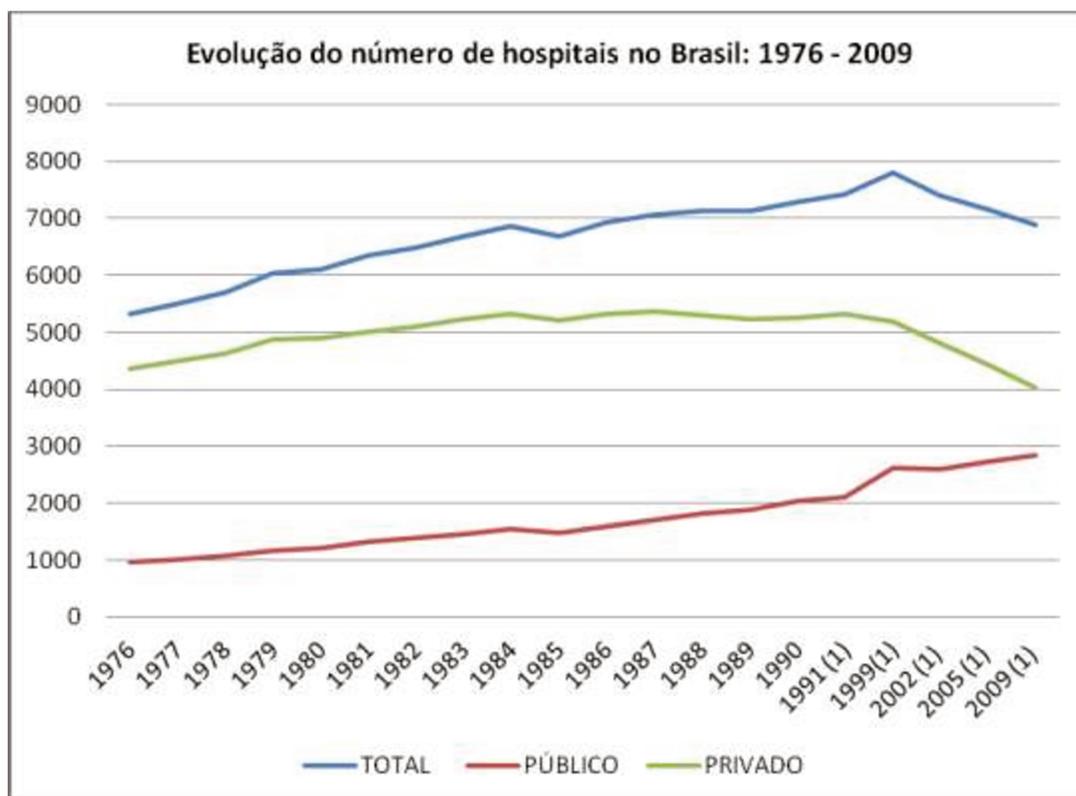
5.2. O parque hospitalar brasileiro por esfera administrativa

Embora o **número de estabelecimentos com internação** no País tenha aumentado até o ano de 1999, graças ao crescimento do setor hospitalar público, o número total de leitos à disposição da população começou a reduzir desde 1992 graças à queda do número de estabelecimentos e leitos do setor privado, que já vinha se manifestando desde esta data. O movimento de crescimento lento e progressivo do número de estabelecimentos do setor público, observado há mais de três décadas, não tem sido suficiente para compensar a queda do número de estabelecimentos do setor privado, resultando em uma redução progressiva do parque hospitalar brasileiro, como demonstrado no gráfico a seguir. Considerando apenas o período mais recente, entre 2005 e 2009, o setor privado perdeu 392 unidades hospitalares enquanto o setor público ganhou novas 112, denotando que este quadro persiste até nossos dias. O número de estabelecimentos com internação no Brasil, que era de 5.311 em 1976, passou a 7.806 em 1999 quando começa a declinar. Em 2009, A AMS registrou 6.875 unidades hospitalares no Brasil, das quais 2.839 eram públicas e 4.036 privadas. Destes últimos, 2.707 prestam algum tipo de atendimento ao SUS.

O gráfico abaixo, feito a partir de dados da AMS 2009 retrata esta evolução. Aqui, o setor privado que passou por uma estagnação do crescimento na década de 80, começa a declinar na década de 90, declínio este que prossegue até nossos dias. Quanto ao setor público, vem crescendo desde a década de 70. No entanto, este crescimento não tem sido suficiente para

compensar a queda do setor privado e, com isto, o número total de hospitais continua em queda.

Figura 4 – Evolução do Número de Hospitais Públicos e Privados no Brasil no período de 1976 a 2009.

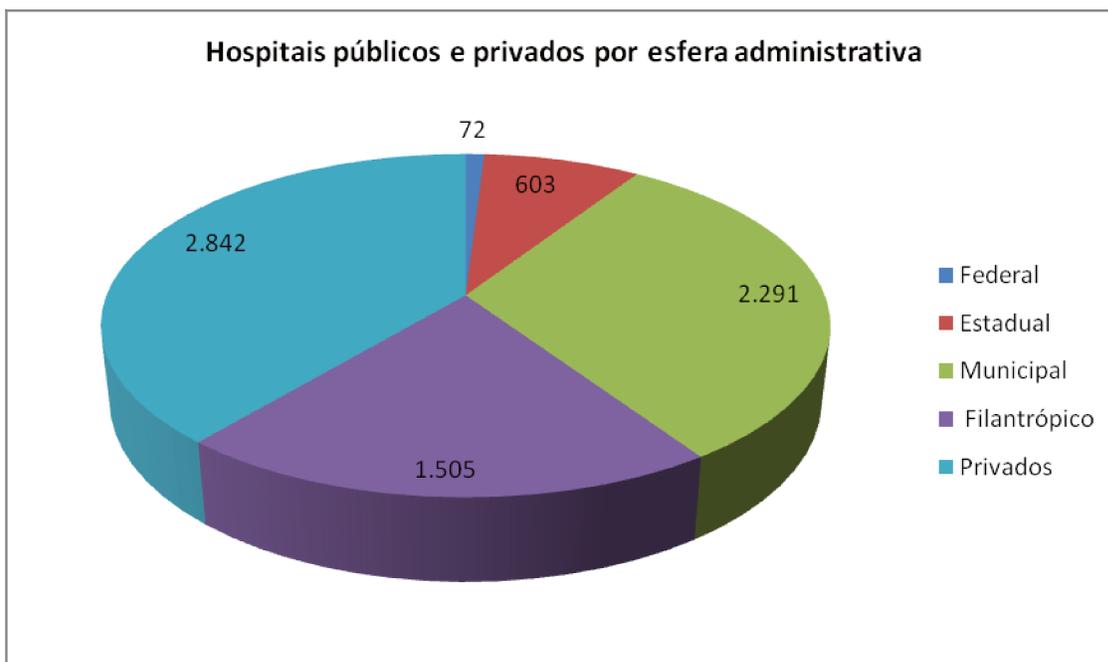


Fonte: IBGE - Assistência Médico-Sanitária 2009

Os dados do CNES de Janeiro, de 2011, contabilizam 328 hospitais a mais que a AMS 2009. Isto não representa crescimento, pois a análise de tendência desta fonte evidencia também redução do número de estabelecimentos e de leitos hospitalares no País. Muito provavelmente esta diferença está relacionada com mecanismos de coleta de dados diferentes, pois se trata de um cadastro, dinâmico, onde os próprios prestadores preenchem as informações, e assim, se altera na medida em que os serviços atualizam seus dados. No entanto, em termos gerais e na demonstração de tendências tem havido uma grande confluência entre estas bases de informação. Desta forma, esta base de dados foi utilizada para detalhar um pouco mais o perfil dos hospitais brasileiros, em relação à esfera

administrativa. O gráfico a seguir foi realizado considerando dados coletados em Janeiro de 2011, que se reportam a Dezembro de 2010, onde se encontrou o seguinte quadro:

Figura 5 – Quantitativo de hospitais públicos e privados por esfera administrativa.



Fonte: CNES. Consulta feita em 07 de Janeiro de 2011

Estes dados, em termos de número de unidades hospitalares denotam uma substantiva mudança nas últimas décadas. Os hospitais públicos que correspondiam a menos de 25% do total de unidades por ocasião da implantação do SUS, correspondem hoje a mais de 40% do total de unidades, embora, como se verá abaixo, este crescimento tenha se dado eminentemente na forma de hospitais de pequeno porte. No setor privado, a participação relativa do segmento filantrópico reduziu significativamente, contando com um número de unidades que corresponde quase à metade do setor privado.

O parque hospitalar público, com poucas exceções dedica a quase totalidade de sua prestação de serviços ao SUS. Entre estas exceções cabe mencionar a prestação de serviços às forças armadas, a servidores públicos, e, até mesmo à saúde suplementar. Atualmente,

acredita-se existirem aproximadamente 7.000 leitos de hospitais públicos à disposição da saúde suplementar, o que tem gerado tensionamentos, uma vez que o número de leitos públicos à disposição da população é pequeno.

Dos 72 hospitais federais, 48 são considerados hospitais gerais, 23 hospitais especializados e um se configura como hospital dia. Entre estes hospitais destacam-se os universitários públicos, os hospitais do Ministério da Saúde, das Forças Armadas, entre outros. Trata-se, em geral de hospitais de grande porte (o número médio de leitos por unidade é 224), com um patamar de incorporação tecnológica muito significativa, portanto altamente resolutivos. Alguns são especializados, como a Rede Sarah Kubitzchek, hospitais de traumato-ortopedia, do câncer, do coração, etc.

Os 603 hospitais estaduais constituem uma rede heterogênea de prestação de serviços, e esta heterogeneidade se manifesta com relação ao porte, aos tipos de especialidades a que se dedicam, aos regimes jurídicos e mesmo ao número de unidades ou leitos entre os estados da federação. O maior número de hospitais estaduais se encontra nas regiões Norte e Nordeste, embora os de maior porte se localizem no Sul e Sudeste. Embora um número significativo seja constituído por grandes hospitais, muitas vezes dedicados ao trauma e atendimento a grandes urgências em capitais ou cidades de maior porte, grande parte dos mesmos tem menos de 100 leitos, o número médio de leitos neste segmento é de 114. Dos 603 hospitais estaduais, 348 são gerais, 140 especializados, 91 são unidades mistas e os demais se constituem em centros psicossociais, hospitais dia e pronto socorros. É preciso enfatizar que é muito significativa a participação dos hospitais estaduais no sistema de atenção às grandes urgências, o que se dá juntamente com um número significativo de hospitais municipais das capitais ou dos municípios de maior porte.

Os 2.291 hospitais municipais constituem-se, com poucas exceções, em uma ampla rede de pequenos hospitais, com uma média de 35 leitos por hospital, voltados ao atendimento de pequenas urgências e obstetrícia. 1370 caracterizam-se como hospitais gerais, 686 como unidades mistas, 94 como unidades especializadas e os demais como unidades que vão de prontos socorros e casas de parto a centros de atenção psicossocial. As grandes questões

postas em relação a estes hospitais dizem respeito por um lado à sua economicidade e, por outro, à sua capacidade de resolver problemas como se verá mais adiante.

No que tange ao **parque hospitalar privado**, as 4.036 unidades detinham, segundo a AMS 2009 279.104 leitos hospitalares, dos quais 219.540 estão à disposição do SUS. A AMS não faz distinção entre hospitais filantrópicos e privados, considerando tanto um como outro privados. O CNES procura fazer uma distinção entre estes dois setores. Os dados de Dezembro de 2010 computavam a existência de **1.505 hospitais filantrópicos**, sendo que destes, 167 hospitais eram especializados. Dos **2.842 hospitais privados**, 776 foram considerados especializados. Praticamente a totalidade dos hospitais filantrópicos está conveniada ao SUS, para o qual destinam um número variável de leitos.

Nos últimos 10 anos, de um número superior a 4.100 hospitais privados prestando serviços ao SUS, ficamos restritos a 3.066 em 2005, e apenas a 2 707 em 2009, o que significa uma perda de 11,7% ou 359 estabelecimentos somente nestes últimos 4 anos, conforme a AMS 2009, o que representa uma perda no período de mais de 100 mil leitos hospitalares. Se, de um modo geral o declínio no número de hospitais (e de leitos hospitalares como se verá mais abaixo) afeta a assistência, no que tange ao SUS este quadro é ainda mais grave. Pois, além do fechamento de hospitais, parte considerável do parque hospitalar privado está se desligando do SUS

Entre os **hospitais com função de ensino**, contamos com 200 unidades privadas, 50 unidades filantrópicas e 181 públicas de diferentes esferas. Trata-se, em geral, de unidades de maior porte e complexidade, reconhecidas tanto pelo Ministério da Educação e Cultura como pelo Ministério da Saúde como adequadas para o ensino, recebendo inclusive valores remuneratórios diferenciados. São utilizadas tanto por universidades públicas quanto privadas para a formação profissional, seja em nível de graduação ou pós-graduação (residências médicas, especializações e outros cursos), além de prestarem serviço à população.

Tabela 2 – Hospitais com Função de Ensino por formato jurídico.

Número Total de Hospitais de Ensino	431
Administração Direta da Saúde (MS, SES, e SMS)	59
Administração Direta por outros órgãos (MEX, MEx, Marinha, etc.)	30
Administração Indireta - Autarquias	57
Administração Indireta - Fundação Pública	13
Administração Indireta - Empresa Pública	05
Administração Indireta - Organização Social Pública	01
Empresa Privada	173
Fundação Privada	37
Serviço Social Autônomo	06
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	50

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES - Dez/2010

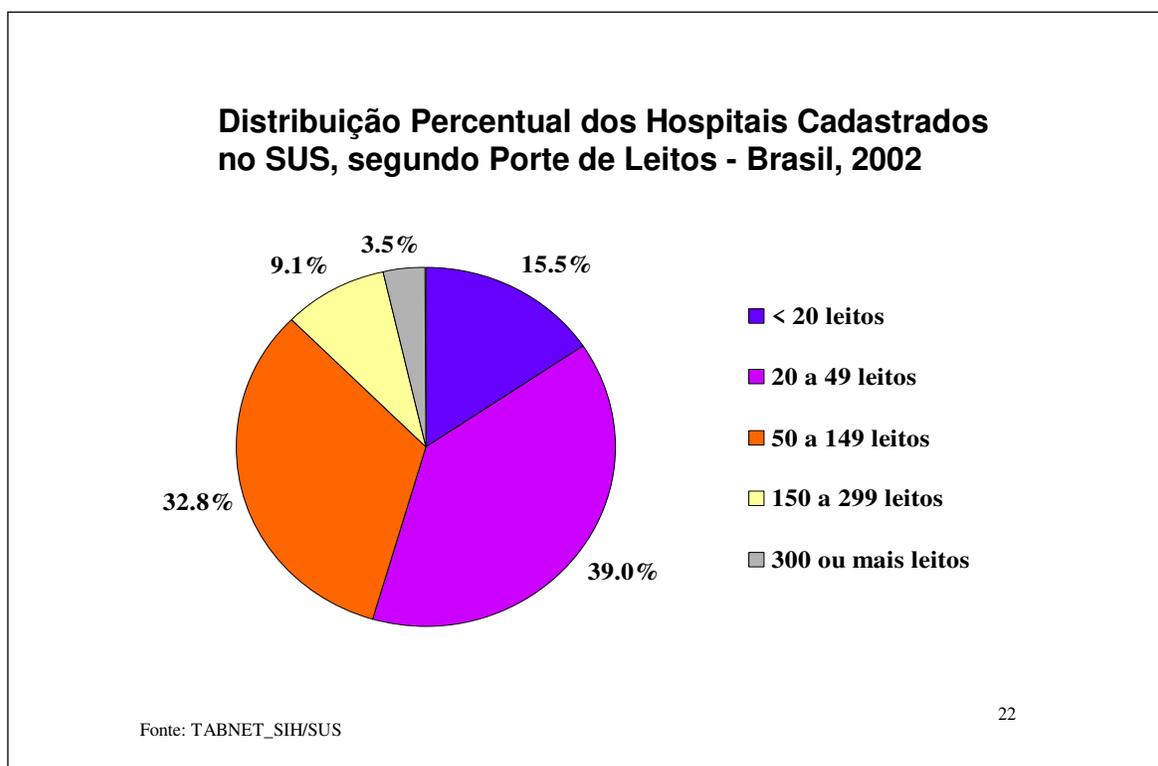
Os hospitais universitários de maior porte estão situados nas regiões Sul e Sudeste e há uma importante variação entre estes hospitais no que tange ao perfil assistencial, porte e resolutividade. Juntos, estes hospitais perfazem aproximadamente 10% do total de leitos disponíveis ao SUS realizam aproximadamente o mesmo percentual de internações.

Entre os da esfera pública federal, chama a atenção o número de funcionários por leito, que chega a 9,4, e a relação docente/residente que oscila entre 0,5 a 3,1. O perfil assistencial destes hospitais evidencia ainda um número significativo de unidades arroladas como de baixa ou média complexidade. Os de alta complexidade são poucos, não ultrapassando a casa dos 15.

5.3. Porte dos hospitais brasileiros

Em relação aos hospitais brasileiros, merece especial atenção a questão do **porte dos estabelecimentos**. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) revelava em 2002, como pode ser observado no gráfico a seguir, que 54,5% dos hospitais brasileiros contavam com menos de 50 leitos hospitalares. Apenas 12,6% dos estabelecimentos contavam com mais de 150 leitos, e apenas 3,5 % com mais de 300 leitos. Estes dados nos indicam que nossa rede de hospitais é composta eminentemente por pequenos hospitais. A título de comparação, para se ter uma ideia do reduzido tamanho dos hospitais brasileiros, mais de 80 % dos leitos hospitalares ingleses estão em hospitais que contam com mais de 300 leitos, conforme relata Rodrigues e outros (2004).

Figura 6 - Distribuição percentual dos hospitais cadastrados no SUS em 2002.



Fonte: **TABNET-SIHSUS**

A AMS 2005 evidenciava que o número médio de leitos dos hospitais públicos no Brasil era de 54,62 leitos e o dos privados de 66,45 leitos por hospital. No entanto, este quadro é muito diferente em relação às regiões do País. Enquanto no Sudeste tinha-se uma média de 97,14 leitos por hospital público, os hospitais públicos do Nordeste contavam em média com 41,92 leitos, os do Centro Oeste com 40,12 e os do Norte com 44,25 leitos. Na AMS 2009, o número médio de leitos por hospital passou a 62,8, com o setor público contando com 53,8 leitos em média por hospital e o setor privado com 69,1, indicando que, em termos de porte médio, o problema persiste aproximadamente nos mesmos moldes, embora se observe uma discreta redução no número médio de leitos dos hospitais públicos e leve aumento nos hospitais privados. A tabela 3 a seguir com dados de 2011, evidencia que as políticas hospitalares nos últimos 10 anos não alteraram significativamente o porte dos hospitais brasileiros.

Tabela 3 - Número médio de leitos dos hospitais brasileiros por esfera administrativa.

Esfera Administrativa	Número de Hospitais	Total de Leitos	Média de Leitos por Hospital
Federal	72	16.124	224
Estadual	603	68.596	114
Municipal	2.291	80.651	35
Total Público	2.966	165.371	56
Filantrópico	1.505	111.828	74
Privados	2.842	185.857	66
Total privado	4.347	297.714	69
Total geral	7.313	463.085	63

Fonte: CNES. Consulta feita em 07 de Janeiro de 2011

Na década de 90 do século XX muitos estudos apontavam no sentido de que os grandes hospitais conseguiriam em função de seu porte uma economia de escala (McCALLION, 1999). Muitos países empreenderam então políticas, via fusões, aquisições, substituição de antigos por novos hospitais e procurando melhorar seus resultados econômicos. Um

exemplo típico desta situação é a que ocorreu no Reino Unido, na década de 90, que contava, especialmente na Escócia com um grande número de hospitais de pequeno porte.

Ferguson (1997) ao estudar a questão do tamanho ideal dos hospitais, em termos de economicidade, aponta que o porte ideal deveria ser entre 100 e 450 leitos. Estes estudos alegam que para escalas menores, alguns setores de presença obrigatória e que necessitam estar funcionando permanentemente, qualquer que seja o porte do hospital, torna-o inviável do ponto de vista econômico, pois nestas escalas vários setores funcionariam com ociosidade. Quando o quantitativo é maior, dizem que as dificuldades na coordenação de ações, ociosidade de alguns setores enquanto outros estão em sobrecarga, etc. fariam uma desproporção entre o que se produz e a infraestrutura que é mantida para tal. Outros estudos, no entanto, questionam esta posição. Postnet (2002), em um trabalho de revisão, apontava no sentido do esgotamento da economia de escala tão logo os hospitais atingiam entre 125 e 200 leitos, indicando que a partir deste porte as economias de escala não se confirmavam e que com o decorrer do tempo, em estudos empíricos, esta relação tende a se igualar.

Em anos mais recentes, vários autores (KIEKSHUS E HAGEN, 2007) (AHGREN, 2008) ao estudar o resultado das políticas de ampliação do porte médio dos hospitais constataram que houve pequena ou nula economia de escala na maioria dos casos, em parte confirmando a revisão de literatura de POSTNET, 2002, exposta no parágrafo anterior e outras como de ALETAS, 1997, que, em uma revisão sistemática de mais de 100 artigos que tratavam do tema, chegaram à conclusão de que hospitais com porte relativamente pequeno para o conjunto estudado (hospitais com entre 100 e 200 leitos) poderiam atingir pontos ótimos em relação à economia de escala..

Embora existam controvérsias sobre a questão do porte ideal dos hospitais, sua aplicação aos contextos concretos é bastante complexa. Nos Estados Unidos, que contam com um grande número de hospitais de pequeno porte, os *community hospital e os rural hospials* estão localizados em regiões rurais, tendo sido criados principalmente nas décadas de 30 e 50 do século XX, após a retomada do desenvolvimento econômico. Em geral estão ligados

ou são mantidos por entidades religiosas, principalmente protestantes. Todos têm uma importância simbólica muito grande para as comunidades nas quais estão inseridas, além de sua participação econômica na vida do local ser relevante, tanto direta como indiretamente. Alguns estudos dizem que para cada emprego direto no hospital, 1,5 empregos indiretos são criados nestes municípios (DOESKSEN, 2004). Em geral, estes hospitais vêm se mantendo, apontando um destino diferente do que tiveram boa parte dos hospitais ingleses de pequeno porte.

No Brasil, o número de leitos e a resolutividade dos hospitais, assim como seus formatos de funcionamento são muito heterogêneos e pouco disciplinados pelos órgãos reguladores, inexistindo estudos nacionais que avaliem empiricamente a relação entre a economicidade e o porte dos hospitais brasileiros como um todo. O fato é que uma rede composta eminentemente de pequenos hospitais, de caráter geral – como nos informam os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 2010, onde aproximadamente 70 % dos hospitais estavam registrados como hospitais gerais - traz consigo sérios problemas de resolutividade.

Esse grande número de hospitais, em especial públicos, de pequeno porte pode estar correlacionado com alguns fatores que merecem um estudo mais aprofundado. Entre eles cabe ressaltar a própria questão do federalismo brasileiro, que conta com um grande número de municípios, com baixo número de habitantes. Ao pequeno porte do município brasileiro agrega-se um contexto, onde as instâncias regionais, ou que agregam conjuntos de municípios são poucas e sem muita representatividade.

Por seu turno, a esfera estadual não tomou a si em nenhum momento de nossa história a questão da construção de unidades próprias regionalizadas, preferindo comprar serviços com base em oferta de capacidades instaladas já existentes, o que também foi a política do Ministério da Saúde em nível nacional.

Neste contexto, os equívocos de nossa política de saúde pós-SUS, que chegou a preconizar, em seu furor municipalista, a ausência dos estados e da união na prestação de serviços

assistenciais, vigente até o presente, traz consigo questões de difícil solução em termos de assistência hospitalar. Se, por um lado o porte médio do município brasileiro é tão pequeno que não comporta a construção de um hospital de maior porte e mais resolutivo, por outro é difícil conseguir unir de 30 a 40 prefeitos, com orientações e interesses políticos diferentes, para juntos construir ou gerenciar um único hospital. Desta forma, com poucas exceções, na arena pública, apenas os grandes municípios construíram alguns hospitais de maior porte e resolutividade. Uma vez que as políticas públicas de compra de serviços hospitalares também não têm evoluído, nos encontramos no pior dos mundos. Pois, se por um lado é muito difícil unir os municípios pequenos para construir hospitais de maior porte, por outro, os Estados e a União se sentem desobrigados a construir novos hospitais ou mesmo de melhorar as políticas de compra de serviços do setor privado. Ambos, se protegem desta situação entabulando um discurso que é ao mesmo tempo de prioridade da atenção primária e anti-hospitalar. Neste contexto, fica fácil compreender porque os municípios continuam construindo pequenos hospitais. Eles estão fazendo o que eles dão conta de fazer. Algo proporcional ao seu porte, afinal, mais de 75% dos municípios brasileiros têm menos de vinte mil habitantes.

A medíocre política de investimentos do Ministério da Saúde nos últimos anos vem contribuindo para ampliar ainda mais o número de hospitais de pequeno porte. Realizada principalmente através de emendas parlamentares, as mesmas vêm sendo usadas, em grande parte para financiar o que o próprio Ministério da Saúde trata em seus documentos oficiais como problema: financiamento e equipamento de hospitais de pequeno porte. Estes hospitais estão, quase sempre, voltados para o atendimento de pequenas urgências e emergências.

Assim, é bem provável que os mecanismos de investimento da esfera federal, desde a década de 80, com o incentivo ao crescimento da esfera pública nos diversos níveis, tenham feito com que os grandes hospitais previdenciários, os universitários e os asilares tenham se ampliado. Mas é mais provável ainda que sejam responsáveis pela proliferação dos pequenos hospitais públicos de estados e principalmente municípios, principais responsáveis por saltarmos, segundo o SIH/SUS, de 1.666 hospitais públicos em 1992, para

2.217, em 2003, como informa Cordeiro (2003) e destes para os atuais 2.839 segundo os dados da AMS 2009.

Parte da solução de nossos problemas ligados à assistência hospitalar passa por definir que rumos dar a este grande parque de hospitais de pequeno porte. Passa por responder questões de como incorporar tecnologia e tornar resolutivo um pequeno hospital, de menos de 50 leitos, em geral contando com poucos profissionais médicos e cobrindo pequenos contingentes populacionais. Do ponto de vista dos debates, até o presente, três tipos de respostas vêm sendo dadas a estas questões.

O primeiro tipo de respostas é no sentido de fechar estes pequenos hospitais ou fundi-los em hospitais maiores. Do ponto de vista prático, esta estratégia tem encontrado dificuldades diferentes conforme as localidades onde estes hospitais se encontram. Nos grandes centros urbanos, com a migração dos hospitais de maior complexidade para a saúde suplementar, estes pequenos hospitais tem se mantido, até por incapacidade competitiva, como complemento da rede pública que atende o SUS, que não possui leitos suficientes e não tem se mostrado capaz de encontrar alternativas assistenciais que lhe permita prescindir dos mesmos. No interior, pródigo em pequenos municípios e pobre de instâncias regionais acreditadas, estes hospitais representam, como dito anteriormente, mais do que local onde se internam pessoas e, até o presente, não tem se mostrado viável politicamente a substituição destes hospitais por estruturas regionais mais complexas.

O segundo tipo de respostas vem se dando no sentido de conformar-lhes um determinado patamar mínimo de complexidade, em termos de número de leitos, apoio diagnóstico e clínicas que funcionariam dando-lhes um papel definido no sistema de saúde. Esta alternativa encontra obstáculos na heterogeneidade do perfil assistencial destes hospitais que vão desde estabelecimentos com 10 leitos, sem capacidade cirúrgica ou obstétrica, até pequenos hospitais com capacidade para terapia intensiva e outros procedimentos de maior complexidade. Assim, conferir-lhes certa homogeneidade resolutiveira tem se mostrado uma tarefa extremamente complexa, situação esta que é agravada pela distribuição heterogênea de especialistas, especialmente da área médica, no País.

O terceiro tipo de resposta tem sido no sentido de articular estes hospitais em rede com outros hospitais mais complexos que lhes possam servir de retaguarda. Esta alternativa tem encontrado dificuldades. Em primeiro lugar, estas propostas, quase sempre acopladas a programas com vistas à estruturação de redes regionais ou não saem do papel, ou tem caráter eminentemente discursivo, contando com poucos recursos para investimento. Outro aspecto diz respeito ao suporte a estas redes. Como os estados não fizeram nas últimas décadas investimentos hospitalares em rede própria, as redes regionalizadas estão quase sempre, tendo como referência hospitais filantrópicos de maior porte em cidades pólo ou com maior número de habitantes. No entanto, esta rede se encontra em crise, como pode ser verificado nos gráficos anteriores, correspondendo ao setor, que em termos relativos, mais encolheu. A parcela mais resolutiva da rede de filantrópicos, juntamente com o setor melhor estruturado do setor privado vem progressivamente encontrando na saúde suplementar fonte de financiamento para suas atividades, o que tem dificultado sua dedicação ao SUS. Além do mais, coordenar uma rede de unidades sem poder direto sobre as mesmas e com interesses conflitantes é tarefa complexa.

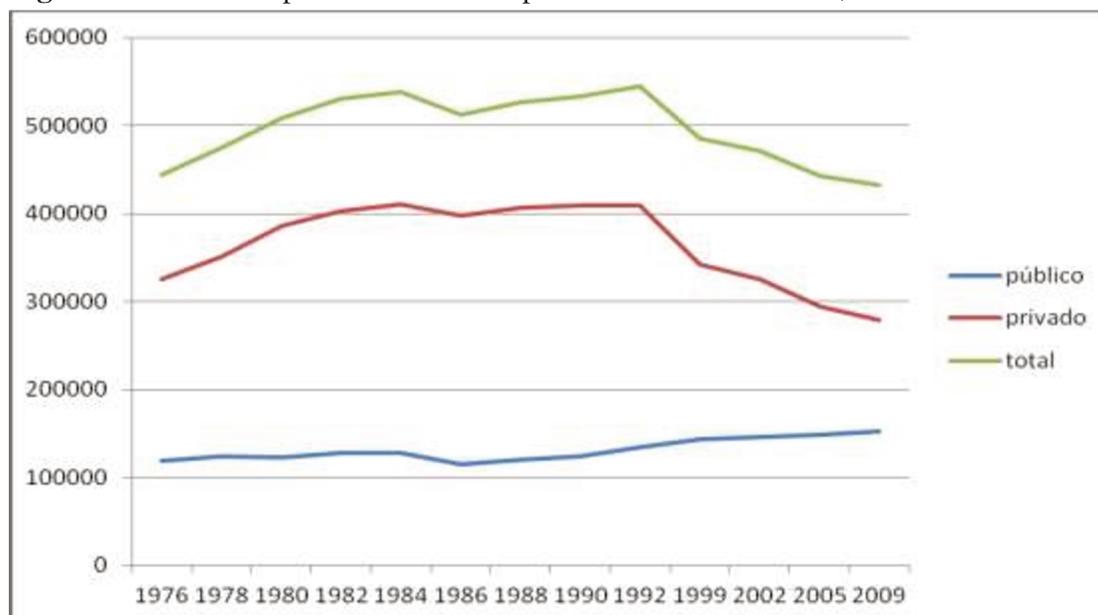
Muito provavelmente, a solução de alguns impasses hospitalares passará, em primeiro lugar pela superação de um arraigado, e quase religioso discurso anti-hospitalar que se instaurou na saúde pública brasileira e em segundo, pela construção de hospitais de maior porte pelos Estados ou pela União, estruturando assim redes de caráter regional com altos níveis de complexidade que poderão articular-se a este grande parque de hospitais de menor porte, com funções e compartilhamento de responsabilidades bem definidos. No entanto, para que isto ocorra é necessário que revisemos nossas políticas de descentralização. Talvez tenhamos ido longe demais, neste quesito. Esperar que um grande conjunto de pequenos municípios se articule para construir, contratar ou gerir hospitais não se mostrou, até aqui, exequível em nosso contexto. Por outro lado, os processos de regionalização, quase todos pautados em uma pretensa solidariedade dos municípios (a regionalização solidária!), como foram as Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), O Pacto Pela Saúde mostraram-se um retumbante fracasso no que tange à organização de serviços hospitalares e também outros serviços especializados de maior

complexidade. Mais recentemente, vários destes instrumentos indutores de políticas regionais foram redesenhados e editados sob a forma decreto presidencial. Os componentes novos do processo são um contrato de ação pública, o que, hipoteticamente, conferiria maior juridicidade às interações entre municípios, estado e união e listas de procedimentos e medicamentos que deverão estar à disposição da população. Até o presente não se vislumbra como este instrumento poderá reverter o quadro descrito anteriormente.

5.4. A cobertura populacional de leitos hospitalares

Dos 544.357 leitos hospitalares existentes em 1992, recuamos para 471.171 em 2002, o que representa uma perda de 1,47% ao ano, queda esta que se acentuou atingindo em 2005 a marca dos 443.210 leitos, o que representa uma redução de 2 % ao ano e em 2009, segundo os dados da AMS 2009 chegamos a 431.996 leitos hospitalares disponíveis no País, dos quais 152.892 são públicos e 279.104 privados. Embora seja cedo para apontar tendências, no período que vai de 2005 a 2009 a intensidade da perda de leitos decresceu substantivamente. Reduziu de 2% ao ano para algo em torno de 0,7% ao ano. O **setor privado** que respondia por 76,61% dos leitos hospitalares em 1992, em 2002, passou a responder por 68,64%, em 2005 por 65 % e em 2009 por 64,6% dos leitos existentes. Estes dados podem ser observados no gráfico abaixo que evidencia a evolução do número de leitos hospitalares em estabelecimentos com internação por esfera administrativa, elaborada a partir de dados que foram extraídos da AMS 2009.

Figura 7 - Leitos hospitalares no Brasil por esfera administrativa, 1976 – 2009



Fonte: AMS 2009

A **cobertura populacional** que era de 3,65 leitos por mil habitantes em 1992 caiu para 2,70 leitos para mil habitantes em 2002, para 2,40 leitos por mil habitantes em 2005 e 2,3 leitos por mil habitantes em 2009. Assim, em termos macrorregionais, apenas a região sul supera o parâmetro de 2,5 leitos por mil habitantes, sugerido como referência pelo Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que, se, em outros tempos, a OMS recomendou, em seu documento 118, de 1973, parâmetros de cobertura que deveriam funcionar como referências ou metas a serem atingidas pelos diversos países, hoje em dia, a mesma, não entra neste mérito, reconhecendo que outros parâmetros como a qualidade da rede e as questões envolvendo as próprias características da população, interferem fortemente nas necessidades de leitos hospitalares, recomendando que cada país desenvolva seus próprios critérios. Já houve momentos em que o parâmetro ideal recomendado foi de 4 leitos hospitalares para cada mil habitantes e em outros de 2,5 leitos por mil habitantes. Atualmente, o último documento nacional a versar sobre isto é a portaria número 1.101 do Ministério da Saúde de 12 de Julho de 2002, que preconiza uma cobertura de 2,5 a 3,0 leitos por mil habitantes. Se levarmos em consideração este parâmetro, apenas 6 estados brasileiros contam atualmente

com cobertura suficiente de leitos hospitalares. Pela AMS 2002, verificaremos que 12 Estados não atingiam o parâmetro, em 2005 este número saltou para 19 e em 2009 para 22. Em termos regionais configuramos uma situação onde apenas a Região Sul atinge o parâmetro.

Quando passamos a considerar número de leitos privados disponíveis ao SUS esta redução é ainda maior, representando um decréscimo de 12,2% dos leitos privados contratados pelo SUS para o período de 2005 a 2009. Como esta perda de leitos é heterogênea em relação às regiões, este quadro poderá acentuar algumas desigualdades regionais na oferta de serviços. Nos últimos 4 anos, entre as Regiões, a Nordeste foi a que perdeu mais leitos privados disponíveis ao SUS, com um decréscimo de 23,0%, seguida da região Centro Oeste com um decréscimo de 16,9%.

A queda do número de leitos hospitalares no Brasil descrita neste trabalho é convergente com os achados de vários autores nacionais como Cordeiro (2003) e Gerschman (2003) entre outros, e também pode ser observada em praticamente todos os países da América Latina e Caribe, América do Norte, Comunidade Econômica Européia, Leste e Centro Europeu, e, até mesmo nos países membros da ex-União Soviética, como descrevem Lane (1997) e Healy e Mckee (2002). Tudo indica tratar-se de uma tendência em relação aos hospitais que ocorre em todo o ocidente. Merece especial atenção o fato do número de leitos estar decrescendo nos diferentes países independente do número de leitos previamente existente. Assim, a queda se verifica tanto em países que anteriormente contavam com mais de 11 leitos hospitalares para cada mil habitantes, como é o caso dos países membros da ex-União Soviética, até países que historicamente contaram com um número muito baixo de leitos hospitalares, como é o caso do México com menos de 2 leitos por mil habitantes.

No Brasil, esta redução do número de leitos hospitalares, que vem se dando desde 1992, transcorreu, até 1999, com aumento no número de estabelecimentos de saúde, o que estava em desacordo com a tendência de queda do número de leitos observada na maioria dos países, associada também a queda no número de estabelecimentos. A partir de 1999,

também o número de estabelecimentos começou a decrescer. A cobertura populacional observada atualmente se encontra, em termos de média nacional, abaixo do que o próprio Ministério da Saúde recomenda em sua portaria 1.101, de junho de 2002, que é de 2,50 a 3,00 leitos por mil habitantes, e que deveria funcionar como parâmetro de cobertura assistencial a ser utilizada como orientadora da conformação dos serviços pelos gestores e planejadores. Caímos de uma cobertura populacional de 3,65 leitos por mil habitantes em 1992 para 2,40 leitos por mil habitantes em 2005, e, na AMS 2009 para 2,3 leitos para mil habitantes . Nos últimos anos, a velocidade com que a redução dos leitos se processou diminuiu significativamente. Muito provavelmente, este fenômeno tem relação com o crescimento da saúde suplementar que passou a demandar um número maior de leitos do setor privado, onde esta desaceleração da queda foi observada, apontando, provavelmente, para uma estabilização do número de leitos no País. Porém, maiores estudos e um lapso maior de tempo são necessários antes que conclusões sejam feitas.

É importante salientar que, comparativamente ao número de leitos *percapita* dos países europeus, e grande parte das Américas, o índice de cobertura brasileiro é baixo, pois boa parte destes países tem mais de três leitos por mil habitantes, como pode ser observado nos relatórios e bancos de dados da OMS. Considerando a distribuição heterogênea destes leitos pelo País, com 19 Estados da federação não atingindo os parâmetros sugeridos pelo próprio Ministério da Saúde e a migração progressiva para a saúde suplementar dos hospitais melhor equipados fica fácil compreender porque a principal forma de assistência hospitalar de vastas áreas do território nacional é constituída por uma grande frota de ambulâncias transportando pacientes por centenas de quilômetros para as capitais ou cidades de maior porte. Mais recentemente, à este mecanismo se acresceu a locação, por vários municípios, de domicílios nas capitais ou polos regionais, onde os pacientes podem permanecer durante sua longa espera pela assistência hospitalar ou ambulatorial de maior complexidade. .

5.5. A distribuição entre o SUS e a saúde suplementar dos leitos hospitalares existentes no Brasil

Considerando os atuais sistemas de informação, ainda é difícil estabelecer com clareza quais leitos estão à disposição do SUS e quais leitos estão à disposição da saúde

suplementar. Trabalhar com a idéia de que os leitos que não estão disponíveis ao SUS se encontram, majoritariamente à disposição da saúde suplementar ou de serviços ligados à seguridade social de servidores civis e militares na União, nos estados e alguns municípios de grande porte é, certamente, uma imprecisão. No entanto, este exercício poderá permitir uma aproximação grosseira do que cada setor pode contar em termos de leitos hospitalares.

A tabela a seguir, compilada a partir de dados o CNES, 2011 evidencia que dos 463.085 leitos cadastrados, 335.000 estariam à disposição do SUS e os demais à disposição da saúde suplementar, chegaremos à conclusão que a cobertura de leitos hospitalares para este segmento é aproximadamente 40% superior à dos usuários exclusivos do SUS. No entanto, quando se analisa a disponibilidade de leitos de maior complexidade, como os de terapia intensiva, esta discrepância aumenta substantivamente, como será visto com maior detalhe em outros capítulos.

Tabela 4 - Leitos existentes e à disposição do SUS por esfera administrativa

Esfera Administrativa	Número de Hospitais	Total de Leitos Existentes	Número de Leitos SUS*2
Federal	72	16.124	14.134
Estadual	603	68.596	66.041
Municipal	2.291	80.651	79.339
Total Público	2.966	165.371	159.514
Filantrópico	1.505	111.828	73.577
Privados	2.842	185.857	102.349
Total privado	4.347	297.714	175.926
Total geral	7.313	463.085	335.400

Fonte: CNES. Consulta feita em 07 de Janeiro de 2012

5.6. A distribuição regional dos leitos hospitalares no Brasil

A cobertura populacional de leitos hospitalares no Brasil é bastante heterogênea, com alguns estados, como é o caso de quase todos da região Norte e alguns do Nordeste

contando com um número significativamente menor de leitos hospitalares do que outros, como é o caso das regiões Sudeste e Sul. Esta situação é mostrada na tabela abaixo, construída a partir de dados extraídos do censo populacional de 2010 pelo IBGE e da AMS 2009.

Tabela 5 - Cobertura de Leitos Hospitalares no Brasil por Região e Estado

UF	População 2010	Leitos Total	Leitos Públicos	Leitos Privados	Cobertura Populacional
BRASIL	190.732.694	431996	152892	279104	2,26
NORTE	15.865.678	28295	17245	11050	1,78
RO	1.560.501	3381	2264	1117	2,17
AC	732.793	1369	985	384	1,87
AM	3.480.937	5310	4515	795	1,53
RR	451.227	725	671	54	1,61
PA	7.588.078	13720	5830	7890	1,81
AP	668.689	1093	852	241	1,63
TO	1.383.453	2697	2128	569	1,95
NORDESTE	53.078.137	108147	54867	53280	2,04
MA	6.569.683	12064	8354	3710	1,84
PI	3.119.015	7731	5016	2715	2,48
CE	8.448.055	15796	7387	8409	1,87
RN	3.168.133	6851	3706	3145	2,16
PB	3.766.834	8149	4048	4101	2,16
PE	8.796.032	19204	10074	9130	2,18
AL	3.120.922	5929	2157	3772	1,90
SE	2.068.031	3317	884	2433	1,60
BA	14.021.432	29106	13241	15865	2,08
SUDESTE	80.353.724	189874	53581	136293	2,36
MG	19.595.309	44012	11088	32924	2,25
ES	3.512.672	7684	2035	5649	2,19
RJ	15.993.583	42598	16649	25944	2,66

SP	41.252.160	95585	23809	71776	2,32
SUL	27.384.815	73405	14461	58944	2,68
PR	10.439.601	26793	6512	20281	2,57
SC	6.249.682	15557	3509	12078	2,49
RS	10.695.532	31055	4440	26615	2,90
CENTRO OESTE	14.050.340	32275	12738	19537	2,30
MS	2.449.341	5710	1599	4111	2,33
MT	3.033.991	6000	2352	3648	1,98
GO	6.004.045	15271	5171	10100	2,54
DF	2.562.963	5294	3616	1678	2,07

Fonte: População (IBGE censo 2010); Leitos Hospitalares (AMS 2009)

Se a disparidade de cobertura de leitos hospitalares em relação a regiões e unidades da federação é significativa, como demonstra a tabela anterior, quando se trata da cobertura de leitos de maior complexidade, como terapia intensiva e de outros procedimentos, esta disparidade torna-se astronômica, como será visto com maior profundidade em outros locais deste trabalho.

Quando levamos em conta apenas os leitos destinados ao atendimento do SUS, a situação se complica ainda mais. Calculando o indicador de leitos por 1 000 habitantes disponíveis ao SUS para o conjunto da população, temos um índice de 1,6 para o Brasil, 1,5 para a região Norte e um máximo de 1,9 para a região Sul, segundo os dados da AMS 2009. Nesta situação, nenhuma região atinge o número de leitos preconizados pelo próprio Ministério da Saúde.

A queda do número de leitos privados destinados ao SUS está, nos últimos anos se processando em uma velocidade muito acentuada, -12,2% apenas no período que vai de 2005 a 2009, como média nacional. Esta queda mostrou-se mais acentuada nas regiões Nordeste (-23%) e Centro Oeste (16,9%), sinalizando um cenário de dificuldades para os próximos anos, caso esta situação não se reverta. Nos anexos um cartograma extraído da AMS 2009 permite uma clara visualização da densidade de leitos nas diversas regiões do País.

Em relação ao cenário capital e interior observa-se uma grande concentração de leitos hospitalares, e, sobretudo, de terapia intensiva nas capitais, que contam com praticamente a metade da capacidade instalada do País. Este quadro é mais gritante nas regiões Norte e Nordeste, onde, em alguns estados, a quase totalidade dos leitos encontra-se nas capitais. Embora se observe um aumento muito discreto nos últimos anos do percentual de leitos alocados nos municípios do interior dos estados, a situação ainda está distante de uma distribuição mais equitativa.

Estes dados, aliados a outros de disponibilidade de equipamentos da AMS (2009), sugerem que a questão da resolutividade do setor hospitalar está extremamente concentrada no País. Ou seja, os serviços de maior complexidade se localizam nas capitais, quando se leva em consideração o cenário no interior dos estados, e nas regiões Sul e Sudeste, quando se observa o Brasil como um todo.

5.7. A distribuição por especialidades dos leitos hospitalares no Brasil

A tabela a seguir composta a partir de dados extraídos do CNES mostra o número total de leitos existentes no País, por especialidade. Neste bloco de dados não foram incluídos os leitos de terapia intensiva, pois a partir de Janeiro 2010 os dados referentes a leitos Complementares foram retirados da consulta referente a leitos de Internação, passando a constituir uma consulta específica que será analisada em outro capítulo. Os 8.201 leitos relativos a hospital dia, embora a rigor não devessem ser computados como leitos hospitalares estão incluídos em função do fato de terem sido totalizados pelo CNES como tais e, em segundo lugar, porque a maioria deles é efetivamente de natureza hospitalar, com um número menor ligado a organizações de natureza ambulatorial. Os leitos de terapia intensiva nas suas mais diversas modalidades serão descritos em outro capítulo. Leitos **Cirúrgicos** compreendem, além da cirurgia geral, leitos de diversas especialidades cirúrgicas como cirurgia cardíaca, torácica, neurocirurgia, etc. São considerados leitos **Clínicos** os clínicos propriamente ditos e ainda várias outras especialidades clínicas como

pneumologia, cardiologia, neurologia, hematologia, etc.. Em **Outras Especialidades** estão inscritos os leitos de psiquiatria, fisiologia e reabilitação.

Tabela 6 - Leitos Hospitalares por Região e Especialidade no Brasil

Região e Estados	Cirúrgico	Clínico	Obstétrico	Pediátrico	Outros	Hospital Dia	Total
TOTAL	117.300	148.671	60.619	63.475	64.890	8.201	463.156
Região Norte	8.173	10.324	5.986	5.598	882	157	31.120
Rondônia	885	1.535	715	671	95	13	3.914
Acre	369	549	247	245	131	-	1.541
Amazonas	1.529	1.935	1.298	1.000	170	50	5.982
Roraima	191	362	171	88	23	-	835
Pará	4.367	4.777	2.922	2.930	247	88	15.331
Amapá	220	412	225	201	21	-	1.079
Tocantins	612	754	408	463	195	6	2.438
Região Nordeste	29.857	36.848	19.180	21.619	12.787	1.685	121.976
Maranhão	3.368	4.410	2.806	3.081	1.014	357	15.036
Piauí	2.116	2.529	1.473	1.545	460	72	8.195
Ceará	4.894	5.786	2.718	3.414	1.603	422	18.837
Rio Grande do Norte	1.704	2.522	1.185	1.273	797	39	7.520
Paraíba	2.126	3.182	1.437	1.752	967	78	9.542
Pernambuco	5.364	6.202	2.872	3.192	4.501	121	22.252
Alagoas	1.341	1.561	1.077	1.309	1.024	19	6.331
Sergipe	986	1.155	615	567	503	49	3.875
Bahia	7.958	9.501	4.997	5.486	1.918	528	30.388
Região Sudeste	50.685	61.908	21.266	21.019	38.625	4.631	198.134
Minas Gerais	10.970	16.459	4.902	5.806	5.646	645	44.428
Espírito Santo	2.353	2.466	1.005	921	925	89	7.759
Rio de Janeiro	12.114	14.512	4.815	4.106	12.127	1.236	48.910

São Paulo	25.248	28.471	10.544	10.186	19.927	2.661	97.037
Região Sul	18.487	27.611	9.225	9.796	8.525	1.283	74.927
Paraná	7.457	9.580	3.832	4.096	3.547	657	29.169
Santa Catarina	3.843	5.891	1.937	1.841	1.640	192	15.344
Rio Grande do Sul	7.187	12.140	3.456	3.859	3.338	434	30.414
R. Centro-Oeste	10.098	11.980	4.962	5.443	4.071	445	36.999
Mato Grosso do Sul	1.530	1.869	865	904	515	62	5.745
Mato Grosso	1.822	2.213	1.042	1.191	261	27	6.556
Goiás	4.487	5.662	2.324	2.480	2.484	226	17.663
Distrito Federal	2.259	2.236	731	868	811	130	7.035

Fonte: CNES – Janeiro de 2012

Se analisarmos o número de leitos acima levando em consideração os parâmetros anteriormente recomendados pelo Ministério da Saúde em sua Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, resumida na tabela 6 abaixo, chegaremos à conclusão de que não há uma distorção importante na distribuição dos leitos por especialidades.

Tabela 7 – Leitos necessários para cada 1.000 habitantes por área especializada, segundo a Portaria n.º 1101/GM.

ÁREA ESPECIALIZADA	% DO TOTAL	LEITOS/1.000
C. MÉDICA	26,82	0,78
C. CIRÚRGICA	14,99	0,44
CUID. PROLONGADOS	5,62	0,16
C. OBSTÉTRICA	9,49	0,28
C. PEDIÁTRICA	14,06	0,41
C. PSIQUIÁTRICA	15,31	0,45
REABILITAÇÃO	4,72	0,14
TISIOLOGIA	0,42	0,01
PSI HOSPITAL DIA	2,73	0,08
FATOR DE AJUSTE	5,83	0,17
TOTAL	100	2,07 – 3,38

Seguindo este quadro de necessidades, temos um número de leitos para internação nas áreas clínicas superior à média preconizada e o número de leitos destinados a hospitais psiquiátricos e pacientes crônicos está menor do que o previsto. Mesmo quando analisamos estes dados em relação aos prestadores e leitos destinados ao SUS, que pode ser visto na tabela abaixo, também não encontraremos distorção.

Tabela 8 – Leitos destinados ao SUS por especialidade clínica

Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras	Hosp/dia	Total
76.690	106.162	46.045	51.293	50.519	4.773	335.482

Fonte: CNES.

Da mesma forma, não é incomum encontrarmos trabalhos, quase sempre feitos por ocasião de revisões de centrais de regulação de leitos e internações trabalhos mostrando a suficiência do número de leitos para atenção à demanda (BITAR, 2011).

Este quadro contrasta fortemente com o que tem sido visto tanto no que tange às dificuldades para internações eletivas, entre as quais as cirurgias compõem o maior contingente, quanto nas situações de urgência. Por outro lado, grande parte dos técnicos da área de saúde mental consideram abusivos o número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, que evidenciam altas taxas de ocupação.

No que tange às cirurgias eletivas, o quadro geral no País é de longa espera o que pode facilmente ser verificado consultando-se as diversas centrais de internação estaduais ou das regiões metropolitanas pelo País, o mesmo acontecendo com exames e consultas especializadas, com a radioterapia e a quimioterapia para doenças neoplásicas.

Em relação às internações em caráter de urgência, a longa espera para uma internação é matéria constante nos diferentes meios de comunicação. Entre os técnicos é comum ouvir-se que determinados perfis clínicos de paciente ensejam longa espera após um atendimento inicial. Entre estes as queixas mais frequentes dizem respeito às demandas por terapia intensiva, leitos resolutivos de clínica médica e leitos para receber pacientes com Acidente Vascular Encefálico. Em relação às cirurgias de urgência são mais comuns a dificuldade em

internar pacientes que demandam procedimentos ortopédicos, neurocirúrgicos e vasculares. Existem poucos estudos que tentam dimensionar estes problemas.

5.8. A título de conclusão do capítulo

a) É inequívoco que a despeito do crescimento do parque hospitalar público, a redução do parque hospitalar brasileiro vem se dando de forma contínua a partir de 1992, implicando em redução do número de estabelecimentos e também do número de leitos hospitalares à disposição da população. É pouco provável que este processo esteja se dando de forma planejada ou como medida racionalizadora como ocorreu com o Canadá e alguns países europeus. A título de exemplo recente, no período compreendido entre 2002 e 2005, a Região Norte do País que contava com o menor índice de cobertura de leitos hospitalares tornou-se ainda mais dramática. Nesta região, segundo os dados da AMS 2005, o setor privado, que está reduzindo o número de leitos em todo o País, teve sua queda mais acentuada, decréscimo de 5,7 %, e o setor público, que está aumentando o número de leitos em todo o País, teve o segundo menor índice de aumento, 0,8 %, ficando acima apenas da região Sul, que cresceu apenas 0,3 %, ante uma média nacional de 1,7 % de crescimento. No período que vai de 2005 a 2009, o crescimento do setor público na região foi um dos maiores, porém, a perda de leitos privados também foi uma das maiores do País, o que superou o esforço público de recomposição da rede. . No período que vai de 2005 a 2009, a região Nordeste perdeu 23% dos leitos privados ligados ao SUS, acentuando ainda mais suas dificuldades. A consequência é que se acentuou a desigualdade na oferta de serviços em relação a estas regiões, que já eram pior assistidas em relação a hospitais.

b) Da mesma forma que a ampliação do parque hospitalar brasileiro em anos passados se deu sem levar em consideração as necessidades de saúde da população, o que fica claramente demonstrado pela grande concentração no sudeste e sul e nas capitais, a redução do número de leitos hospitalares e a incorporação tecnológica vem se dando por racionalidades que não passam pelas necessidades em saúde da população. É bem provável que nosso parque tecnológico de maior complexidade em saúde tenha correspondência,

entre os vários fatores que poderiam ser levados em consideração, com a concentração econômica. Assim, o mapa da rede hospitalar, e de forma ainda mais enfática, o da complexidade tecnológica no Brasil, como será visto em outro capítulo, corresponde ao mapa das regiões, estados e cidades com maior poder econômico. Não se constituirá em surpresa se futuros estudos empíricos vierem a demonstrar que o conjunto das políticas alocativas públicas de recursos na área da saúde tem sido relativamente débeis para fazer frente à capacidade do mercado, com sua racionalidade própria (ou irracionalidade!) em termos de produzir uma rede de serviços com maiores graus de equidade. O fracasso destas políticas tende a manter com os mais abastados (saúde suplementar), os residentes nas regiões Sudeste e Sul, bem como os moradores das capitais, um maior volume de leitos hospitalares e de tecnologias de maior complexidade.

c) Estes e outros fatos apontados no decorrer deste trabalho sugerem, que, muito provavelmente, mais grave que a queda do número de estabelecimentos e de leitos hospitalares à disposição da população, é o formato no qual esta vem se dando. Grandes áreas e contingentes populacionais estão desassistidas ou com difícil acesso a serviços hospitalares. Além da questão regional, a distribuição urbano-rural ou regiões metropolitanas e interior podem estar frente a processos de mudança de perfil da rede que estejam acentuando ao invés de reduzir as desigualdades na oferta de serviços de saúde. .

d) Outra questão que merece estudos mais aprofundados diz respeito à possibilidade de que o País esteja consolidando um parque hospitalar altamente qualificado, com alto grau de incorporação tecnológica e que tem como objetivo atender o pequeno contingente de brasileiros, aproximadamente 30% da população que conta com a assistência médica pelo segmento da saúde suplementar, e outro parque hospitalar, com menor incorporação tecnológica e menos resolutivo voltado para o atendimento ao SUS. Um parque hospitalar bipolar. Alguns dados falam fortemente a favor desta hipótese. De acordo com os dados da AMS (2005), dos 537 equipamentos radiológicos para realização de estudos hemodinâmicos existente no Brasil, apenas 96 pertenciam ao setor público e o total disponível para o SUS era de 271 equipamentos. Dos 529 aparelhos de litotripsia do País, 217 estavam disponíveis ao SUS. Dos 549 aparelhos de ressonância magnética, apenas 175

estavam disponíveis ao SUS. Dos 6.185 aparelhos de ultra-som com *doppler* colorido, apenas 1.716 estavam disponíveis ao SUS. Dos 3.069 vídeo-laparoscópios existentes, 1.222 estavam disponíveis ao SUS. Os dados da AMS 2009 não apenas mantiveram, mas acentuaram esta tendência.

Ao se acrescentar a esses dados estudos anteriores, como os de Cordeiro (2003) e Gerschman (2003), o cenário se complica ainda mais. Cordeiro (2003), utilizando dados do DATASUS, mostrou que a realização de 84% dos procedimentos de maior complexidade do SUS (hemodinâmica, terapia renal substitutiva, ressonância magnética, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada e quimioterapia) se dava pelo setor privado, ao passo que 82% dos procedimentos ambulatoriais eram realizados pelo setor público, apontando no sentido de uma especialização do setor público em procedimentos de menor complexidade e do setor privado na alta complexidade. Salientava ainda uma previsível “retração dos setores mais qualificados da oferta hospitalar privada no SUS para um segmento mais bem financiado, o da saúde suplementar”. Gerschman (2003) em um estudo sobre os hospitais filantrópicos apontava no sentido da menor competitividade deste setor e do seu alto grau de dependência do SUS. Desta forma, prosseguindo as atuais tendências, o parque hospitalar do SUS tenderia a se concentrar nos hospitais públicos e na rede filantrópica de menor resolutividade, enquanto a rede filantrópica de maior resolutividade e o setor privado tendem a migrar para a saúde suplementar.

e) Esta diferença no volume de tecnologia à disposição da saúde suplementar, em contraposição à que está à disposição do SUS pode não representar, em muitos aspectos, uma diferença de impacto do sistema de saúde em termos de mortalidade, morbidade e longevidade. A título de exemplo, em que pese o intervencionismo da cardiologia brasileira em relação à doença coronariana de origem aterosclerótica, com suas cirurgias de revascularização e mais recentemente com as inúmeras angioplastias e colocação de diversos tipos de *stents*, o fato é que não existem grandes evidências de que estes procedimentos prolonguem ou melhorem objetivamente a qualidade da vida de seus usuários. Nesta circunstância, promover esforços para ampliar o acesso dos usuários do SUS a este tipo de tecnologia, aproximando-o da situação da saúde suplementar, pode

representar uma *luta para reduzir diferenças que não fazem nenhuma diferença* em termos da saúde dos usuários. É bem provável que o mesmo ocorra também com outros procedimentos, que, muitas vezes, representam simplesmente o que poderíamos chamar, na melhor das hipóteses, incorporação acrítica de tecnologia. Não se deve também descartar a hipótese de que esta incorporação tecnológica represente os tentáculos de uma indústria que tem como objetivo produzir e vender equipamentos, insumos e serviços e que tem conseguido, com muita frequência, atingir seus objetivos com, sem e muitas vezes apesar, do que diz a ciência e os estudos independentes a respeito.

No entanto, até o presente, nada nos diz que a diferença de acesso entre usuários do SUS e da saúde suplementar se dê em função de estudos ou implementação de racionalidades que tornem a visão em relação à necessidade ou não destas tecnologias e em que circunstâncias devam ser usadas em consenso entre médicos e usuários. Ao se considerar a demora na realização de alguns procedimentos pelo SUS, o volume de equipamentos à disposição e a localização dos mesmos, tudo nos leva a crer que efetivamente temos uma grande diferença de acesso a alguns serviços em função da pouca disponibilidade dos mesmos aos usuários do SUS. Os dados decorrentes deste estudo, em relação à terapia intensiva, como será visto nos resultados deste trabalho, apontam nesta mesma direção.

f) Caso persista a tendência verificada nos últimos anos, o SUS contará com um grande número de pequenos hospitais, com baixa incorporação tecnológica, ao lado de um pequeno número de hospitais de maior complexidade.. Quanto às internações hospitalares, tendo sequência a tendência verificada nos últimos anos, as internações do SUS acontecerão progressivamente em número maior na rede pública, com a rede privada, no entanto arcando com determinados tipos de pacientes em função do seu perfil tecnológico.

g) Nem a União nem os Estados fizeram investimentos significativos na construção ou incorporação de hospitais nos últimos anos, o que, somente foi feito pelos municípios. Estes, construíram hospitais proporcionais ao seu porte (75% dos municípios brasileiros tem menos de 20.000 habitantes segundo o IBGE), ou seja pequenos hospitais de menos de 50 leitos, com as conseqüências negativas em relação à economicidade e à resolutividade. Para a construção ou gerenciamento de hospitais maiores, as políticas tem apontado no

sentido de alguma forma de aglutinação dos municípios (consórcios, planos de programação regionalizada, etc.) e menos na construção pelos Estados e União destes hospitais. Obviamente, em algumas circunstâncias 40 ou 50 prefeitos de pequenos municípios podem se unir e construir ou incorporar um hospital de maior porte para toda uma região. Mas contar com isto como política de ofertar serviços hospitalares de maior complexidade parece uma temeridade. Afinal, juntar 50 prefeitos e gestores de opiniões e interesses diferentes em um projeto conjunto, que em geral ficará fora de sua cidade e longe de seus eleitores não tem sido a regra na tradição brasileira. Por outro lado, o anti-hospitalismo e a descentralização que se tornaram religiões, aliás, muito oportunas, para gestores Estaduais e da União parece longe de ser substituída por outro credo. Desta forma, o SUS continua com um grande impasse em relação a questão hospitalar e aos procedimentos de maior complexidade.

h) Por fim, a dinâmica hospitalar no Brasil deixou de ser ditada pelo SUS, passando a ser ditada pela saúde suplementar, mas este assunto será melhor debatido em outros capítulos.

6. OFERTA DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA COMO *PROXY* DA RESOLUTIVIDADE DOS HOSPITAIS NO BRASIL

6.1. Terapia intensiva e resolutividade hospitalar

Apesar da existência de vários relatos sobre a história da terapia intensiva (Calvin, 1997) (Zuck, 1995), precisar o seu nascimento com as características que observamos hoje não é uma tarefa muito fácil. Os livros de terapia intensiva e principalmente a Internet são pródigos em fotografias e pequenas resenhas de um grande número de profissionais, em geral médicos, que foram citados ou que se apresentam como os pais ou patriarcas da abordagem de pacientes criticamente enfermos em diferentes países. Assim, qualquer um que procure, em termos de nacionalidades encontrará pais americanos, pais franceses, pais ingleses, etc. para a prática. Os que defendem suas próprias corporações, ou os que estudam a história das especialidades médicas encontrarão pais anestesistas, cardiologistas, pneumologistas e neonatologistas entre outros. Não faltará até quem diga que o fato de Florence Nightingale organizar o atendimento a pacientes em seus pós-operatórios em determinadas áreas do hospital onde podiam ser observados continuamente a coloca como precursora direta da terapia intensiva. Assim, a terapia intensiva, além dos inúmeros pais, em um exercício hermenêutico mais alargado poderia registrar em sua história uma avó: Florence e sua preocupação em colocar pacientes demandantes de uma maior intensidade de cuidados em uma mesma área no hospital.

O fato é que, por volta do final da primeira metade do Século XX, parecia que a abordagem dos pacientes por grau de gravidade emergia como uma das formas de diferenciação e especialização clínica no interior do hospital. Tudo indicava que os pacientes mais graves eram cuidados mais adequadamente em unidades especialmente montadas e organizadas para isto. Este tipo de organização da clínica, pela agregação e observação de pacientes com problemas parecidos, permitiu também que se descobrissem síndromes ainda não reconhecidas, além de possibilitar a realização de um extenso leque de estudos clínicos, face ao fato dos pacientes serem monitorizados rotineiramente em relação a um grande número de variáveis.

Atualmente, o cuidado intensivo é considerado uma prática multiprofissional voltada para pacientes que tem uma ameaça imediata a suas vidas em decorrência de alguma doença ou de alguma injúria relacionada a traumas, envenenamentos ou outras causas externas. Estes pacientes têm sido considerados criticamente enfermos, termo genérico cunhado para nele enquadrar os pacientes que necessitam de intervenções que deem suporte a algum órgão ou sistema cuja falha lhes ameaça imediatamente a vida ou cuja observação e monitorização podem antecipar complicações, que, precocemente abordadas melhorem os resultados da terapêutica. O cuidado intensivo pode ser provido em qualquer lugar que o paciente se encontre. No local de um acidente, no transporte até o hospital, nas unidades de urgência ou emergência, nas salas de cirurgia ou de ressuscitação pós-anestésicas, etc. No entanto, o cuidado mais duradouro destes pacientes tem sido feito nas unidades de terapia intensiva.

Os exemplos típicos de doenças que levam os pacientes adultos a ficarem criticamente enfermos são os ataques cardíacos gerados pelas insuficiências coronarianas que levam a infartos agudos do miocárdio ou síndromes anginosas, arritmias cardíacas graves, insuficiências respiratórias decorrentes de infecções pulmonares ou outras causas, complicações de procedimentos cirúrgicos, acidentes vasculares cerebrais diversos, traumas ou envenenamentos, queimaduras extensas, etc. Em relação aos recém-nascidos destacam-se a prematuridade, os problemas respiratórios e as infecções. Um conjunto crescente de atividades da terapia intensiva está relacionado a apoio a procedimentos cirúrgicos complexos, cujos pós-operatórios demandam uma maior intensidade de cuidados e variáveis a serem monitoradas, como os pós-operatórios de pacientes politraumatizados, das cirurgias cardiovasculares, das cirurgias neurológicas, dos transplantes, etc.

Em relação à redução de mortes ou danos, parece haver certo consenso que este formato de organização e provisão de cuidados clínicos é benéfico em algumas poucas situações, embora, para a avassaladora maioria das condições este benefício ainda não esteja claramente documentado, o que pode ser verificado nos trabalhos de Cronim (2000) e Lyons (2000). Nos últimos anos tem sido estimulada, por vários países, a pesquisa direcionada a vários aspectos da terapia intensiva, incluindo estudos de custo-efetividade.

Enquanto alguns países definem uma unidade de terapia intensiva como uma unidade com *staff* próprio, equipada, separada e distinta de outras para a abordagem de pacientes com condições potencialmente fatais, outros procuram estabelecer gradações entre as unidades que consideram desde o tipo de paciente atendido até a infraestrutura da unidade, formação do quadro de médicos etc. estabelecendo gradações que vão desde a enfermaria de cuidados habituais até unidades altamente complexas. Um exemplo desta situação é o próprio Reino Unido, onde as unidades voltadas para o cuidado de pacientes criticamente enfermos são classificadas em cinco níveis de acordo com sua localização no hospital, inserção do hospital na rede de serviços da região, patamar de complexidade dos problemas abordados, *staff* técnico, etc. sendo considerados leitos de terapia intensiva apenas os que atingem o nível 4 ou superior, como pode ser observado no “*Commissioning critical care*”, documento da *Modernization Agency* do *National Health System* de 2003 .

Em vários países (Nova Zelândia, Austrália, Reino Unido, Brasil e outros) adota-se também o conceito de **cuidado intermediário** (*high dependency units*) que varia amplamente de país para país e mesmo dentro do mesmo país. Em linhas gerais corresponde a uma unidade no interior de um hospital com capacidade para abordar alguns pacientes criticamente enfermos, ofertando um nível de cuidados que é maior do que o ofertado nas enfermarias tradicionais e menor do que é ofertado nas unidades de terapia intensiva. Em várias localidades estas unidades não são consideradas unidades isoladas, mas se articulam como parte de um *continuum* de cuidados intensivos. O objetivo destas unidades é, geralmente, a otimização e a coordenação de cuidados aos pacientes criticamente enfermos através do uso dos serviços e aparatos de acordo com as necessidades do paciente. Com frequência o grande diferencial destas unidades em relação às unidades de terapia intensiva, mais do que a questão dos equipamentos disponíveis, é o quantitativo de profissionais. A título de exemplo, enquanto temos uma relação de um médico para cada dez pacientes em uma unidade de cuidado intensivo, temos um médico para cada 30 pacientes ou mais em uma unidade de cuidado intermediário.

A escolha da terapia intensiva como Proxy para analisar a resolutividade dos serviços hospitalares no Brasil se dá por vários motivos, dentre os quais destacaremos três. O

primeiro deles diz respeito à sua expansão em praticamente todo o ocidente, o que tem sido referido como uma medida que amplia a resolutividade dos hospitais. Embora o peso da terapia intensiva no conjunto da assistência hospitalar varie amplamente de país para país, observa-se que o crescimento do número de leitos vem ocorrendo na maior parte dos países do ocidente, sendo que alguns deles, a exemplo da Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, contam até com planos que envolvem crescimento programado por vários anos, tendo formado grupos de estudos para analisar a situação e propor medidas relativas a estes serviços em seus respectivos países, como pode ser observado nos relatórios de trabalho destes grupos. **Na contramão do que está acontecendo em relação ao número de leitos hospitalares em geral, o número de leitos de terapia intensiva vem se ampliando na maior parte do ocidente**, como documentam Miranda e Ryan (1998) em seu trabalho sobre a terapia intensiva nos 12 países da Comunidade Econômica Européia da época. Este fato, juntamente com outros dados mencionados neste trabalho, sugere que se o número de hospitais e leitos vem decaindo em todo o mundo, alguns setores ou áreas no hospital vêm se mantendo e até mesmo ampliando suas funções, como é o caso da própria terapia intensiva.

O gasto com terapia intensiva varia amplamente entre os países. Segundo Poalillio (2006), nos Estados Unidos, onde o número de leitos de terapia intensiva corresponde a aproximadamente 10% do total de leitos hospitalares e onde entre 50 mil e 100 mil pacientes se encontram internados todos os dias, consome-se no custeio destas unidades 34% dos recursos destinados a hospitais, o que corresponde a 1 % do PIB. Por volta do ano 2000, segundo o editorial da *Crit care clinics* 2002, havia mais de 5 mil unidades de terapia intensiva nos Estados Unidos, pelas quais passavam, em algum momento, quase 20 % dos pacientes internados em hospitais. Caso persistam os índices atuais de passagem pelas unidades de terapia intensiva, estima-se que oito em cada dez americanos passarão por uma unidade de terapia intensiva em algum período de sua vida. No Reino Unido, onde o número de leitos de terapia intensiva não chega a 3% do total de leitos hospitalares destinados a agudos, o gasto total com estas unidades não ultrapassa 3% do orçamento destinado aos hospitais segundo Goldhill (2005), mas vem crescendo.

Um segundo motivo diz respeito à importância da terapia intensiva para várias outras áreas da assistência hospitalar de maior complexidade. Grande parte das cirurgias de maior complexidade em diversas especialidades como a cardiologia, a neurologia, a angiologia, alguns procedimentos urológicos, transplantes somente são efetivados com o apoio de unidades de terapia intensiva. Na abordagem de situações de urgências e emergências clínicas e traumáticas a retaguarda de leitos de terapia intensiva é tão importante que é muito pouco provável, no contexto atual, que um hospital possa se constituir em referência qualificada para estas situações sem o intercurso da terapia intensiva. O mesmo se dá no que tange à assistência ao parto, em relação à neonatologia, onde a terapia intensiva neonatal é segmento extremamente importante para abordagem de recém-nascidos de baixo peso, com complicações clínicas.

Um terceiro motivo diz respeito à quantidade de serviços que precisam estar funcionando simultaneamente para dar suporte à terapia intensiva. Profissionais de várias especialidades médicas, áreas de apoio diagnóstico como patologia clínica, imagens, etc. que precisam estar disponíveis, fazendo com que, não apenas os leitos de terapia intensiva em si, mas o conjunto do hospital esteja operante. Neste sentido, podemos dizer que é pouco provável - pelo menos no que diz respeito a um extenso leque de serviços como a atendimento a grandes urgências clínicas e traumáticas, neurocirurgias, cirurgias cárdio-vasculares, transplantes, entre outros - que um hospital seja resolutivo sem contar com unidades de terapia intensiva.

6.2. Terapia intensiva no Brasil

No Brasil, as primeiras unidades de terapia intensiva surgiram na década de 60, ampliando-se na década de 70 e subseqüentes, estando presentes hoje em pouco mais de um quarto dos hospitais brasileiros. Tendo surgido inicialmente nos grandes hospitais universitários, nos filantrópicos de maior porte, e nos hospitais privados mais bem equipados, foram se multiplicando até atingir hoje 1.800 hospitais. Aqui, assim como em muitos países europeus e nos Estados Unidos, o Intensivismo é uma sub-especialidade médica. Os profissionais, em geral provenientes de diferentes especialidades médicas como a clínica

médica, a cardiologia, a pediatria, a anestesia, etc. fazem uma formação, quase sempre no trabalho, e mais recentemente em residências médicas, para exercerem a atividade que não é exclusiva dos que possuem titulação específica para o exercício da atividade, mas, cuja titulação é cada vez mais incentivada, e também exigida, pelas corporações da classe ou pelos organizadores de serviços.

As unidades de terapia intensiva são classificadas pelo Ministério da Saúde em três níveis, sendo que o primeiro nível é reservado para unidades que não preenchem os requisitos dos níveis dois e três e, em algumas circunstâncias até mesmo unidades que preenchem pré-requisitos para ser consideradas unidades de terapia intensiva, mas, que por motivos burocráticos não foram credenciadas ou classificadas como tal. Dada esta heterogeneidade classificatória e a variação de nomenclatura em relação ao que é considerado leito para cuidado intensivo nos vários países, o estabelecimento de comparações ou referência é tarefa extremamente complexa.

O número ideal de leitos por unidade de terapia intensiva é matéria controversa. O Ministério da Saúde do Brasil, em suas portarias normatizadoras, tem sugerido que o médico não deva se responsabilizar por mais de 10 leitos de terapia intensiva, o que de certa forma tem moldado o tamanho aceitável para uma unidade, servindo de parâmetro para que a maioria dos hospitais de maior porte estruture suas unidades em número de leitos que perfazem até 10 ou múltiplos deste número nos casos de unidades maiores. Por motivos similares, o Colégio Australiano e Neozelandês de Anestesiologistas tem sugerido como ideal uma unidade que tenha entre 12 e 15 leitos, sob o argumento de que este número de leitos requer um intensivista, uma enfermeira com habilidades na área e que poderia coordenar o trabalho das demais, recomendando que para hospitais maiores esta configuração funcione como base que poderia ser multiplicada por dois, três ou mais dependendo da necessidade do hospital. Mais recentemente, foi publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária uma portaria a Resolução nº 7 de 24/02/2010 que estabelece *Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva*. Aqui, preconiza-se que o número de médicos é de um para cada 10 pacientes, porém, o número de enfermeiros é de um para oito pacientes, o que, certamente dificultará o planejamento da gestão de pessoas, além de especificar quantitativos de técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, etc.

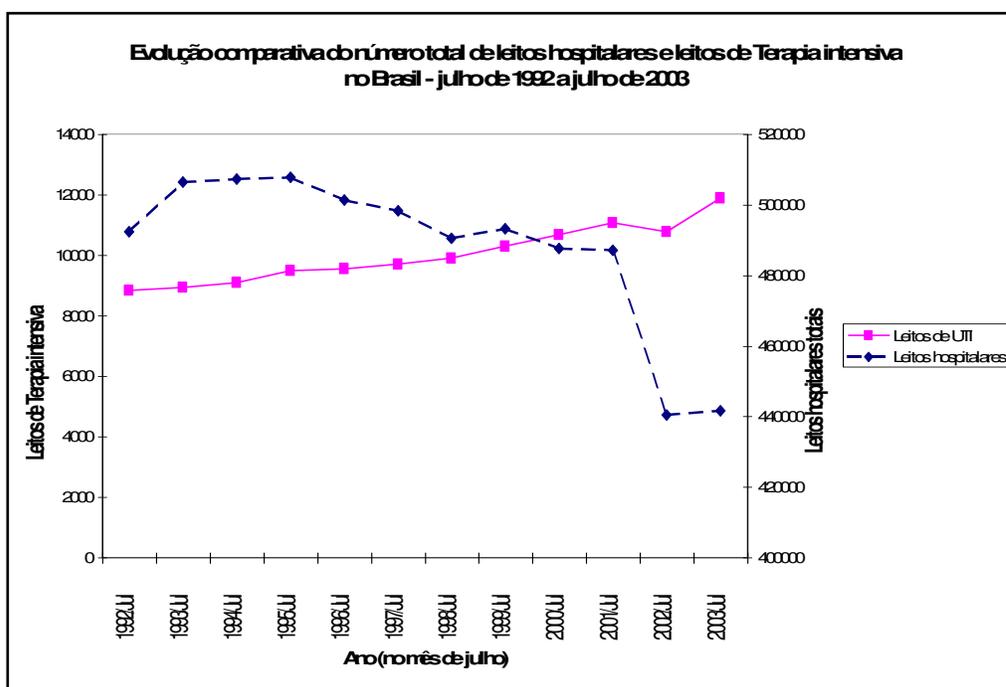
O Ministério da Saúde não tem uma política explícita em documentos que possam ser consultados sobre o tema. Foram publicadas três portarias ministeriais que tratam do assunto, abordando principalmente normas para funcionamento, credenciamento no SUS e classificação por nível de complexidade, bem como alguns parâmetros para dimensionamento de equipamentos e recursos humanos necessários para o funcionamento das unidades, que podem ser observados na Portaria 3.432, de 18 de Agosto de 1998. No entanto, nada mencionam sobre dimensões que o setor deva ter e critérios para inclusão de novas unidades no sistema de saúde. Embora não estabeleça diretamente metas em relação à cobertura da população, explicita sua expectativa de porte do setor através de parâmetros que dizem respeito ao percentual de leitos que a terapia intensiva deva ter com relação ao total de leitos hospitalares, como pode ser observado nas portarias que de alguma forma tratam do tema.

A tendência observada no Brasil nestas duas últimas décadas, em relação à terapia intensiva tem sido a mesma dos outros Países de ocidente. Aumento do número de leitos de terapia intensiva, em contraposição à redução ao total de leitos hospitalares. que vem reduzindo e esta também tem sido. A pesquisa da AMS 2005 revelou a existência no Brasil de 1.756 unidades de terapia intensiva (para adultos e crianças maiores) e 683 unidades de terapia intensiva neonatal. Das 1.756 unidades para adultos e crianças, 432 pertenciam ao setor público e 1.342 ao setor privado, sendo que destas últimas, 732 prestavam serviços ao SUS. Em relação à terapia intensiva neonatal, das 683 unidades existentes, 200 eram públicas e 483 privadas, sendo que destas últimas 274 prestavam serviços ao SUS. A AMS 2009 revelava a existência de 1802 unidades, das quais 486 tratavam de unidades públicas, 1317 privadas, sendo que destas últimas, apenas 717 prestam algum tipo de serviço ao SUS. Utilizando-se estes dados e o número de leitos do CNES, chega-se à conclusão que as unidades de terapia intensiva brasileiras tem aproximados 9 leitos por unidade.

O gráfico a seguir foi realizado a partir de dados do SIH/SUS coletados em 2006 com a finalidade de verificar as tendências no Brasil, em relação a leitos hospitalares e terapia intensiva. O mesmo não pôde ser atualizado, pois a sistemática da organização da base de dados foi alterada. No entanto, como se verá à frente, os números recentes coletados no CNES, mostram que as tendências, tanto em relação ao número de leitos hospitalares quanto ao número de leitos de terapia intensiva persistem. No ano de 2002 uma nova

sistemática de aferição dos leitos, relacionada à criação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi implementada. Em 2003, em um único movimento, todos os hospitais que não haviam apresentado autorizações de internação hospitalar foram excluídos do banco de dados. Este fato, levou à uma “queda abrupta” na linha do gráfico que traça o número de leitos hospitalares, o que não invalida a tendência que já vinha sendo observada antes, ao contrário reforçando-a. O número de leitos de terapia intensiva vinculados ao SUS passou de 8.841 em 1992 para 11.889 em 2003, e agora, em 2010, na base CNES, este número saltou para 16.090 leitos disponíveis ao SUS. Neste mesmo período, o número de leitos hospitalares caiu de 492.254 para 441.591 em 2002, agora em 2010 é de 335.482, denotando que com o passar dos anos as tendências se mantiveram, e que, independente do a queda abrupta em decorrência da ‘limpeza’ do banco de dados em 2003 as tendências opostas em relação a leitos hospitalares e leitos de terapia intensiva se mantiveram, com um caindo e o outro subindo.

Figura 8 – Evolução comparativa do número total de leitos hospitalares e leitos de Terapia Intensiva conveniados ao SUS no Brasil – julho de 1992 a julho de 2003



Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

6.3. Distribuição SUS/saúde suplementar dos leitos de terapia intensiva no Brasil

Em Dezembro de 2010, segundo os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, o número de leitos de terapia intensiva tinha a seguinte distribuição no Brasil:

Tabela 9 - Distribuição de leitos de terapia intensiva existentes no Brasil por esfera administrativa

LEITOS TERAPIA INTENSIVA	Público	Filantrópico	Privado	Total
TOTAL	10.422	9.630	13.733	33.425
UTI adulto I	1.173	1.692	5.764	8.629
UTI adulto II	3.961	3.860	2.623	10.444
UTI adulto III	888	1.150	687	2.725
UTI infantil I	289	218	885	1.392
UTI infantil II	1.011	478	360	1.849
UTI infantil III	257	274	140	671
UTI neonatal I	393	392	1.774	2.559
UTI neonatal II	1.918	1.229	787	3.934
UTI neonatal III	356	287	342	985
UTI de Queimados	176	50	11	237

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/Dez/2010

Levando em conta toda a população, este quadro corresponderia a uma cobertura de 0,17 leitos de terapia intensiva por mil habitantes, o que não nos deixa muito distantes de parâmetros considerados razoáveis na literatura internacional que trabalha com a idéia de cobertura razoável na casa dos 0,20 a 0,25 leitos de terapia intensiva por mil habitantes. No entanto, quando se verifica o acesso a estes leitos em função de sua distribuição, seja em termos da relação SUS/saúde suplementar, seja em função da distribuição territorial,

grandes discrepâncias são percebidas. Quando analisamos a parcela de leitos, do total anteriormente mencionado que se encontra à disposição do SUS, encontramos o seguinte quadro:

Tabela 10 - Leitos de terapia intensiva disponíveis ao SUS por classificação e tipo de prestador

LEITOS TERAPIA INTENSIVA SUS	Público	Filantrópico	Privado	Total
TOTAL	7.823	6.010	2.557	16.090
UTI adulto I	470	413	199	1.082
UTI adulto II	3.261	3.005	1.215	7.481
UTI adulto III	761	749	145	1.655
UTI infantil I	98	17	41	156
UTI infantil II	836	388	206	1.430
UTI infantil III	224	205	51	480
UTI neonatal I	102	1	4	107
UTI neonatal II	1.644	973	340	2.957
UTI neonatal III	305	217	51	573
UTI de Queimados	122	42	5	169

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES Dez/2010

Estes números evidenciam que menos da metade dos leitos de terapia intensiva existentes no Brasil estão à disposição do SUS. Isto configura um quadro, caso consideremos que os demais estão todos à disposição do sistema privado, de **cobertura de 0,10 leitos por mil entre os usuários exclusivos do SUS, contraposto a uma cobertura 0,43 leitos por mil usuários da saúde suplementar**. O que significa que os usuários de planos de saúde tem à

sua disposição quatro vezes mais leitos de terapia intensiva percapita que os usuários exclusivos do SUS.

Neste contexto, chama atenção o número de leitos de terapia intensiva em hospitais públicos que não está à disposição do SUS. O fato de mais de um quinto destes leitos estarem à disposição do setor privado é de nos fazer pensar que o Ministério Público, que deveria zelar pelo cumprimento da lei neste País ou está tão ocupado que não tem tempo para isto, ou, simplesmente não se interessa pelo assunto. As alegações que os gestores destes hospitais utilizam para destinar estes leitos ao setor privado são de que ganham mais dinheiro para ser utilizado com os pacientes do SUS. Esta é uma situação no mínimo surreal. Vamos à feira vender o que está faltando em nossa própria casa!. Ora, não seria este um mecanismo meramente corporativo, que possibilitaria auferir mais ganhos do que os soldos que são pagos a título de emprego pelo setor público? Não seria somente um mecanismo de gestores reduzirem o conjunto dos gastos, uma vez que parte do serviço será pago pelas operadoras de plano de saúde? Será que estes hospitais conseguem produzir mesmo serviço a um custo menor que conseguem vender?

6.4. Distribuição regional e SUS *versus* saúde suplementar de leitos de terapia intensiva e serviços de maior complexidade no Brasil

As tabelas abaixo foram compiladas a partir de dados extraídos da AMS 2009 e devem ser analisadas em contraposição uma à outra. Elas nos permitem fazer um análise dos serviços de maior complexidade existentes no Brasil, que corresponde à primeira tabela e, destes serviços, os que estão à disposição do SUS, que corresponde à segunda tabela. Elas permitirão analisar, ao mesmo tempo, a distribuição regional e, o que está à disposição do SUS e do setor privado, de serviços e equipamentos de maior complexidade no País.

Tabela 11 - Equipamentos de maior complexidade existentes no Brasil por região

Equipamentos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
TOMÓGRAFO	3.019	134	428	1.742	474	241
RESSONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	1.199	59	132	734	178	96
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	10.538	480	2.171	5.374	1.579	934
RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEAR	731	36	101	431	112	51
ENDOSCÓPIOS	22.761	977	4.727	11.407	3.691	1.959
GAMA CÂMARA	624	22	95	358	93	56
LITOTRIPSOR	742	34	121	394	124	69
HEMODIÁLISE	18.780	562	4.090	9.731	2.990	1.407
NEUROCIRURGIA	703	34	114	366	145	44
CIRURGIA CARDÍACA	490					
TRANSPLANTES	314					
UTI/CTI	1.802					

Fonte: Compilada a partir de dados da AMS 2009

Tabela 12 - Equipamentos de maior complexidade à disposição do SUS por região

Equipamentos disponíveis ao SUS	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
TOMÓGRAFO	1.145	66	190	575	241	73
RESSONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	361	30	60	171	71	29
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	2.927	169	666	1383	502	207
RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEAR	445	24	70	237	86	28
ENDOSCÓPIOS	9.667	465	2.221	4.567	1.774	507
GAMA CÂMARA	319	13	65	156	59	26

LITOTRIPSOR	312	17	54	156	59	26
HEMODIÁLISE	15.745	511	3.621	7.852	2.569	1.192
NEUROCIRURGIA						
CIRURGIA CARDÍACA						
TRANSPLANTES						
UTI/CTI	1.099	75	220	530	189	85

Fonte: Compilada a partir de dados da AMS 2009

Analisando as tabelas acima chegamos à conclusão que dos 3.019 tomógrafos existentes no Brasil, 1742 se encontram na região sudeste, 134 na Região Amazônica, que tem menos da metade do número de tomógrafos que tem a cidade de Belo Horizonte, que conta com 298, e a cidade de São Paulo conta com 464 tomógrafos, número superior a todos os tomógrafos que se encontram disponíveis para a população do Nordeste que é de 428 equipamentos. Destes 3.019 tomógrafos existentes, os usuários do SUS tem acesso a apenas a 1.145. Isto equivale a dizer que os 145 milhões de brasileiros com acesso exclusivo ao SUS, têm à sua disposição a metade do número de tomógrafos que está à disposição dos outros 45 milhões de habitantes (isto, sem levar em conta que um número significativo destes 1.145 aos quais os usuários do SUS têm acesso, estão também à disposição dos 45 milhões de usuários da saúde suplementar e daqueles que podem arcar diretamente com o pagamento dos exames, o que complica ainda mais a acessibilidade).

Dos 847 mamógrafos com estereotaxia existentes no Brasil, apenas 306 estão disponíveis aos usuários do SUS. A Região Amazônica conta com apenas 11, dos quais 3 se encontram em Manaus. Neste sentido, é pouco provável que uma boa parte dos cânceres de mama estejam sendo diagnosticados e abordados adequadamente. Parte considerável da população do Norte e Nordeste precisa tomar um avião e utilizar um dos 142 mamógrafos com estereotaxia, que se encontram disponíveis ao SUS na Região Sudeste.

Caso continuemos a análise item por item chegaremos à conclusão de que os usuários dos planos privados e os que podem pagar diretamente - cerca de 45 milhões de brasileiros - têm à sua disposição, em termos absolutos, três vezes mais serviços de maior complexidade

do que os 150 milhões de brasileiros que tem o SUS como única forma de acesso a serviços. Se ajustarmos alguns destes serviços em termos percapita, a disparidade beira as raias do absurdo. Um verdadeiro fosso que vem se conformando em termos de acesso a procedimentos de maior complexidade entre as classes A e B, as que tem acesso à saúde de suplementar e o restante dos brasileiros. Esta situação é menos grave apenas em segmentos relacionados à hemodiálise e a tratamentos para câncer.

Em relação ao grau de incorporação tecnológica dos hospitais brasileiros, poderíamos dizer que vivemos um paradoxo. O grau de incorporação tecnológica é relativamente baixo quando analisamos o conjunto dos hospitais. De nossos 6.875 hospitais, apenas um quarto tem unidades de terapia intensiva (1802), menos de 10% realizam quimioterapia, cirurgias cardíacas são realizadas em apenas 490 e apenas 314 (menos de 5%) realizam alguma forma de transplante. Apenas 1600, menos de um quarto, conta com tomografia. No entanto, a incorporação tecnológica vem ocorrendo em ritmo acelerado em alguns hospitais, especialmente no setor privado que presta serviço à saúde suplementar, o que tem sido considerado por alguns analistas uma verdadeira corrida armamentista. Hospitais incorporam tecnologia para melhorar seus rendimentos financeiros, uma vez que os procedimentos de maior complexidade são melhor remunerados, fato este, que precisa ser melhor analisado. Estamos conformando, em termos de hospitais, o mesmo que temos em termos sociais. Uma situação bipolar, com um pequeno número de hospitais, algumas centenas, com um grau de incorporação tecnológica de fazer inveja aos países do G-7 e os demais com um alto grau de defasagem.

Quando analisamos em separado o conjunto dos 2.839 hospitais públicos, verificamos que apenas 476 deles contam com unidades de terapia intensiva, o que corresponde a aproximadamente 15% dos hospitais, apenas 369 contam com tomógrafos, 66 realizam algum tipo de cirurgia cardíaca e 67 algum tipo de transplante a denotar que o conjunto de equipamentos e serviços de alta complexidade do setor público é bem menor que o do setor privado. Talvez este fato tenha relação com o porte dos hospitais públicos.

Em relação à distribuição nos municípios, verifica-se, considerando apenas os leitos que

prestam serviços ao SUS, que aproximadamente metade dos leitos situam-se nas capitais e este quadro tem se alterado muito pouco no decorrer do tempo. De 10.684 leitos, segundo o SIH/SUS, no ano de 2000, 5.349 se encontravam nas capitais (50,07 %), enquanto 5.335 (49,93 %) se encontravam nas cidades do interior. Em 2004, dos 15.525 leitos cadastrados, 7.486 (48,22 %) se encontravam nas capitais, enquanto 8.039 (51,78 %) se encontravam nas cidades do interior. Este quadro de concentração dos leitos nos municípios das capitais é mais gritante nas Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. No ano de 2004, dos 519 leitos da Região Norte, 401 (77,26 %) concentravam-se nas capitais. Dos 2.669 do Nordeste, 1.677 (62,83 %) concentram-se nas capitais. No Centro Oeste, dos 1.293 leitos existentes, 774 (59,87 %) concentram-se nas capitais. As regiões Sul e Sudeste tem uma distribuição um pouco mais favorável. Na Região Sul, dos 3.017 leitos existentes, 1.239 (41,07 %) se concentram nas capitais. Na Região Sudeste, dos 8.027 leitos existentes, 3.395 (42,29 %) concentram nas capitais. Desta forma podemos dizer que, em relação ao SUS temos uma grande concentração dos leitos nos municípios das capitais, relação esta que se agrava nas regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste, onde a grande maioria dos leitos se encontra nas capitais, com a Região Norte ocupando uma posição extrema, onde a quase totalidade dos leitos se encontra nas capitais.

6.5 – A título de conclusão do capítulo

- a) O conjunto de dados nos permite inferir que embora o número de leitos hospitalares no Brasil continue a declinar, o número, tanto de unidades quanto de leitos de terapia intensiva continuam a aumentar. Isto pode significar que vem ocorrendo uma qualificação, pelo menos em termos médios dos hospitais no Brasil. Este fato, em consonância com os achados de vários autores como Goldhill (2005), Miranda e Ryan (1997), Lyons (2000) evidencia tratar-se de fenômeno que vem ocorrendo na maioria dos países do ocidente. Esta constatação aponta no sentido de que existem núcleos de práticas médicas hospitalares que vem se ampliando ao longo dos anos.

Se agregarmos a esta tendência em relação à terapia intensiva, a manutenção e, até mesmo, o aumento do número de internações hospitalares, como demonstrado neste

trabalho em relação ao Brasil, e também descrita por autores como Mckee (2002) em vários países europeus, chegaremos à conclusão que a relevância deste tipo de organização para o sistema de saúde é muito alta, e, que parte considerável do que está ocorrendo com os hospitais não tem a ver com a redução de sua importância para o sistema de saúde, mas, com a transformação de suas práticas.

- b) No Brasil, embora o número de leitos de terapia intensiva venha aumentando, ainda está abaixo dos parâmetros recomendados pelo próprio Ministério da Saúde, que sugere, que os números devam ficar na faixa de 4 % a 10 % dos leitos hospitalares, o que corresponde a coberturas populacionais entre 0,12 e 0,25 leitos por mil habitantes. Grande parte dos países europeus e da América do Norte ultrapassam estes parâmetros procurando ajustar seus parâmetros para 0,20 a 0,25 leitos por mil habitantes. Esta baixa cobertura de leitos de terapia intensiva pode estar relacionada, entre outros fatores, com o porte dos hospitais brasileiros. Menos de 15 % dos hospitais têm mais de 150 leitos, mais da metade dos hospitais brasileiros têm menos de 50 leitos e apenas 25% do total dos hospitais tem unidades de terapia intensiva.
- c) É bem provável que os mesmos fatores que interferem na composição e distribuição dos leitos de terapia intensiva, interfiram também no processo de incorporação de outras tecnologias e cuidados de maior complexidade pelos hospitais brasileiros. A distribuição de outros serviços de alta complexidade têm seguido, aproximadamente a mesma lógica da terapia intensiva, tanto no que diz respeito à questão SUS *versus* saúde suplementar, quando no que diz respeito à distribuição pelo território nacional.
- d) Mais grave do que uma cobertura nacional de leitos de terapia intensiva de 0,17 leitos por mil habitantes, que se coloca no patamar inferior ao preconizado por parâmetros internacionais e, até mesmo pelo próprio Ministério da Saúde, é a distribuição dos mesmos entre o SUS e a saúde suplementar, que vem aumentando, bem como sua distribuição no território nacional, que vem se concentrando em algumas regiões. Os 45 milhões de brasileiros com acesso hospitalar pela saúde suplementar contam com 4,2 vezes mais leitos de terapia intensiva *percapita* do que

os brasileiros com acesso exclusivo ao SUS. Os brasileiros residentes nas regiões Sul e Sudeste, mesmo considerando os que têm acesso exclusivo ao SUS, quando comparados com os brasileiros de outras regiões tem maior oferta de leitos de terapia intensiva, o mesmo acontece com os brasileiros das capitais quando comparados com os brasileiros das cidades do interior.

- e) Em relação ao cenário capital e interior observa-se uma grande concentração de leitos de terapia intensiva nas capitais, que contam com praticamente a metade da capacidade instalada do País. Este quadro é mais gritante nas regiões Norte e Nordeste, onde, em alguns estados, a quase totalidade dos leitos encontra-se nas capitais. Embora se observe um aumento muito discreto nos últimos anos do percentual de leitos alocados nos municípios do interior dos estados, a situação ainda está distante de uma distribuição mais eqüitativa.

- f) Ao se adicionar à questão da terapia intensiva os dados que apontam estar efetivamente disponível ao SUS, apenas uma pequena parcela da capacidade total instalada no País de algumas tecnologias de maior complexidade, como ressonância nuclear magnética, tomografia, aparelhos para hemodinâmica e outros, a hipótese de que esteja se consolidando por um lado um sistema pouco resolutivo ligado ao SUS e do outro um sistema com *overdose* de tecnologia ligado à saúde suplementar se fortalece.

7. AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL

7.1. Introdução

Analisar as internações hospitalares no País é assunto bastante complexo. As informações não são sistematizadas e os hospitais não obedecem a um padrão único de envio das informações aos órgãos governamentais. Este enunciado pode parecer estranho à maioria dos pesquisadores, e até mesmo gestores, que têm nos sistemas de informações hospitalares de base nacional do SUS (SIH/SUS e mais recentemente o CNES) as principais fontes de pesquisa. Estes sistemas são relativamente bem estruturados, com sofisticados mecanismos que facilitam a extração e tratamento das informações. No entanto, eles não coletam o universo das informações nacionais em termos de internação hospitalar no Brasil. O quantitativo de internações informados nestes sistemas é aproximadamente a metade do que é informado pelo IBGE nos inquéritos da AMS. Estes, por seu turno, somente são disponibilizados a intervalos grandes de tempo e, em geral, na forma de macrodados consolidados.

Os hospitais vinculados ao SUS informam as internações hospitalares ao Ministério da Saúde por meio de formulários, transformados em instrumentos eletrônicos, as guias de internação hospitalar, que se constituem, simultaneamente, em instrumentos para pagamento e instrumentos para sistematizar informações, consubstanciados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS -. Analisado por vários autores (BITTENCOURT, 2006; MARITNS, 2001; TEIXEIRA, 2006), este sistema combina dados de natureza geográfica, epidemiológica e administrativa abrangendo todo o território nacional. Elogiado pela abrangência, agilidade e a facilidade com a qual pode ser usado por pesquisadores e gestores quando se trata de analisar morbidade, quase todos os autores apontam algumas distorções nos dados. Uma vez que o quantitativo pago por cada internação guarda uma relação estreita com o diagnóstico (pagamento por procedimento), não se tem certeza se os diagnósticos informados são os que mais se ajustam aos quadros dos pacientes ou se eles correspondem, pelo menos nos casos duvidosos, ao que é mais rentável para os hospitais.

Um grande conjunto de hospitais que não tem relação direta com o SUS, não informa as internações hospitalares a estes sistemas do Ministério da Saúde. Entre estes é importante destacar os hospitais ligados à saúde suplementar. Nos últimos anos a ANS vem tentando sistematizar a remessa de dados dos hospitais ao órgão, mas este processo é ainda bastante incipiente e pouco sistemático. Desta forma, um conjunto muito expressivo de internações em todo o País, afinal são quase 50 milhões de beneficiários com direito à assistência hospitalar, ainda é difícil de ser estudado. Também não são contabilizadas pelo CNES, que incorporou as informações do SIH/SUS, as informações relativas a hospitais que assistem a militares, algumas corporações, a servidores públicos de diversos estados e municípios, etc.

O período que vai de 2000 a 2005 foi marcado por grandes mudanças nos sistemas de informação brasileiros. Alterações de sistemáticas de coleta de dados da AMS, implantação do CNES, entre os anos 2002 e 2003, adequações dos sistemas de coleta de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS. Neste período, algumas séries de dados foram descontinuadas, e outras incorporadas. O mesmo aconteceu no período de 2002 a 2004 em relação à AMS, que, embora tenha mantido as principais séries de dados, reviu pontualmente algumas sistemáticas para a coleta de informações (BITTENCOURT, 2006; TEIXEIRA, 2006).

Quando somamos as internações informadas pelo Ministério da Saúde, via CNES, com o número de internações informadas pela ANS, ou seja, internações realizadas para usuários do SUS somadas às internações realizadas para os beneficiários da saúde suplementar, o número fica muito aquém do informado pelo IBGE, apontando no sentido de que aproximadamente um quarto do total de internações do País se passam fora destes dois sistemas - o que é muito pouco provável -, ou de que existam inconsistências entre estas bases, que precisam ser equacionadas. Estes fatos, e outros que serão comentados nos tópicos abaixo, contaminam a análise das internações hospitalares no Brasil, demandando estudos mais detidos, que ultrapassam o escopo deste trabalho.

7.2. Coberturas populacionais

A literatura internacional aborda há muitos anos, em artigos que surgiam com mais frequência nas décadas de 80 e 90, as coberturas populacionais de internações hospitalares (GROENEWEGEER, 1998; FIONA, 1999; SQUIRE, 2011). Esses estudos apresentam uma grande variabilidade entre os países no que tange ao percentual da população que é anualmente internada, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 13 - Utilização de leitos hospitalares nos Estados Unidos da América e em alguns países da OCDE - 2010

Países	Leitos hospitalares por 1.000 habitantes ^{*1}	Média de permanência /dia	Internações hospitalares por 100 habitantes
Austrália	3,5	5,9	16,3
Canadá	2,7	7,5	8,4
Dinamarca	3,0	----	15,9
França	3,5	5,2	26,4
Alemanha	5,7	7,6	23,2
Holanda	2,9	5,9	11,3
Nova Zelândia	2,2	----	14,0
Noruega	2,5	4,8	17,2
Suécia	---	4,5	16,5
Suissa	3,3	7,7	16,9
Reino Unido	2,61	7,1	13,6
Estados Unidos	2,43	5,5	13,0
Média da OECD	3,0	6,0	16,7

Fonte: OECD, Outubro de 2010. *1 – Não contabilizados os leitos para pacientes crônicos

Apesar dessas diferenças, não há um consenso sobre os motivos das variações em termos de percentual aceitável de admissões hospitalares entre os países (SQUIRE, 2011) e, estas variações parecem independentes do quadro de saúde das populações. Muito provavelmente, há entre os países industrializados, além de um núcleo comum de problemas que demandam internações hospitalares em todos eles a presença de fatores regionais, entre os quais a própria cultura clínica de abordagem dos problemas.

Se o número de leitos hospitalares tem se reduzido no Brasil nos últimos anos, o mesmo não se pode dizer das **internações hospitalares**, segundo os dados da AMS 2009. Este número se manteve estável entre 1992 e 2002, que contabilizaram 19.864.441 e 19.967.198, respectivamente. Em 2004, o número total de internações no País saltou para 23.252.613, se mantendo praticamente nos mesmos patamares em 2008 com 23.198.745. Destas internações, 8.141.517 se deram em estabelecimentos públicos e 15.057.228 em estabelecimentos privados. Embora o setor privado seja responsável por aproximadamente dois terços das internações do País, o mesmo vem apresentando queda no número de pacientes internados, enquanto o setor público vem registrando aumento. Quando se leva as regiões do País em consideração, as participações dos setores público e privado variam amplamente. Na Região Norte, o setor público responde por 62,8% das internações hospitalares e na Região Nordeste por 50,5%. Na Região Sul, o setor privado responde por 83% das internações hospitalares, denotando a heterogênea importância dos setores no País (AMS, 2009).

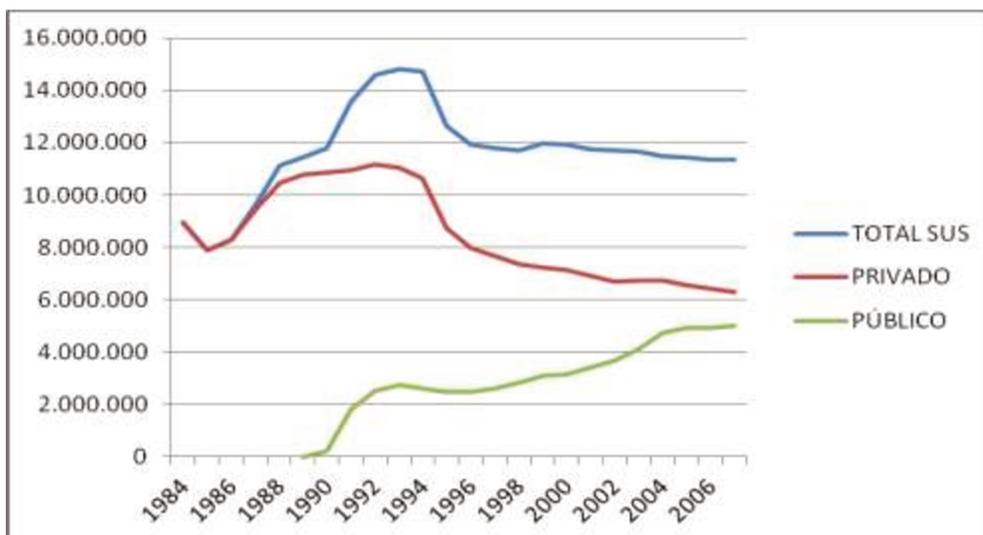
O aumento do número de internações registrado pela AMS entre 2002 e 2004 se deveu, muito provavelmente, mais do que a crescimento efetivo, ao fato de no período ter ocorrido mudanças na metodologia de coleta das informações que passou a registrar mais sistematicamente as internações da saúde suplementar. No período que vai de 2004 a 2008, o número de internações se manteve aproximadamente no mesmo patamar (-0,2% de variação). Estes dados apontam para uma **taxa de internação de 12,2 % da população em 2008**, contra uma taxa de 12,8 em 2005. Este dado destoa da taxa de internação de 8% da população preconizada na Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 que o Ministério tem utilizado como referência para planejamento e negociações de cobertura nas diversas instâncias do sistema.

As taxas anuais de internação variam significativamente segundo as regiões. Enquanto nas regiões Sul e Centro-Oeste este indicador ficou em torno de 15%, nas Regiões Norte e Nordeste este indicador foi de 11 % e 10,5% respectivamente. Aqui cabe analisar, que, muito provavelmente, as taxas de internação, mais do que com necessidades específicas da população mantém, muito provavelmente, correlação com o volume de oferta de serviços,

como constatam vários autores (FIONA 1999; CASTRO, 2003). Estas taxas do Sul estão também mais próximas dos países da OCDE.

O gráfico abaixo, compilado a partir de dados extraídos do CNES, mostra as internações hospitalares pagas pelo SUS nas últimas décadas, Ele mostra, que em um período de mais de duas décadas, exceto no curto período de 1991 a 1995, que o número total de internações mantém uma impressionante linearidade não se alterando em termos absolutos até os nossos dias.

Figura 9 - Internações hospitalares pagas pelo SUS no período de 1984 a 2007



Fonte: CNES. Consulta realizada em Agosto/2012

Este número de internações, muito provavelmente, não guarda correlação importante com parâmetros de necessidade. Há vários anos, a sistemática utilizada pelo Ministério da Saúde para planejamento e remuneração dos serviços induz a manutenção destes números. Nacionalmente é distribuída a cada estado da federação e destes em relação aos municípios uma espécie de cota de internações, que deveria corresponder a um percentual entre 6% e 8% da população ao ano. Para o controle do total de internações são estabelecidos diversos mecanismos, entre os quais, uma **cota de internações** por município, que é atrelada a recursos financeiros. Prestadores e municípios não recebem os recursos, caso as internações planejadas não sejam efetivadas. Por outro lado, caso realizem mais internações que o programado, eles têm que arcar com os custos adicionais ou rever suas programações financeiras em outras áreas. Assim, não se interna mais, pois se corre o risco de ficar sem

os recursos que ultrapassem os tetos estabelecidos, e, não se interna menos, por que isto reduziria os recursos alocados no planejamento para o município. Desta forma, muito provavelmente, o número de internações hospitalares guarda mais correlação com o mecanismo anteriormente explicitado do que com parâmetros de necessidade.

Se, conforme exposto acima, essa contaminação do número de internações como parâmetro dificulta algumas inferências em termos de necessidades da população ou mesmo das tradições de abordagem de problemas de saúde pela corporação médica brasileira, por outro lado, uma questão é certa em relação ao SUS: **O número de internações na rede de hospitais públicos vem aumentando significativamente, ao passo que o da rede privada vem se reduzindo.** Atualmente, o setor público responde por aproximadamente 42% das internações hospitalares do SUS.

No que tange à saúde suplementar, os dados da tabela abaixo, compilada a partir dos Cadernos da Saúde Suplementar de Março e Setembro de 2012 mostram os percentuais de internação e valores médios pagos por internação hospitalar, feitos para um universo em 2012 de 48,7 milhões de assistidos. Embora tenham sido estabelecidas normas pela ANS para o ressarcimento ao SUS dos procedimentos realizados para usuários da saúde suplementar, os valores médios anuais no período que foi do ano 2000 ao ano de 2010 não ultrapassaram os 10 milhões de reais, e, mesmo no ano de 2011 tendo representado 76 milhões de reais aponta no sentido de que o ressarcimento não tem se constituído em fonte importante de receita para o SUS.

Tabela 14 - Taxas de internação e custo médio de internações dos beneficiários de planos de saúde no período de 2007-2011

Ano	2007	2008	2009	2011	2012
Tx internação por 100 beneficiários	13,3	13,4	13,0	13,7	14,1
Custo médio por internação (R\$)	3.219,56	3.480,42	3.844,53	4.572,19	5.021,37

Fonte: Cadernos da Saúde Suplementar – Março e Setembro 2012

Comparativamente aos países da OCDE que internam em média 16,7% de sua população, a taxa de internação de 12,2% da população brasileira é relativamente baixa, embora superior aos 8,4% canadenses e 11,3% dos holandeses. No entanto, quando levamos em consideração a população assistida pelo SUS e a população assistida pela saúde suplementar encontramos um quadro que projeta uma cobertura de internações pela saúde suplementar muito próxima da média da OCDE, enquanto a do SUS corresponde à metade desta média.

7.3. Ocupação dos leitos e permanência hospitalar

Embora as taxas de ocupação e as médias de permanência não sejam os únicos indicadores que devam ser analisados quando o tema é qualidade e custo da assistência hospitalar, inúmeros trabalhos evidenciam que os mesmos são importantes fatores na composição dos custos e na performance geral dos sistemas de assistência. Taxas de permanências mais longas e taxas de ocupação menores estão relacionadas com custos maiores (SCOTT, 2004; TEIXEIRA-PINTO, 2008; LAFORGIA, 2008).

Em média, cada leito hospitalar brasileiro tem sido ocupado por 54 pacientes ao ano (AMS, 2009). Estes dados, em relação ao SUS são bastante condizentes com uma taxa média de permanência hospitalar que está em torno de 5,7 dias, apontando no sentido de uma taxa de permanência muito próxima à dos hospitais americanos e um pouco abaixo das médias da OCDE, como pôde ser visto nas tabelas acima.

As baixas taxas de ocupação de leitos hospitalares apontadas nos estudos de (MARINHO 2001; LAFORGIA, 2008), que evidenciam taxas de ocupação hospitalar entre 38% e 50% dos leitos contratados pelo SUS contrastam fortemente com a grande dificuldade das centrais de internação em conseguir vagas para os pacientes em situação de emergência. Estes dados apontam no sentido da necessidade de estudos que envolvam a análise do perfil dos leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde e as necessidades da população. Aqui é provável que nos encontremos frente à uma situação, onde, a discrepância entre os perfis de

resolutividade dos leitos existentes e as demandas em função dos quadros clínicos dos usuários sejam maiores do que a questão numérica dos leitos em si.

7.4. Motivos de internação

Existe um grande número de estudos que procuram relacionar ou identificar fatores mais comumente associados à internação. A maioria é convergente em demonstrar que se você tem mais de 60 anos ou ganha menos de dois salários mínimos, suas chances de vivenciar uma internação hospitalar são maiores do que o restante da população (BARATA, 2007; CASTRO, 2003; GARBINATO, 2007). Embora homens e mulheres negros, bem como os que têm menor escolaridade tenham mais chance de adoecer, há uma convergência no sentido de que as chances de que venham a se internar não são maiores (BARATA, 2007; EVANGELISTA, 2008). Caso você se interne, o principal determinante deverá ser uma necessidade clínica (FIONA, 1999). No entanto, suas chances de se internar aumentam se o número de leitos disponíveis é maior e diminuem se o número de médicos disponíveis for maior (CASTRO, 2003).

É bom aumentar suas relações com anestesistas e cirurgiões, pois, as chances de que você venha a se internar por um motivo clínico são decrescentes, ao passo que as de que você venha a se internar por um motivo cirúrgico são crescentes (CASTRO, 2003). No entanto, se o tipo de assistência que precisar estiver fora do seu município, ou tiver que percorrer longas distâncias, as chances diminuem (EVANGELINA, 2000). Caso venha a se internar por um infarto agudo do miocárdio, suas chances de ir a óbito são maiores se você tem mais de 60 anos, se for para um hospital público ou se este infarto ocorrer no final de semana (EVANGELISTA, 2008). Se você é masculino, usuário de drogas ou tem alterações do juízo evite ir ao psiquiatra acompanhado por familiares, porque esta companhia vai aumentar significativamente suas chances de se internar, tanto voluntária quanto involuntariamente (OLIVEIRA, 2011). A tabela a seguir foi feita com dados do DATASUS - SIH/SUS e procura evidenciar os principais motivos de internação hospitalar no Brasil.

Tabela 15 - Morbidade Hospitalar, Taxa Média de Permanência e Taxa de Mortalidade por Capítulo CID-10 do SUS no ano de 2011

Capítulo CID-10	Número de Internações	Valor médio por Internação	Média de Permanência em dias	Taxa de Mortalidade
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	918.751	828,85	6,0	6,6
II. Neoplasias (tumores)	624.033	1.363,01	5,6	7,86
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	85.773	576,79	5,9	4,65
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	289,588	608,28	5,5	6,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	287,121	1932,27	43,5	0,45
VI. Doenças do sistema nervoso	169.930	1.622,04	14,2	5,49
VII. Doenças do olho e anexos	86.049	970,11	0,8	0,03
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	19.750	2109,3	2,3	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.159.169	1.967,51	6,5	7,62
X. Doenças do aparelho respiratório	1.419.918	850,87	5,1	5,83
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.032.026	782,26	4,0	3,29
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	219.068	508,55	4,9	1,28
XIII. Doenças sist.osteomuscular e tec conjuntivo	198.295	1497,7	5,8	0,75
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	780.770	616,98	4,0	2,07
XV. Gravidez, parto e puerpério	2.360.153	558,7	2,4	0,02
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	214.818	2.717,42	10,4	5,21
XVII. Malformações congênitas, deformidade e anomalias cromossômicas	80.198	2.779,99	5,2	2,46
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de ex. clín. e laborat.	152.278	665,69	4,4	7,17
XIX. Lesões envenenamentos e outras causas externas	969.838	1.051,68	5,2	2,54
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.165	967,93	6,9	3,79

XXI. Contatos com serviços de saúde	210.461	375,45	1,5	0,72
Total	11.281.152	1.002,40	5,7	3,71

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (SIH/SUS) – Coleta em 20/10/2012

Quando levamos em consideração o conjunto da população, gravidez, parto e puerpério continuam sendo os principais motivos de internação. Logo a seguir, as doenças respiratórias, seguidas de perto pelas doenças cardiovasculares. Embora ocupem o segundo lugar em termos de número de internações, a participação das doenças respiratórias como motivo de internação vem reduzindo, quando se observa o banco de dados ao longo de muitos anos, enquanto as doenças cardiovasculares e as neoplásicas, por seu turno, vêm aumentando. Ao olharmos a mesma base de dados de forma regional, verificamos que nos estados do Norte e do Nordeste, a participação das doenças infecciosas e parasitárias ainda é muito relevante, embora decrescente.

Em relação às crianças de zero a quatro anos, (OLIVEIRA, 2010) identificou como principais causas de internação, no período que vai de 1995 a 2007 as causas respiratórias, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias. Este dado é relevante, pois são causas consideradas sensíveis à atuação da atenção primária.

Em relação às pessoas com mais de 60 anos, vários autores (AMARAL, 2004; BERENSTEIN, 2008) vêm estudando os motivos de internações que têm nas doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças respiratórias sua principal causa, além da crescente participação das doenças neoplásicas. Este segmento chama a atenção, pois, embora corresponda a pouco mais de 10% da população brasileira, responde por quase 25% das internações. Vários estudos apontam que se encontra nesta faixa etária o maior percentual de situações sensíveis à atuação da atenção primária (COSTA, 2008).

Em relação às cirurgias não cardíacas, (YU, 2010) relata que foram realizados no período de 1995 a 2007 um total de 32.659.513 cirurgias, a um custo anual de aproximadamente 2 bilhões de reais, sendo que os últimos anos da série evidenciavam um aumento de 20% em relação aos primeiros. Relatava ainda que nossa mortalidade hospitalar além de elevada (1,77%) vinha subindo e que nossa taxa média de permanência hospitalar, que vinha caindo era de 3,83 dias.

A principal discrepância do quadro de morbidade hospitalar em relação ao perfil de mortalidade no País está relacionado às internações que têm na gravidez, parto e puerpério o seu principal motivo, contraposto às doenças crônico-degenerativas e neoplásicas, seguidas das causas externas, que respondem por volume menor de internação, as principais causas de mortalidade no País, como aponta Barreto (2006). Este fenômeno pode ser facilmente compreendido quando atentamos para a baixa gravidade destes eventos ligados ao parto no contexto hospitalar. No entanto, a morbidade hospitalar guarda importante correlação com os quadros de mortalidade, em relação às causas cardiovasculares e respiratórias, à crescente participação das neoplasias, em especial nas faixas etárias mais altas e à permanência das doenças infecto-contagiosas como causa de morbidade e mortalidade. Desta forma, seja no sentido de se adaptar às mudanças no que vêm ocorrendo nos perfis de adoecimento da população brasileira com as transições epidemiológica e demográfica, seja no sentido de atender às demandas dos cidadãos que não toleram grandes esperas quando necessitam de um leito hospitalar, é necessário rever o parque hospitalar brasileiro.

7.5. Internações por condições sensíveis à atenção primária

Amplamente utilizado por alguns países há mais de duas décadas, a ideia de mortes evitáveis e de condições sensíveis à atenção ambulatorial (BILLINGS, 1991) passou a receber, provavelmente em função do programa de saúde da família uma maior atenção, com a publicação de alguns estudos em vários estados no Brasil, em especial em Minas Gerais, no Ceará e no Paraná. Entre as condições mais frequentemente citadas se encontram as gastroenterites e suas complicações, a insuficiência cardíaca, a asma, a pneumonia bacteriana, as infecções do trato urinário, a hipertensão e as doenças cérebro-vasculares.

Embora não se saiba precisamente o volume de internações que poderia ser evitado em decorrência de uma atenção primária resolutiva (CARMINAL, 2004; ANSARI, 2005; NEDEL, 2011), estima-se que este volume é significativo, podendo chegar a 28% das internações no Brasil, excetuando-se as relativas a parto e puerpério (ALFRADIQUE, 2001) o que representa, levando-se em consideração apenas os usuários do SUS, um

universo próximo de três milhões de internações. Em 2008, o Ministério da Saúde sugeriu uma lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária (ALFRADIQUE, 2009; CARNEIRO, 2012), onde relacionou um conjunto de problemas, que, melhor abordados pela atenção primária poderiam redundar em menores taxas de internação. No entanto, as políticas nacionais e dos Estados com vistas a atuar nestas condições são ainda incipientes e demandarão algum tempo para avaliar seu real impacto na morbidade hospitalar brasileira.

7.6 – Internações por causas externas

As causas externas respondem hoje por aproximadamente 9% do total de internações no SUS, sendo que na década de 90 responderam por 5,5% e no começo do século XXI por aproximados 7% das internações (JORGE, 2005; BARRETO, 2006). Este quadro está associado ao aumento dos acidentes automobilísticos, e também da violência. Além de representar importante causa de morbidade e mortalidade hospitalar, sua abordagem demanda equipes multidisciplinares e alta complexidade tecnológica. No SIH/SUS, tanto os dados de morbidade por grupos da CID 10, quanto os dados da lista de problemas não permitem separar com precisão as lesões que foram decorrentes de violências intencionais das não intencionais.

Embora o SUS tenha pagado em média R\$ 1.051,68 por internação, o custo efetivo destes procedimentos é bem maior. Rodrigues (2009) ao levar em consideração, além dos valores pagos pelo SUS, os orçamentos de outras esferas de governo para o custeio de hospitais públicos chegou à conclusão que o custo de cada internação por causa externa pode chegar, em média a 4,3 vezes o valor repassado pelo Ministério da Saúde.

Embora as causas externas não figurem com muita frequência entre as condições sensíveis à atenção primária, elas certamente figuram entre as condições sensíveis à mudanças sociais e a políticas que valorizem a vida e reduzam as desigualdades sociais.

7.7 – Internações em unidades de terapia intensiva

Diferente do conjunto das internações no SUS que vem se mantendo estáveis durante mais de uma década, o número de internações em unidades de terapia, seguindo a tendência mundial vem aumentando aproximadamente 5% ao ano (COELHO, 2007). Em relação à saúde suplementar, embora os dados não sejam precisos, algumas operadoras de planos de saúde relatam que as internações neste segmento ultrapassam em 20% o total das internações, dado que é convergente com a literatura americana sobre o tema, apontando no sentido da necessidade de um monitoramento do segmento, tanto no SUS quanto na saúde suplementar, face ao volume de gastos implicados neste tipo de abordagem dos pacientes nos hospitais.

7.8. Pagamento médio por internação no SUS e na saúde suplementar

O valor médio pago por internação no Sistema Único de Saúde no ano de 2011 foi de R\$ 1.004,40, enquanto, no mesmo período, a saúde suplementar pagou R\$ 4.572,19 para cada uma de suas mais de 5 milhões de internações, conforme pode ser visto nas tabelas anteriores deste mesmo capítulo, apontando no sentido de uma remuneração pelos serviços prestados que ultrapassa os 450% de diferença.

Existem vários trabalhos na literatura que apontam no sentido de que os pagamentos efetuados pelo SUS, seja em termos de procedimentos específicos, como analisa (RODORIGUES, 2009) em relação às causas externas, seja em relação ao quadro mais geral, não correspondem aos custos efetivos das internações hospitalares. Os pagamentos por serviços produzidos, tanto hospitalares quanto ambulatoriais dos prestadores de serviço da esfera pública representam apenas uma parcela das despesas governamentais destinadas à rede pública, que corresponde aos repasses do Ministério da Saúde. Outra parcela importante provém dos orçamentos públicos das três esferas de governo que são destinadas diretamente às unidades. Isto ocorre com os hospitais públicos estaduais e também municipais, onde, os repasses do Ministério da Saúde a título de pagamento por

procedimentos costumam representar não mais do que 25% a 30% do custeio global destes hospitais.

No que tange aos hospitais filantrópicos, embora os valores das tabelas de procedimentos sejam os mesmos, eles se beneficiam de outras políticas, como as isenções tributárias e também as políticas de investimento que incluem recursos para reformas, aquisição de equipamentos, etc. Estes hospitais são também responsáveis por um conjunto muito expressivo de procedimentos de maior complexidade do SUS, que são mais bem remunerados, atingido valores muito próximos aos pagos pela saúde suplementar. Mesmo nesta situação, estes hospitais tem migrado parte substantiva de seus leitos e capacidade de prestar serviços para atender à crescente demanda do setor privado.

No que tange aos hospitais privados, que não contam com as políticas compensatórias ofertadas aos hospitais filantrópicos, mas que em contrapartida não possuem a obrigação de manter um determinado percentual de seus leitos vinculados ao SUS, um número progressivamente menor de internações vêm sendo feitas, e uma maior seletividade dos procedimentos disponíveis ao SUS, em função de seus valores na tabela pode ser observada nos últimos anos.

8. POLÍTICAS HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS

8.1. Introdução

Além das políticas hospitalares explicitadas pelo Ministério da Saúde em documentos ou portarias, e que serão trabalhadas nos tópicos abaixo, outros fatores afetaram profundamente a conformação do parque hospitalar no Brasil nas últimas décadas. Entre estes fatores, três serão abordadas em linhas muito gerais nesta introdução. Pois, eles ajudam a entender, juntamente com as políticas ministeriais o quadro hospitalar brasileiro. O primeiro destes fatores diz respeito ao contexto fortemente anti-hospitalar que vem sendo vivenciado em todo o ocidente nas últimas quatro décadas. O segundo diz respeito à descentralização, no formato de municipalização adotada como política para a implantação do SUS no Brasil e o terceiro diz respeito à saúde suplementar e sua expansão que compete com o SUS pelos leitos hospitalares existentes no País.

Em praticamente todo o ocidente vem sendo desenvolvidas nas últimas décadas políticas que têm como objetivo a redução da dependência dos sistemas de saúde em relação aos hospitais e mesmo, sua substituição por outros tipos de organizações de saúde, quando possível. Este contexto influenciou fortemente o ideário sanitário brasileiro na elaboração de políticas hospitalares no Brasil no período pós-SUS, e ainda repercute até os nossos dias, conforme pôde ser visto em outros locais neste trabalho, em especial o capítulo 3. Esta verdadeira guerra ideológica que vem sendo travada contra uma cultura “hospitalocêntrica” e “médicocêntrica”, se por um lado vem permitindo diversificar as organizações e estratégias que usamos para produzir saúde, por outro, pode estar nos deixando “cegos” em relação à assistência hospitalar. Assim, gestores e planejadores não se assustaram quando viram o número de leitos hospitalares de seus municípios ou estados despencarem nas últimas décadas. Assistiram impassíveis à movimentação do setor filantrópico em direção à saúde suplementar, tratando a situação quase como uma fatalidade. Algo que inexoravelmente aconteceria. Um fato corriqueiro.

Na implantação do SUS, o forte movimento descentralizador, que via no município o principal executor das políticas de saúde fez com que os Estados e o Ministério da Saúde ocupassem predominantemente funções de coordenação do sistema, o que ocorreu, em especial, nas regiões Sul e Sudeste. Neste processo, o papel dos Estados ficou menos claro, o que reduziu a participação direta dos Estados na assistência deixando-a a cargo dos municípios. Esta fragilização da função do Estado, que na assistência hospitalar se restringiu a operar seus serviços próprios que não foram municipalizados e a contratualizar prestadores de serviços hospitalares para municípios e regiões que não assumiram a gestão plena do sistema de saúde teve consequências importantes para o destino da assistência hospitalar, e também para o que tem sido chamado de média e alta complexidade ambulatorial (oncologia, imagenologia, consultas e exames em algumas especialidades médicas, etc.) e que se constituem em problemas que extrapolam a capacidade de resolução dos municípios.

Este quadro pode ser mais facilmente compreendido quando se observa que dos 5.565 municípios brasileiros, 75% têm menos de 20 mil habitantes e apenas 265 tem mais de 100 mil habitantes conforme dados do IBGE 2012. Isto configura um grande desafio para a conformação da rede de serviços em saúde, pois, determinadas estruturas de saúde, como hospitais de maior complexidade e outros serviços como oncologia, neurocirurgia, proedêutica cardiológica invasiva, hemodiálise, tomografia, ressonância, etc. necessitam contingentes populacionais maiores para se tornarem economicamente viáveis. Aqui, estruturas com caráter regional atenderiam contingentes populacionais maiores. No entanto, os diversos dispositivos utilizados até o momento para prover estas estruturas, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, uma norma operacional do Ministério da Saúde que foi editada especificamente com esta finalidade, a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), bem como o Pacto pela Saúde, política ministerial com forte apelo à estruturação de complexos regionais de serviços, entre outras não tem demonstrado, até aqui, impacto significativo na composição destes serviços. Vários autores têm se referido a estas iniciativas como fomentadoras de um processo de “regionalização solidária” (Machado, 2007), procurando apontar os limites destas estratégias em termos da efetivação de uma rede regional de serviços.

Em 2011 foi editado um decreto presidencial que prevê a conformação de redes regionais e um contrato de ação pública como instrumento regulador não apenas de relações interfederativas (União, Estados e municípios) em uma região, mas também dos serviços que estarão disponíveis à população, entre estes os hospitais de maior complexidade. A estratégia parece apostar que o decreto conferirá uma maior jurisdição às relações intergovernamentais, preenchendo lacunas de responsabilização entre os entes federados, e entre estes e os serviços disponíveis em uma região. No entanto, não estão previstos recursos para investimento em hospitais nas regiões com carência de leitos, ou onde os mesmos estão alocados de forma a servir predominantemente à saúde suplementar e ao setor privado.

O terceiro fator diz respeito ao crescimento da saúde suplementar que passou a se configurar em uma alternativa de financiamento das atividades do parque hospitalar privado, dos hospitais filantrópicos, tendo inclusive feito alguns acenos para os hospitais públicos. Esta nova fonte de financiamento, como será visto com mais detalhe no próximo capítulo vem possibilitando não apenas a manutenção de um grande número de hospitais privados e filantrópicos, mas atraindo para si todo um parque hospitalar que não encontrou no SUS respaldo para suas atividades. Mais do que isto, as operadoras de planos de saúde vem comprando ou construindo seus próprios hospitais e são detentoras de um número de hospitais que equivale ao número de hospitais de todos os estados da federação juntos.

Sem serviços hospitalares resolutivos em nível regional assegurados por uma política de compra de serviços eficiente ou por uma política de construção de hospitais próprios pelos estados, os municípios acentuaram tendências anteriores de construção de hospitais de pequeno porte, que se constituem na parcela pública de hospitais que efetivamente proliferou nos últimos anos. Para tal, os municípios receberam a ajuda de mecanismos políticos, como as emendas parlamentares que deputados colocavam nos orçamentos do Ministério da Saúde para a construção, ampliação, equipamento ou reforma de hospitais, o que persiste até nossos dias.

8.2. Políticas de compra de serviços

A política de compra de serviços é, seguramente, um dos fatores que mais vem influenciando a conformação do parque hospitalar nas últimas décadas e, muito provavelmente, nos últimos anos têm sido o principal mecanismo da saúde suplementar atrair os hospitais privados, e também filantrópicos para a sua esfera. Se retornarmos às décadas de 60 e 70 do século XX verificaremos que os principais mecanismos de financiamento das atividades dos hospitais consistiam no pagamento por serviços prestados, feito pelo antigos INPS para hospitais privados e, nos orçamentos públicos, para os hospitais públicos. Ainda em pleno regime militar, a forma encontrada para comprar serviços do setor privado - e também do filantrópico posteriormente, uma vez que este recebia recursos globais para atender, antes da universalização, a população rural - foi no formato de pagamento por procedimentos. Vários autores, entre os quais (CORDEIRO, 2003) mencionam que à época, além de prover os investimentos para a construção de hospitais, via FAS, o sistema previdenciário comprava os serviços emitindo um verdadeiro cheque em branco, onde os hospitais relacionavam unilateralmente os serviços que haviam prestado item por item, incluindo medicamentos, materiais, diária, etc., com pouca fiscalização. Um sistema de pagamento parecido com o que a saúde suplementar utiliza hoje. Cordeiro conclui que estes foram de anos de ouro para a iniciativa privada. No final da década de 70 e início da década de 80, com a crise da previdência, tem início o processo de racionalização da forma de pagamento aos prestadores. Passou-se a adotar, ainda dentro da lógica de pagamento por procedimentos, adaptações dos *Diagnostic Related Groups* (DRG), que consistia no pagamento das autorizações de internação hospitalar (AIH) por patologia, em valores fixos, que independiam da permanência do paciente, dos exames realizados, dos tipos de materiais e medicamentos utilizados.

Este processo impactou, muito, provavelmente a manutenção e conformação do parque hospitalar, na medida em que possibilitou uma maior racionalização da forma de comprar serviços e desestimulou a proliferação desnecessária de procedimentos, bem como o uso irracional de propedêuticas e terapêuticas com o único intuito de aumentar o preço da conta. No entanto, com o agravamento da crise da previdência, esta forma de remunerar foi

se congelando e os valores pagos foram ficando defasados, implicando no afastamento progressivo do setor privado do SUS. Este processo coincidiu também com uma mudança política em relação às prioridades. Se nas décadas de 60 e 70 optou-se por comprar serviços ao invés de implementar os próprios, com a crise da previdência, antes mesmo da implantação do SUS, optou-se por priorizar os hospitais públicos (GRABOIS, 1995).

Se os valores das tabelas eram insuficientes para pagar os prestadores privados de serviço – o que, até hoje, não é um processo generalizado, pois alguns grupos conseguiram manter valores bem satisfatórios, como os procedimentos de maior complexidade -, este valor pago por procedimento começou a ser utilizado para, por um lado complementar os orçamentos dos hospitais das esferas públicas, e por outro, como estratégia gerencial para melhorar a produtividade do setor público, o que, em alguma escala persiste ainda até nossos dias.

No que tange a segmento filantrópico, embora os valores da tabela de procedimentos sejam defasados, outras políticas compensatórias tentam amenizar a situação, como as isenções fiscais e outras que serão mencionadas abaixo. Em relação aos hospitais de pequeno porte, parte considerável dos mesmos, como será visto abaixo mudou o formato de remuneração de seus serviços, recebendo um valor fixo pelo número de leitos que ficam a disposição do setor público. Porém, em relação ao setor privado, exceto pela manutenção dos valores para alguns procedimentos de maior complexidade, a tabela defasada de pagamento dos procedimentos funcionou durante muito tempo, em especial a década de 90, como política que desestimulou seriamente sua proliferação.

Nos últimos anos a saúde suplementar tem operado como fomentadora da rede privada de hospitais ao estabelecer, em um formato de pagamento dos hospitais que lembra muito o do INPS nas décadas de 60 e 70, um pagamento por internação que corresponde, em média a um valor 500% superior ao do SUS paga. Este fato, muito provavelmente tem relação direta com o declínio das taxas de encolhimento do número de leitos hospitalares privados, que vem sendo verificada nos últimos anos.

8.3. Políticas para hospitais de pequeno porte

Para definir o que é hospital de pequeno porte, o Ministério se valeu de uma Portaria anterior, a GM número 2.224, que já havia sido revogada, porém, cuja classificação de porte de hospitais continuou sendo usada. Os hospitais são classificados como de pequeno porte (com menos de 49 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos) (Brasil, 2002). Esta classificação é também seguida por um grande número de pesquisadores.

O número de artigos destinados a mostrar que estes hospitais são inúteis, dispendiosos e até mesmo perigosos é surpreendente (CORREA, 2008). Tentando extrair a opinião de sanitaristas, gestores, planejadores de serviço pode-se conversar com dezenas deles sem que um único faça algum tipo de defesa em relação a estes hospitais. No entanto, por motivos diversos, aí incluídos o bem estar da população que assistem, eles insistem em continuar existindo, no Brasil e em vários países do mundo. Não apenas em países como o Cazaquistão, a Moldávia e porque não, China e Índia, mas também, Países como os Estados Unidos e o Reino Unido.

São poucas as circunstâncias nas quais me veria defendendo o fechamento de um destes hospitais em um pequeno município, onde se configura como a única organização com capacidade para atender pacientes com quadros clínicos que extrapolam as possibilidades da atenção primária, mas, por outro lado, consigo antever poucas situações que justificariam a permanência de um hospital de 30 leitos em um grande centro urbano. Vários autores, entre os quais destacamos (Ugá e López, 2007) vêm evidenciando a relevância destes hospitais para o quadro assistencial brasileiro ao mostrar que mais de 83% deles estão em municípios de menos de 30 mil habitantes, se constituindo na maioria das vezes no único hospital da cidade.

Após estudos e debates sobre a questão hospitalar o Ministério da Saúde editou, em um destes momentos pouco frequentes de lucidez, no ano de 2004, a Portaria GM de número 1.044 onde explicitava uma política ministerial para os hospitais de pequeno porte, que foi

seguida, durante o mesmo ano e em anos posteriores de um conjunto de outras portarias normatizadoras em a relação a estes hospitais. Em linhas gerais, além da metanarrativa reafirmadora dos princípios do SUS, esta política mudava o formato de financiamento dos hospitais de pequeno porte e aumentava sua conexão com a atenção primária. Ao invés de sua remuneração se processar por procedimentos, passou a se dar por leito em funcionamento (o valor inicial era de R\$ 1.471,00 por leito mês), mesmo caso este não viesse a ser ocupado durante o mês. No entanto, todo o hospital deveria funcionar como retaguarda para a atenção primária e seguir uma série de condicionantes.

Do ponto de vista prático, esta política representou um aumento expressivo no valor de custeio destes hospitais. À época, o valor médio pago por internação hospitalar era inferior a R\$ 400,00. Se considerarmos que um pequeno hospital de 40 leitos em uma cidade com 10 mil habitantes deveria internar aproximadamente 50 pacientes por mês, uma vez que sua resolutividade certamente não permitiria cuidar de 100% das necessidades de internação pelos parâmetros do MS (8 % da população ano), perceberemos que o repasse do ministério a este hospital saltou de menos de 12 mil reais/mês para quase 60 mil reais/mês. Um aumento formidável, que permitiu sobreviver a estes hospitais, além da mudança da lógica de funcionamento e uma maior integração com a atenção primária.

Esta política vem sendo implantada, muito provavelmente em função de suas condicionalidades e de seu impacto financeiro, de maneira gradativa. Em 2010, pouco mais de 500 hospitais, de um universo potencial de aproximados 1.600 tenham aderido à proposta e assinado o novo contrato. Embora não existam muitos estudos de seu impacto, os poucos relatos não sistemáticos apontam resultados favoráveis (BRASIL, 2010). A política potencializou, muito provavelmente, a atenção primária, não apenas por prover retaguarda hospitalar para algumas condições clínicas, mas também por propiciar condições para fixação de profissionais nas cidades pequenas ao permitir que médicos ligados às equipes de saúde da família pudessem auferir remuneração suplementar por trabalharem nestes hospitais fazendo atendimentos de urgência em plantões ou fazendo o seguimento de pacientes internados.

8.4. Políticas para hospitais filantrópicos

Com a crise de financiamento do sistema de saúde, que teve seus movimentos mais agudos nas décadas de 80 e 90, os hospitais filantrópicos se viram na contingência de procurar novas alternativas de financiamento. Tem início então, em maior escala, a prestação de serviços a planos de saúde como forma de ampliar as receitas e também a constituição de seus planos próprios de saúde. Para regulamentar esta situação e impedir que os hospitais utilizassem a estratégia de consubstanciar-se como entidades beneficentes, com as isenções tributárias próprias do setor e ao mesmo tempo dedicar o principal de suas atividades ao setor privado, foi editado em 1998 um decreto que condicionava a manutenção do título de entidade beneficente aos hospitais que, entre outros requisitos, dedicassem pelo menos 60% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde.

Certamente, a própria regulamentação do que é um hospital filantrópico já se configura como uma política do Estado brasileiro em relação a estes hospitais. Pela regulamentação vigente, que tem origem no decreto, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do *Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS)*, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social.

Do ponto de vista prático, estes hospitais precisam destinar 60% de seus leitos ao SUS, ou quando o município ou Estado declaram que não precisam de todos os serviços, o hospital deverá investir entre 5 % e 20% de sua receita bruta em atividades onde nada é cobrado dos usuários, de acordo com o percentual das internações que ele realiza. É muito considerável a parte da carga tributária da qual as entidades ficam isentas, somente em relação à folha de pagamentos, aproximadamente 28%, sem falar em outros tributos. Por estes motivos, estes títulos emitidos pelo CEAS têm um grande valor no mercado. Como o trabalho de concessão e revisão destes títulos é bastante complexo, não é incomum que os cidadãos de um município, pesquisadores ou gestores recém-chegados à cena fiquem perplexos ao descobrir que alguns hospitais que tinham como certos que estavam destinados a atender à parcela mais abastada da população estão no negócio da filantropia.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, por meio da Portaria GM 1.721, que tinha um duplo objetivo. O primeiro, de atender aos clamores de um segmento que vêm encolhendo nas últimas décadas, endividado segundo seus gestores e, em segundo, por parte da gestão, o objetivo de contratualizar estes hospitais, explicitando mais claramente suas obrigações e funções no sistema, conferindo assim maior jurisdição e reciprocidade às relações. No entanto, decorridos 5 anos do processo, conforme informa o Ministério da Saúde em sua nota de 11/12/2010 (SAS, 2010), apenas 757 unidades, 21% do universo potencial haviam aderido à política.

Embora os valores propostos pelo Ministério representassem um aumento substantivo, em torno de 20% do valor das faturas, muito provavelmente, não se mostra suficiente para corrigir a defasagem histórica no valor dos procedimentos pagos, o que, muito provavelmente faz com que não seja, do ponto de vista de um conjunto muito expressivo das filantrópicas, algo atrativo, ou, pelo menos, mais atrativo que os valores que a saúde suplementar lhes paga.

Em Setembro de 2006 foi editado o decreto 5.895 passou a isentar um pequeno grupo de hospitais filantrópicos, rotulados como de excelência, de dedicarem 60% de seus leitos ao SUS, com a contrapartida de ofertarem, por meio de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, outros tipos de serviços, como cursos, consultorias, outros projetos beneficentes, etc. cujo valor deveria compensar as isenções tributárias a que tinham direito. Se este ato contribuiu para a manutenção destes hospitais no SUS, por outro lado, abriu a possibilidade de uma segmentação ainda maior do setor hospitalar com piora da oferta de leitos pelo Sistema Único de Saúde.

Em relação ao segmento das filantrópicas configuramos uma dupla situação. Quando se trata de unidades filantrópicas de pequeno porte, eles poderão ser abrangidos pela política para hospitais de pequeno porte. No entanto, em relação aos hospitais filantrópicos de maior complexidade, o conjunto das políticas para o segmento não tem sido suficientes para mantê-los conectados ao SUS. A questão tributária, e a contratação de alguns

procedimentos de maior complexidade tem sido o principal motivo de sua continuidade no ramo da filantropia. Embora sua adesão discursiva ao SUS seja bastante explícita, o que é recompensado em muitas ocasiões com alguns investimentos públicos em infraestrutura e equipamentos, seus gestores, pouco esperançosos em relação às possibilidades de uma parceria mais sólida com o setor público são fortemente atraídos pelo valor 5 vezes maior que a saúde suplementar paga por cada internação. Isto configura uma situação grave para o SUS, uma vez que estes hospitais são responsáveis por mais de 50% dos procedimentos de maior complexidade do SUS.

8.5. Políticas para hospitais psiquiátricos

Desde a implantação do SUS, o conjunto das políticas para a saúde mental tem apontado no sentido da substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços ambulatoriais mais próximos às comunidades. ANDREOLI, 2007 relata que no período entre 1995 e 2005 o número de leitos hospitalares caiu de 5,4 por 10 mil habitantes, para 3,2 para 10 mil habitantes e que no mesmo período, o número de unidades ambulatoriais cresceu 9 vezes. Atualmente, como pôde ser visto no capítulo 5 deste trabalho, contamos com aproximadamente 45 mil leitos psiquiátricos, dos quais aproximadamente 12 mil estão destinados à saúde suplementar e o restante ao SUS. Isto configura um quadro onde, menos de 10% do total de leitos à disposição do SUS é destinado à psiquiatria, o que é muito razoável em termos históricos, pois já houve momentos em que contávamos com mais de 20% dos leitos destinados à psiquiatria.

No, entanto, o acesso aos serviços ambulatoriais ainda é difícil. Aparentemente, estamos tendo mais sucesso em desospitalizar, o que tem tido até implicações favoráveis do ponto de vista do custo médio da assistência (ANDREOLI, 2007), do que em garantir um atendimento digno aos pacientes

8.6. Políticas para hospitais universitários e de ensino (HUE)

Embora antiga, a ideia de reunir alguns hospitais sob a denominação comum de hospitais de ensino tomou corpo em 1991, com a criação do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária). Além das dificuldades

financeiras pelas quais passavam, foram usados como argumentos, que foram transformados em critérios para que recebessem remuneração diferenciada pelos serviços o fato de terem reconhecimento pelo MEC como hospital de ensino, o funcionamento regular há pelo menos 5 anos e que fosse caracterizado como centro de referência para procedimentos de alta complexidade (MACHADO, 2007). Este incentivo, feito na forma de um percentual de aumento, aproximadamente 60%, sobre a fatura hospitalar tinha como propósito melhorar as condições de ensino nestes hospitais, por meio da melhoria da infraestrutura, ampliação do número de vagas para residentes e estudantes de graduação, etc. No entanto, vários estudos tem fracassado em mostrar os impactos desta política na questão do ensino e mesmo na questão do volume de procedimentos realizados (LOBO, 2007), embora com frequência, relatem melhorias na qualidade da assistência prestada. Muito provavelmente - o que foi facilitado pela forma de pagamento -, o valor do incentivo foi incorporado à rotina orçamentária para fazer face às despesas habituais.

Mesmo com o FIDEPS, os hospitais universitários ligados às Instituições Federais de Ensino foram progressivamente ao longo dos anos se tornando insolventes. Em 2003, os Ministérios da Educação, da Saúde, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, Orçamento e Gestão editaram a Portaria Interministerial 562 em 12 de maio que instituiu uma Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUEs no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor. Os trabalhos desta comissão e outros estudos permitiram a elaboração pelos Ministérios da Educação e da Saúde da Portaria Interministerial 1.000, de 15 de abril de 2004. Esta portaria dispõe sobre os requisitos necessários para a certificação dos hospitais de ensino, que viabilizou uma reformulação da política que culminou em um considerável aporte de recurso a estes hospitais, na forma de orçamento global para os procedimentos de baixa e média complexidade, sendo que o pagamento para procedimentos de alta complexidade permaneceu nos moldes anteriores.

De uma forma geral, esta política permitiu aumentar em mais de 50% os repasses a estes hospitais (LOBO, 2009). A contrapartida deste vultoso investimento do Ministério da Saúde deveria ser um pacto em relação a metas quantitativas e qualitativas envolvendo a

prestação de serviços, o ensino, a pesquisa, etc., consubstanciadas em um contrato de gestão firmado entre o hospital e o gestor do SUS do local onde este hospital está inserido. Aqui, novamente encontramos uma série de estudos realizados com o propósito de demonstrar que estes investimentos foram inúteis (LOBO, 2009 e 2010). Utilizando sofisticadas análises estatísticas, alegam que, no máximo, os hospitais passaram a fazer o mesmo que faziam antes, e às vezes até um número menor de procedimentos, porém com melhores resultados. Ou seja, estes estudos apontam no sentido de que os hospitais incorporaram tecnologias, porém, permaneceram tão inúteis quanto eram anteriormente. Outros, na mesma linha (GONÇALVES, 2007) vêm se esforçando para demonstrar que não apenas os hospitais universitários são ruins, mas também os demais hospitais públicos das capitais. No entanto, mesmo que se divirja da ideia de que estes hospitais, em função de sua singularidade acadêmica possuem um acervo intangível que os torna merecedores de tratamento peculiar, que os desobrigue de compromissos com metas e resultados, como afirmam outros autores (MACHADO, 2007), o fato é que, muito provavelmente, em função desta política se mantiveram em pleno funcionamento. A tendência anteriormente observada, de tentarem destinar parte de seus serviços aos planos de saúde a título de complementar seus orçamentos foi revertida. Além do mais, estes hospitais são atualmente responsáveis por 26% dos leitos de terapia intensiva do SUS e pela realização de 38% dos procedimentos de alta complexidade, respondendo ainda por 12% do total de internações.

Em Janeiro de 2011 foi editada a Medida Provisória 520, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Sob a alegada dificuldade de contratação de pessoas, aquisição de insumos e equipamentos com a agilidade que estes hospitais necessitariam para desenvolver suas atividades, esta empresa vem, na realidade, substituindo as múltiplas fundações de apoio que foram sendo implantadas ao longo das últimas décadas. Estas fundações funcionam, muitas vezes ao arremedo das normas vigentes, como possibilitadoras da execução pelos hospitais do que as leis que regem a administração direta impede. O real impacto da EBSERH no funcionamento dos hospitais universitários ainda está por ser analisado, mas, trata-se de uma medida que poderá ao longo dos anos, não apenas conferir maior autonomia administrativa ao setor, mas alterar profundamente os atuais mecanismos de gestão e inserção destes hospitais no SUS.

8.7. Políticas de avaliação e qualificação hospitalar

O Ministério da Saúde não tem uma política consistente e permanente de avaliação dos hospitais, o fazendo de forma pontual em áreas (urgências, terapia intensiva, neoplasias, etc.) ou períodos que se mostrem mais críticos em função de crises que geram tensionamentos. Entre as iniciativas mais sistemáticas, que visavam uma análise mais aprofundada do parque hospitalar merecem destaque o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASH), de 1998 e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), de 2004.

O PNASH visava apenas os hospitais e utilizou um campo mais restrito de avaliação, focando principalmente os aspectos relacionados aos padrões de conformidade hospitalares às normas estabelecidas e a satisfação dos usuários, enquanto o PNASS, mais sofisticado, visava o conjunto dos serviços de saúde e analisava um conjunto mais extenso de variáveis envolvendo questões relacionadas à estrutura, aos processos e resultados em uma multiplicidade maior de eixos de análise. Estas iniciativas, embora possibilitadoras de novas e interessantes visões do parque hospitalar brasileiro esbarraram no seu caráter de recorte ao invés de se constituírem como políticas de avaliação contínua. Isto fez com que as imagens que produziram dos hospitais fossem se desbotando, perdendo nitidez e se tornando menos úteis para as decisões que precisam ser tomadas todos os dias pelos gestores dos diversos níveis do sistema.

Nas décadas de 90 e início do Século XXI as políticas avaliativas que conferem rótulos a hospitais estiveram em alta, porém nenhuma delas conseguiu êxito no SUS. Nossas propostas de acreditação hospitalar se resumem hoje a documentos esquecidos nas gavetas dos departamentos do Ministério da Saúde, se encontrando, na melhor das hipóteses expostos à crítica dos ratos. Mesmo no setor privado, as empresas que se estabeleceram no mercado vendendo títulos de qualidade ao portador não têm obtido o sucesso almejado. Estes títulos não tem conseguido aumentar o valor dos produtos vendidos pelos hospitais e toda a encenação feita para consegui-los tem parecido inútil à maioria dos gestores dos hospitais.

Grande parte das políticas de qualificação dos hospitais foram implementadas no Ministério da Saúde na forma de melhorias das tabelas de procedimentos. Assim foi com as políticas para os procedimentos de alta complexidade, para os transplantes, para a assistência materno-infantil e, mais recentemente com as políticas para a atenção a algumas situações envolvendo a atenção às urgências e emergências. O formato geral destas políticas, quase sempre envolve uma revisão nos valores da tabela e o estabelecimento de processos que os prestadores devem desenvolver para fazer jus aos novos valores. Com muita frequência, estas políticas criam abertura para o repasse de recursos para investimentos nestas áreas que são destinados aos setores público e filantrópico.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão se consolidou em 2003, tendo como base iniciativas de Humanização da atenção hospitalar que remontam à década de 90 e que tiveram em Gregório Barenblit um de seus principais inspiradores e mentores. O foco desta política diz respeito à desumanização, abordado como ‘conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho’ (CADERNOS DO HUMANIZASUS, 2010). Trazendo um novo olhar que possibilitava a usuários, trabalhadores e gestores se enxergarem de outra forma causou um grande impacto nos serviços nos primeiros anos de sua implantação. Esta se fez seguir, em algumas circunstâncias, de profundas revisões nas rotinas de trabalho como as relativas ao acolhimento e a classificação de risco nas recepções das unidades de urgência e emergência dos hospitais.

Se no início de sua implementação, mesmo com a resistência de alguns gestores, sugeria se tratar de um processo mais duradouro e não um mero modismo (BARROS, 2005), com o passar dos anos a política se enrijeceu perdendo seu caráter instituidor de novas relações no ambiente hospitalar. A falta de outras políticas associadas que atuassem concomitantemente nas questões do financiamento, investimento em ambiência, ampliação das capacidades

instaladas de leitos e equipamentos, etc., associada ao caráter de pieguice e pregação moral que assumiu em muitos locais – o que ocorreu em dissonância com as bases nas quais a política foi formulada - fez com que, progressivamente se desacreditasse e passasse a sobreviver apenas em função da inércia do aparato burocrático da saúde. Incapaz de se resignificar, vem se consolidando predominantemente como espaço de discussão conceitual. Hoje, sem interlocução com os serviços e tendo perdido o caráter de opção viva e interessante, se configura como uma boa ideia que sobreviveu à sua utilidade prática.

8.8. Políticas de revisão do formato jurídico para hospitais públicos

Embora tenha propiciado inúmeras discussões sobre Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Parcerias Público-Privadas (PPP), Empresas Públicas, Fundações Públicas de Direito Privado e outras, o Ministério da Saúde não editou políticas que tratassem da revisão do formato jurídico de hospitais públicos. Muito provavelmente, outros ministérios, em especial Planejamento e MARE (MARE, 1998) tiveram mais influências sobre o tema, também presente na agenda de estados e municípios.

Embora hoje estejam espalhadas por todo o País, o Estado de São Paulo detém ainda o maior número de hospitais públicos que receberam a rubrica de OSS. Utilizada inicialmente para colocar em funcionamento hospitais que tiveram sua construção iniciada na década de 80, e sua conclusão na década de 90, este modelo foi se fortalecendo no Estado, e a seguir se expandiu também para outros estados da federação (IBANEZ, 2001). Altamente polêmico à época, e ainda hoje, a principal alegação para sua implantação foi a lei de responsabilidade fiscal, que impunha limites de gastos a gestores, em especial nas rubricas ligadas a pessoal. O pano de fundo, no entanto, era a incapacidade da administração direta e indireta de operar serviços públicos e a visão do Estado como ineficiente, perdulário, etc., associado ao projeto de reforma do Estado em curso, que tinha em Bresser Pereira seu maior ideólogo.

Estas organizações são conformadas como entes privados, operando sob gestão privada com recursos públicos, repassados na forma de contratos especiais (termos de parceria) obviamente, com mecanismos de intervenção do poder público nas mesmas. Embora nos encontremos há aproximadamente duas décadas com este tipo de organização em funcionamento, e que seguem as tendências relatadas por Precker, 2000, de um maior afastamento administrativo dos hospitais da esfera pública imediata, não há um consenso sobre a efetividade da adoção destes novos formatos jurídicos.

Mais recentemente, alguns estados, em especial no Nordeste vêm adotando as Fundações Públicas como modelo jurídico administrativo para os novos hospitais que vêm sendo construídos. Diferente das OSS, as Fundações Públicas de Direito Privado são constituídas dentro da esfera pública, com sua direção diretamente indicada por mandatários eleitos, em um formato mais próximo ao das empresas públicas.

Estes formatos jurídico-administrativos certamente influirão em muito na organização e funcionamento dos hospitais públicos. No entanto, eles têm sido utilizados majoritariamente para estruturar novos serviços e não para remodelar os antigos. Por outro lado, como o setor público, em especial os Estados e a União têm construído poucos hospitais o tema não tem sido discutido com a abrangência que merece, e as decisões até aqui têm se dado de forma fragmentada, com cada estado adotando as soluções que julga melhor, tendo como referência as conjunturas locais.

8.9. Da subserviência ao clientelismo: as políticas de investimento no SUS

A ausência de uma política sólida e genuinamente nacional de investimentos talvez tenha sido uma das maiores debilidades do SUS nas últimas décadas. Mesmo antes da implantação do SUS, a presença internacional via fundações como a Rock Feller, OPS e Banco Mundial interferiam de forma muito significativa em nossa políticas de investimento. Seja através das ‘linhas de investimento’ disponibilizadas pelo Banco Mundial, seja através dos “seed money” das fundações, sempre fomos presas fáceis de suas políticas que, muitas vezes, com um volume pequeno de recursos, muito inferior aos que eram alocados pelo próprio governo brasileiro dirigiam toda nossa política de

investimentos. Pois, além dos recursos que eram emprestados, o Banco disponibilizava conhecimento na forma de técnicos e políticas na forma de definição prévia de que itens seriam passíveis de ser objeto dos acordos.

Esta política perdurou até muito recentemente com o REFORSUS - que viabilizava recursos para investimentos em unidades de saúde, equipamentos, etc. – com o programa da AIDS – para aquisição de medicamentos e outros itens -, e até mesmo para o Programa de Saúde da Família – com o PROESF -. Em nenhum momento a conformação de uma rede pública de hospitais de maior complexidade foi prioridade seja para o Banco, seja para o Ministério da Saúde. Assim, o setor hospitalar se beneficiou apenas de forma marginal destes empréstimos, com o equipamento de algumas unidades, a ampliação, reforma ou término da construção de outras. Com o passar dos anos e o crescimento da economia brasileira, a importância desta fonte de financiamento foi reduzida.

Mesmo com o aumento gradativo dos recursos próprios do Ministério da Saúde destinados a investimento, que hoje se aproximam de 2 bilhões de reais ao ano, não foi possível estabelecer uma política mais sólida de investimentos, o que persiste até nossos dias. Embora tenha produzido em 2005 um documento com DIRETRIZES PARA INVESTIMENTOS EM SAÚDE, a forma predominante de alocação dos recursos são as emendas que os deputados colocam nos orçamentos para beneficiar seus redutos eleitorais. Este fato produz uma alocação muito fragmentada dos recursos de investimento, dificultando sua organização em uma política coerente.

O uso do crédito, por meio dos Bancos de investimento nacionais, como o BNDES, altamente significativo para outros setores sociais têm funcionado apenas de forma marginal para a saúde. Seja em nível federal, seja nos níveis estadual e municipal, a utilização deste tipo de alternativa para programas de melhoria da infra-estrutura de hospitais públicos em especial tem sido praticamente nula. A título de exemplo, um único empréstimo feito pelo BNDES à PETROBRÁS, no valor de 9,4 bilhões de reais feito recentemente, conforme fartamente noticiado pela imprensa é suficiente para construir e equipar 100 hospitais de grande porte. Desta forma, o crédito poderia ser utilizado para

construirmos no presente algo que com nossos recursos próprios atuais somente conseguiríamos em longo espaço de tempo. Aqui, como diria POUND, talvez resida um dos problemas do setor saúde: ignorância a respeito da formação do crédito e circulação da moeda.

9. O IMPACTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO QUADRO HOSPITALAR BRASILEIRO

9.1. Introdução

Em que pese o fato do marco legal conferir à saúde suplementar um caráter complementar em relação ao Sistema Único de Saúde, no que tange à assistência médica este segmento vem assumindo progressivamente características de sistema de saúde. Atualmente, conta com 66,3 milhões de usuários vinculados a uma multiplicidade de operadoras de planos de saúde que são regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2012). Esta Agência, ligada ao Ministério da Saúde, conta com grande autonomia na regulação e normatização do setor e vem progressivamente estabelecendo uma homogeneidade de regras e pré-requisitos para os atores do sistema. A normatização envolve o escopo da assistência que deve constar de cada tipo de plano de saúde, regras para o ingresso e a saída de participantes, garantias que devem ser fornecidas, etc., o que vem reforçando o caráter “sistêmico” do segmento.

Embora os 66,3 milhões de assistidos do segmento correspondam a um terço da população brasileira, este número vem crescendo e supera o número de habitantes da maioria dos países da América Latina, se aproximando do número de habitantes dos países europeus. Mesmo não contando ainda com estudos consistentes sobre o tema é bem provável que este conjunto de assistidos e as empresas para as quais trabalham movimentem mais de três quartos do Produto Interno Bruto brasileiro. Estes usuários estão distribuídos predominantemente nos grandes centros urbanos do sudeste e sul do País, onde algumas capitais já contam com mais da metade da população vinculada ao segmento. Não são todos os beneficiários, apelido dado pela ANS aos usuários dos planos de saúde, que têm direito à assistência hospitalar. Pois, existem diferentes planos, entre os quais, aqueles com cobertura apenas ambulatorial ou odontológica exclusiva, que não tem acesso a hospitais. No entanto, estes planos são minoria e **os planos com cobertura médico-hospitalar contam com 48,7 milhões de assistidos**, distribuídos por 994 operadoras de planos de

saúde com beneficiários, que compram serviços no mercado, e, em algumas circunstâncias, também os presta diretamente. (ANS, 2012).

Este sistema privado de assistência à saúde não se formou da noite para o dia. Até meados da década de 80, o setor privado hospitalar (e também o ambulatorial) atuava quase exclusivamente como ofertante de serviços ao setor público. Os planos de saúde eram ainda pouco estruturados e a relação entre o sistema público e estes planos não havia ainda sido regulamentada nos moldes atuais. Embora alguns planos privados de saúde tenham sido estruturados desde o início do século XX por arranjos mutualistas que operavam compra de serviços médico-hospitalares, o grande impulso aos planos se deu no final das décadas de 60 e 70 com a estruturação das UNIMED pela corporação médica e dos convênios-empresa pelo sistema previdenciário (CARVALHO, 2007). Por meio destes convênios, o Instituto Nacional de Seguridade Social repassava recursos a empresas privadas para que organizassem a assistência a seus empregados, o que podia dar-se na forma da estruturação de serviços próprios e também da compra de serviços de outros prestadores. Progressivamente estes planos, muito heterogêneos foram incorporando um maior volume de recursos das próprias empresas e dos empregados. Outros planos surgiram, sem participação direta da esfera estatal, como forma de compra de serviços diferenciados por empresas e seus empregados e até mesmo por órgãos públicos e seus funcionários. Por ocasião da Constituição Federal de 1988, o número de assistidos de planos de saúde era próximo de 25 milhões de brasileiros.

A maior parte desses planos de saúde pressupunha que os seus associados também contassem com a assistência do sistema público. Muitos planos consistiam em financiar hotelaria diferenciada, acesso a médicos de escolha dos pacientes e outras pequenas regalias, que, no entanto acabavam resultando também em acesso privilegiado ao sistema público de saúde (ANDREAZZI, 2002). Como os prestadores de serviço para este incipiente sistema privado de planos de saúde eram os mesmos hospitais que prestavam serviços ao setor público, o concorrido acesso pela estreita porta pública destes hospitais - que levava às enfermarias onde dez ou doze pacientes compartilhavam seus sofrimentos e a longa espera pela curta visita dos médicos – era bem diferente das vias que os pacientes dos

planos privados percorriam até chegar aos apartamentos, onde podiam se internar com o acompanhamento de seus familiares e, quase sempre, escolher os médicos que lhes assistiriam.

Neste período, o sistema público pagava uma grande parcela da conta do “paciente privado” representada pelos medicamentos, materiais, procedimentos médicos realizados, exames laboratoriais, alimentação, etc. Os planos de saúde pagavam a parcela que correspondia a este “tratamento diferenciado”. Principalmente, alojamento em apartamentos individuais com direito a acompanhante e remuneração adicional para a corporação médica (ANDREAZZI, 2002). É muito provável que venha daí esta idéia de “complementar” ou “suplementar”. O sistema privado “complementava” ou “suplementava” o setor público. No entanto, a mercadoria oculta que fazia parte do pacote vendido aos usuários pelos planos de saúde - e que agregava valor aos “suplementos”- era o acesso privilegiado ao sistema público. Este acesso era facilitado em função da dupla militância dos prestadores privados de serviço, o que também ocorria em nível ambulatorial. Entrava-se nos serviços pelos planos de saúde sem as longas e habituais filas, com a conta paga, em sua maior parte, pelo sistema público. Assim, poder-se-ia dizer que parte dos produtos vendidos pelos planos de saúde à época guardava muita semelhança com o que porteiros pouco éticos dos postos de saúde vendiam aos pacientes necessitando assistência: lugar mais à frente nas filas de espera!

Deveria despertar a nossa atenção o fato de não termos nos atentado para esta questão à época da elaboração da constituição de 1988. O fato é que praticamente toda a regulamentação do setor privado na Constituição se deu em termos de regulamentá-lo como unidades prestadoras de serviços e não como entidades organizadoras de sistemas de assistência médica paralelos ao sistema público de saúde. De 1987 a 1994 o número de brasileiros com planos de saúde passou de 24,4 milhões a 42,3 milhões de assistidos (CARVALHO, 2007). As tensas relações entre usuários de planos privados de saúde, operadoras e prestadores de serviço, muitas vezes marcadas pelo parasitismo em relação ao sistema público levaram em 1998 a criação da lei 9.656, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com atribuições de fiscalizar e regulamentar os planos e seguros

de saúde. Aqui, não poderia ser considerada uma ousadia hermenêutica a interpretação desta lei como uma espécie de reforma constitucional da saúde. O reconhecimento de que conformamos dois sistemas de saúde, um sistema público, o SUS, e um sistema privado, a saúde suplementar, que carecia de fiscalização, mas também de legalidade e jurisdição.

Sob o impacto normatizador e regulador da ANS, a saúde suplementar vai progressivamente se organizar e se configurar como um sistema privado de saúde. Empresas passam a ser disciplinadas, somente podem vender serviços de acordo com critérios estabelecidos pela ANS. A relação com o setor público é formalizada e o parasitismo da saúde suplementar em relação ao sistema público dá lugar, ao menos em tese, ao ressarcimento do setor público por assistência eventualmente prestada a usuários de planos privados de saúde. Os complexos mecanismos estabelecidos para este ressarcimento fizeram com que, em termos de recursos financeiros, o sistema público não se beneficiasse das medidas. O fluxo de dinheiro propriamente dito foi muito pequeno do setor privado em relação ao público. Mas, o efeito colateral talvez tenha sido mais importante do que o potencial de receitas que poderiam ou não beneficiar os usuários do sistema público. A cinzenta separação entre o público e o privado tornou-se mais nítida.

Se por um lado, em seus primórdios, a instituição de uma agência reguladora causou certo desconforto às empresas, principalmente as operadoras de planos de saúde, por outro lado, ela possibilitou que todo um setor obtivesse legitimação social e confiabilidade, tornando o “ambiente de negócios” mais conhecido, com regras mais claras, o que contribuiu para a constituição em um terreno mais sólido de um mercado na saúde (ANDREAZZI, 2002). Se este mercado, constituído por prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde dependia, no passado, da esfera pública para sobreviver, hoje se autonomizou e se move por conta própria. Mesmo que algumas questões ainda estejam em debate, como o subsídio público ao setor privado através de algumas isenções tributárias, o volume de recursos envolvido não é suficiente para alterar o quadro mais geral. As isenções tributárias de toda a rede filantrópica de hospitais somam aproximadamente 4 bilhões de reais ao ano. Outra questão mais complexa, a renúncia fiscal - representada pelo abatimento dos gastos privados em saúde do Imposto de Renda - soma aproximadamente 12 bilhões de reais.

Aqui, como ocorreu com vários outros segmentos da economia nacional, o Estado financiou parte substantiva dos investimentos, funcionou como comprador de serviços durante grande parte do tempo e quando o setor já se encontra 'maduro', capitalizado, como diriam alguns, se desloca da esfera pública para a esfera privada onde vai servir a uma pequena parcela da população. Aquela que pode pagar pelos serviços.

As operadoras de **planos de assistência médico-hospitalar movimentaram 82,4 bilhões de reais no ano de 2011 e suas receitas tem sido crescentes nos últimos anos. Destes recursos, estima-se que aproximadamente 70% sejam gastos com assistência hospitalar.** Isto significa que a saúde suplementar tem mais recursos para a assistência hospitalar de seus quase 50 milhões de assistidos com cobertura hospitalar, que o Ministério da Saúde para os 140 milhões de brasileiros com assistência exclusiva pelo SUS. Se considerarmos que a rede de hospitais que presta serviços à saúde suplementar é de aproximados 2100 hospitais (ANS, 2012), enquanto a que presta serviços ao SUS é de aproximadamente 5500 hospitais (dos quais 2700 são privados), chegaremos à conclusão, no que tange ao parque hospitalar privado, que a saúde suplementar é, em termos financeiros, seu principal comprador de serviços. Portanto, tem, atualmente, maior influência sobre os rumos deste segmento que o próprio SUS.

Obviamente, os recursos da esfera pública para hospitais não provém apenas do Ministério da Saúde. Eles provém também dos estados e municípios. Mas estes recursos são, em sua avassaladora maioria, destinados ao financiamento da rede própria e não à compra de serviços do setor privado, que é feita principalmente com recursos do Ministério da Saúde. Laforgia (2008) estimou em 198 bilhões de reais o total de gastos em saúde no Brasil em 2006, dos quais 67% correspondem a gastos com hospitais. Destes gastos com hospitais, 58% viriam do setor público e 42% do setor privado. Dos últimos, aproximadamente 8% representaria gastos diretos das famílias. Estes dados apontariam no sentido de um **gasto hospitalar percapita no sistema privado três vezes maior que o do sistema público.** A receita *percapita* das operadoras foi em 2009 de R\$ 116,40/mês, segundo dados da ANS 12/2010, o que representa aproximadamente o triplo de recursos *percapita* despendidos pelos três entes federados em conjunto. Se considerarmos que os recursos da esfera pública

não são somente para a assistência - mas também para o sistema de vigilância, educação em saúde, etc. – chegar-se-á a conclusão de que o volume destinado à assistência médica pela saúde suplementar, e conseqüentemente aos hospitais, é três a quatro vezes *percapita* maior que o SUS.

Desta forma, ao analisarmos o número de assistidos, o volume de recursos financeiros envolvidos e o conjunto de prestadores de serviços que se movem predominantemente em função do sistema privado de assistência à saúde **torna-se evidente a necessidade de uma melhor compreensão deste segmento, caso queiramos compreender a dinâmica do parque hospitalar brasileiro que conta com dois terços de seus leitos em hospitais privados**. Pois, esta dinâmica, outrora determinada pelo setor público, move-se atualmente em consonância com o que ocorre no sistema privado de assistência à saúde, ao qual vimos dando até aqui o apelido de saúde suplementar. Assim, para entender os rumos que a rede hospitalar, em especial a privada, vem tomando precisamos entender que rumos a saúde suplementar vem tomando.

O cenário na saúde suplementar vem evidenciando alterações significativas nos últimos anos. As mudanças vêm afetando os consumidores, os prestadores de serviços, entre os quais se destacam os hospitais e as operadoras de planos de saúde. Convive-se hoje com um complexo contexto que conjuga aumento do número de assistidos, redução do número de operadoras e, ao mesmo tempo, uma maior atuação dos órgãos reguladores e fiscalizadores. Se na década de 90 alguns sinais de **concentração de mercado** já podiam ser notados (ANDREAZZI, 2002), atualmente, a este movimento que se intensificou agregou-se outro, o da **verticalização**. Em nosso entendimento, estes dois movimentos têm assumido relevância crescente na saúde suplementar, sendo objeto de estudo e discussão de um grande número pesquisadores e gestores, se constituindo em tema constante de seminários, eventos do setor, além de ser objeto da publicação de um expressivo conjunto de artigos em jornais e revistas especializadas. Estes movimentos, delineados abaixo, apesar de se darem eminentemente no segmento privado, vem afetando o sistema público de saúde e sua relação com o parque hospitalar privado.

9.2. Concentração de mercado

9.2.1. Concentração de mercado como fenômeno nas economias ocidentais

Boa parte dos economistas tende a considerar a concentração como um fenômeno natural do mercado (MANKIW, 2009). Por vezes uma empresa produz um determinado produto ou serviço de uma forma tão qualificada e por um custo tão razoável que ela ganha, naturalmente, parcelas maiores do mercado. Mas, este não é o principal mecanismo, nem é o mecanismo que deixa os órgãos de defesa da concorrência preocupados. As empresas, em geral passam a deter fatias maiores de mercado quando incorporam ou quando se fundem a outras empresas.

As visões sobre o processo concentracionista são heterogêneas e muitas vezes antagônicas. Os defensores, em geral acham que tamanho é documento. Alegam que apenas empresas grandes, com grandes fatias de mercado são capazes de investir em pesquisa, tecnologias, melhoria contínua da qualidade, enfim, no desenvolvimento de novos e interessantes produtos que tornam a vida mais fácil e por vezes até mais feliz. Além disto, a fusão ou incorporação de empresas possibilita, em função da escala, uma diminuição nos custos da produção e, conseqüentemente aumento nos lucros, visto que possibilita um melhor escoamento da produção com o aumento de seus estabelecimentos, redução das despesas administrativas e aumento significativo do mercado consumidor. Consideram as pequenas e médias empresas medíocres, incapazes de obter escala para qualquer processo relevante. Julgam que o melhor que lhes pode ocorrer é fundir-se a outras até se tornarem grandes ou ser absorvidas por outras empresas que já sejam grandes. Por vezes dão um tom nacionalista às suas posições. Empresas nacionais grandes e poderosas seriam mais competitivas e venderiam seus produtos com maior facilidade em outros países.

Entre os que olham com reserva o processo concentracionista é comum ouvir que julgam que, se por um lado, as empresas gostam de fabricar produtos ou ofertar serviços, por outro, elas gostam mais ainda de ganhar dinheiro e farão o que for necessário para que isto ocorra. Assim, são quase sempre céticos em relação à alegação de que a fusão ou incorporação de uma empresa pela outra resulte em ganhos de escala ou produção mais qualificada e barata.

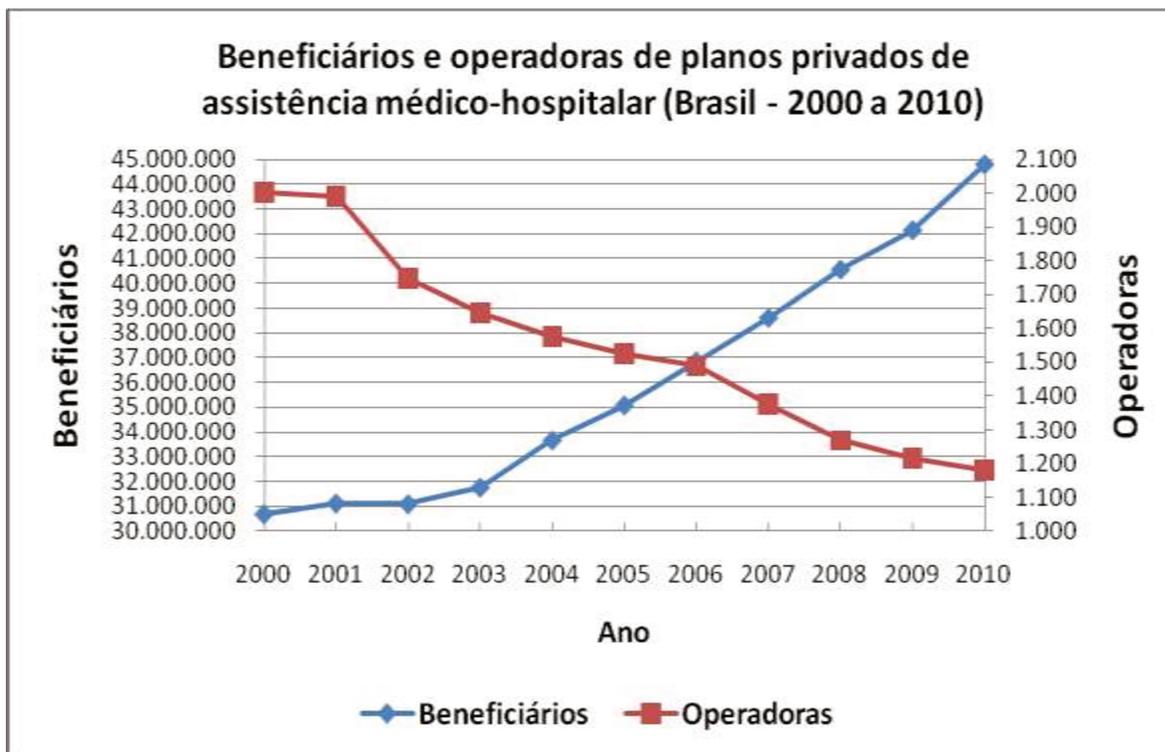
Acreditam que elas promovem estas aquisições e fusões para aumentar a fatia de mercado que controlam e para aumentar o seu poder econômico. Desta forma, conquistam a possibilidade de agir independentemente de seus concorrentes e de fixar os preços dos seus produtos de forma livre e desimpedida. Podem até mesmo, quando necessário, excluir um ou outro competidor renitente que insista em permanecer no mercado. Diferente dos que defendem o processo concentracionista, os que o olham com suspeita tendem a acreditar que o que faz uma empresa produzir serviços ou produtos melhores e mais baratos é a concorrência de outras empresas.

Nossos órgãos de regulação da atividade econômica - O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, que é constituído pela [Secretaria de Direito Econômico \(SDE\)](#), do [Ministério da Justiça](#); [Secretaria de Acompanhamento Econômico \(SEAE\)](#), do [Ministério da Fazenda](#) e pelo [Conselho Administrativo de Defesa Econômica \(CADE\)](#), [autarquia federal](#) vinculada ao Ministério da Justiça - já estiveram sob a influência ora de uma ora de outra posição. Já houve momentos em que a liberalidade com o processo concentracionista foi maior, e, até mesmo estimulado. Hoje parece prevalecer uma opinião meio termo. As fusões e incorporações são, em geral, toleradas desde que não levem, explicitamente, a um grande poder econômico de um ou poucos agentes. Uma série de leis, instrumentos normativos e indicadores estão colocados de forma a nos dar esperanças de que os longos processos envolvendo as questões de direito econômico resultem em algo mais do que ter que pagar por alguns produtos ou serviços o seu valor de uso.

9.2.2. Concentração de mercado na saúde suplementar

Como já dito, o número de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar vem aumentando consideravelmente no País nos últimos anos. Passamos de 30.705.334 em 2000 a 44.783.766 em 2010. Com as operadoras se deu o inverso. Decrescemos, no mesmo período, de 2003 para 1.179 operadoras, das quais 1.061 se encontravam operantes em 2010, conforme pode ser observado no gráfico abaixo.

Figura 10 – Beneficiários e operadoras de planos privados de assistência médico-hospitalar (2000-2010)



Em junho de 2012, o número de operadoras ativas com beneficiários segue tendência de queda iniciada em 2002. O número médio de beneficiários por operadoras pouco chega os 49 mil, segundo os dados dos Cadernos de Informação da Saúde Suplementar, muito aquém do que ocorre nos USA que tem em torno de 196 mil usuários por operadora ou que o Chile, que conta com 381 mil usuários por operadora. No entanto, no que tange ao País, o número de beneficiários por operadora é hoje o dobro do que foi há dez anos e está relacionado, por um lado com o aumento do número de beneficiários, mas, por outro lado com uma queda no número de operadoras de planos de saúde.

Embora o número médio de beneficiários por operadora não possa ser considerado alto, a distribuição dos beneficiários entre as operadoras no Brasil sugere uma estrutura de mercado significativamente concentrada. Segundo dados dos Cadernos de Informação da Saúde Suplementar de Setembro de 2012, na assistência médica, das 994 operadoras com

beneficiários, oito operadoras concentram 60% do total de beneficiários, enquanto 674 operadoras possuem apenas 10% da quantidade total de beneficiários. Um terço das operadoras congrega 90 % dos beneficiários. Outros estudos já vinham apontando este caráter concentrado do mercado na saúde supletiva. Estudos do CEDEPLAR-MG verificaram que as seis maiores operadoras concentravam 20% do mercado e que 50% dos usuários de planos de assistência médico-hospitalar são beneficiários de um restrito universo de 38 operadoras (MODENESI, 2005). O Centro de Defesa do Consumidor (CEDEC) em 2005 já apontava no mesmo rumo ao constatar que 16,2 % das operadoras concentravam 80,6% do mercado. Na fatia do mercado que corresponde às pequenas operadoras se constata maior instabilidade, com dezenas de operadoras em situação patrimonial deficitária declarada e são principalmente estas operadoras que tem sido objeto de intervenção por parte da ANS. É provável que o processo de concentração seja ainda maior que o oficialmente declarado, já que há operadoras que compraram concorrentes, mas continuam atuando com as duas marcas.

No que tange à forma de contratação, 76,9% dos beneficiários se encontram em planos coletivos de saúde. Embora, entre estes planos se observem alguns que representem diferentes formas de agregação de pessoas para comprarem planos de saúde (associações para diversos fins, condomínios, clubes, etc.), estas formas não são estimuladas pelos órgãos reguladores e 81,7% dos planos coletivos são planos empresariais. Ou seja, 62,9% dos beneficiários de assistência médica têm plano coletivo empresarial. Estes dados confirmam a hipótese, que mais que escolhas individuais, os planos de saúde correspondem a opções coletivas e estão associados ao mundo do trabalho. Obviamente, correspondem à empresas mais solidamente estabelecidas e com remunerações médias de seus empregados maiores (ANS, 2012).

Do ponto de vista geográfico os usuários da saúde suplementar se concentram principalmente na região sudeste, que abriga aproximadamente 64% dos usuários de planos de saúde, distribuídos principalmente pelas capitais e cidades de maior porte o que conforma um mercado, cujo maior volume de envolvidos, tanto do ponto de vista de usuários quanto de prestadores está pouco disperso geograficamente.

No que tange à regulação do processo de concentração do setor, além dos órgãos de defesa da concorrência mencionados anteriormente, a ANS também tem atuação. No entanto, não se tem notícia de algum documento do órgão que trate especificamente da definição do que deverá ser considerada concentração não desejável de mercado. As principais definições do campo – que critérios deverão ser usados para dimensionar mercado relevante, indicadores que subsidiariam tomadas de decisão, etc. -, assim como sobreposições ou concorrências de funções entre a agência e outros órgãos reguladores estão ainda por ser equacionadas. As intervenções em operadoras de planos de saúde tem se dado predominantemente em decorrência de questões relacionadas à solvência dos planos. O discurso de que ainda contamos com um grande número de operadoras e de que o mercado precisa se concentrar ainda mais é voz corrente em vários escalões do órgão, onde números cabalísticos que oscilam entre 400 e 600 são tidos como ideais para o número de operadoras do País.

9.3. Verticalização

9.3.1. A verticalização como fenômeno de mercado

A verticalização - ou processo de integração vertical como é conhecido pelos economistas - ocorre quando diferentes processos de produção, ou mesmo produtos que são insumos para um determinado produto final passam a ser produzidos diretamente pela própria empresa, que anteriormente os adquiria no mercado. A título de exemplo, quando uma montadora de automóveis adquire uma fábrica de motores, um insumo para a produção subsequente de automóveis, ou quando adquire uma rede de distribuidoras, internalizando e colocando sobre seu controle direto a produção de um componente de seu produto final e também a distribuição deste produto, dizemos que está ocorrendo um processo de integração vertical. Este processo é denominado por alguns autores "*upstream*" quando se incorpora o estágio que produz um insumo para o subsequente, e àquele que utiliza o insumo do processo anterior denomina-se "*downstream*". Na prática este processo significa que uma empresa está reduzindo seus custos de transação - eliminando trocas contratuais ou de mercado -, substituindo-os pela troca interna, desta forma, adquirindo um maior controle sobre seu produto final (WILLIANSOM, 1989).

Este processo é utilizado pelas indústrias com três motivações principais segundo Oliver Williamson: tecnológico, imperfeição nos mercados e economia nos custos de transação. Embora se alegue com frequência que a redução na quantidade de insumos ou a forma de articular seu uso se constituam em razões para a integração vertical, a motivação de base tecnológica raramente seria necessária segundo o autor mencionado, justificando-se unicamente quando uma tecnologia a ser incorporada for altamente superior às demais, o que representaria um diferencial significativo. As imperfeições de mercados com monopólios, monopsonios e assimetrias de informação podem trazer grande instabilidade a empresas, que para contrapor-se a esta instabilidade podem lançar mão da integração vertical. A título de exemplo, se um monopólio fixa um preço elevado para determinado produto ou insumo que é meio para outra empresa, esta poderá decidir-se por produzir o referido insumo, mesmo com menor eficiência, porém com resultado final superior em seu produto final. O mesmo pode ser feito em relação a insumos ou produtos meios que apresentam grandes flutuações de mercado, ou onde exista uma assimetria de informações tal que a produção internalizada deste meio represente redução significativa no patamar de incertezas. No entanto, a principal justificativa para este processo de integração vertical seria a redução dos custos de transação.

Ora, ir ao mercado para adquirir insumos, produtos ou serviços, negociar, contratar, zelar pelo cumprimento e manutenção dos contratos tem custos e também representam riscos para a consecução do produto final de uma empresa que precisam ser adequadamente analisados. Em muitas circunstâncias é estratégico para esta empresa passar a contar com uma produção própria destes insumos, produtos ou serviços que são meios para o seu produto final. Para a abordagem destas questões a economia dos custos de transação pressupõe uma interdisciplinaridade que envolve a economia, o direito e a teoria das organizações. Preocupa-se fundamentalmente com a governança, que muitas vezes deve assumir preponderância sobre a função de produção e trabalha-se com a hipótese de que os contratos, mesmo os mais bem elaborados são incompletos e que cada parte neste contrato tentará extrair da outra parte o maior número de vantagens que puder. Neste contexto, a ameaça de rompimento do mesmo sempre será posta como ameaça por aquele que pode modificá-lo ao seu favor. Assim, acreditar excessivamente nos contratos e não se assegurar

de ter governabilidade sobre todas as etapas de um determinado produto é, em muitas circunstâncias, uma postura ingênua.

Na saúde este processo de integração vertical é pouco descrito, o que, talvez, tenha relação com o fato da maioria dos países do primeiro mundo contar com sistemas públicos de saúde, e, mesmo quando presente o setor privado, este, em geral é de pequeno porte ou vende serviços quase exclusivamente para o estado, sendo fortemente regulado. No entanto, nos Estados Unidos da América, onde a assistência médico-hospitalar é eminentemente privada podem ser vistos vários estudos sobre o tema. O processo que Scott (2000) descreve como **concentração de mercado** corresponde ao que tratamos no tópico anterior, mas, em muitos outros aspectos, ao que estamos tratando aqui sob a rubrica de integração vertical. Nas últimas décadas o sistema de saúde americano passou por um processo de fusão entre operadores de planos de saúde e incorporação por operadoras maiores ou com maior volume de recursos de outras operadoras. Mas passou também pela aquisição de hospitais, clínicas, serviços de apoio diagnóstico e até mesmo universidades por estas mesmas operadoras, formando conglomerados que mantinham sob uma mesma gestão desde a captação de usuários até a prestação dos serviços de saúde. Diferente do autor citado, este processo está aqui sendo tratado como integração vertical.

9.3.2 - A verticalização na saúde suplementar

No Brasil, o termo verticalização tem sido usado principalmente para designar a incorporação de hospitais e outros serviços de saúde por operadoras de planos de saúde, embora, em especial no interior do País, uma miríade de pequenos e médios hospitais vem estruturando planos próprios ou passando seu controle para cooperativas ou grupos médicos que administram planos de saúde, o que também pode ser considerado, em nosso entendimento, como verticalização. Este fenômeno é antigo. No entanto, o que tem chamado atenção nos últimos anos é seu processo de aceleração. Segundo dados da ANS, somente nos últimos quatro anos o número de hospitais sob a gestão direta das operadoras

saltou de aproximados 300 hospitais para algo em torno de 600. Este número é idêntico ao número de hospitais de propriedade de todos os estados brasileiros juntos, que são 608 unidades hospitalares (AMS, 2009).

Diante deste processo algumas questões se colocam. Por que motivos uma operadora de planos de saúde se desviaria de seu objetivo de captar clientes e administrar uma rede de serviços composta por agentes já existentes no mercado para se dedicar também à complexa tarefa de estruturar e administrar serviços próprios? Se motivos existem para que este processo ocorra, qual é sua amplitude e viabilidade econômica?

Ora, este é um mercado imperfeito, como é de conhecimento de todos (ARROW, 1963), com muitas assimetrias e, especialmente em algumas regiões do País, existe pouca concorrência. Este fato tem feito com que alguns prestadores de serviço, em especial hospitais e alguns serviços de apoio diagnóstico fixem preços elevados não condizentes com o que as operadoras e usuários julgam razoável pagar. Mesmo em locais onde existem serviços em número razoável vem ocorrendo algumas fusões de prestadores de serviço – organização em rede de hospitais, incorporação de serviços de apoio diagnóstico por outros maiores, etc. - que vem deixando o conjunto das operadoras de planos de saúde com poucas alternativas de contratação de serviços. Nestes locais - entre os quais poderemos citar Brasília, Salvador, algumas regiões de São Paulo e Rio de Janeiro, além de algumas cidades médias -, os preços praticados de serviços hospitalares e alguns serviços de apoio diagnóstico e terapêutico vêm se mostrando tão exorbitantes que é pouco provável que uma operadora, ou conjunto de operadoras, que internalizem estes serviços, tenham prejuízos, mesmo que este processo de verticalização não se dê com alto grau de profissionalismo da gestão. Aqui, a dependência em relação ao mercado para obter a totalidade dos serviços, em especial os hospitalares, pode ensejar grandes riscos à sobrevivência das operadoras de planos de saúde. Desta forma, as operadoras sabem, ao contrário dos gestores públicos, que, se é importante a manutenção de um olho aberto em relação aos seus processos internos, manter os dois olhos escancarados em relação aos movimentos que estão ocorrendo no mercado é questão de sobrevivência.

Obviamente, ao internalizar serviços, as operadoras perdem um pouco o foco de seus negócios e não é incomum que enfrentem dificuldades por passar a ter que administrar um leque maior de processos e atividades. Mas, até o presente, segundo os relatos verbais de alguns de seus gestores, em encontros e seminários, os ganhos têm sido maiores que as perdas. Ao lado de uma menor dependência do mercado para prestar assistência aos seus usuários, uma série de efeitos colaterais positivos têm sido observados. Entre estes efeitos podemos citar a redução do custo de transações (negociação, acompanhamento de contratos, auditoria, fiscalizações, etc.), maior capacidade de gestão da clínica, aumento do poder de compra, em especial de insumos, com redução dos custos, aumento do poder de negociação em função de menor dependência do mercado; incorporação “controlada” de novas tecnologias e a redução de incertezas relacionadas à evolução futura dos custos médicos, possibilitando um horizonte de planejamento de longo prazo.

Uma das formas de viabilizar economicamente o processo de verticalização e que tem atraído o foco das atenções é a inusitada abertura de capital de algumas operadoras do segmento de medicina de grupo, com o lançamento de ações em bolsa de valores, como tem sido noticiado na grande imprensa. É o mercado da saúde se valendo de outro mercado mais amplo. Este fato recentíssimo no País possibilitará que sejam adquiridas redes de hospitais, laboratórios e mesmo outras operadoras com este mecanismo de captação de recursos. No entanto, esta possibilidade não está ainda ao alcance de todos os segmentos da saúde suplementar. As seguradoras não possuem, pelo menos até o momento, abertura legal para se apropriarem de serviços de saúde. As auto-gestões, no que tange a este mecanismo específico, também teriam dificuldades para usá-lo como alavancagem de processos mais robustos de verticalização.

Até o presente, os segmentos de medicina de grupo e cooperado têm sido os principais protagonistas deste processo de verticalização, seja na forma de aquisição de unidades hospitalares já existentes, seja na forma de construção de novas unidades. No entanto, outros mecanismos, que não poderiam, a rigor, ser considerados verticalizações, mas que operam no mesmo sentido, vêm sendo experimentados por algumas operadoras e correspondem a contratualizações especiais. Por estas contratualizações,leitos e outros

serviços hospitalares são alocados para uso exclusivo da operadora, que, em algumas circunstâncias, promove um direcionamento de sua clientela para estes locais. Os contratos, em geral são especiais, de longa duração e procuram estabelecer uma situação onde estes serviços funcionem como se pertencessem á operadora. Esta modalidade de interação entre operadora de plano de saúde e hospital prestador de serviços merece uma atenção especial pelo fato de possibilitar á operadora um patamar de controle muito próximo ao que se tem de serviços próprios e, ao mesmo tempo ser exequível até para operadoras com pequeno volume de usuários.

Outro mecanismo que tem precedentes no País é a aquisição ou construção de hospitais por fundos de pensão, como é o caso do Hospital Life Center em Belo Horizonte, construído por três fundos de pensão, conforme pode ser visto nos site do próprio hospital. Vários fundos de pensão estão, em especial no segmento de auto-gestão, associados a operadoras. Considerando-se o cenário atual de crescimento do segmento da saúde suplementar e as dificuldades do mercado financeiro, esta situação pode fazer confluir interesses das operadoras com a necessidade de diversificação de investimentos dos fundos de pensão. Se levarmos em conta os altíssimos valores movimentados por estes fundos, os investimentos necessários à construção ou mesmo aquisição de hospitais e serviços de saúde podem parecer irrisórios.

A capacidade de investimento com recursos próprios das operadoras não pode ser menosprezada como fonte financiadora de processos de verticalização. Uma operadora que conte com aproximados 500 mil beneficiários e que movimente algo em torno de R\$ 1 bilhão ao ano, precisaria de aproximados 90 milhões de reais (apenas 9% de sua movimentação financeira anual) para construir e equipar um hospital de aproximados 300 leitos, que, dependendo da distribuição espacial de seus usuários poderia responder pela quase totalidade das necessidades de internação e outros procedimentos de maior complexidade. Mesmo que não se destine à totalidade da assistência hospitalar ou de maior complexidade a ser prestada, este hospital pode ter importante papel na regulação de fluxos de procedimentos, aumentando a governabilidade da operadora pela redução de sua dependência em relação ao mercado.

Este movimento de verticalização tem despertado receios por parte dos diferentes players do setor, que não deixam de vocalizar suas preocupações ou temores. As representações de usuários temem uma possível queda na qualidade dos serviços ofertados pelas operadoras. Receiam que haja restrição ou redução no número de exames e terapêuticas disponíveis ou mesmo que as operadoras adotem protocolos clínicos ou de abordagem de problemas muito rígidos. Provavelmente se encontra na memória dos mais esclarecidos os embates ocorridos nos Estados Unidos da América com a adoção do *managed care*, que ensejou, em alguns estados, até a adoção de leis que delimitasse o escopo de atuação de operadoras, com o intuito de proteger os usuários. Os médicos, por seu turno, se preocupam com eventuais interferências em sua autonomia. Uma operadora que conte com um grande número de usuários e serviços próprios, detém, de alguma forma, discricionariedade sobre o trabalho médico. Pode ter em seus quadros próprios ou contratos profissionais que se ajustam mais facilmente aos seus protocolos de abordagens de problemas, dificultando a entrada de profissionais que têm visões diferentes. Operadoras menores temem que o domínio de uma parcela muito substantiva do mercado possibilite que estas operadoras ao mesmo tempo elevem os preços, por funcionarem como oligopólios em regiões ou estados e dificultem ou bloqueiem a entrada de novas operadoras em função de controle que exerçam sobre prestadores de serviços. Produtores de equipamentos e insumos temem que este processo leve à formação de oligopsônios, o que aumentaria muito o poder de barganha destas operadoras em seus processos de compra.

Por fim, em especial a partir do envolvimento das operadoras no mercado de ações, com possibilidade de inversão de grande volume de recursos no setor, existe a preocupação de todos de que haja, por um lado, uma rápida concentração via aquisição de operadoras por outras operadoras, e, por outro lado, um acentuado processo de verticalização, com a aquisição de rede própria por parte destas operadoras o que lhes daria grande poder de decisão sobre o formato da assistência prestada aos beneficiários. A esperança da maioria dos *players*, é que os órgãos de defesa do consumidor, os órgãos de defesa da concorrência e a Agência Nacional de Saúde, responsável pela regulação do mercado, sejam suficientemente eficientes para, por um lado, permitir que operadoras menos eficientes sejam fagocitadas por operadoras mais eficientes, e, ao mesmo tempo, por outro lado, não

permitir que ocorram distorções no mercado, como a abolição da concorrência. No que tange á verticalização em si, a expectativa, dos usuários em especial, é de que estes órgãos fiscalizadores e reguladores não permitam que este processo seja utilizado para restringir a liberdade de acesso aos demais prestadores ou para restringir o acesso a tecnologias de maior custo.

9.4. Competição SUS / Saúde suplementar pelo parque hospitalar

Ainda é difícil aferir, em relação aos hospitais que trabalham para a saúde suplementar, o número de leitos à disposição deste segmento e os recursos que movimenta, pois a saúde suplementar não conta, até o presente com nenhuma forma de cadastramento de hospitais, leitos ou equipamentos à sua disposição. Além do mais, nem sempre é tarefa fácil distinguir nos hospitais que prestam serviços, tanto ao SUS quanto a este segmento, quais recursos estão à disposição de um ou de outro. Dessa forma, as estimativas possíveis, até o momento são feitas de forma indireta. A Agência Nacional de Saúde tem desenvolvido esforços no sentido de ter um melhor panorama do setor, se encontrando em processo de implantação um sistema de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), que, no entanto, ainda levará algum tempo até que dados confiáveis estejam disponíveis.

Tudo indica que um número crescente de hospitais tem se desligado parcial ou totalmente do SUS, se dedicando com maior intensidade a este segmento. O SIH/SUS registrou durante o ano de 1998 aproximadamente 4.100 estabelecimentos hospitalares privados prestando serviços ao SUS. Em 2004 este número pouco ultrapassava os 3.300 estabelecimentos e a pesquisa da AMS 2005 registrou 3.066 estabelecimentos privados prestando algum tipo de serviço ao SUS e segundo a AMS 2009 restaram apenas 2 707 estabelecimentos privados prestando algum tipo de serviço ao SUS, uma perda de 11,7% ou 359 hospitais em quatro anos. Esta mesma pesquisa evidencia que **dos 4.036 hospitais privados existentes no País, 1.329 (perto de 30%) não prestam nenhum tipo de serviço ao SUS.**

Sabe-se que os hospitais privados têm um número médio de leitos por hospital maior que o setor público. Além do mais é razoável supor que os hospitais que se dedicam exclusivamente à saúde suplementar sejam ainda maiores e mais equipados que a média dos hospitais privados. Os dados da ANS (2012) projetam um montante de 127.854 leitos destinados à população usuária da saúde suplementar, levando em consideração apenas os leitos destes hospitais temos uma cobertura superior a 2,6 leitos por mil habitantes, cobertura esta que se mostraria muito superior caso a estes leitos fossem agregados a parcela dos demais hospitais privados e filantrópicos que destinam parte de seus leitos ao SUS e parte à saúde suplementar. Tudo isto sem falar em cerca de 7 mil leitos de hospitais públicos que estão à disposição da saúde suplementar.

Alguns movimentos que afetam os hospitais e sua disposição para ligar-se ao SUS ou à saúde suplementar precisam ser destacados. Em relação ao SUS duas questões precisam ser enfatizadas. A primeira delas diz respeito a uma histórica defasagem na remuneração dos serviços que vem fazendo com que os hospitais procurem reduzir cada vez mais sua participação. No que tange às entidades filantrópicas, que têm a obrigação de destinar 60% de seus leitos ao SUS para manter algumas isenções tributárias, alguns foram dispensadas deste procedimento em função de recente decreto presidencial. Isto tem facilitado a migração de leitos deste segmento para a saúde suplementar.

Esta longa exposição feita dos movimentos em torno à saúde suplementar teve o objetivo de levantar questões, que precisam ainda ser estudadas, mas que são muito relevantes para o futuro do parque hospitalar, como de resto, para o sistema de saúde brasileiro. A literatura científica sobre o tema é relativamente pequena, com poucos artigos em revistas indexadas. Desta forma, parte substantiva do que foi exposto acima é decorrente de impressões, intuições e crenças desenvolvidas em cinco anos de trabalho em operadora de plano de saúde, de caráter nacional. Outra parte vem de interpretação dos dados da ANS, entrevistas em jornais, falas e diálogos ouvidos em palestras que são de difícil documentação. Se, por um lado, o maior aprofundamento no tema, com uma documentação mais elaborada de algumas hipóteses aqui delineadas levaria ao desenvolvimento de outra tese de doutorado, por outro, sua não explicitação nestes termos tornaria difícil dar alguma concretude a

algumas hipóteses que são importantes para este trabalho em relação aos hospitais. As análises feitas permitem alguma plausibilidade para a hipótese de que temos dois sistemas de saúde no País: um de caráter universal, que toma a saúde como um direito de cidadania e que se baseia em orçamentos públicos e outro que toma a saúde como um produto a ser vendido e que se lastreia no mercado, conforme também explicita Carvalho (2007). Indo além, procurei demonstrar que este mercado existe, é grande e têm dinâmicas muito próprias de funcionamento, e que pode ser compreendido em termos bem diferentes dos que estamos acostumados a usar para compreender ou descrever o SUS. Imagino também ter conseguido alguma plausibilidade para a hipótese de que a saúde suplementar compete com o SUS, não apenas em termos ideológicos, mas, sobretudo, em termos tão materiais quanto o parque hospitalar existente no País.

9.5 – A título de conclusão do capítulo

a) Consolidou-se no Brasil um robusto sistema privado de assistência médico-hospitalar, com financiamento privado e com dinâmica própria. Este sistema está fortemente enraizado na região sudeste, a região economicamente mais poderosa do país e vem estendendo-se para todo o Brasil. Este processo tem se dado a partir dos grandes centros urbanos, para, em seguida atingir as cidades médias e pequenas. Este sistema privado ainda não está plenamente consolidado e encontra-se em expansão. A clientela é proveniente predominantemente das classes A e B (que correspondem a aproximadamente 5% e 24% da população, respectivamente). No entanto, vêm se ampliando a penetração da saúde suplementar na Classe C, que conta com aproximadamente 50% dos brasileiros, o que representa um mercado potencial de 100 milhões de pessoas. Várias pesquisas de opinião têm mostrado que a classe C almeja o que as classes A e B já conseguiram para suas vidas, em termos de consumo, e as classes D e E, o que a classe C conseguiu. Desta forma, planos de saúde certamente se encontram entre os objetos de desejo de consumo da Classe C. Nesta altura do campeonato, esta nova classe média está mais próxima de encontrar em sua renda alguma forma de arcar com o pagamento da assistência à saúde do que o SUS de assumir um formato mais próximo de seus desejos.

b) Neste contexto, a demanda por serviços hospitalares da saúde suplementar se ampliou substantivamente, o que tem feito com que sejam construídos novos hospitais, antigos hospitais ligados ao setor se ampliem, e, os hospitais que trabalham simultaneamente para o SUS e a saúde suplementar tendem a destinar uma maior parcela de seus serviços a este segmento que remunera melhor. O resultado deste processo é que a saúde suplementar conta hoje com 2.011 unidades hospitalares prestando serviços a seus beneficiários (ANS, 2012). , e este número vem crescendo. O setor já apresenta uma dinâmica própria, independente da esfera pública. Conta com um significativo número de operadoras com grande capacidade financeira e seu potencial, tanto de comprar serviços, como de construir os seus hospitais próprios, por meio de processos de verticalização é grande e tem se ampliado nos últimos anos com o lançamento de ações em bolsa, o que possibilita um crescimento mais acelerado de hospitais e do parque tecnológico à disposição do setor.

c) Como a saúde suplementar conta com capacidade maior de investimentos e custeio das unidades hospitalares é bem provável que gradativamente construamos um parque hospitalar com um grande nível de incorporação tecnológica neste segmento, e, outro, com menos recursos que se dedica majoritariamente ao SUS.

d) Continuando o atual curso da história, o SUS tende a ser um sistema residual, importante como espaço de trabalho e objeto de desejo de grande parte dos técnicos superiores de saúde, com exceção dos médicos. Progressivamente se restringirá às classes D e E. Com o surgimento de novos e mais bem remunerados postos de trabalho para sanitaristas na saúde suplementar é bem possível que comece a surgir uma espécie de “contra-discurso” aos princípios do SUS. Temas como universalidade, equidade e integralidade soam tão estranhos a estes sanitaristas quanto a consubstancialidade das pessoas na trindade soaram a filósofos ateus no século XIX. Eles, muito provavelmente terão mais familiaridades com termos como sinistralidade, seleção adversa, etc. Por fim, o atual padrão de atitudes em relação ao SUS e à saúde suplementar consolidará dois sistemas de saúde bem heterogêneos e com lógicas bem distintas. Um para as classes D e E, a parcela mais pobre da população, e outro para a parcela mais abastada da população. Algo muito próximo, embora com menos recursos, ao que é hoje o sistema de saúde Americano.

10. O FUTURO DO PARQUE HOSPITALAR BRASILEIRO COMO HISTÓRIA POR SER ESCRITA

10.1. Introdução

Os capítulos anteriores descreveram os movimentos e forças que resultaram na conformação do parque hospitalar brasileiro atual, onde algumas linhas ficaram claramente marcadas. Assim, sabemos que o parque hospitalar público vem crescendo sistematicamente há mais de três décadas, mas, este crescimento vem se dando eminentemente através de pequenos hospitais e tem sido insuficiente para compensar a perda de hospitais e leitos privados. Por seu turno, o parque hospitalar privado, ao mesmo tempo vem reduzindo o número de hospitais e leitos hospitalares, embora esta redução tenha perdido fôlego nos últimos anos. O parque hospitalar privado vem experimentando uma acentuada incorporação tecnológica, e, ao mesmo tempo uma migração para a saúde suplementar, que vem progressivamente se consolidando como a principal compradora de serviços deste segmento.

O intuito neste último capítulo, mais do que resumir ou reafirmar as tendências observadas, é discutir em que situações as mesmas manterão seu curso ou se alterarão. Se os capítulos anteriores podem ser considerados uma leitura do passado e mesmo do presente, conferindo algum sentido ao amontoado de fatos e situações relatadas, o intuito neste capítulo é diferente. Aqui, trata-se de discutir em quais circunstâncias as tendências anteriormente observadas continuarão seu curso e que movimentos poderão alterá-lo. Ou, melhor que isto, trata-se de discutir distintas alternativas de como o futuro poderá ser construído, a partir do que se apropriou do passado.

10.2. O futuro como objeto de investigação

Embora a expectativa e curiosidade sobre o futuro sejam sentimentos antigos e comuns a quase todos os seres humanos, a forma como o vemos hoje, e até mesmo como o estudamos, talvez seja relativamente recente na história da humanidade. Durante muitos

séculos a igreja nos ensinou que ‘o futuro a Deus pertencia’ e, que não cabia a nós, pobres mortais saber o amanhã, mas sim, viver cada dia confiando na provisão do Senhor. Indo além, costumava dizer que o futuro é uma espécie de território sagrado e que "*Não nos compete conhecer os tempos e as épocas que o Pai reservou para a Sua exclusiva autoridade*" (Atos 1.7). Pastores de diversos segmentos parecem não concordar com esta posição. Com frequência procuram estabelecer uma relação direta entre dízimos generosos e um futuro próspero. O que não deixa de ser uma forma de intervir no presente para alterar ou garantir um determinado futuro.

A ciência e a filosofia, por seu turno, durante muitos séculos flertaram com a idéia da eternidade. O velho mestre Platão em sua concepção dual de mundo inteligível e mundo sensível julgava que o tempo era apenas uma cópia imperfeita de uma essência imutável e perfeita, a eternidade (Timeu, 37d). Relacionado à dimensão sensível, o tempo fazia parte, pois, do que era enganoso, do movimento do mundo. Na verdade, Platão sonhava em nos libertar do tempo e sua permanente alteridade. Como? Instalando-nos no mundo inteligível, um mundo eterno, atemporal, não sujeito à idéia de movimento ou mudança. O principal modelo para chegar às verdades eternas, não sujeitas a perecimento seria a matemática. Por isto, à porta da Academia fez inscrever o famoso dístico ‘Que não entre por esta porta aquele que não for geômetra’, convidando-nos a penetrar no mundo inteligível através da linguagem da matemática, no caso, a geometria. Aqui, o tempo (passado, presente ou futuro), o espaço, enfim, tudo que é sensível não conta como verdadeiro. É apenas mera ilusão.

De certa forma, a ciência foi partidária deste tipo de idéia professada por Platão até muito recentemente. Talvez, até mesmo em nossos tempos, esta seja ainda uma idéia que exerce grande influência. A maior parte dos cientistas dos séculos XVII, XVIII e XIX sonhava em descobrir leis que mostrariam, ao mesmo tempo, como as coisas foram no passado e como elas serão no futuro. Assim, segundo Newton bastaria observar o percurso de uns poucos milímetros em umas poucas frações de segundo de uma molécula em movimento retilíneo e uniforme e saberíamos tudo que aconteceu com ela desde o começo até o fim dos tempos. Mas, e se pelo caminho esta molécula encontrar alguma resistência à sua movimentação,

como faremos? Não tem problema, temos outra lei para calcular o coeficiente de atrito e, desta forma, o futuro da molécula continuaria conhecido. Também no que tange às ciências humanas e biológicas esta era uma esperança comum à maioria dos cientistas. Acreditavam que descobrindo as leis que regem as coisas ou os fenômenos, incluindo a biologia e o comportamento humano, descobriríamos simultaneamente seu passado e seu futuro. A ideia de prever ainda é muito cara à ciência.

É muito provável que Hegel seja uma das pessoas que mais influenciaram nossa visão do futuro, ao conceber as idéias de formação cultural e de progresso. A formação cultural é essencialmente uma formação prática. Formação de nós mesmos a partir da formação das coisas. Formamos-nos e criamos a cultura e o mundo em que vivemos à medida que fazemos ou fabricamos coisas. A consciência e o pensamento humano (aí incluído o pensamento científico!) também são produtos da construção do mundo à nossa volta, como pode ser visto no capítulo que trata da dialética do senhor e do escravo na Fenomenologia do Espírito. Seguindo seu raciocínio, os pensamentos dos homens, assim como as estruturas sociais, podem ser modificadas no decurso da história, no entanto, dentro de uma formação cultural, podemos aprender em pensamento o que ocorre e que movimentos impulsionam a cultura. De certa forma, Hegel nos convidou a parar de olhar para o alto, para a eternidade, e olhar para a nossa própria época tentando ‘apreendê-la em pensamento’. Assim, para desvendar o futuro necessitamos, ao invés de olhar para o alto, olhar para a frente. Pois o futuro é produzido quando estamos trabalhando no presente. Marx levou esta concepção ainda mais longe ao propor que, mais que o pensamento e a cultura, o que molda o futuro são nossas ações práticas, quando produzimos ou fabricamos coisas. Não existe um futuro pronto à espera de uma lei que o desvende. Ele está por ser construído, embora possa ser antecipado, em alguma medida, quando compreendemos as leis que fazem com que as formações culturais no caso de Hegel e as econômicas no caso de Marx – sigam seus percursos históricos.

Contrariando praticamente tudo que foi dito nos parágrafos anteriores, a literatura sobre ‘estudos do futuro’ e ‘cenários’ quase sempre posiciona o campo como tendo surgido em meados do século XX, em conexão com a segunda guerra mundial (Masini 2002; Slaughter

2002; Schwartz 2000), relacionados ao planejamento de ações militares. Nos anos 60, estas metodologias teriam sido levadas dos quartéis militares para outras praças de guerra: os escritórios das grandes empresas. Lá, passaram a funcionar como ferramentas de auxílio ao planejamento empresarial. Na década de 70 estas metodologias experimentaram um grande boom e passaram a fazer parte do planejamento de várias empresas (Ringland 1998). É provável que o sucesso inicial tenha feito proliferar o número de usuários do método e diversificado tanto o formato quanto a qualidade das 'previsões'. Na década de 80, estas metodologias experimentaram uma queda muito acentuada no seu uso. Os poucos estudiosos remanescentes do período anterior vivenciaram uma credibilidade não muito superior à que era conferida às cartomantes. A partir da segunda metade da década de 90, com várias revisões, e sem o furor preditivo inicial, estas metodologias vêm sendo retomadas por vários autores (Mason, 1994), e utilizadas em inúmeras organizações.

Dentre as técnicas de estudos do futuro, a utilização de cenários apresenta-se como uma das mais conhecidas (Schwartz, 2000). Esta técnica trabalha com a ideia de identificar quais são as principais variáveis na conformação de uma determinada situação, fazendo mover estas variáveis no tempo e projetando o seu impacto a partir de uma situação inicial descrita. Os métodos para a escolha das variáveis são múltiplos, não se desprezando sequer a intuição. Entre as ferramentas para a identificação de variáveis críticas, uma das mais comuns é o consenso dos *experts*.

Neste trabalho optou-se por usar duas variáveis que foram consideradas as mais críticas: crescimento econômico e definição de políticas. Como mensurador de crescimento econômico optou-se por analisá-lo a partir do Produto Interno Bruto (PIB). Para a questão política optou-se por retratá-la pelos orçamentos do setor público para a saúde, envolvendo as três esferas de governo. A escolha destas variáveis certamente será contestada por muitos. Indubitavelmente, outros fatores, como a questão tecnológica, a gestão, as mudanças dos perfis demográficos e de morbi-mortalidade afetam de forma muito substantiva a conformação dos sistemas de saúde, de suas práticas, de seus custos e, conseqüentemente, também do parque hospitalar.. No entanto, boa parte dos autores tem demonstrado nos últimos anos que as variáveis macroeconômicas e políticas, aqui

condensadas em PIB e Orçamento Público para a saúde interferem de forma mais significativa (SILVA, 2008; GONÇALVES, 2007; SCHWARTS, 2000).

Do ponto de vista empírico, as últimas décadas têm demonstrado que os sistemas de saúde vêm se movimentado mais em função dos macro-ambientes econômicos e das Políticas Públicas do que em relação ao desenvolvimento tecnológico e da gestão, que costumam impactar significativamente a vida de algumas organizações, mas, em menor escala, a de sistemas. Dito de outra forma, aqui se toma partido de que dinheiro e poder tem mais influência sobre a conformação dos sistemas de saúde e do parque hospitalar brasileiro do que as outras variáveis mencionadas. Embora importante, esta discussão sobre as variáveis determinantes dos cenários futuros possíveis é secundária. Pois, ao partirmos do pressuposto de que o futuro não é um enigma a ser decifrado, mas sim um construto humano a ser edificado, a questão fundamental passa a ser a de contar uma história crível sobre futuros possíveis, para que possamos ajustar nossas ações em função de nossos objetivos. Isto nos obriga a analisar o conjunto das ações que estão sendo executadas no presente e como elas se articulam para conformar um futuro.

A escolha da variável PIB para representar a influência da economia sobre o sistema de saúde se deu em função do fato da mesma se constituir em parâmetro de fácil obtenção e, do ponto de vista empírico já ter se demonstrado que ela está intimamente ligada ao desempenho da saúde suplementar no Brasil (ANS, 2012). O emprego e o crescimento econômico têm demonstrado nos últimos anos um grande grau de correlação com a variação do número de usuários de planos de saúde. Como o emprego está fortemente correlacionado com o crescimento econômico, concluiu-se que a variável crescimento econômico poderia representar satisfatoriamente estes aspectos para a composição de cenários. Obviamente, a legislação, atos normativos e outras questões, como a própria qualidade dos serviços prestados pelo SUS interferem significativamente sobre a saúde suplementar. No entanto, nos últimos anos, a ANS vem documentando uma forte correlação entre crescimento econômico e o crescimento da saúde suplementar. Os exemplos mais típicos desta correlação se deram no passado recente com as crises de 2008 e atualmente com o baixo crescimento econômico de 2011 que se estendeu até 2012. Nestes

períodos evidenciou-se que, embora os planos de saúde continuassem a crescer, os índices de crescimento foram menores.

A política e os discursos são importantes e influenciam pessoas, segmentos e setores levando a ações concretas. Mas, no caso da saúde no Brasil, em seu contexto atual de consolidação do quadro institucional e normativo, que remonta há mais de 20 anos para o SUS e mais de 12 anos para a saúde suplementar, um discurso que não se materializa em orçamentos pode ter pouco impacto sobre a conformação do sistema. Desta forma, a escolha da variável orçamento público do setor saúde para retratar a influência da Política no sistema de saúde e conseqüentemente no parque hospitalar possibilitará - além do fato de ser claramente mensurável -, a superação das constantes distâncias que são vistas entre discurso e prática.

A utilização das variáveis que consideramos secundárias como a gestão, os perfis demográficos e de morbi-mortalidade e o desenvolvimento tecnológico poderiam enriquecer muito os cenários desenhados compondo um grau de detalhamento bastante interessante do conjunto das possibilidades em cada contexto. No entanto, o volume de estudos necessários para dar consistência a este grau de refinamento ultrapassa o escopo deste trabalho. Na medida do possível, estas variáveis, em especial a gestão são citadas com algumas considerações sobre seu possível impacto em cada situação.

10.3. Cenários possíveis para os hospitais nos próximos 10 anos

O cruzamento das variáveis Orçamento Público para a Saúde por um lado, e Taxa de Crescimento Anual do PIB por outro permitiu que se desenhassem quatro cenários, o que foi feito trabalhando-se primeiramente com a hipótese de que o Orçamento Público para a Saúde se estagnaria no patamar atual o que foi contraposto a duas possíveis combinações do cenário econômico, a primeira de crescimento substantivo do PIB e a uma segunda de estagnação do PIB. Isto permitiu compor os dois primeiros cenários. A seguir trabalhou-se com a hipótese de crescimento significativo do Orçamento Público para a Saúde, o que foi

novamente contraposto às possibilidades de estagnação ou crescimento do PIB, o que resultou na composição dos dois últimos cenários.

Do ponto de vista prático, pequenos decréscimos do Orçamento Público para Saúde podem ser compensados por uma gestão mais eficiente, o que deixaria a situação no mesmo nível da estagnação. Da mesma forma, pequenos aumentos no Orçamento Público para a saúde podem ser solapados por uma gestão menos eficiente, o que deixaria a situação também no mesmo patamar da estagnação. Obviamente, uma gestão extremamente eficiente, com um pequeno aumento no Orçamento Público para a Saúde poderia acarretar diferenças significativas nos resultados. Porém, em relação ao setor público, até aqui não se tem visto uma política mais substantiva de reforma administrativa. No quadro atual do presidencialismo brasileiro, onde um presidente, governador ou prefeito definem os quadros gerenciais em função da garantia de maiorias legislativas é pouco provável que uma revolução gerencial venha a ocorrer. Além do mais, a forma policialesca como os órgãos de controle - que aumentaram significativamente seu poder - vêm atuando sobre a gestão pública nos últimos anos dificulta ações mais ousadas em termos de gestão, pois, a energia despendida na prestação de satisfações a estes órgãos é, provavelmente, maior do que o tempo que os gestores utilizam para atingir seus objetivos.

Por seu turno, a gestão na iniciativa privada, que ainda carece de um número maior de estudos para ser compreendida vêm passando por modificações muito gradativas nos últimos anos, com a substituição progressiva de médicos nos cargos de gestão por outros profissionais como economistas, administradores, etc. Além do mais, o grande impacto das medidas gerenciais que tiveram no *managed care*, tanto no nível dos hospitais, quanto nos sistemas de saúde sua força nas últimas décadas, já foi absorvida, pelo menos parcialmente, não se consubstanciando mais em novidade para o parque hospitalar. Além do mais, o formato de remuneração dominante no setor privado brasileiro desestimula qualquer forma de melhoria da gestão.

Assim, os movimentos em relação ao processo de gestão dos hospitais tanto públicos quanto privados, até aqui não têm demonstrado um curso que privilegie mudanças

substantivas no setor, pelo menos no horizonte do curto prazo. Ao contrário, seja em decorrência do clientelismo político, seja em decorrência das estratégias de venda de serviços no mercado, muito provavelmente conviveremos com gestões majoritariamente conservadoras, ou francamente medíocres nos próximos anos. Desta forma, para considerar aqui que os processos de gestão teriam um peso determinante na composição dos cenários futuros precisaríamos estar diante de algum movimento significativo pelo qual o segmento estivesse passando, o que, em nosso entendimento, não vem ocorrendo.

Em relação à questão econômica, pequenos decréscimo do PIB que não afetarem muito pronunciadamente a política de emprego e benefícios sociais, assim como pequenos aumentos que não ampliem os benefícios sociais poderão ter um resultado similar ao da estagnação econômica pura e simples, motivo pelo qual estas pequenas variações não merecem a composição de um cenário à parte. Obviamente, um pequeno aumento do PIB, com um grande fomento empresarial ou estatal na forma de isenção tributária, legislação que vincule empregos formais a planos de saúde podem fazer uma grande diferença, mas estas representariam uma mudança muito significativa, não relacionada imediatamente às variáveis escolhidas e sua probabilidade de ocorrência, embora plausível, não foi considerada para efeito de formação de cenários.

Com as considerações acima, foram construídos os quatro cenários abaixo, que serão mais detidamente analisados no próximo tópico. Estes cenários foram elaborados considerando um período vindouro de aproximadamente 10 anos, e seu desenho, corresponde à projeção da média das observações nestes anos. Dito de outra forma, eles tentam responder à pergunta, o que o parque hospitalar brasileiro vai ser daqui a 10 anos?

Cenário 1 – Estagnação dos Orçamentos Públicos para a Saúde, com crescimento econômico substantivo retratado por aumento do PIB. Optamos por dar a este cenário o nome de **AMERICANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**.

Cenário 2 – Estagnação dos Orçamentos Públicos para a Saúde com ausência de crescimento econômico retratada por estagnação do PIB. Optou-se por dar a este cenário o nome de **SALVE-SE QUEM PUDER**.

Cenário 3 – Aumento dos Orçamentos Públicos para a Saúde, com crescimento econômico retratado por um aumento substantivo do PIB. Optou-se por dar a este cenário o nome de **AVANÇOS QUE PODEM SER FEITOS PARA QUE TUDO PERMANEÇA COMO ESTÁ**.

Cenário 4 – Aumento dos Orçamentos Públicos em Saúde com ausência de crescimento econômico retratada por estagnação do PIB. Optou-se por dar a este cenário o nome de **IDÍLIO SANITÁRIO ORTODOXO**.

Cenário 1 – AMERICANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Este cenário combina **estagnação dos orçamentos públicos com crescimento econômico**. Para desenvolvê-lo suporemos que por 10 anos consecutivos o PIB cresceu anualmente aproximados 5% ou mais e que o Orçamento Público para a saúde se manteve no mesmo patamar atual. Para facilitar o exercício, imaginaremos que um sanitarista dormiu por 10 anos consecutivos e acorda no ano 2022. Como recebeu uma solução bem balanceada de aminoácidos, lípides, carboidratos, oligo-elementos, sais minerais e vitaminas por via parenteral, sua inteligência está intacta. Passados 10 anos ele acorda como se tivesse ido dormir na noite anterior.

Ele pega o jornal, um tablóide e lê em seu canto superior que a data é 04/07/2022. Antes mesmo que se assustasse com a data, lembra-se que seu longo sono foi voluntário. Decepcionado com o trabalho e a vida, havia pedido para dar um tempo. Agora, decidido a retomar a vida a partir do ponto em que havia hibernado foi logo á página de cultura. No cinema, Batman 21 não estava sendo um sucesso de bilheteria. Após Jason 13 e Fred 16

terem se tornado um sucesso, o novo Jason e Fred 6 (era a sexta vez que apareciam juntos no mesmo filme) prometia arrebentar. Com os novos recursos do 3D que incorporaram cheiro e trepidações imaginou que se sentiria o próprio esfaqueado numa sexta feira 13. Ainda em cartaz o X-Men 9, Homem Aranha 12. O re-re-remake de Solaris, agora com uma explicação genética para todos aqueles “renascimentos” e uma co-produção Indo-americana de ”A chinesa” em comemoração aos 10 anos do falecimento de Godard lhe chamaram por um momento a atenção. Logo se desinteressou, queria mesmo era saber o que tinha acontecido na saúde nos últimos 10 anos. Após um dia de pesquisas o recém-desperto sanitaria pôde observar que:

- a) A Saúde suplementar conta agora, em 2022 com 100 milhões de assistidos, o que corresponde a 48% dos brasileiros. A classe C, que em 2012 contava com 100 milhões de brasileiros conta agora com 120 milhões e a metade dela já tem planos de saúde. Existe um grande tensionamento social para que outros segmentos passem também a contar com planos de saúde.
- b) As operadoras de planos de saúde mais eficientes fagocitaram as menos eficientes e o País conta em 2022 com aproximadamente 500 operadoras. Surgiram novas empresas ofertando planos de saúde bem baratos, com leque de cobertura assistencial bastante reduzido, mas dentro dos limites legais, com um teor de queixas muito substantivo, mas, mesmo assim continuam crescendo. As antigas operadoras de planos de saúde, sob o impacto destas novas operadoras e de uma clientela crescente, porém com menor poder de compra re-estruturaram seus planos para, em desenhos de “produtos” mais populares atender todo este novo mercado que se criou. A supervisão da ANS não é suficiente para coibir os verdadeiros “estelionatos” aos quais os desinformados e afoitos usuários estão sujeitos, mas atua, juntamente com o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor de forma a garantir que grandes descabros não ocorram.
- c) Os três mil hospitais que em 2022 prestam serviços à saúde suplementar tem em média 150 leitos por hospital, média esta bem superior à de 2012, porém ainda

inferior aos hospitais europeus e americanos, mas contam com um patamar de incorporação tecnológica bastante razoável. Como mecanismo de sobrevivência, necessitaram nos últimos anos fazer investimentos em tecnologia, uma vez que a remuneração pelos serviços prestados privilegiou o uso de equipamentos sofisticados e a realização de procedimentos. Os recursos que recebem pelos serviços têm possibilitado expandir os serviços e a demanda continua crescendo. Curiosamente, boa parte dos 3.000 hospitais que prestam serviços à saúde suplementar são de propriedade das próprias operadoras de planos de saúde. Elas, diferentemente do SUS, não confiam no mercado, e assim, preferiram construir seus próprios hospitais para não ficar totalmente dependente deste mercado da qual fazem parte.

- d) Enquanto isto, no outro lado, o SUS, os cidadãos são progressivamente insatisfeitos com o sistema, mas não se revoltam porque sua esperança é melhorar de vida uma vez que a economia está em crescimento e o que desejam de fato é ir para a saúde suplementar. Na esfera federal, os recursos são progressivamente gastos com os hospitais próprios do Ministério e a FIOCRUZ, tendo completado seu quadro em todo o território nacional, vem se expandindo para além mar, com escritórios e representação em vários países. O movimento de efficientização dos hospitais da esfera pública sofreu vários revezes jurídicos e administrativos e seu patamar de funcionamento é bem baixo. Os governos das três esferas públicas tentam atrair a iniciativa privada para a administração destes hospitais. Algumas experiências exitosas são apresentadas em seminários e conferências sob o pano de fundo do fracasso retumbante de um setor hospitalar público sucateado e incapaz de resolver problemas.
- e) Após 10 anos de recursos orçamentários estagnados ninguém agüenta mais ouvir falar em mostras de “experiências exitosas”, com dezenas de pesquisas mostrando a insatisfação da população com o sistema. A migração de grande parte dos sanitaristas que atuam no SUS para a saúde suplementar permitiu a elaboração de um contra-discurso ao que era comungado por grande parte do segmento. A figura

dos Estados Unidos da América anteriormente atrelada à idéia de ineficiência sistêmica, inequidade e desperdício não é mais usada com tanta desenvoltura como o foi nas últimas quatro décadas.

- f) As dissertações de mestrado e teses de doutorado envolvendo a construção da integralidade nas redes de cuidado despertam ainda um grande interesse entre os profissionais da saúde pública, mas o número de publicações sobre o tema reduz-se de forma muito significativa e em 2022 não ultrapassam os 70% do total de livros e artigos em saúde pública.

As explicações para que o cenário descrito acima tenha se configurado passam pela constatação de que o crescimento econômico é, provavelmente, o fator que mais influenciou nas últimas décadas o crescimento dos planos de saúde no Brasil. Qualquer série histórica que se fizer dos últimos anos em relação a ingresso de novos participantes nos planos de saúde constatará que este número aumentou muito nos períodos com crescimento econômico e, aumentou também, embora em menor escala, nos períodos sem crescimento. O passado recente, de redução acentuada do crescimento econômico no final de 2008 e início de 2009 demonstra bem este fato, conforme vem demonstrando a própria ANS. O crescimento acentuado dos usuários da saúde suplementar nos anos anteriores reduziu sensivelmente seu ritmo neste período, voltando a crescer a seguir.

Atualmente, o número de usuários de planos de saúde guarda uma correlação muito direta com o número de brasileiros das classes A e B. Sociólogos há muito já perceberam que os desejos de consumo de uma classe social correspondem, quase sempre, a itens que a classe imediatamente superior conquistou. Neste sentido, um número elevado de pesquisas evidencia que planos de saúde estão entre as principais aspirações da classe C. Ora, a combinação de crescimento econômico e crescimento do valor do salário mínimo - ao qual os vencimentos da classe C estão atrelados - pode não ser suficiente para que ela chegue ao paraíso, mas certamente contribuirá para que ela progressivamente adquira planos de saúde. Mantido o quadro atual por um período de 8 a 10 anos poderemos chegar a um montante de 90 a 100 milhões de beneficiários de planos de saúde. Pois, embora restem dúvidas sobre o

comportamento político futuro da classe C – não se sabe ainda se ela estará mais próximo dos micro-empresários na luta por menores impostos ou dos sindicalistas na garantia dos direitos trabalhistas -, não restam dúvidas sobre alguns de seus desejos. Ela quer casa, plano de saúde e carro.

Mantidas as atuais taxas de internação, ou mesmo caso as mesmas decaiam em algum patamar, a demanda por hospitais na saúde suplementar deverá ampliar-se em muito. Os atuais 2050 hospitais que trabalham para o setor poderão chegar facilmente a 3.000 em 10 anos. Um número muito significativo destes deverá ser de propriedade das próprias operadoras, que, capitalizadas e temerosas de ficarem reféns dos hospitais privados optará por atender seus pacientes, ou, pelos menos parte deles, em seus próprios hospitais, via processos de verticalização. Outra forma de crescimento do setor deverá ser a migração progressiva de hospitais, em especial filantrópicos para a saúde suplementar via maior destinação de leitos dos mesmos a este segmento. Isto já vem ocorrendo em um ritmo acelerado, pois a saúde suplementar paga um valor por paciente internado que é em média 5 vezes maior que o do SUS.

Assim, este cenário configura um fortalecimento do setor privado como um todo (operadoras de planos de saúde, prestadores privados de serviços, etc.) entre os quais os hospitais. No que tange à esfera pública, poder-se-á conviver com dificuldades para a expansão dos serviços atualmente prestados. O resultado será a persistência das longas filas para o atendimento, o descrédito frente à população e a manutenção do desejo dos brasileiros assistidos pelo SUS de migrar para a saúde suplementar e um enfraquecimento progressivo das idéias de universalidade e equidade. Neste ponto, teremos um sistema bem parecido com o dos americanos. A saúde suplementar passa a ser considerada o principal sistema de saúde do Brasil, inclusive internacionalizando seu capital com fortes inversões nos sistema hospitalar e de tecnologia. O SUS passa a ser visto como um sistema residual, destinado à parcela menos favorecida economicamente da população.

Cenário 2 – SALVE-SE QUEM PUDER

A posição das variáveis de base na composição deste cenário é estagnação dos Orçamentos Públicos para a saúde com ausência de crescimento econômico ou crescimento econômico muito baixo, representado por aumentos inexpressivos do PIB. Neste cenário, diferente do quadro anterior que cursava com baixo Gasto Público em Saúde, mas que não sofria tensão em função da absorção de demandas pelo segmento privado passa-se a uma situação altamente problemática. Na esfera pública as demandas se avolumam e a possibilidade de equacioná-las é muito baixa. Os ganhos gerenciais não são suficientes para cobrir a enorme lacuna. A proposição de uma solução privada está enfraquecida em função das dificuldades do próprio privado e da mobilização do grande contingente de trabalhadores das administrações diretas das esferas públicas federal, estadual e municipal. O tensionamento no interior da esfera pública faz surgir conflitos entre trabalhadores, gestores e usuários, com forte intervenção do judiciário. Na esfera privada, os planos de saúde continuam cobrindo principalmente as classes A e B, e a competição no interior do segmento faz com que o leque de operadoras se reduza drasticamente. Visto como solução apenas para as elites, os planos de saúde continuam sendo questionados como alternativa assistencial para a população brasileira.

Nosso sanitário, que dormiu por 10 anos e acordou em uma manhã de inverno de 2022 ao ler seu jornal muito provavelmente verá uma série de filmes *noir* e muitos documentários. Os programas culturais envolverão bares e restaurantes com grupos bem distintos e conflitivos entre si. Como as ideologias voltaram à moda, uma vez que a história não acabou e a ressaca da queda do muro passou encontrará vários grupos relendo Marx e chegando à conclusão de como ele foi lido de forma equivocada no passado. Obviamente, nada disto impediu que Batman 16, Jason e Fred 12, etc. chegassem às telas. No entanto, ao se interirar de como andam as coisas na saúde nosso sanitário descobre que:

- a) Os Cidadãos são progressivamente mais insatisfeitos com o SUS, mas, ao contrário do que ocorria no cenário anterior, tensionam fortemente os órgãos governamentais por melhoria dos serviços, pois o baixo lucro das empresas, o desemprego e a

estagnação dos salários torna a possibilidade da saúde suplementar uma alternativa remota.

- b) Na esfera federal, os recursos são progressivamente gastos com os hospitais próprios do Ministério e a FIOCRUZ, que tendo completado seu quadro em todo o território nacional, vem se expandindo para além mar, com escritórios e representação em vários países.
- c) Na gestão, a questão central do MS passou a ser a auditoria e o controle dos gastos. O discurso dominante diz que o problema é de gestão, não de recursos, que temos um modelo hospitalocêntrico, etc. Não existe planejamento efetivo. Os planos são de salvamento, de medidas emergenciais. As trocas de gestores são freqüentes, pois em geral, para assumir estes diziam que os problemas eram de gestão, envergonhados não conseguiam disputar mais recursos e os poucos programas “mirabolantes” inventados não conseguem mais atrair ou conseguir tolerância dos usuários, que reivindicam principalmente acesso a médicos, medicamentos, exames e hospitais.
- d) A competição e a redução do número de operadoras faz com que algumas se tornassem mais poderosas e, via processos de verticalização adquirem ou constroem hospitais próprios reduzindo sua demanda do mercado. As negociações de operadoras com hospitais não são amistosas, defasando-se tabelas.
- e) Este cenário acarreta tempos ruins tanto para hospitais públicos quanto para hospitais que dependem da saúde suplementar. Os **Hospitais** públicos sofrem com não reposição de pessoal, defasagem tecnológica, descrédito e superlotação. Os hospitais privados continuam seu processo de encolhimento e tem uma sobrevivência difícil no mercado. Alguns tentam acordos como o setor público. São ainda considerados os vilões dos gastos, funcionam como bodes expiatórios para os desacertos do sistema.
- f) As dissertações de mestrado e teses de doutorado continuam falando sobre a construção da integralidade nas redes de atenção. Mas, uma ou outra tenta abordar

a necessidade da revisão do sistema. Algumas falam em reforma da reforma da reforma da reforma do sistema. Os médicos deixam de ser vistos como os principais vilões do sistema, lugar que passa a ser ocupado pelas operadoras de planos de saúde são ultrapassados. O tema da necessidade de uma reforma do sistema é muito importante, mas outros, como desemprego, moradia e segurança tomam conta da pauta.

O cenário descrito acima é o de um segmento ainda não equacionado. As disputas tanto no interior dos sistemas quanto entre os sistemas tende a ser muito acirrada. O não avanço do setor privado em função da estagnação econômica não o credencia como sistema substituto do SUS, que, em função da degradação progressiva dos serviços também se vê fortemente questionado pela população. Fica difícil discutir a questão da saúde em função do agravamento simultâneo de outros problemas.

Cenário 3 – AVANÇOS QUE PODEM SER FEITOS PARA QUE TUDO PERMANEÇA COMO ESTÁ

A posição das variáveis de base na composição deste cenário é de crescimento econômico, retratado em um aumento substantivo do PIB por um lado e por outro lado aumento do Orçamento Público para a Saúde, representado pela ampliação nominal e percentual dos orçamentos das esferas federal e estadual, em especial. Aqui, a situação é considerada favorável tanto para o sistema público, quanto para o sistema privado. No que tange ao sistema público, poderá acontecer uma melhoria dos serviços prestados, redução das filas para acesso a alguns serviços. Quanto à saúde suplementar, continuará a crescer, pois os principais determinantes de seu crescimento, até o presente, não se encontram relacionados à qualidade dos serviços públicos, mas, sobretudo a crescimento econômico emprego.

Neste cenário, nosso sanitarista ao acordar em uma primavera de 2022, após abrir o jornal e pular para a página de cultura verá uma grande série de filmes nacionais, o teatro em alta, a música popular brasileira está em cena e a possibilidade de ir a shows e espetáculos financiados pelo poder público é muito grande. Todos estes eventos, nem de longe

conseguem o público que Batman 21, Jason e Fred 18, etc. conseguem. Mas ninguém se importa com isto. Após suas pesquisas sobre o que ocorreu com a saúde nosso sanitarista descobre que:

- a) As operadoras de planos de saúde mais eficientes fagocitaram as menos eficientes e surgiram novas empresas ofertando planos de saúde bem baratos, com leque de cobertura assistencial bastante reduzido, mas dentro dos limites legais, com um teor de queixas muito substantivo, mas, mesmo assim continuavam crescendo, pela incorporação progressiva da classe C. O aumento do número de assistidos permite a ampliação do parque hospitalar, que se dá de forma mais rápida em função de investimentos estrangeiros.
- b) No segmento público há uma melhoria dos serviços e alguns estados de bom senso optam por investir em serviços de média e alta complexidade, com a construção de centros de especialidades e hospitais terciários. Tendo chegado à conclusão que o processo de descentralização ultrapassou os limites da razoabilidade, resolvem reassumir a responsabilidade pela atenção secundária e terciária. Alguns municípios, cansados das alternativas públicas começam a comprar serviços em bloco de planos de saúde. Com anuência da população e até respaldado em leis municipais, toda a assistência médica é contratada de planos de saúde, em especial UNIMEDs, sob protestos de alguns sanitaristas, que, no entanto não conseguem se contrapor politicamente a estas alternativas que se tornam cada vez mais freqüentes.
- c) Em relação aos hospitais públicos persiste a discussão sobre o seu formato jurídico ideal: além das administrações diretas, autarquias e organizações sociais surgem outras formas como as fundações públicas de direito privado e outras assentadas nas parcerias público-privadas.

Este cenário é caracterizado por uma situação de bem estar tanto no SUS quanto na saúde suplementar, que trocam afagos e, até falam em parcerias. O sistema privado se interessa por alguns dos mecanismos de controle do setor público. E o setor público passa a se

relacionar com alguns planos de saúde, comprando serviços, não apenas na forma de procedimentos, mas de coberturas assistenciais para populações definidas. Seja comprando toda a assistência, seja apenas alguns níveis (como atenção especializada, apoio diagnóstico, internações hospitalares, etc.) Não existe tensão social, mas o subsistema privado amplia de forma substantiva o número de assistidos e a rede de serviços. Este cenário também consolida dois sistemas de saúde: um para parcela mais abastada da população, representado pela saúde suplementar e o outro para a parcela menos favorecida da população, representado pelos assistidos do SUS.

Uma vez que todos estão satisfeitos, os poucos que enxergam estes eventos como catástrofe e não como progresso são cada vez menos ouvidos. Não raro lhes vêm à cabeça a imagem do anjo da história de Paul Klee. Aquele anjo descrito por Walter Benjamin como tendo o olhar aterrorizado em contraste com o otimismo professado por todos sobre a melhoria em curso dos serviços. Como o anjo de Klee eles gostariam de convencer a todos da persistência de um hiato entre um tipo e outro de assistência, que continuamos a viver em uma sociedade que ainda não reconhece sequer a necessidade de sermos iguais em relação a adoecimento e morte, uma vez que somos muito desiguais em relação à posses e o acesso a outros bens.. Mas, os mesmos ventos da melhoria dos serviços que sopram para os otimistas também empurram os críticos do sistema para o futuro. Não necessariamente, um futuro com novas e interessantes possibilidades, mas um futuro que pode ainda se mostrar como repetição infernal de desigualdades brutais no acesso aos serviços.

Cenário 4 - IDÍLIO SANITÁRIO ORTODOXO

A posição das variáveis de base na composição deste cenário é de crescimento do Orçamento Público para a Saúde com ausência de crescimento econômico ou crescimento econômico muito baixo, representado por um PIB estagnado. Trata-se em nosso ver de cenário possível, mas, altamente improvável. Os recursos para aumento do Gasto Público em Saúde precisariam vir de um aumento da carga tributária ou da redistribuição setorial do bolo tributário.

Caso tal cenário se concretizasse, o setor público se veria diante de duas alternativas em relação ao uso destes recursos adicionais provenientes do aumento dos orçamentos públicos para o setor: a primeira delas a de continuar construindo seus próprios serviços, e, a segunda, a de comprar serviços do setor privado, que se encontraria ocioso em função de não conseguir vender seus serviços para a saúde suplementar, em crise. Neste contexto, é pouco provável que este gasto público seja todo investido na ampliação dos serviços exclusivos da esfera pública do sistema. Pois, um sólido complexo industrial e empresarial já estabelecido na saúde tem como pressionar para não ir à banca rota e, certamente será contemplado com alguma forma de repasse destes recursos, mesmo que esta forma seja a pura e simples venda de serviços ao setor público. Esta hipótese traz uma paz temporária em relação às tensões, mantendo o sistema privado com um grau maior de dependência da esfera estatal. Um exemplo concreto desta situação é o que ocorreu nos Estados Unidos da América recentemente, onde a ampliação do Gasto Público para a extensão de cobertura se deu eminentemente na forma de compra de serviços das operadoras e prestadores de serviço já existentes.

Este cenário, não corresponde à uma situação muito diferente da atual, porém com maior tensão, portanto não foi desenvolvida como cenário. A outra hipótese, que corresponderia ao que estamos chamando de **IDÍLIO SANITÁRIO ORTODOXO** seria deixar falir - ou até mesmo fagocitar as organizações privadas, aí incluídos os hospitais - a parcela privada que não conseguiu ampliar o mercado. Nesta alternativa, construir-se-ia um sistema público robusto e diretamente controlado pelo Estado e menos vulnerável às incursões privadas.

10.4. A título de conclusão

Todos os cenários esboçados acima apontam, exceto o último, que também é o com menor probabilidade de ocorrência, no sentido da manutenção de um sistema público e de um sistema privado de assistência a saúde no País. A partir destas análises concertações de ações no presente podem ser feitas, na tentativa de assegurar algum destes futuros possíveis, ou mesmo um futuro diferente dos esboçados anteriormente. Há um hiato entre

nossas ações concretas no SUS e o que apregoamos como desejo de futuro para o mesmo. Se considerarmos que o SUS, no que tange à assistência hospitalar e de serviços de maior complexidade vem atuando em duas linhas, uma prestando serviços diretamente, que é minoritária e outra adquirindo serviços no mercado chegaremos à conclusão que ele tem feito o inverso do outros países com sistemas públicos e mesmo empresas sólidas e eficientes têm feito.

Com seu reduzido e pouco resolutivo parque assistencial nestes segmentos está dependente de um mercado, e o que é pior, de um mercado imperfeito, com grandes assimetrias como é de amplo conhecimento. Ora, se desejamos como futuro um sistema com grande grau de autodeterminação é incoerente continuarmos com o conjunto de ações atuais. Estas têm consistido principalmente em priorizar a atenção primária e procurar gerenciar melhor o que já está aí. Mesmo a visão reducionista de gerentes de empresa, intuitivamente capta que o futuro de sua organização depende do que ocorre no mercado, mas com igual ou maior medida, depende do desenvolvimento dos recursos próprios de sua organização. E o que temos desenvolvido como recursos próprios do SUS? Atenção primária, pequenos hospitais pouco resolutivos e algumas unidades para atenção a pequenas urgências. Isto é o inverso do que fizeram a maioria dos Países e do que vem fazendo boa parte das operadoras de planos de saúde que já são proprietárias de um parque hospitalar maior que o de todos os estados da federação somados. Desta forma, se não acrescentarmos ao parque assistencial próprio do SUS, um conjunto de unidades como as citadas abaixo a mero título de exemplo, é pouco provável que o meta-relato da ‘construção da integralidade por meio de linhas de cuidado que perpassem redes interfederativas de serviços de saúde’ tenha alguma consequência prática.

- a) Uma rede de hospitais próprios de grande porte com pelo menos um para cada uma das regiões esboçadas nos decretos recentes, em um formato jurídico-administrativo que os mantivesse dentro da esfera pública. Caso estes hospitais fossem geridos pelos governos estaduais, se reduziria toda esta complexa concertação e barganha da qual nos orgulhamos, mas que é altamente problemática. Eu até, cabalisticamente ousaria dizer que, somados aos atuais, este número não ultrapassaria as duzentas

unidades, que poderiam ser construídos ao longo de 8 anos com um empréstimo a cada quatro anos do BNDES, nos mesmos moldes e valores que foram feitos com a PETROBRÁS.

- b) Uma rede própria de serviços de atenção especializada, incluindo serviços de apoio diagnóstico, que seria articulada, por um lado com os hospitais anteriormente mencionados e, por outro com a atenção primária. Cabalisticamente acredito que não deveriam ser mais do que 500 unidades, que somadas às atuais, poderiam ser construídas ao longo de 8 anos com um empréstimo do BNDES, que corresponderia à metade do que foi emprestado à PETROBRÁS a cada 4 anos, ou a uma ínfima porção do que foi utilizado para a privatização de empresas estatais, ou para a reforma e ampliação de portos e aeroportos
- c) Uma rede de serviços de atenção à pequenas urgências nos mesmos moldes da que vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, que somada à atual rede não demandaria muito mais que 600 unidades.
- d) Uma atenção primária que incorporasse e ampliasse o programa de saúde da família, mas que também abrisse a possibilidade de que os cidadãos pudessem fazer uso dos consultórios dos médicos que se interessassem em trabalhar no SUS, obviamente, seguindo os padrões de vínculo e continuidade da atenção.

Obviamente, para que formulações do gênero tivessem alguma plausibilidade, outros movimentos seriam necessários. Precisaríamos rever algumas decisões do passado. Elas não se mostraram práticas. A descentralização excessiva com municípios tão pequenos como os brasileiros impede que os serviços próprios de maior complexidade sejam estruturados, sobrando apenas a alternativa de fomento, via compra de serviços, ao crescimento do setor privado. Apostar em uma regionalização solidária para a solução destes problemas, como tem sido tentado até aqui, não se mostrou efetivo.

Até o momento não se vislumbram movimentos – máquinas de guerra com agenciamentos novos e interessantes, como diria Deleuze! - com força suficiente para alavancar o sistema público de saúde via ampliação de sua capacidade própria nem para superar os impasses políticos causados pela descentralização excessiva. Neste sentido, caso persista o crescimento econômico do País e o atual conjunto de ações seremos arrastados, com maior probabilidade para a AMERICANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Mantendo-se o atual curso dos acontecimentos, parafraseando Benjamin, ‘somente em atenção aos desesperados nos poderá ser dada alguma esperança’.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução n. 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe de requisitos mínimos para o funcionamento de estabelecimentos de terapia intensiva. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de fev. 2010, p.48.

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T.A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B;SHELDON TA, POSNETT, J, eds. **Concentration and choice in healthcare**. London:Financial Times Healthcare, p. 23-36, 1997.

ALFRADIQUE, Maria Elmira ET AL. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, 25(6), p.1337-1349., 2012.

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 263-286,1999.

_____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p. 23-36, 2002.

ANDRADE, Eli Gurgel. **(Des)Equilíbrio da Previdência Social Brasileira 1945-1947**. Abril de 1999, 232 p. Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

ANDREOLI, Sérgio Baxter; ALMEIDA-FILHO, Naomar; MARTIN, Denise; MATEUS, Mário Dinis M. L; MARI, Jair de Jesus. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. [Rev. bras. psiquiatria](#). V. 29, p. 43-46, mar. 2007.

ANSARI Z, LADITKA JN, LADITKA SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Care Res Rev**, v.63, p.719-741,2006.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. **Assistência Médica hospitalar no século XIX**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982

BAKER, Jeffrey P. **The machine in the nursery: incubator technology and the origins of newborn intensive care** / Baltimore: Johns Hopkins University Press, c1996.

BARATA, Rita Barradas et al . Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007.

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)**. 2005. 255p. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

BENJAMIN, Walter. **Passagens**. Ed UFMG. 2009

BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMAN L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. P. 2162- 173, 1993.

BITTAR, Olimpio J; NOGUEIRA, V.; MENDES, José Dínio Vaz; MAGALHÃES, Adriana(coord). **Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular/** Olimpio J. Nogueira Bittar ; José Dínio Vaz Mendes; Adriana Magalhães . São Paulo: SES/SP, 54p, 2011.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; LEAL, Maria do Carmo. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Os dois métodos e o núcleo duro da teoria econômica. **Revista de Economia Política**, vol. 29, nº 2 (114), p. 163-190, abril-junho/2009.

CALVIN JE, Habet K, Parrillo JE. **Critical care in the United States**. *Crit Care Clin* 1997; 13: 363–76

CAMPOS, G. W. S., Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2337-2344, 2010.

_____, DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.

_____. **Um método para análise e co-gestão**. São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1988.

_____. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):301-306, 2007.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.

CHARITONIDOU, Angeliki. Epidaurus - **The Sanctuary of Asclepius and the Museum**. Ed. Clio 1978.

CHAUVENET, A. **Medecines au choix medec.de classes**. Ed. PUF, Paris, 1978.

CHING, Yu Pai. Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. 114p., São Paulo, 2010.

COHN, Amélia e Elias, Paulo Eduardo Mangeon. **Eqüidade e reforma na saúde nos anos 90**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(suplemento)173-180, 2002.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRONIN, E., Nielsen, M., Spollen, M., Edwards, N.; **Health care needs assessment: The epidemiologically based needs assessment reviews; Adult Critical Care**. London, UK, 2000.

CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros: Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976**. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines – 1920**. Washington, D.C.: OPS; 1964.

DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens**. Artmed. 2a. Ed. 2006.

DEVERS, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis, **Soc Ind Res**, v. 2, p.465, 1976.

DONNANGELO, M. C. F., **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira; 1975.

FASUBRA, **NOTA TÉCNICA 01/2011**. Análise jurídica do impacto sobre as universidades e seus servidores da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH. Brasília, janeiro de 2011.

FERGUSON, B. *et al.* – Introduction. In: FERGUSON, B. *et al* (Editors) – **Concentration and choice in healthcare**. London, FT Healthcare, 1997.

FEYERABEND, P. **Contra o método**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Artmed. 3ª. Ed. 2009.

FOUCAULT - _____. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FOUCAULT - _____. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado, 2ª. Ed. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**. 51ª edição. São Paulo, Ed. Global, 2006.

_____. **Sobrados e Mucambos: decadência do patriarcado rural no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Global, 2004 (1ª Edição: 1936).

_____. **Sociologia: introdução ao estudo de seus princípios**. Rio de Janeiro; São Paulo, Ed. José Olympio, 1967 (1ª Edição: 1945).

_____. **Nordeste: aspectos da influência da cana sobre a vida e a paisagem do Nordeste do Brasil**. 6ª edição. Rio de Janeiro, Ed. Record, 1989.

FRIEDSON, E. **The hospital in the modern society**. London: The Free Press of Glencoe, 1963.

_____. **Profession of medicine**. New York, Dodd Mead, 1970.

_____. **Professional dominance**. Chicago, Aldine, 1970.

_____. **Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n 31, ano 11, p 141-145, 1996.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica**. Ed. Vozes. 4ª. Edição, 2002.

GARBINATO, Ligia Regina et al . Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; RODRIGUES, Eugênia Maria Silveira. The burden of injury in Brazil, 2003. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 124, n. 4, 2006.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 1995.

GLEICH, J. Chaos. The amazing Science of the Unpredictable, Ed. Vintage, 352 pp. 1998.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7ª ed. (português). São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDHILL, D.R. Preventing surgical deaths: critical care and intensive care outreach services in the postoperative period: **British Journal of Anaesthesia**, v.95 (1), p.88-94, 2005.

GONÇALVES, E. L. **Equipamento hospitalar no Brasil**: – presença, regionalização e tendências. Ver. Saúde públ., São Paulo, 11:143-50, 1977.

GRABOIS, V, CASTELAR, R e MORDELET, P. Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro, ENSP – 1995.

GRAÇA, L. - **Evolução do sistema hospitalar**: uma perspectiva sociológica. Lisboa: 1996, textos (apostilas de cursos oferecidos na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa).

GRAÇA. **A Evolução do sistema hospitalar**: uma perspectiva sociológica, 2000, acessível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html.

GROENEWEGEN, P.P.; VAN DER ZEE, J. The comparison of health care systems through regional analysis: The case of hospital admissions in Belgium and The Netherlands. **Social Science & Medicine**, v. 26, p. 91-100, 1988.

GUIMARÃES, C. Situação Assistencial Brasileira. In: Gonçalves, E. (Org). **Administração de Saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p 103-109.

HEIDEGGER, M.- 18.1 **Ser e Tempo**. Trad. Marcia de Sá Cavalcante. Petróp., Vozes, 10 Ed. 2001

HOLANDA, Sérgio Buarque. **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo I, Volume 2. ano

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002. **Estatísticas da saúde**: Assistência Médico Sanitária, 2002. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, June 2004.

KJEKSHUS,L. e HAGEN, T. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research &Policy*, v.12, n.4, p.230–235, 2007.

KUHN, T. S. **A estrutura das Revoluções Científicas**. Ed. Perspectiva, São Paulo 1998, 257 pp.

LA FORGIA, GM; COUTTOLENC, B.F. **Hospital Performance In Brazil: The Search For Excellence**. Washington DC: The World Bank; 2008. 411 pp.

LANE, J-E, ed., **Public Sector Reform: Rationale, Trends, Problems**. London: Sage Publications, 1997.

LECOVITZ, E. 1993. **A capacidade operativa da rede assistencial do SUS: recuperação e adequação** (o Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene). Série Estudos em Saúde Coletiva 57: 1-83. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1993.

LEE, T.H., Goldman L. **The coronary care unit turns 25: historical trends and future directions**. Ann Intern Med 1988; 887–94.

LEUCOVITZ, E., Pereira, T.R.C. 1993. SIH/ SUS (Sistema AIH): **uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991**. Série Estudos em Saúde Coletiva 57: 1-83. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1993.

LOBO, Maria Stella de Castro; LINS, Marcos Pereira Estellita; SILVA, Angela Cristina Moreira da and FISZMAN, Roberto. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.4, pp. 581-590, 2010.

LOBO, MSC et al . Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, June 2009.

LYONS, R. A. et al. **Population requirements for adult critical care beds: a prospective quantitative and qualitative study**. Lancet 2000; 355 : 595-598.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.

MARTINS, M; Travassos, V; Noronha, J.C. **2001 Sistema de Informações Hospitalares como ajuste em índice de desempenho**. Rev.Saúde Publica 2001;35(2):185-192. Rio de Janeiro.

MCCALLION, G.et al. Rationalizing Northern Ireland Hospitals Services Towards Larger Providers: Best-Practice Efficiency Studies and Current Policy. **Public Money and Management**, abril-junho, p. 27-32, 1999.

MCKEE, M. HEALY, J., Hospitals in a changing Europe.(European Observatory on **Health Care Systems Series**. Open University Press: 2002.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: Papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990, Brasília, 2001 – IPEA – ISSN 1415-4765

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec.. 7ª. Ed. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Datasus**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS). Disponível em www.saúde.gov.br.

MINISTÉRIO DA SAÚDE _____. SIS-AIH. Disponível em www.saúde.gov.br.

MIRANDA, D. R., Ryan, D. W., Schaufelli, W. B., **Organization and management of Intensive care: a prospective study in 12 european countries**. Berlin: Springer-Verlag, 1998.

NEDEL, Fúlvio Borges et al . Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

NHS Executive, 2000. Modernizing critical care services, Health Services Circular 2000/017. Relatório do grupo criado pelo NHS para estudar e propor medidas para a melhoria do cuidado intensivo no País, após diagnóstico e análise de situação.

NUNES, Everardo Duarte. **A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França**: Panorama geral. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 79-95, 2003.

OLIVEIRA - _____. **Directorio de hospitales de América Latina y Caribe**, Washinton, DC: OPS; 1997.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al . Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010.

OLIVEIRA, Jaime A. de. & TEIXEIRA, Sônia M.Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe – Brasília**: OPAS/OMS, 2004.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.32, n.4, p. 492–499; Rio de Janeiro, 2008.

PEGO, Raquel Abrantes e Almeida, Célia Maria. **Teoria y práctica de las reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil e México**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4), jul-ago, 2002.

POALILLIO, FE, Jimenes EJ. Falk J. **Critical Care Clinics**, Iss 3, vol 22, July 2006

POPPER, K. A Lógica da Pesquisa Científica, Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

PORTELA, M,C; Schramm,J.M.A; Pepe, V.L.E; Noronha,M.F; Marins Pinto, C.A; Cianeli, M.P. 1997. **Algoritmo para a composição de dados de internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS)**. Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. Cad Saúde Pública v.3, n.4 Rio de Janeiro out/dez. 1997.

POSNETT, J. – Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) – Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002.

PREKER, Alexander S., Harding, April (editors); **Innovation in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals**. The World Bank, Washinton, DC, 2003.

REID FD, COOK DG, MAJEED A: Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. *Br Med J*, **319**:98-103, 1999.

REINHARDT, UE, Hussey PS, Anderson GF. **Cross-national comparisons of health systems using OECD data**, 1999. Health Aff v.21, p.169–81, 2002.

REY , Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 15, n. 2, p. 382-403. São Paulo, 2012.

RIDLEY, S. **Intermediate Care: Possibilities, requirements and solutions**. Anaesthesia 1998; 53: 654-64.

ROCHAIX, M. - **Les questions hospitalières: de la fin de l’Ancien Régime à nos jours**. Paris: Berger-Levrault, 1996.

ROCHAIX,. Les modes de rémunération des médecins, **Revue d'Economie Financière** n.76, p. 223-239, 2004

RODRIGUES, Rute Imanishi et al . Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009.

ROSEN -_____. The hospital: historical sociology of a community institution. In: Freidson (1963): **The hospital...**, op. cit. 1963.

ROSEN -_____. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004.

SCOTT, I.; YOULDEN, D.; COORY, M. Are diagnosis specific outcome indicators based on administrative data useful in assessing quality of hospital care. **Quality and Safety in Health Care.** v.13(1), p. 32–39, 2004.

SCOTTI, Richard W. et al. **Institutional change and health care organization: from professional dominance to managed care.** The University of Chicago Press, Chicago - USA – 2000.

SPARKES DJ, Smith GB, Prytherch D. **Intensive care requirements or an ageing population — a microcosm of problems aging in the NHS?** Clin Med, v. 4, p.263–266 2004.

STARFIELD B., **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STEUDLER -_____. **L'Hopital en Observation.** Paris: Armand Colin, 1974.

STEUDLER -_____. **Medecine Liberale et Conventionnement. Sociologie du Travail,** Vol. 2, 1977.

STEUDLER, F.. **L'Evolution de la Profession Medicale:** Essai d'Analyse Sociologique. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, No. 2, 1973.

TEIXEIRA, Aloísio; BAHIA, Lígia; VIANNA, Maria Lúcia W. **Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil.** In: **Brasil.** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

Teixeira-Pinto A, Normand S-L. Statistical Methodology for Classifying Units on the Basis of Multiple Related Measures. **Stat Med**, v.27(9), p.1329–1350, 2008.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo.** São Paulo: Editora Unesp, 1996.

Ten-year health plan for the Americas: final report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas (Santiago, Chile, 2-9 October 1972).

TOURAINE, A. (1973) - **A organização profissional da empresa**. In: Friedman, G.; Naville, P. (1973): Tratado de sociologia do trabalho . São Paulo: Cultrix, Vol. I. 1973. 445-468.

_____. Préface. In: Steudler, F. (1974) - **L'hôpital...**, op. cit.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **A América Latina no contexto de reformas**. IMS/UERJ, 2002, mimeo.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revam: UCAM, IUPERJ, 1998

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS, informa, no item “Health Personnel”, a quantidade de médicos, odontólogos, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos de todos os países membros (os dados variam entre os anos de 1995 e 1998). Disponível em <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

WEYLAND, kurt. **Democracy without equity. Failures of reform in Brazil**. University of Pittsburg Press. 1996

WILLIAMSON, O. E. (1989a) - "**Transaction cost economics**". In R. Schmalensee e R. Willig, eds. (1989) Handbook of Industrial Organization. Amsterdam: North-Holland.

WITTGENSTEIN, Ludwig. Investigações filosóficas; tradução: Marcos g. Montagnoli – 3ª. Edição – Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco; Petrópolis: Vozes, 2004.