



1290001481



TCC/UNICAMP P96i



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA - IE

DISCIPLINA: CE 852 - MONOGRAFIA II

A INSERÇÃO DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNICAMP NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO BRASIL

ALUNA: CAMMILE DUARTE PÚBLIO RA 008257

ORIENTADORA: PROF^a SONIA TEREZINHA TOMAZINI

BANCA: PROF. DR. MARCELO WEISHAUP T PRONI

Marcelo Weishaupt Proni *Sonia Terezinha Tomazini*

Campinas, dezembro de 2004

Índice

Resumo	pg. 4
Abstract	pg. 4
Capítulo 1 - Introdução	pg. 6
Capítulo 2 - O Serviço de Saúde Pública no Brasil Contemporâneo	pg. 8
2.1. A Gênese do Sistema Único de Saúde – SUS	pg. 8
2.2. Objetivos e estratégias das políticas de saúde no Brasil	pg. 10
2.3. Configuração do sistema de saúde e enfoque na hierarquização	pg. 12
2.3.1. As unidades de atenção primária	pg. 13
2.3.2. As unidades de atenção secundária	pg. 14
2.3.4. As unidades de atenção terciária	pg. 14
2.4. Avanços do SUS	pg. 15
2.5. Oferta de serviços de Saúde no Brasil	pg. 15
2.6. Gastos com Saúde no Brasil	pg. 17
2.7. Financiamento da Saúde no Brasil	pg. 22
2.7.1. As dificuldades do SUS	pg. 24
2.8. Reforma da saúde nos anos 90	pg. 25
2.8.1. A experiência da Inglaterra	pg. 25
2.8.2. A Reforma no Brasil	pg. 26
2.8.3. Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil	pg. 27
Capítulo 3 - Envelhecimento da população, um novo desafio à saúde pública	pg. 30
Capítulo 4 - Crise nos Hospitais Universitários	pg. 31
Capítulo 5 - O Complexo Hospitalar da Unicamp: Hospital – Escola, Realidade e Mitos	pg. 33
5.1. As unidades assistenciais do Complexo Hospitalar da Unicamp	pg. 37
5.2. A Gênese do Hospital de Clínicas	pg. 50

5.3. O déficit do HC

pg. 52

Conclusões

pg. 56

Referências Bibliográficas

pg. 59

ANEXO

pg. 61

Resumo

O Ministério da Saúde e o Governo Federal , em parceria com os Estados e Municípios, encontram-se em permanente busca de novas definições que permitam ao sistema de saúde brasileiro ganhar mais eficiência e alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde de cobertura e equidade. O principal desafio é administrar adequadamente os escassos recursos disponíveis para que possam suprir necessidades e carências, sobretudo dos segmentos mais pobres da população.

A visível importância dos Hospitais Escola no sistema público de saúde brasileiro, sobretudo para o atendimento de casos mais complexos, choca-se nos últimos anos com a crise financeira que vêm enfrentando. Este trabalho tem como objetivo a análise da situação atual do Complexo Hospitalar da Unicamp e da maneira como ele se insere no SUS, bem como a importância deste complexo no atendimento à população mais carente, num momento em que ocorre um processo acelerado de envelhecimento da população em geral.

Para isto foram realizadas análises das estatísticas deste hospital e de suas bases orçamentárias, e em paralelo o estudo de publicações que discutiam o assunto. Através de questionários e entrevistas com profissionais ligados à instituição, pôde-se entender a realidade deste Complexo Hospitalar.

Palavras-chave

Saúde Pública, Hospitais-Escola, Complexo Hospitalar da Unicamp.

Abstract

The Health Department and the Federal Government, in partnership with the States and Cities, meet in permanent search of new definitions that allow the Brazilian system of health to gain more efficiency and to reach the objectives of the Only System of Health of covering and equity. The main challenge is to over all manage adequately the scarce resources available so that they can supply necessities and lacks, of the poor segments of the population.

The visible importance of the School Hospitals in the Brazilian public health system, mainly because of the attendance of more complex cases, is shocked in the last years with the financial crisis that come facing. This work has as objective the analysis of the current situation of Hospital Complex of Unicamp and the way as it inserts in the SUS, as well as the importance of this complex in the attendance to the more devoid population, at a moment where a sped up process of population aging occurs.

For this the statistics of this hospital and its budgetary bases had been analyzed, and in parallel, some articles that argues the subject will be studied. Through questionnaires and interviews with professionals from this Institution, the reality of this Hospital Complex could be understood.

Key Words

Public Health, School Hospitals, Hospital Complex of Unicamp.

Capítulo 1

Introdução

As políticas sociais são, segundo Viana (1995) expressões de um tipo específico de intervenção estatal cujo ápice deu-se no Pós-Guerra com a consolidação do *Welfare State*. A proteção governamental mínima em educação e saúde deixou de ser concebida como caridade para tornar-se um direito de todos os cidadãos.

Entretanto, a forma de intervenção social do Estado tem sofrido grandes transformações diante do predomínio do discurso liberal de reforma do Setor Público. De acordo com Nelson Ibanez (1998), as políticas de saúde não ficaram imunes a este cenário, as propostas de reforma estendem-se à área tendo como temas centrais a racionalização de gastos públicos dos sistemas e a ampliação da universalização do direito à saúde com a facilitação da participação do setor de saúde privado.

O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial do BIRD, ano de 1993, aponta que o efeito mundial concentrador de renda se reflete na distribuição do gasto com saúde, dividindo os países em três grupos: os de alta renda, que tinham um gasto médio de 1.500 dólares por habitante / ano; os de renda média, com gasto de 170 dólares por habitante ano; e os de baixa renda, com 41 dólares por habitante ano.

O Brasil, um dos países de maior desigualdade social e de concentração de renda média, apresenta um perfil de gastos em saúde muito inferior ao necessário para reverter seu quadro de morbi-mortalidade, ou seja, a relação entre o número de pessoas sãs e doentes.

"A bancarrota do Estado, o mais agudo subproduto da crise econômica dos anos 80, comprometeu largamente o financiamento do sistema de proteção social, dependente de recursos públicos. No caso da saúde, que é predominantemente financiada por fundos previdenciários, parafiscais, de extração compulsória, incidindo sobre a folha de salários, a recessão e deterioração das rendas do trabalho foram fortemente inibidoras desse perfil de financiamento" (Ibanez: 1998).

A conjuntura política brasileira era favorável no fim da década de 80 e possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde, organização que reordenou os serviços e ações de saúde dos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais após a constituição de 1988. Mas ao mesmo tempo, a crise fiscal do Estado e as políticas internacionais de ajuste colocaram empecilhos à implementação de novas políticas de saúde.

O SUS integra 6 mil hospitais públicos, dos quais 154 são reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde como entidades de ensino. São os denominados hospitais escola ou universitários, que têm como função a formação de todos os estudantes da área de saúde de nível superior e abrigam a maior parte dos cursos de pós-graduação do país, da realização de pesquisas,

além do atendimento à população. Por suas funções, instalações e recursos humanos e materiais, esses hospitais também oferecem estrutura e concentram o atendimento e tratamento de casos de alta complexidade, inserindo-se no sistema de saúde no denominado nível terciário - quaternário, relativo ao oferecimento de serviços mais complexos e diversos. Os hospitais universitários recebem verba do SUS e um valor adicional, o Fideps (Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa), para viabilizar o atendimento à demanda por serviços de saúde.

De acordo com a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), entidade fundada em 1989, que congrega atualmente 113 hospitais universitários, esses hospitais foram responsáveis em 2001 por 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS. No mesmo período, realizaram 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 48,12% do total nacional de internações de alta complexidade. A visível importância desses hospitais choca-se nos últimos anos com a crise financeira que vêm enfrentando este setor.

A escolha do complexo hospitalar do HC – Unicamp, situado na região de Campinas, como objeto de pesquisa levou em conta sua relevância como referência ao atendimento de uma população de aproximadamente 6 milhões de pessoas e à formação médica desta região.

Dentro do contexto do SUS interessa estudar o papel dos Hospitais-Escola e mais especificamente o do Complexo Hospitalar da Unicamp e as reformas recentemente implementadas.

Portanto, este trabalho tem como objetivo a análise da situação atual do HC – Unicamp, seus problemas financeiros, e as medidas tomadas para contorná-los. Assim, poder-se-á compreender a crise dos hospitais públicos no Brasil e seu impacto no atendimento ao público. Apontar soluções para a crise dos Hospitais Escola passa a ser um objetivo pertinente na medida em que o atendimento à população mais carente e a formação dos médicos do futuro está comprometida.

Primeiramente, será feita uma análise do Sistema de Saúde Público brasileiro, com um estudo sobre o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), seus objetivos e estratégias, seus avanços e dificuldades; os gastos públicos em saúde e o financiamento desse serviço.

Em segundo lugar, será discutido o envelhecimento da população brasileira e suas consequências na organização da Saúde Pública.

Em seguida far-se-á uma breve discussão sobre crise orçamentária dos hospitais públicos, sobretudo os Hospitais-Escola, como é o caso do Hospital das Clínicas da Unicamp.

Por fim, através de dados estatísticos e de acordo com entrevistas com médicos ligados à Unicamp, será apresentado um estudo sobre o Complexo Hospitalar da Unicamp e suas unidades assistenciais. Ainda, um último tópico está relacionado à restrição orçamentária e a dívida que esse complexo acumula e as recentes medidas tomadas pelos seus gestores para contornar o problema.

Capítulo 2

O Serviço de Saúde Pública no Brasil Contemporâneo

2.1. A Gênese do Sistema Único de Saúde – SUS

A estrutura do sistema de saúde no Brasil mudou muito nos últimos 30 anos. Até os anos 60, havia uma divisão de trabalho entre o Ministério da Saúde e os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). O primeiro cuidava da saúde coletiva, da logística de distribuição de vacinas e da assistência médica mais elementar à população de baixa renda das regiões onde o governo não poderia oferecer um serviço de melhor qualidade. Já os IAP's voltavam-se para o atendimento médico aos trabalhadores inseridos em algumas categorias profissionais e suas famílias, cobertos pela proteção previdenciária.

A partir dos anos 60, iniciou-se uma forte tendência à expansão de cobertura do sistema de saúde em relação à população brasileira. Em 1967, os antigos IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a incorporação, para efeito de assistência médica, de todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, além dos autônomos que desejassem contribuir para a previdência social.

Em 1976 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como órgão responsável por toda a assistência médica à população dependente de trabalhadores formais. Ao longo dos anos 70 e 80 ampliaram-se os segmentos populacionais não-contribuintes incorporados ao sistema de saúde, como os rurais e os indigentes, bem como estratégias de descentralização acopladas aos programas de expansão de cobertura.

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ter como meta a cobertura universal de toda a população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus que adotaram o *Welfare State*.

No início dos anos 90 ocorreu uma forte crise institucional e financeira do setor saúde no Brasil, devido aos programas de ajuste fiscal exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, trazendo como corolário uma queda da qualidade e da cobertura do sistema público. Com isso, acentuou-se a tendência para que o SUS passasse a ser, na prática, um sistema voltado ao atendimento dos grupos sociais de menor renda, uma vez que as classes de média e alta renda podiam contar com os chamados sistemas

privados de medicina supletiva que se expandiram a taxas bastante elevadas. Hoje, esses sistemas cobrem cerca de 35 milhões de pessoas, notadamente trabalhadores inseridos nas empresas de maior porte e famílias de classes média e alta.

Apesar de ser um sistema de saúde financiado, em sua maior parte, pelo setor público, através de um sistema de pagamento prospectivo chamado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a estrutura de oferta dos serviços de saúde no Brasil é hegemonicamente privada. Grande parte dos estabelecimentos hospitalares e dos leitos pertence ao setor privado, cabendo ao setor público a responsabilidade dos estabelecimentos ambulatoriais (postos e centros de saúde), especialmente nas regiões mais pobres do País.

O Brasil conta também com uma estrutura de recursos humanos em saúde em forte expansão. Pode-se dizer que o número de profissionais dessa área se expandiu consideravelmente nos últimos anos, mas a composição das equipes de saúde ainda é inadequada, na medida que se centra no médico e no atendente de enfermagem, este sem formação básica, faltando inúmeros outros profissionais de saúde tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc.

Em seus primeiros anos de vigência, o SUS não apresentou resultados satisfatórios. Não foi por outro motivo que o sistema recebeu reformas, implantadas progressivamente pelo Ministério da Saúde. As reformas apontam cada vez mais para a descentralização, com aumento da autonomia dos Estados e Municípios na montagem de estruturas de prestação de serviços de saúde adequadas a cada realidade.

As mudanças também apontaram para a necessidade de definir prioridades de saúde que permitam equacionar os grandes problemas da população, ao lado da implantação de sistemas de informação que tornem mais transparentes os resultados obtidos e os gastos necessários para alcançá-los. Boa parte dos hospitais públicos e privados no Brasil carece de sistemas de informação que permitam obter dados financeiros e contábeis sobre custos dos principais procedimentos clínicos e cirúrgicos.

As reformas ainda devem estar baseadas em novos mecanismos de administração e gerenciamento, que permitam maior autonomia aos hospitais e redes de serviços de saúde na gestão de pessoal e na organização da oferta para suprir as necessidades de cada região.

O Ministério da Saúde e o Governo Federal, em parceria com os Estados e Municípios, encontram-se em permanente busca de novas definições que permitam ao sistema de saúde brasileiro ganhar mais eficiência e alcançar os objetivos de cobertura e equidade. O principal desafio é administrar adequadamente os escassos recursos disponíveis para que possam suprir necessidades e carências, sobretudo dos segmentos mais pobres da população.

2.2. Princípios e diretrizes das políticas de saúde no Brasil

Com a Constituição de 1988, as políticas de saúde ganharam novos objetivos e estratégias que podem ser assim resumidos:

- a) Universalização do Atendimento: toda a rede pública própria ou comandada passaria a atender a população, em caráter universal, sem restrições ou cláusulas de cobertura; sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo, cor, raça, religião, local de moradia ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social;
- b) Equidade no Atendimento: além de universal, todos teriam acesso às mesmas modalidades de cobertura em todo o território nacional, isto quer dizer que, todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente e que tem seus problemas específicos, deve-se trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.
- c) Integralidade das Ações: todos teriam acesso à saúde num conceito integral, i.e., composto por ações sobre o indivíduo, sobre a coletividade e sobre o meio. Assim, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a saúde e não somente para as doenças. Isto exige que haja atenção para a erradicação das causas e diminuição dos riscos, além do tratamento dos danos, envolvendo a combinação de ações de promoção (como habitação, meio ambiente, educação, etc.), com ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) num sistema de assistência integral.
- d) Resolutividade, eficácia ou eficiência: é a qualidade de que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade. A rede pública deve prestar serviços de qualidade e apresentar soluções quando as pessoas o procuram ou quando há um problema de saúde coletiva. Deve usar da racionalidade, utilizar as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível.

- e) Racionalidade: o SUS deve se organizar para oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região.
- f) Descentralização: a execução dos serviços seria comandada e realizada pelos Municípios e pelos Estados, minimizando o papel da União. É entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e somente aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. À redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde dá-se o nome de municipalização (Este tópico será mais aprofundado no item 2.8.3)
- g) Unicidade de Comando: embora descentralizado, o sistema passaria a ter um comando único em cada esfera de governo, evitando a antiga duplicação de esforços que existia entre as estruturas do Inamps, do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais;
- h) Participação Social: a sociedade participaria da gestão do sistema através de Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de governo, que teriam funções no campo do planejamento e fiscalização das ações de saúde. Os conselhos e as conferências de saúde devem respeitar o critério de composição paritária (participação igual entre usuários, profissionais da saúde e setor público); além de ter caráter deliberativo, isto é, ter poder de decisão
- i) Regionalização e hierarquização: os serviços de saúde deveriam estar dispostos de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde. Os serviços de saúde devem se organizar-se-iam regionalmente e também obedeceriam a uma hierarquia entre eles. As questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.
- j) Complementaridade do Setor Privado: as ações seriam feitas pelos serviços públicos e de forma complementar pelo setor privado, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio, o que não descaracterizaria a natureza pública dos serviços.
- j) Participação dos Cidadãos: O Controle Social: seria a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas, poderia participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local.

Essa participação dar-se-ia nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. As Conferências de Saúde nas três esferas de governo seriam as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente em que as prioridades e linhas de ação sobre a saúde seriam definidas.

- k) Regionalização e Hierarquização: a rede de serviços do SUS seria organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população à rede deveria se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem ser estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos à este nível seriam referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

2.3. Configuração do sistema de saúde e enfoque na hierarquização

O SUS é um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, um hospital, por exemplo, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público.

Após os anos 80, o sistema de atenção à saúde no Brasil adquiriu nova conformação. Esse sistema, conforme a descrição de Giovanella e Fleury (1996), teria forma piramidal e seria composto de três subsistemas com lógica de estruturação, clientela, complexidade tecnológica e modos de financiamento diversos: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema privado autônomo ou de assistência médica supletiva e o subsistema público.

“No topo da pirâmide estaria o subsistema de alta tecnologia e alto custo. Embora haja entidades públicas e privadas e também o “mix público-privado” como prestadores. O que se observa é que os grupos sociais mais ricos conseguem acesso privilegiado a esse tipo de serviço. Isso caracteriza esse setor como clientelista e altamente seletivo. Nesse subsistema, de 2% a 3% da população certamente consumiriam mais de 30% dos recursos do SUS”. (Santos, 1990).

No meio da pirâmide estaria o subsistema privado. Esse subsistema que fornece a seus segurados uma assistência médica supletiva, e responsável por ofertar principalmente maior número de consultas médicas e fornecer atendimento hospitalar, ainda estaria em franca expansão. Entretanto, o próprio contexto social brasileiro impõe limite para o crescimento. Por ser um serviço voltado para a classe média, trabalhadores do mercado formal, grandes e médias empresas e considerar-se que o mercado informal é significativo no Brasil, acredita-se que esse setor, em algumas regiões, já possa estar estagnando-se e procurando mecanismos para manter-se.

Na base da pirâmide estaria o subsistema público – representado, também, pelos serviços privados contratados e filantrópicos. Esse setor seria responsável por atender a camada da população de menor poder aquisitivo, de mais baixa renda, com mão-de-obra de menor qualificação e o mercado informal da economia. “Além de fornecer atendimento predominantemente ambulatorial e assistência de alta complexidade, o setor público seria responsável ainda por atender também aos casos de urgência e emergência. Enquadram-se nessa situação os acidentes de trabalho, os acidentes de trânsito, infartos, lesões decorrentes de tentativa de suicídio. Entretanto, a despeito da justeza dos princípios do SUS, a realidade assistencial expressa mais um desejo que uma realidade”. (Cecílio, 1997).

2.3.1. As unidades de atenção primária

As unidades de atenção primária compreendem serviços de primeiros socorros, postos de enfermagem, dispensários, clínicas de planejamento familiar e centros de saúde. Os prestadores de atenção primária, primeiro nível do sistema formal de saúde, geralmente oferecem educação em saúde e tratamentos médicos básicos, e realizam provas básicas de laboratório. Neste nível resolve-se 80% dos problemas de saúde, é a chamada Unidade Básica de Saúde.

O nível primário de atenção caracteriza-se essencialmente por apresentar: acessibilidade ou facilidade de acesso geográfico e administrativo - permitindo que o serviço se constitua numa porta de entrada ao sistema de saúde para qualquer problema que surja, quando a capacidade resolutive se esgota, o usuário é referenciado aos níveis mais complexos - ; longitudinalidade, isto é, acompanhamento de mudanças individuais e detecção de necessidades que surgem ao longo da vida - provém de uma relação estabelecida entre usuário e serviço ao longo do tempo - ; continuidade, regularidade (estabilidade) da estrutura de prestação dos serviços para garantir o atendimento ao longo do tempo - armazenamento das informações, permanência de profissionais capacitados nos postos de trabalho, provisão regular de insumos, existência de registros disponíveis para uso em consulta, existência de sistema de informações com capacidade para embasar decisões acerca do indivíduo e da população - ; e abrangência, identificação de necessidades diversas, além do motivo imediato da consulta, permitindo orientar à prevenção - diz respeito ao desencadeamento das respostas adequadas para cada tipo de

demanda, sejam elas de assistência clínica primária, secundária, ou terciária, sejam elas de competência do setor da saúde, de saneamento, de fornecimento de água, de questões de posse urbana - ; etc.

2.3. 2. As unidades de atenção secundária

O nível secundário resolve 15% dos problemas de saúde - são os Centros de Especialidades. O paciente que precisa de tratamento médico não disponível no centro de atenção primária, é transferido a um hospital de referência secundária. Estes são hospitais de distrito que prestam serviços de internação e têm 20 leitos ou mais. Os hospitais de distrito deveriam prestar serviços gerais de emergência e ter pessoal, incluindo pelo menos um médico, disponível às 24 horas do dia. Também se espera que o pessoal neste nível possa diagnosticar as complicações principais e encaminhar o paciente à outra unidade de saúde na qual seja oferecido o tratamento que ele precisa.

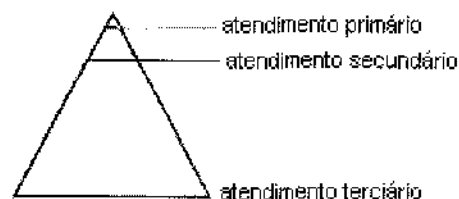
2.3. 3. As unidades de atenção terciária

No Nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de referencia que resolvem os 5% restante dos problemas de saúde. Os hospitais regionais que prestam serviços, tanto para pacientes em ambulatório como para pacientes internadas, são considerados unidades do nível secundário, enquanto que os hospitais docentes universitários e os hospitais nacionais especializados são hospitais do nível terciário. Sendo que nos hospitais regionais e nacionais são prestados serviços cirúrgicos especializados, além de todos os serviços prestados nos hospitais de distrito.

O sistema de saúde pode ser representado por um triângulo: na base estão os serviços primários (rede de postos de saúde, consultórios gerais); no meio, os secundários (especialidades, clínicas de referência); e, no ápice, os terciários (hospitais com alta tecnologia).

Tomar medidas para uma comunicação constante entre os estabelecimentos médicos, assim como transporte para chegar a estes, é essencial para o funcionamento do sistema de referência. A melhora e formalização da comunicação e transporte entre os diferentes níveis do sistema de saúde são muito importantes para o melhoramento da atenção prestada a todas as complicações e emergências médicas. Ainda, o gerenciamento adequado das informações, fornecendo bases para planejamento; acordos de manutenção do atendimento e articulação da referência, construindo mecanismos de encaminhamento

efetivos a partir da unidade primária em direção aos outros níveis e setores, é essencial.



2.4. Avanços do SUS

Em que se pese dificuldades no atendimento e viabilização do direito à saúde pública, alguns avanços foram conquistados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o próprio SUS, entre eles:

- a) Dá assistência integral e totalmente gratuita para a população de portadores do HIV e doentes de Aids, renais crônicos e pacientes com câncer;
- b) Realiza, por ano, 2,4 consultas para cada brasileiro; 2,5 milhões de partos; 200 milhões de exames laboratoriais; 6 milhões de ultrassonografias;
- c) Na última década houve aumento da esperança de vida dos brasileiros; diminuição da mortalidade e da desnutrição infantil; eliminação da varíola e da poliomielite; controle da tuberculose infantil, tétano, sarampo e de muitas doenças que podem ser prevenidas com vacinação;
- d) Mantém 500.000 profissionais de saúde, 6.500 hospitais, 487.000 leitos, onde são realizadas mais de um milhão de internações por mês. Conta com 60.000 unidades básicas de saúde, que realizam 350 milhões de atendimentos por ano;
- e) Realiza 85% de todos os procedimentos de alta complexidade do país. Em 2000, fez 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, 7.234 transplantes de órgãos;
- f) O Programa Saúde da Família do SUS contava com mais de 16.000 equipes no final de 2002, atendendo 55 milhões de pessoas, presente em 90% dos municípios brasileiros;
- g) Realiza por ano 165.000 cirurgias de catarata; distribui 200 milhões de preservativos; realiza campanhas educativas; ações de vigilância sanitária de alimentos e medicamentos; além do controle de doenças e epidemias; etc.

2.5. Oferta de serviços de Saúde no Brasil diante da implementação do SUS na década de 80

Por oferta de serviços de saúde, buscou-se caracterizar basicamente a rede instalada (hospitais, ambulatorios e leitos) e a produção de serviços de saúde (consultas e internações). Os dados que

permitem a avaliação são oriundos da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE e do Ministério da Saúde.

Os anos 80 foram caracterizados por um forte crescimento da oferta de serviços de saúde, especialmente no que se refere aos estabelecimentos públicos. O número de hospitais públicos passou de 1.217 para 1.966 e o de estabelecimentos públicos sem internação passou de 8.828 para 20.817, entre 1980 e 1989. As taxas de crescimento para esses dois tipos de estabelecimentos foram de 61,5% e de 135,8%, respectivamente.

No caso do setor privado, as taxas, apesar de expressivas, foram menos intensas. O número de hospitais privados passou de 4.893 para 5.238 (7%) e o de estabelecimentos sem internação evoluiu de 3.551 para 6.887 (93,9%). Assim, do ponto de vista geral, o Brasil detinha no final dos anos 80 cerca de 7,2 mil hospitais, com presença hegemônica do setor privado, e 27,7 mil estabelecimentos sem internação, onde era hegemônica a presença do setor público.

Existem evidências de que essa tendência vem se modificando, à medida que se observa uma maior presença do setor privado no atendimento ambulatorial, ao lado de um forte crescimento da construção de hospitais públicos nos Estados e Municípios, como decorrência do processo de descentralização do SUS.

Cabe observar que o crescimento dos hospitais na década de 80 foi intenso apenas nas regiões mais desprovidas destes serviços (Norte, Nordeste e Centro-oeste). No Sudeste ele foi tímido e no Sul ocorreu até mesmo um decréscimo (cerca de 2%). Quanto aos estabelecimentos ambulatoriais, ocorreu forte crescimento em todas as regiões do País, cabendo destacar o verificado no Norte, Nordeste e Centro-oeste. Este comportamento permitiu a redução parcial das desigualdades regionais em termos de oferta de serviços de saúde. No entanto, estas desigualdades ainda são muito gritantes.

Há muitos anos existem evidências de que o número de leitos e as taxas de internação no Brasil são muito elevadas. Talvez por este motivo o número relativo de leitos hospitalares seja tão insuficiente e venha sofrido um decréscimo. Entre 1980 e 1989, os valores assumidos por este indicador se reduziram de 4,28 para 3,70 por 1000 habitantes. Somente a região Nordeste apresentou uma elevação do número de leitos hospitalares per capita (de 2,64 para 2,87). Portanto, apesar do crescimento do número de hospitais, vários leitos foram fechados nos anos 80.

Embora a produção per capita anual de procedimentos ambulatoriais ofertados pela rede SUS em 1994, existem diferenciais de oferta que privilegiam o Sudeste (9,03) em relação a outras regiões como o Nordeste (6,8) e o Centro-oeste (7,9). Os Estados onde a produção desses procedimentos atinge os

patamares mais elevados são Paraná (13,99), Minas Gerais (11,04) e Tocantins (12,09). A produção mais baixa foi encontrada nos estados do Pará (4,16), Bahia (4,97) e Espírito Santo (5,10).

Considerando-se que o padrão das Nações Unidas é de 4,0 consultas médicas por habitante/ano, o Brasil se encontra abaixo do padrão, pois a média nacional de 1989 era de 2,5 e nenhum Estado chegava a produzir o escore de 4,0. A verdade é que entre 1986 e 1989 a produção de consultas médicas per capita manteve-se no mesmo patamar de 2,5.

Em termos regionais, o número de consultas médicas caiu fortemente entre 1986 e 1989 na região Norte e levemente no Sudeste; aumentou ligeiramente no Nordeste e no Sul; e manteve-se estável no Centro-oeste. Os valores observados nas regiões Norte (1,07) e Nordeste (1,66) estão muito abaixo dos padrões internacionais e até mesmo dos padrões nacionais definidos pela Portaria 3046 do Inamps, em 1983, que era de 2,0. Em quatro estados (Acre, Amazonas, Tocantins e Maranhão), os valores desse indicador estão abaixo de 1,0.

Cabe observar que há uma perversa relação entre a política econômica e a política social, especificamente na área de saúde. Como ressaltado por Geraldo di Giovanni e Barjas Negri(1)“a política econômica precariza as condições de oferta pública de serviços e, ao mesmo tempo, ao deteriorar as condições de vida faz crescer velozmente a demanda por estes serviços”. Assim, forma-se um círculo vicioso em que os mais pobres têm menos acesso aos serviços de saúde, e não podem pagar o sistema privado, esses são mais dependentes do sistema público, enquanto suas regiões são as menos privilegiadas pelos recursos governamentais, como é o caso das regiões Norte e Nordeste.

2.6. Gastos com Saúde no Brasil

O orçamento do SUS conta com menos de R\$ 20,00 reais mensais por pessoa. Isso é dez vezes menos do que é destinado pelos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e bem abaixo do valor de qualquer mensalidade de um plano de saúde.

Comparado com outros países latino-americanos com igual nível de desenvolvimento, o Brasil apresenta um gasto público com saúde abaixo do padrão. Estudo realizado pelo Banco Mundial mostra que, entre o conjunto dos maiores países da América Latina, o Brasil, apesar de ter a maior renda per capita, apresenta um gasto público relativamente pequeno com saúde. A tabela demonstra esta afirmação. Verifica-se que, embora apresente a maior renda per capita dos países listados, o gasto público per capita com saúde no Brasil é menor do que o de todos os países listados. Em termos de percentagem do PIB, somente a Venezuela gasta menos que o Brasil.

Tabela 1

Países	Gasto Público com Saúde (Em US\$ bilhões)	Produto Bruto Per Capita (Em US\$)	Gasto Público c/saúde Per-capita (Em US\$)	Gasto Público c/saúde como % do PIB
Argentina	8,3	3.265,03	255,82	5,85
Brasil	19,1	3.469,33	127,34	2,76
Chile	2,6	2.109,67	198,90	3,32
Costa Rica	1,1	2.031,49	378,00	7,50
México	16,0	2.825,16	189,71	3,10
Panamá	0,5	1.991,64	209,19	5,18
Uruguai	1,1	2.656,10	371,61	6,32
Venezuela	2,5	2.445,70	129,10	1,96

Fonte: GOVINDARAJ, R. et alii, Health Expenditures in Latin America, World Bank Technical Paper Number 274 (Ed. World Bank, Washington, DC, 1995).

Obs: o Gasto Público refere-se à soma dos gastos em todas as esferas de Governo (federal, estadual e municipal). Em alguns países (como o Brasil) o dado é de 1989. Os dados estão apresentados em ICPP (International Comparative Power Purchase) e diferem, no caso do Brasil, dos apresentados na tabela para o ano de 1989, que estão em dólares constantes de 1990.

Em 1995, o Gasto Público total da União atingiu a cifra de US\$ 21,7 bilhões, o que corresponde a 3,36% do PI, e um gasto per capita de quase US\$ 140. A maior parte do gasto é originário da União (63%). A participação dos estados corresponde a 20,6%, enquanto a dos municípios é de 16,47%. Estima-se, segundo esses dados, que o gasto total (público e privado) em saúde no Brasil esteja, hoje, em torno de US\$ 50 bilhões, representando quase 10% do PIB, e uma percapita de US\$ 320.

O gasto privado, por sua vez, é composto pelo dispêndio direto das famílias e das despesas patronais com planos e seguros-saúde para empregados e dependentes. Em 1996, estimou-se que os gastos foram de US\$ 22,1 bilhões (3% do PIB).

Os dados da tabela referem-se ao ano de 1989/90. Entre esse ano e 1993 ocorreu uma forte redução do gasto público com saúde no Brasil. Observa-se que, depois de ter atingido os US\$ 95,60 em 1989, os gastos públicos per capita com saúde no Brasil caem para US\$ 62,70 em 1992, subindo para US\$

65,39, em 1993. A tabela revela ainda que o patamar de gastos públicos per capita com saúde, ao longo dos anos 80, permaneceu muito baixo. Somente ao longo do período 1987/90 ocorreu um maior comprometimento de recursos públicos com saúde. Com a crise econômica do período 1990/92, ocorreu um movimento de retração (tabela 2) e somente a partir de 1993 inicia sua retomada (tabela 3).

Tabela 2: Gastos Públicos com Saúde nas Três Esferas de Governo

Brasil: 1980-1993 (Em US\$ milhões médios de 1990)

Anos	Gastos Federais	Gastos Estaduais	Gastos Municip.	Gastos Totais	Gastos Federais P/capita	Gastos Totais P/capita
1980	7085,0	1604,9	662,1	9352,0	59,54	78,58
1981	6593,9	1502,6	618,0	8714,5	54,38	71,87
1982	6884,7	1328,2	727,3	8940,2	55,73	72,36
1983	5504,8	1243,4	608,8	7357,0	43,74	58,44
1984	5737,0	1415,8	701,6	7854,4	44,70	61,24
1985	6604,5	1496,3	797,0	8897,8	50,54	68,08
1986	7070,2	1890,5	1022,6	9983,3	53,10	77,08
1987	10232,6	873,0	946,0	12051,6	75,42	88,83
1988	9660,4	-56,8	1478,4	11082,0	69,88	80,17
1989	10902,9	1116,5	1213,9	13233,3	77,41	95,60
1990	9103,1	1561,3	1371,5	12035,9	63,43	83,92
1991*	7557,7	1332,5	1049,7	9939,9	51,69	72,60
1992*	6328,9	1293,2	1122,9	8745,0	42,48	62,71
1993**	8001,3	1209,3	1050,0	10260,6	52,71	65,40

Fonte: Ipea/CSP e Área Social do Iesp/Fundap (Ótica da Origem dos Recursos)

(*) As estimativas para 1991 e 1992 dos Estados e Municípios foram baseadas em dados da DIVEM/STN/MF, relativas às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento.

(**) Estimativas para Estados e Municípios baseadas nas taxas de crescimento da arrecadação dos principais impostos destas esferas de Governo.

Tabela 3

Ministério da Saúde; gasto total, per capita e como proporção do PIB - 1993-1999.

Ano	R\$ milhões Correntes	R\$ milhões Constantes Dez./1998	Índice	Per capita R\$ de Dez./1998	% PIB
1993	297	12822	100	85,0	2,1
1994	7498	13021	102	85,2	2,2
1995	14937	18614	145	120,1	2,3
1996	14376	16154	126	102,8	1,9
1997	18569	19394	151	121,8	2,1
1998	17541	17665	138	109,5	1,9
1999	20334	18375	143	113,8	20,6

A Constituição Federal de 1988, ao consagrar os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade previu o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social, em suas disposições transitórias, além dos orçamentos fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, como eixo norteador do financiamento da realização dos princípios e diretrizes. Caso cumprido esse dispositivo Constitucional não teriam ocorrido as graves crises na saúde nos anos 90, e hoje, só o orçamento federal para o SUS seria por volta de R\$ 67 bilhões, maior que a atual dotação das três esferas de Governo para o SUS.

A Emenda Constitucional, n.29, de agosto de 2000, definiu um marco de vinculação de recursos e de pisos mínimos no financiamento público para a saúde. Estados e municípios partiram de um piso de 7% e chegariam em 2004 gastando, pelo menos, 12% e 15% de suas receitas. Os gastos da União seriam corrigidos pela variação nominal do PIB. A vinculação visava o comprometimento de financiamento estável que possibilite o planejamento dos gastos e a prevenção de crises e insolvências, em nome da preservação da saúde e da vida de muitos milhões de pessoas.

A chamada emenda Serra, o então ministro da Saúde, estabeleceu que a União deveria aumentar seus gastos com saúde na mesma proporção do crescimento nominal do PIB. Mas para o ano de 2000 estipulou um crescimento de apenas 5% nos gastos de saúde, enquanto o PIB cresceu em valores nominais 13,08%. Nos anos seguintes, o governo se utilizou de sucessivas estimativas defasadas do PIB para fazer as correções anuais do "piso".

Entretanto, verifica-se que tais níveis não foram alcançados como previstos. Segundo dados do Ministério da Saúde, a EC 29 não foi cumprida em 17 estados e em 41% dos municípios brasileiros. Ainda, no orçamento da saúde para 2004 apresentado pelo governo, gastos com saneamento básico e ações de

assistência social e à saúde que não atendem ao princípio da universalidade, foram creditados como recursos da área, descumprindo a Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde.

Quase quatro anos depois de promulgada a emenda constitucional que vinculou os gastos públicos na área de saúde, o governo federal e os Estados já acumulam uma dívida social de pelo menos R\$ 7,7 bilhões em recursos que não foram aplicados como previsto no texto da Constituição. No caso da União, os investimentos em saúde já chegaram a cair de 1,88% do Produto Interno Bruto (PIB) em 1999, um ano antes da emenda, para 1,79% em 2003, no primeiro ano da administração Lula, apesar de teoricamente estarem atrelados ao produto da economia do País.

Reverendo os dados do Ministério da Saúde referentes aos gastos públicos em geral no setor de saúde após a EC 29/2000, encontramos a tendência crescente das aplicações dos recursos em saúde. O volume por habitante/ano aumentou de R\$ 200,8 em 2000 para R\$ 267,71 em 2002. Em termos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) representou um aumento de 3,09% para 3,53% no período considerado, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4: Participação percentual dos gastos com saúde no PIB

% PIB	União	Estados	Municípios	Total
2000	1,85%	0,57%	0,67%	3,09%
2001	1,87%	0,69%	0,77%	3,33%
2002	1,87%	0,77%	0,88%	3,53%

Fonte: Ministério da Saúde

Com os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS o Brasil aplicou em 2002 R\$ 46.595.302.000,00 reais em despesas com saúde sendo R\$ 24,7 bilhões com recursos da União, ou seja, 53,1% do total de recursos aplicados.

Quadro 2: Gastos com saúde – Recursos próprios do governo

Em Reais	União	Estados	Municípios	Total
2000	20.351.492	6.313.436	7.347.161	34.012.089
2001	22.474.070	8.251.526	9.255.500	39.981.096
2002	24.736.843	10.163.707	11.694.752	46.595.302

Fonte: Ministério da Saúde

A importante contribuição da União no financiamento da Saúde após a EC 29 vem reduzindo seu tamanho relativo. Em 2000 este percentual era de 59,8%; em 2001 de 56,2% e em 2002 de 53,1% mostrando uma diminuição da participação da União e, conseqüentemente, um aumento relativo de dispêndios para os Estados e Municípios.

Apesar de ter sido menor do que na comparação com outras políticas públicas, como a educação, moradia, saneamento, emprego, trabalho, segurança pública, previdência social, cultura e outras, o desfinanciamento do SUS vem, contudo, impedindo a efetivação do novo modelo de atenção e gestão à saúde, com base nos princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade.

A arrecadação federal (Receitas Correntes) cresceu entre 1995 a 2004 (estimativa), na proporção de 19,7% para 26,7% do PIB, enquanto que as despesas do Ministério da Saúde decresceram no mesmo período, de 9,6% para 7,5% das receitas correntes. De 2000 a 2004 (estimativa) as receitas de contribuições sociais, arrecadadas pela Secretaria da Receita Federal, cresceram de R\$ 77 bilhões para R\$ 150 bilhões, mais que dobraram. De 2000 a 2004 (estimativa), conforme dados do SIOPS, as despesas públicas com saúde cresceram nominalmente 2,9 vezes nos Estados, 2,2 vezes nos Municípios e apenas 1,6 vezes na União.

2.7. Financiamento da Saúde no Brasil

O financiamento do SUS é feito por intermédio de fontes públicas e é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

As patões e empregados que incidem sobre o lucro líquido (CSLL) e o faturamento (COFINS) de empresas e sobre a movimentação bancária de pessoas físicas e jurídicas (CPMF). Outra parte vem do pagamento de impostos embutidos no preço de produtos e serviços (Imposto sobre Circulação de Mercadorias – ICMS) e impostos sobre os automóveis (o IPVA). No âmbito dos estados e municípios, o financiamento do SUS é originário de impostos gerais.

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas e beneficiários de planos privados de saúde, consui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo Ministério da Saúde e executados de acordo com a legislação.

Segundo Piola e Biasoto Jr. (1), em 1998, as contribuições sociais representaram 71% dos recursos, tendo sido a Cofins com 26% e a CPMF com 37%, os principais componentes. Como mostra a tabela a seguir.

Ministério da Saúde; distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993/98

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1	3,1	0,2	1	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações Crédito Internas	2,6	0	7,6	8,2	0	0
Operações de Crédito Externas	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73	71
<i>Contrib. Social Lucro PJ</i>	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8
<i>Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Soc.</i>	25,1	34	49,1	42,5	25,9	26
<i>Contrib. Empr. E Trab. P/ Segurid. Soc.</i>	31,6	0	0	0	0	0
<i>Contrib. Prov. S/ Mov. Financ. (CPMF)</i>	0	0	0	0	27,8	37
<i>FINSOCIAL - Recup. Dep. Judiciais</i>	0	7,6	0	0	0	0
Fundo de Estabilização Fiscal	0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi / Sidor

Como observado pelos mesmos autores, a tabela abaixo mostra que a maior parte dos dispêndios do Ministério da Saúde é realizada pelo subprograma Assistência Médica e Sanitária, que engloba os pagamentos dos serviços ambulatoriais e hospitalares. O pagamento de Encargos e Pensionistas da União e a dívida interna absorvem montantes consideráveis de recurso público que poderiam ser investidos na Saúde. É bastante baixa a participação nos gastos de subprogramas como Controle de Doenças Transmissíveis e de Saneamento Básico.

Ministério da Saúde; distribuição percentual do gasto por subprograma - 1993/98

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Assistência Médica Sanitária	72,1	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8
Controle de Doenças Transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1	2,5	2,5
Vigilância Sanitária	0,1	0	0	0	0,1	0,3
Profiláticos e Terapêuticos	4,2	3	3,5	2,4	3,8	4,1
EPU	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10
Dívida	0,5	2,8	9	3,4	8,5	3,2
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4
Alimentação e Nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3
Outros	11	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi / Sidor

Se excluirmos do total de gastos do Ministério da Saúde a quantia destinada ao pagamento de empréstimos contraídos quando da suspensão das transferências do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a partir de 1993, podemos observar que os recursos disponíveis para o

financiamento dos serviços de saúde decresceram significativamente em alguns anos. Conforme na tabela a seguir.

Ministério da Saúde; disponibilidade líquida (em percentual) para a execução de serviços de saúde - 1993/98 - Em R\$ milhões de dez./1998

	Gasto Total	EPU	dívida	Disp. Líquida	Disp. Líquida
	Valor	Valor	Valor	Valor	%do G. Total
1993	12.822	940	60	11.822	92
1994	13.021	926	370	11.725	90
1995	18.614	1.641	1.674	15.299	82
1996	16.154	1.657	557	13.940	86
1997	19.394	1.620	1.641	16.133	83
1998	17.665	1.758	557	15.350	87

Fonte: Siafi / Sidor (?)

2.7.1. As dificuldades do SUS

Apesar de não serem generalizadas, as dificuldades do SUS são bastante conhecidas.

Muita gente não consegue ter acesso ao SUS. Em algumas cidades, principalmente nos grandes centros, é longa a fila de espera para consultas, exames e cirurgias.

Dependendo do local, é comum não haver vagas para internação, faltam médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. Também é grande a demora nos encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados.

Muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente muito ruins. Isso também acontece nos planos de saúde, que remuneram mal os profissionais credenciados.

O atendimento às emergências está longe de ser o adequado, principalmente às vítimas da violência e dos acidentes de trânsito.

São precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos. Nos planos de saúde, a situação não é muito diferente: é comum a restrição aos serviços de reabilitação, à saúde mental e os serviços odontológicos, normalmente, são excluídos. Os idosos, por sua vez, sofrem com os altos preços das mensalidades.

De acordo com pesquisas realizadas pelo Idec, em 2002, apenas 54% de 61 medicamentos básicos estavam disponibilizados em centros de saúde de 11 cidades. Outra pesquisa do Idec demonstrou que em alguns municípios os usuários precisam chegar de madrugada ou retornar várias vezes para marcar um exame preventivo.

Entretanto, a saúde da população não depende somente do SUS, mas também de investimento de recursos, de políticas econômicas e sociais. A garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer e transporte interfere nas condições de saúde e de vida. Saúde não é só atendimento médico, mas também prevenção, educação, recuperação e reabilitação.

Por trás das dificuldades do SUS existem outros inúmeros problemas. O orçamento público destinado ao SUS é insuficiente, o que fica pior com a política econômica do governo; a CPMF (o “imposto” do cheque), criada para melhorar a saúde, acabou sendo usado para outros fins; há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam os recursos previstos para a saúde.

Parte do dinheiro da saúde, que já é pouco, está sendo desviada para pagamento de salários de aposentados, pagamento de dívidas, obras de outros setores e até pagamento de planos privados de saúde para funcionários públicos.

A implantação do SUS esbarra na falta de vontade política de muitos governantes e na falta de mobilização da sociedade, especialmente aqueles mais pobres e marginalizados, que têm dificuldades de mobilização para pressionar as autoridades.

2.8. Reforma da saúde nos anos 90

2.8.1. A experiência da Inglaterra

No anos 90 e mais recentemente foram lançadas inúmeras propostas de reforma do sistema de saúde. O debate sobre como enfrentar o problema da saúde pública abrange o mundo todo.

Segundo Costa, Sila e Ribeiro, uma reforma abrangente e sistêmica adotada primeiramente na Inglaterra e depois difundida entre os países europeus sugere uma integração entre a perspectiva microeconômica para o setor de saúde e a reforma da gestão pública. O caso inglês deu ânimo ao debate e pôde servir de referência para as reformas que foram implementadas ao redor do mundo.

Uma nova perspectiva de gestão foi adotada em que as funções de financiamento e provisão de serviços sociais são separadas, pressupondo-se que o acúmulo de tarefas nas agências estatais aumentava a ineficiência e provocava falhas na responsabilização. Assim, foram implementadas algumas mudanças entre elas: criação de agências autônomas que tomaram funções do governo central, privatização de algumas funções, incorporação de gestores contratados no setor privado, criação de novos mecanismos de regulação e inspeção etc.

O impacto geral de tais medidas foi a mudança radical do Sistema de Saúde inglês integrado e hierarquizado para um sistema mais diversificado e composto por arranjos contratuais.

Para este trabalho é importante observar onde a Reforma pode interferir na gestão hospitalar. Ao focalizar setores específicos e voltar-se para a regulação de custos e volume de produção, a segunda onda

de mudanças, desta vez microeconômicas, preocupou-se em promover eficiência e responsabilização no âmbito organizacional.

A primeira mudança ocorreu no sentido de conter a autonomia decisória dos médicos na gerência de despesas e custos, pois as decisões eram normalmente tomadas sem parâmetro gerencial e sem informações sobre as diferentes opções disponíveis.

A segunda inovação estava relacionada à terceirização de serviços que podiam ser melhor produzidos e de modo mais efetivo por *out-sourcing* do que de forma internalizada ao hospital.

Uma mudança importante foi a flexibilização na divisão do trabalho, tarefas simples passaram a ser desenvolvidas por profissionais menos qualificados do que os médicos, que passaram a focalizar suas reais funções.

Novos métodos de controle de materiais e insumos foram adotados e a regulação da incorporação de tecnologia passou a basear-se em metas. Ainda, o fortalecimento dos financiadores em relação aos provedores dos serviços estimulou a adoção de condutas mais responsáveis em relação à qualidade no atendimento e na exposição ao risco de falência.

A reforma também fortaleceu a atenção primária dos médicos, e limitou as intervenções médicas desnecessárias. Os estabelecimentos médicos tornaram-se competidores e responsáveis por um orçamento, o que elevou o sistema de saúde a um estado de *quasi*-mercado.

2.8.2. A Reforma no Brasil

O setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo a tendência geral apresentada acima, vem utilizando de forma crescente a intermediação de agentes terceiros no quadro de força de trabalho, na prestação de serviços e na gestão organizacional dos hospitais.

Entretanto, os problemas de regulação da terceirização na área de saúde são crescentes, seja no setor privado, seja no setor público. O formalismo e a rigidez das normas de contratação e remuneração impede algumas formas de terceirização, que ainda assim ocorrem ilegalmente.

Sábado Nicolau, Cristiana Leite Carvalho e João Batista Girargi Jr. (1) ressaltam desvantagens que a terceirização da gestão dos serviços de saúde pode trazer e, eventualmente, já traz em uma sociedade como a brasileira. Segundo os autores, "Uma série de manifestações disfuncionais que se apresentam aos gerentes dos serviços e sistemas de saúde como a proliferação dos contratos e da burocracia para a sua administração; o crescimento da concorrência e dos conflitos entre grupos; a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre o trabalho e a gerência; as crescentes dificuldades dos diretores e gerentes de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde e a desumanização do atendimento aos usuários; entre outras;

decorrem, em larga medida, da relativa escassez de critérios e da forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde". (ref.p. 8) Tais observações nos fazem refletir sobre a efetividade da Reforma da Saúde no Brasil.

Segundo Sábado Nicolau Girardi (texto grosso sobre terceirização de serviços...)

Como discutido acima, a Mercantilização da Saúde também está em debate no Brasil. Entretanto, a reforma no Brasil preocupa-se fundamentalmente com a descentralização dos serviços de saúde em que se busca a definição mais precisa dos papéis das três esferas de governo. A motivação para a descentralização advém do pressuposto de que a provisão direta e exclusiva pelo município permite maior controle de qualidade pelo usuário dos serviços prestados pelo setor público. À União e aos Estados caberia a coordenação da cooperação técnica e financeira.

**Estabelecimentos de saúde, únicos, com terceirização e terceirizados,
por esfera administrativa e tipo de estabelecimento, segundo as Grandes Regiões,
Unidades da Federação e Municípios das Capitais - Brasil - 2002**

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Estabelecimentos de saúde, únicos, com terceirização e terceirizados, por esfera administrativa											
	Total	Total			Público							
		Único	Com terceiri- zação	Tercei- rizado	Federal				Estadual			
					Total	Único	Com terceiri- zação	Tercei- rizado	Total	Único	Com terceiri- zação	Tercei- rizado
ão Paulo	9 942	9 104	280	558	21	19	-	2	246	242	1	3
São Paulo	1 899	1 722	47	130	5	4	-	1	117	114	1	2
Região Metropolitana de São Paulo	3 468	3 087	116	265	10	9	-	1	132	129	1	2
Região Metropolitana Baixada Santista	395	359	9	27	1	1	-	-	7	7	-	-
Região Metropolitana de Campinas	624	573	20	31	1	1	-	-	5	5	-	-

Fonte: IBGE

2.8.3. Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil (BRAGA, 2002)

A principal reforma implementada na área de Saúde no Brasil foi a descentralização da atenção à saúde, que está associada à percepção do déficit de eficiência e de responsabilização da política sócia, agravado pela má definição dos papéis de cada um dos níveis que atuam no setor: União, estados e municípios. A meta desta reforma é definir esses papéis, pressupondo que a provisão direta e exclusiva dos serviços de saúde pela municipalidade permite maior controle de qualidade pelo usuário dos serviços prestados pelo setor público.

O processo de redemocratização das décadas de 70 e 80 permitiu aos gestores locais e regionais maior autonomia decisória e lhes atribuiu maior responsabilidade pela provisão direta de serviços sociais, além de possibilitar maior autonomia financeira aos gestores locais. Este movimento resultou em crescimento expressivo do número de estabelecimentos sob a gestão municipal, como se pode observar na seguinte tabela.

Evolução do número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3764 (28%)	6890 (50%)	2961 (22%)	13615 (100%)
1988	1978 (9%)	10643 (50 %)	8851(41%)	21472 (100%)
1992	1387 (5%)	7043 (26%)	18662 (69%)	27092 (100%)
2002	652 (2%)	1600 (4%)	36095 (94%)	38347 (100%)

Fonte: IBGE / MAS

Quando comparamos regionalmente, a evolução da responsabilidade municipal é especialmente evidente nas Regiões Sul e Sudeste. Na região de Campinas o processo é acentuado, como se vê na tabela a seguir.

Brasil: distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões mais Estado de São Paulo e Região de Campinas, 2002.

Brasil e grandes regiões	Federal	Estadual	Municipal
Norte	14,8	8,9	76,3
Nordeste	1,7	3,7	94,6
Sudeste	0,9	3,6	95,5
Sul	1,8	1,6	96,7
Centro-Oeste	3,1	6,8	90,1
Brasil	0,3	4,2	95,5
São Paulo	2,7	5,6	91,6
Campinas	0,4	2,0	97,6

Fonte: IBGE

A descentralização na década de 90 foi regulamentada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que delegam sobre a repartição orçamentária entre os níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial.

**Estabelecimentos de saúde, por financiador de serviços, segundo as
Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais - Brasil - 2002**

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Estabelecimentos de saúde, por financiador de serviços			
	SUS	Plano próprio	Plano terceiros	Particular
Espírito Santo	1 053	40	508	552
Vitória	55	11	143	146
Região Metropolitana Grande Vitória	201	27	291	309
Rio de Janeiro	2 280	280	2 288	2 653
Rio de Janeiro	239	161	1 112	1 281
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	833	211	1 672	1 948
São Paulo	5 218	714	4 290	4 562
São Paulo	522	180	1 055	1 169
Região Metropolitana de São Paulo	1 134	320	1 823	1 938
Região Metropolitana Baixada Santista	215	32	147	158
Região Metropolitana de Campinas	296	34	318	314

Especificamente para o Estado de São Paulo e a região de Campinas pode-se analisar através da tabela abaixo o papel do setor privado e do setor público (por esfera administrativa) na atenção à saúde.

**Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa,
São Paulo e regiões metropolitanas - 2002**

Estado e Regiões Metropolitanas	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa.						
	Total	Público				Privado	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS
São Paulo	98 169	23 669	347	15 569	7 753	74 500	55 089
São Paulo	24 957	9 469	285	6 498	2 686	15 488	7 279
Região Metropolitana de São Paulo	38 122	14 438	285	9 740	4 413	23 684	10 886
Região Metropolitana Baixada Santista	2 629	602	-	178	424	2 027	1 549
Região Metropolitana de Campinas	5 137	1 467	-	738	729	3 670	2 260

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002.

A evolução do gasto do Ministério da Saúde segundo categoria econômica da despesa demonstra o avanço do processo de descentralização da gestão dos recursos federais. O percentual dos recursos totais do Ministério da Saúde transferidos para a gestão de estados e municípios subiu de 7,1% em 1993 para 27,3% em 1998, como mostra a tabela.

Ministério da Saúde; distribuição percentual dos gastos por categoria econômica - 1993/98.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,9	21,8	16,5	16,5	13,2	12,8
Outras Despesas Correntes	64,5	59,7	54,7	55,4	52,3	42,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8
Amortização, Juros e Encargos da Dívida	0,5	2,8	9	3,4	8,5	3,2
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	9,9
Transf. Estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3
Transf. Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,8	24
Outros	2	2,1	1,7	1,8	2	3,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi / Sidor

Capítulo 3

Envelhecimento da população, um novo desafio à saúde pública

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de altas taxas de crescimento populacional relacionadas a altas taxas de fecundidade no passado e à atual redução da mortalidade.

Uma população se torna envelhecida quando a proporção de idosos aumenta, sendo necessário, portanto, não somente o aumento do número de idosos, mas uma queda relativa no número de jovens. Logo, variações na fecundidade e na mortalidade alteram o perfil etário de uma sociedade.

Em todo o mundo o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente. Nos países desenvolvidos, a longevidade aumentou expressivamente graças a melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia, higiene pessoal, criação das UTIs, descoberta de antibióticos e vacinas. No Brasil, apesar da redução da mortalidade e da fecundidade serem mais lentas, o mesmo processo ocorre.

“O envelhecimento populacional representa, por um lado, o êxito da saúde pública, capaz através da atuação curativa e preventiva, de modificar a mortalidade e aumentar a expectativa de vida. Entretanto, por outro lado, sob o ponto de vista da economia, principalmente na Previdência e na assistência à saúde, representa um significativo impacto na política financeira, fazendo com que as questões ligadas à maior expectativa de vida levem à construção de uma importante mudança na conduta social”. (Camarano, Ghaouri, 1999 – Apud PY, p. 26).

O envelhecimento da população vem acompanhado de uma transformação na demanda por serviços de saúde. A presença de incapacidades, de internação recente e de restrição para executar atividades de vida diária está relacionada à maior possibilidade de internação e à maior proximidade da morte, o que aumenta a necessidade de cuidados especiais.

De acordo com dados do SUS, de 2001 relativos ao ano de 1999, o índice de custo hospitalar apresenta-se mais elevado para a faixa etária de 60 anos ou mais, sendo de R\$ 83,25 per capita; enquanto para idade entre 14 e 59 é de R\$ 28,16. Se considerarmos o custo médio por hospitalização para o mesmo ano, temos, respectivamente, R\$ 481,06 e R\$ 391,78. Segundo Ligia Py, esses números expressam o maior número de reinternações, bem como o maior tempo de internação para a idade mais avançada. Pode-se notar que 10% da população consome mais de 20% do orçamento destinado à saúde.

O idoso apresenta múltiplas formas de doença, exigindo a adoção de protocolos de avaliação adequados à sua condição, maior tempo de internação, atenção multidisciplinar etc, o que acarreta maiores gastos em relação às faixas etárias mais baixas. Além do aumento dos custos, os centros de serviços de saúde precisam estar preparados para alterar sua estrutura de forma a melhor atender ao idoso.

O desafio está em conseguir uma maior expectativa de vida, mas com boa qualidade de vida, e para isso, a configuração dos serviços de saúde terá que mudar para se adaptar à nova estrutura etária da população, o que exige investimentos.

Contudo, coloca-se uma questão importante: Como os hospitais conseguirão atender ao maior contingente de idosos diante da escassez de recursos? De que forma o Governo Brasileiro tem atuado para preparar os órgãos de saúde públicos para o novo desafio?

Capítulo 4

Crise nos Hospitais Universitários

No ano de 2003 a crise econômico-financeira que se abateu sobre a rede hospitalar prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS alcançou a maior intensidade. Não há dúvida de que essa crise é produto de vários problemas ocorridos em passado distante, agravada por outros sucessivos problemas verificados, ao longo destes últimos cinco anos.

O primeiro grande impacto na saúde financeira dos hospitais vinculados ao SUS deu-se à época em que a inflação brasileira disparou. Aliado à inflação alta, tiveram que conviver com expressivos atrasos no

pagamento das faturas, especialmente em decorrência de um longo período de greve dos funcionários do Datasus (Departamento de Informática do SUS, cuja responsabilidade é coletar, processar e disseminar informações sobre saúde) e por ocasião da interrupção dos repasses da arrecadação da Previdência Social para o Ministério da Saúde. Com o orçamento da Saúde prejudicado e a incapacidade do governo de gerar recursos para financiar as ações e os serviços públicos de saúde, recorreu-se aos famosos empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, até hoje, ainda sendo resgatados pelo Ministério da Saúde.

Em 1994, com a conversão da moeda então vigente para o real, os prestadores de serviços foram novamente prejudicados pela adoção de um critério que resultou em valores ilegalmente deflacionados em 9,56% para todos os procedimentos das tabelas de internações e atendimentos ambulatoriais, o que persiste até os dias atuais.

Na vigência do Plano Real e sob a alegação de que não havia inflação, longos anos se passaram sem que os valores dos procedimentos fossem reajustados. Ademais, a depreciação do real impôs maiores dificuldades aos hospitais que dependem da importação de grande parte dos materiais que utilizam. Somente em 1999 é que se regularizou o chamado abono de 25%. A essa altura, os hospitais já estavam com as suas finanças profundamente comprometidas e acumulando expressiva dívida com bancos, fornecedores, previdência social e passivos trabalhistas.

Especificamente em relação aos Hospitais Universitários, além dos motivos que afetaram a saúde pública brasileira em geral, outros devem ser destacados. O primeiro deles está associado ao uso racional desses hospitais.

Um Hospital das Clínicas é um estabelecimento com perfil terciário e quaternário na hierarquização do sistema nacional de saúde, o que significa que está aparelhado para atender a casos de pacientes com moléstias graves, que exigem alta complexidade no tratamento. Entretanto, a desconfiança e a falta de recursos nos Postos de Saúde tem elevado o número de pessoas que são encaminhadas para as suas instalações apresentando moléstias simples, caracterizando o "uso não racional" deste hospital. Ainda que o acesso à saúde seja direito básico e fundamental, o uso racional do sistema de atendimento é legítimo e deve ser perseguido, para que o HC tenha fôlego, energia e recursos para investir justamente naquilo que é sua missão essencial: atender os casos mais complexos.

O HC da Unicamp está seguindo um sistema interessante, que talvez possa ser aplicado a outros hospitais. Casos em que a triagem feita por enfermeiros classifica como não-urgentes recebem o código azul, dentre os códigos estabelecidos para distinguir os pacientes segundo emergência no atendimento. O paciente não é rejeitado, mas informado de que, por não se tratar de emergência, sua consulta estará sujeita a um tempo maior de espera. É também instruído a procurar um posto de saúde mais próximo.

Entretanto, o maior problema financeiro dos HCs tem raízes orçamentárias, seja pela escassez de recursos públicos, seja pela forma como a distribuição desses recursos é feita.

Para Paulo Eduardo Rodrigues da Silva, que foi superintendente do Hospital das Clínicas da Unicamp de 1991 a 1994 e de 1997 a 2002, a crise deriva de tabelas defasadas do SUS. Segundo ele, o melhor modelo de financiamento dos hospitais das Universidades Estaduais seria que uma parte do orçamento voltado para a assistência à população fosse bancada pela Secretaria de Saúde ficando a universidade responsável pela parte referente ao ensino e à produção acadêmica. "A universidade não pode pagar a crescente demanda por assistência de forma ilimitada, por isso parte de seu financiamento deve ser incorporada por quem deve promover essa assistência". (www.correiodacidadania.com.br).

Da mesma forma, Amâncio Paulino de Carvalho, presidente da Abrahue e diretor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, associa a crise atual à forma de financiamento problemática do SUS, que remunera de acordo com valores subestimados dos procedimentos realizados pelos hospitais universitários.

Nesta mesma linha, o então secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Souza, acredita que o problema estaria no padrão de financiamento que atualmente é baseado na produtividade. Isto é, conforme o resultado da insituição de saúde, o que muitas vezes ignora a complexidade dos casos.

Pode-se concluir que a crise orçamentária é analisada sob diversos prismas. É muito provável que seja oriunda de todos esses aspectos apresentados nesse capítulo.

Fonte: IBGE

Capítulo 5

O Complexo Hospitalar da UNICAMP: Hospital – Escola, Realidade e Mitos

A fim de obter maiores informações sobre o funcionamento, as deficiências e a forma de gestão do Complexo Hospitalar da Unicamp, preparou-se um questionário para aplicação através de entrevistas com docentes da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Além disso, buscaram-se dados no Anuário Estatístico da Unicamp, em que a universidade publica seus resultados de desempenho sempre com base no ano de atividade anterior. Através da pesquisa estatística da Unicamp de 2004 e de acordo com o que foi relatado em duas entrevistas, com o Dr João

Antônio Martini Paula e com o Prof. Dr. José Antonio Rocha Gontijo, pôde-se obter uma melhor caracterização do que vem a ser o Complexo Hospitalar da Unicamp que será apresentada a seguir.

A Unicamp foi em princípio uma faculdade tecnológica. A Faculdade de Ciências Médicas desenvolveu-se a reboque e sem estímulo. Com a construção do Hospital das Clínicas a faculdade mudou seu caráter. De um perfil assistencial a faculdade passou a ter um perfil científico, tendo nos últimos 15 anos sofrido um boom de conhecimento.

“Para bem alcançar suas finalidades, formação de pessoal e desenvolvimento de pesquisa e extensão, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp depende do Hospital das Clínicas, que por sua vez mantém suas atividades graças aos docentes e alunos da faculdade. O hospital é parte do ensino, a pesquisa aplicada tanto clínica quanto cirúrgica precisa de um hospital em funcionamento. Não se pode formar um médico sem que ele tenha exercido a atividade médica, sem que tenha se inserido na Rede Básica de Saúde, é nisso que se baseia a recente reforma da grade curricular do curso de medicina e a busca da excelência no Hospital das Clínicas.” (Dr. Gontijo)

O HC atende 3 diretórios regionais (DIRs). O primeiro de Piracicaba, o segundo de São João da Boa Vista e por fim o de Campinas. O agendamento para o atendimento do HC é feito através dessas DIRs, mas há procura espontânea por pessoas de diferentes estados, o que reflete as dificuldades sociais do Brasil.

Há uma complementaridade entre os serviços de Saúde Municipal e os serviços oferecidos pelo HC. Há um Convênio Formal de Troca: os alunos usam a Rede Básica Municipal para aprendizado e o HC atende casos de maior complexidade, provenientes dos municípios da região. O município tem verba para gastar com atendimento primário, secundário e de emergência e o Hospital das Clínicas recebe verba do SUS para os atendimento terciário e quaternário.

Ser um hospital com perfil terciário é atender casos de alta-complexidade. Mas a classificação de um caso como primário ou terciário depende da prevalência das doenças na região em que se encontra. Por exemplo, Doença de Chagas no Sudeste deve ser tratada como um caso terciário, mas no Nordeste não, porque essa doença é muito comum. Além disso, cada hospital tem que definir seu perfil para assim decidir quanto à qualificação de seu pessoal, quanto ao aporte de recursos necessários e quanto aos equipamentos que possuirá.

De acordo com a hierarquização do SUS o Hospital das Clínicas da Unicamp definiu-se como sendo responsável pelo atendimento de casos mais complexos. Aliada à complexidade vem a excelência. Ou seja, a excelência se dá pela característica da essência do hospital. Para a universidade atender casos mais complexos significa facilidade na geração de conhecimento e impulso à pesquisa, o que torna o complexo hospitalar da Unicamp cada vez mais excelente.

O orçamento do HC é feito por ordem de complexidade, da mais alta para a mais baixa, a medida que é exigido do hospital o atendimento secundário e primário o teto de financiamento estoura. Caso não

haja melhor oferta do atendimento primário e secundário por outros estabelecimentos de saúde o Hospital terciário torna-se inviável e incapaz de suprir a demanda.

Cada área de saúde do Complexo em muito peculiar e, apesar de independentes, há uma troca, inclusive orçamentária. Tenta-se unificar muitos serviços e compras para que se reduzam os custos. Há uma Comissão administrativa que identifica a produtividade de cada área e faz o rateio dos custos: CAAAS. (Comissão Assessora de Assuntos Assistenciais da Área de Saúde)

Nos últimos anos o HC da Unicamp apresentou resultados excelentes reforçando ser um hospital de referência nacional para o Ministério da Saúde e sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS). O HC recebe muitos pacientes encaminhados por centros de saúde públicos municipais da Região de Campinas para algumas cirurgias eletivas.

Entretanto, o Complexo apresenta pontos negativos que estão relacionados à restrição orçamentária que resulta, sobretudo, na falta de investimento para reposição de equipamentos e manutenção dos já existentes.

O financiamento do HC – Unicamp conta com o orçamento da faculdade (2/3) e o orçamento do Estado de São Paulo (1/3). Contudo, o financiamento do Complexo é cada vez menor relativamente aos gastos do Hospital, que atualmente já estão perto dos R\$ 100 milhões/ano. É importante destacar que inflação em Saúde é quase três vezes maior que a inflação em outros setores pela tecnologia que acompanha o processo. O crescente custo de incorporação de novas tecnologias esbarra na falta de financiamento. Há um descompasso entre a necessidade de renovação e modernização e o orçamento para o Complexo. Esta constatação levou o Ministério da Saúde a desenvolver um novo projeto no qual para todo novo equipamento é feito um contrato de manutenção, este programa prevê verba para manutenção da excelência dos hospitais público.

Paradoxalmente, apesar dos altos custos, a implementação de tecnologia substitui o ponto de maior gasto do hospital, que é o gasto com pessoal, visto que os equipamentos são mais produtivos e eficientes do que os trabalhadores. A verba que vem do SUS destina-se ao custeio do hospital e ao investimento em tecnologia. Mas 70% da verba do SUS acaba sendo consumida pelos gastos com pessoal, sendo que a universidade assume, ainda, 90% dos gastos com pessoal.

Na área de Saúde também há desemprego tecnológico que é estimulado pela dificuldade de custeio. Isso pode ser percebido pelo número de funcionários no quadro do hospital que é praticamente o mesmo hoje, tendo o hospital 480 leitos em funcionamento, que era na década de 80 quando o número de leitos era 200.

Assim como ressaltado pelo Dr. Paula, o Complexo Hospitalar da Unicamp também sente o processo geral de envelhecimento da população brasileira. O envelhecimento acelerou-se desde a década de 1960 devido à queda da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade infantil e devido à melhoria das condições sanitárias e programas médicos que aumentam a expectativa de vida. O idoso é fisiologicamente muito diferente do jovem e precisa ser mais bem estudado para que o Brasil esteja pronto para o envelhecimento da população, eles consomem mais recursos de Saúde, o que exigiria um progresso para o qual o Sistema de Saúde Nacional não está preparado ainda. Essa é uma preocupação recente dos médicos da Unicamp, já que o HC também não está preparado ainda para esse processo.

“O Complexo Hospitalar da Unicamp atende todos os tipos de especialidades clínicas e cirúrgicas. Todavia, nas áreas de Reabilitação e de Gerontologia, campos multi-disciplinares associados ao idoso e que são bem desenvolvidos em outras Universidades (UNESP, USP e Unifesp), a Unicamp ainda é deficiente e sofre de uma certa falta de iniciativa. Talvez o motivo seja a inexistência de massa crítica na área médica para que se desenvolvam essas áreas”. (Dr. Paula).

Apesar da inexistência de departamentos nessas áreas, pode-se dizer que todos os procedimentos médicos existentes são feitos na Unicamp, sem que se possa elegê-los segundo ao grau de importância. Para isso seria preciso criar um critério específico, já que a medicina é composta por diversas especialidades essenciais que não podem ser hierarquizadas.

A falta de recursos para um diagnóstico mais preciso e o grande número de pacientes a serem atendidos em pouco tempo pode provocar o que chamamos de erros médicos, lembrando-se que em certas especialidades médicas eles são mais frequentes. Entretanto, o aspecto ético profissional é altamente relevante, os erros médicos dependem mais do caráter do profissional de saúde que se expõe a riscos do que do acesso a facilidades. A Unicamp preocupa-se com o caráter dos profissionais que atuam em suas dependências e por isso existe um Comitê de Ética do Hospital que fica atento a esses erros.

A punição para erros médicos é feita de diversas formas, advertência confidencial, advertência pública e cassação do direito de exercer a profissão, e por diferentes órgãos: conselhos e associações de medicina e órgãos do serviço público. Mas, como lembrado nas entrevistas, muitas vezes a fiscalização é precária, muitas vezes a Justiça Comum desfaz a punição.

Os erros médicos são muitas vezes consequência de uma má formação do profissional, tanto na graduação, como na residência. Em muitos casos a residência médica perde a sua função, que é a de completar a formação do médico, pois há distorções do ensino, não há apoio didático em muitas entidades e o residente é usado como mão-de-obra barata. Em relação aos inúmeros cursos de medicina existentes no país e que não apresentam condições de formar bons profissionais. Contudo, o poder político local e o corporativismo limitam a força do Ministério da Educação - MEC em extinguir tais cursos. A Associação

Paulista de Medicina faz campanhas contra esses cursos, mas isso não traz poder suficiente para que os cursos fechem. É provável que haja uma Ordem dos Médicos que possa melhor regular o setor.

O conhecimento em medicina é caracterizado por ser uma ciência biológica, mas a medicina é uma ciência aplicada. Portanto, nem sempre os estudos podem ser aplicados imediatamente, o conhecimento é muitas vezes acumulado e progressivamente aplicado. A FCM é umas das melhores faculdades do país em termos de estrutura, crivo dos alunos, qualidade dos docentes, atividade de pesquisa e extensão etc., por isso tem grande potencial no desenvolvimento de melhorias para a saúde da população brasileira.

O Complexo Hospitalar da Unicamp relaciona-se de diversas formas com outras instituições públicas ou privadas. Existe um intenso relacionamento da Unicamp com o Ministério da Saúde, muitos programas têm início na universidade e muitos dos projetos contam com a participação de docentes da FCM. Entretanto, como disse o Dr. Gontijo, o repasse de recursos ainda é muito burocrático e complexo, ainda existe muito desperdício, o que acaba dificultando o relacionamento entre essas duas instituições. Já com a Secretaria de Saúde do Estado o Complexo Hospitalar da Unicamp os conflitos políticos são maiores e misturam-se com os interesses públicos.

Com os órgãos de segurança pública o relacionamento é ainda mais controverso. Muitas vezes há extrapolação por parte da Polícia no que se refere à demanda por serviços que são prestados pelo Instituto Médico Legal (IML), o Complexo deve dedicar-se a casos complexos e não pode prestar serviços que são oferecidos por outros centros.

O relacionamento com as entidades médicas, tais como, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (SMCC), Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina (CRM) e com outras faculdades, como a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC) se dá através de programações conjuntas, discussão de casos mais complexos e estudos em conjunto.

Os indicadores gerais da Área de Saúde da Unicamp, que compõe o Complexo Hospitalar, são os seguintes:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: ÁREA DE SAÚDE		
	2002	2003
Número de Leitos	544	543
Internações	22.836	22.769
Cosultas Atendidas	507.267	510.493
Intervenções Cirúrgicas	22.877	23.75
Raio X, Tomografia e Ressonância Magnética	145.876	126.506
Tratamentos Odontológicos	146.719	142.896
Exames Laboratoriais	3.793.497	3.462.830

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp – 2004

5.1. As unidades assistenciais do Complexo Hospitalar da Unicamp

Todas as unidades do Complexo Hospitalar da Unicamp são unidades de ensino, pesquisa e assistência médica. Nelas realiza-se treinamento de ensino em sintonia com as diretrizes da faculdade de Ciências Médicas ou com a Faculdade de Odontologia de Piracicaba. As unidades podem atender a à comunidade interna ou externa. Quanto ao atendimento à população externa é realizado por agendamento via SUS (Sistema Único de Saúde) por profissionais de saúde da rede pública.

Na tabela a seguir são apresentados os dados gerais das unidades que compõem o Complexo Hospitalar da Unicamp.

UNIDADES	RECURSOS							
	2002			Leitos	2003			Leitos
	Humanos	Físicos	Financeiros		Humanos	Físicos	Financeiros	
	Pessoal Não Docente Anual	Área Construída m ²	Dotação Orçamentária em R\$ 1.000,00		Pessoal Não Docente Anual	Área Construída m ²	Dotação Orçamentária em R\$ 1.000,00	
GASTROCENTRO	48	3.877	172.348	-	48	3.877	172.348	-
HC	2.363	71.703	92.277.686	402	2.136	71.703	92.277.686	402
CAISM	793	15.527	30.090.692	142	793	15.527	30.090.692	142
HEMOCENTRO	136	5.305	6.590.526	-	136	5.305	6.590.526	-
OPO	25	1.682	99.845	-	25	1.682	99.845	-
CEPRE ¹	19	1.223	-	-	19	1.223	-	-
POPR ²	167	24.472	22.467.811	-	167	24.472	22.467.811	-

1) - Cursos de Pós-graduação: Física, Química, Biologia e Saúde, e outros cursos.

2) - Cursos de Pós-graduação em Odontologia: Odontologia, Odontologia Clínica, Odontologia Preventiva e Odontologia Social.

3) - Cursos de Pós-graduação em Odontologia: Odontologia Clínica, Odontologia Preventiva e Odontologia Social.

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp – 2004

Se somarmos a dotação orçamentária de todas as unidades no ano de 2003 temos um total de R\$ 151.698.707, o que representa aproximadamente 20% do orçamento total da universidade. Sem contar com os recursos extra-orçamentários que o Complexo recebe via SUS e outros. Portanto, o mito de que o hospital da Unicamp era o item de maior custo no orçamento da universidade é desfeito. O maior peso na dotação orçamentária da Unicamp é a despesa com pessoal que representou no ano de 2003.

Valores em Nominiais
em R\$1,00

		Orçamento			
		Pessoal	Custeio	Capital	Total
2003	Dotação	567.482.886	112.305.019	32.242.169	712.030.074
	Empenhado	567.482.887	112.304.111	32.242.149	712.029.146
2002	Dotação	522.860.766	94.769.842	21.191.711	638.822.319
	Empenhado	522.662.206	94.769.843	21.090.906	638.522.954
2001	Dotação	476.110.916	80.358.393	18.278.776	574.748.086
	Empenhado	475.885.867	79.975.328	16.265.595	572.126.790
2000	Dotação	425.325.904	77.413.283	16.366.086	519.105.273
	Empenhado	422.948.834	73.857.238	14.544.953	511.351.025
1999	Dotação	357.634.852	66.541.958	7.847.989	432.024.799
	Empenhado	344.909.497	63.008.838	7.098.682	415.014.997
1998	Dotação	331.742.327	66.230.295	6.052.721	404.025.343
	Empenhado	331.740.527	64.884.679	6.722.474	403.347.680
1997	Dotação	314.478.744	69.696.638	7.378.123	391.553.505
	Empenhado	314.406.008	68.680.373	7.924.790	391.011.171

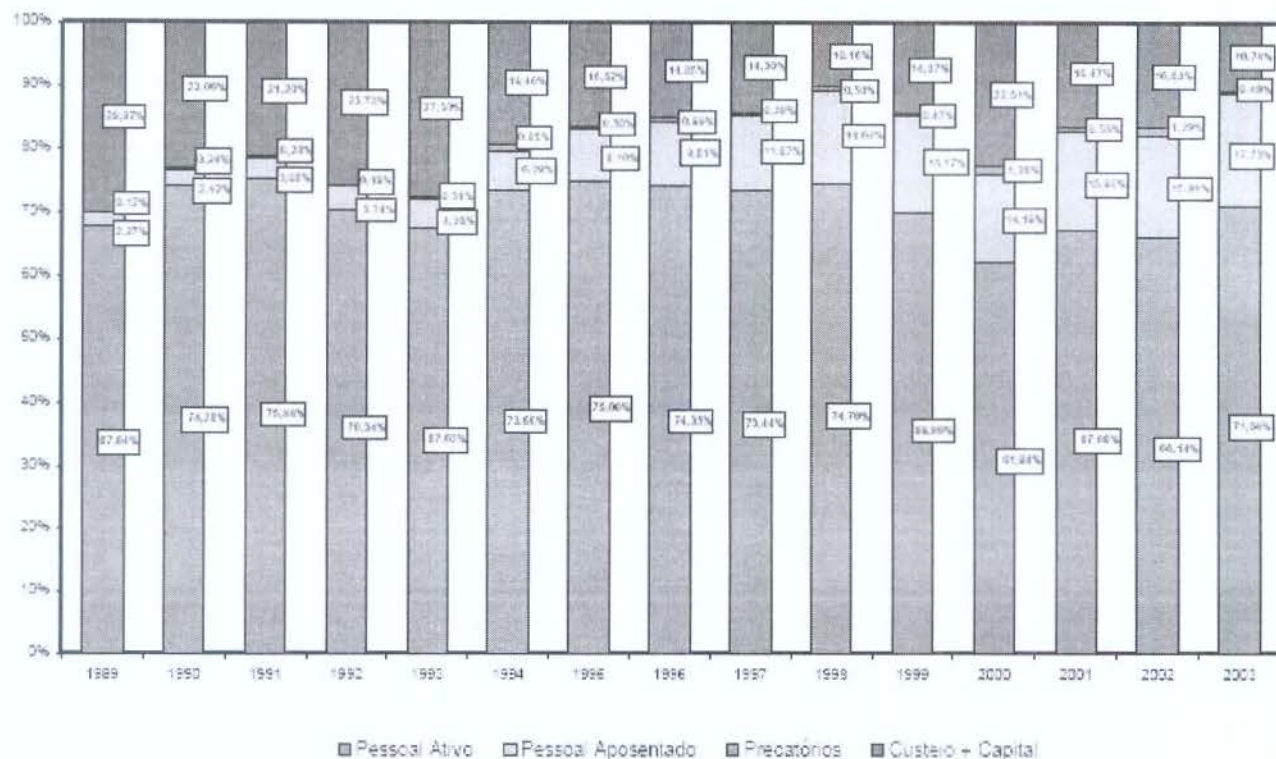
RECURSOS EXTRA-ORÇAMENTÁRIOS RECEBIDOS NO PERÍODO DE 1997 A 2003

Valores nominais em R\$ 1.00

FONTE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL	15.930.042	11.230.635	7.029.033	15.741.006	14.279.830	21.476.462	15.580.231
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL	3.461.565	3.945.731	3.128.865	12.438.702	7.053.909	2.106.649	2.854.370
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	746.261	492.048	559.255	394.086	286.573	1.478.536	2.210.554
EMPRESAS PÚBLICAS FEDERAIS	3.107.565	2.524.030	2.077.467	1.245.955	1.440.776	3.021.706	4.068.342
EMPRESAS PÚBLICAS ESTADUAIS	477.897	194.421	35.000	19.975	89.230	53.300	77.150
EMPRESAS PÚBLICAS MUNICIPAIS	—	9.024	13.333	8.802	17.487	15.861	74.275
EMPRESAS PRIVADAS	2.970.436	10.119.169	4.535.433	8.641.940	9.119.292	7.443.516	9.434.505
FUNDAÇÕES E ASSOCIAÇÕES NACIONAIS	—	—	2.001.691	—	—	—	—
INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS	989.873	1.027.398	1.225.406	1.144.286	1.943.300	1.612.235	1.771.607
SERVIÇOS EVENTUAIS	2.498.619	3.489.324	4.201.989	5.191.631	6.346.507	6.417.696	8.976.202
CURSOS DE EXTENSÃO	3.181.142	3.401.485	4.632.669	5.059.179	7.907.781	9.788.673	12.150.359
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	59.841.139	66.980.581	72.628.860	75.689.243	78.902.554	84.939.290	86.395.091
CAPES	18.278.403	15.472.944	14.163.220	15.819.576	16.361.236	17.008.795	18.577.041
FAPESP	44.515.444	57.382.486	77.378.840	67.978.501	98.016.767	52.751.784	39.845.993
CNPq	26.991.300	22.076.200	19.745.700	21.895.700	24.896.560	23.551.820	28.339.200
VESTIBULARES	3.310.066	3.606.256	3.956.906	4.272.203	4.810.694	4.997.714	4.475.667
VENDAS DE MATERIAIS	490.577	587.489	582.391	846.223	1.165.524	1.102.233	1.626.155
RECEITAS DIVERSAS	85.772	29.666	63.026	335.095	459.996	323.316	309.301
TOTAL	186.875.701	202.570.887	217.959.088	236.724.105	273.098.016	238.091.586	236.566.044

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp – 2004

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS GRANDES GRUPOS DE DESPESA NO ORÇAMENTO - 1989 a 2003



FCM - Faculdade de Medicina de Campinas

A FCM foi criada oficialmente em 25 de novembro de 1958 pela Lei Estadual n.º. 4996, promulgada pelo governador do Estado de São Paulo, *Jânio da Silva Quadros*, como um instituto isolado de ensino superior. Vários locais foram cogitados para ser sede da Faculdade, mas, durante quatro anos, ela só existiu no papel. Em 28 de dezembro de 1962, a Lei Estadual 7655, assinada pelo governador *Carlos Alberto de Carvalho Pinto* criou a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, e em seu artigo 29, incorporou a ela a Faculdade de Medicina. Em 20 de maio de 1963 foi proferida a aula inaugural do 1º ano médico, numa sala improvisada no inacabado Edifício da *Maternidade de Campinas*, que após negociações e, por um curto espaço de tempo, cedeu à Faculdade seus três primeiros andares. O treinamento clínico e cirúrgico dos alunos era realizado nas enfermarias e instalações da *Santa Casa de Campinas* onde, por meio de um convênio com a *Irmandade de Misericórdia*, passaram a funcionar os recém-criados departamentos e disciplinas da Faculdade.

A Faculdade de Ciências Médicas funcionou na *Santa Casa de Campinas* até fevereiro de 1986. Em 01 de março de 1986, transferiu-se para instalações próprias, ainda que um pouco diferente do que havia sido previsto. Contou inicialmente com apenas um bloco de três andares, num total de 1.200 m², onde foram instaladas a Diretoria e as áreas administrativa, incluindo as Comissões de Graduação, Pós-Graduação, Residência Médica, Pesquisa, Informática e de Contratos Docentes. As outras Áreas ocupavam salas espalhadas no Hospital de Clínicas.

A transferência da FCM para a Cidade Universitária foi muito benéfica. Inseri-la no contexto da Universidade e ter condições de agrupar a maior parte de suas áreas permitiu maior integração e agilidade no encaminhamento de papéis e processos. Além disso, a proximidade com o Hospital facilitou aos docentes, alunos e funcionários tratar de assuntos de seu interesse em intervalos de aulas, ambulatorios, seminários, etc.

Atualmente, a FCM ministra o ensino das ciências da saúde para a formação de profissionais destinados ao exercício da Medicina, da Enfermagem, da Fonoaudiologia e demais profissões da saúde; realiza pesquisas científicas e contribui com o estudo de soluções para os problemas de saúde individual e coletiva, através da criação de modelos reproduzíveis de atenção à saúde.

A FCM possui 380 docentes Os funcionários somam 647. O Anuário Estatístico da Unicamp aponta para o ano de 2003 um total de 2500 alunos matriculados: 905 no curso de graduação; 1151 no curso de pós-graduação (610 em mestrado e 529 em doutorado) e 520 no curso de especialização.

FOP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Em 20/01/55, o Governo do Estado criou a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Piracicaba, através da Lei nº 2.956, na qualidade de Instituto Isolado do Conselho Estadual de Ensino Superior. Seu funcionamento foi autorizado através do Decreto Federal nº 41.781 de 04/07/57 e seu reconhecimento deu-se pelo Decreto Federal nº 50.967 de 17/07/61. Seu instalador e primeiro Diretor foi o Prof. Dr. Carlos Henrique Robertson Liberalli.

Funcionou como Instituto Isolado Estadual até 1967 e, a partir de 31/01/67, através da Lei nº 9715 incorporou-se à Universidade Estadual de Campinas, sob o nome de FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA (FOP - UNICAMP).

Atualmente, a FOP é uma das mais importantes Faculdades de Odontologia do país, ocupando lugar de destaque em decorrência de seu empenho no desenvolvimento da pesquisa, de seus cursos de Graduação e Pós-Graduação, em ampliar seus laboratórios e aprimorar-se tecnicamente, proporcionando aos alunos treinamento adequado em suas clínicas integradas e extramuros.

A FOP possui 82 docentes Os funcionários somam 235. O Anuário estatístico da Unicamp aponta para o ano de 2003 um total de 7330 alunos matriculados: 330 no curso de graduação e 394 no curso de pós-graduação (199 em mestrado e 229 em doutorado). Como mostrou a tabela acima.

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial, os docentes e alunos da FOP atendem tanto à comunidade interna da Unicamp quanto à externa, como mostram as tabelas a seguir:

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA (FOP) - ATENDIMENTO À COMUNIDADE INTERNA NO PERÍODO DE 1993 A 2003

ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Consultas Médicas ⁽¹⁾	1.349	1.410	1.658	2.114	217	-	-	-	219	353	-
Procedimentos Médico/Enfermagem ⁽²⁾	3.662	3.925	4.936	4.029	1.244	1.912	2.215	3.557	2.414	2.545	1.423
Procedimentos Odontológicos ⁽³⁾	568	676	632	610	356	1.315	1.562	1.294	1.173	1.013	1.193
Serviço Social ⁽⁴⁾	1.536	957	1.634	1.668	1.394	2.014	1.726	1.780	-	-	1.604

(1) Toda intervenção médica no paciente, que pode ser acompanhada de procedimentos médicos ou de enfermagem.

(2) Pré-consulta (controle de pressão, pulso, temperatura, etc.), anamnese (anamnese, inspeções, trações, etc.) e campanhas de doação de sangue e exames de enfermagem.

(3) Qualquer tipo de técnica utilizada pelo cirurgião-dentista no paciente, seja ela de caráter preventivo ou curativo.

(4) Atividades de encaminhamento, orientação, visitas domiciliares, entrevistas, orientações, reuniões, acompanhamento de dentes ao médico, etc.

Obs: Não houve atendimento no período de 1995 a 2001.

Na tabela de 2001 e 2002 não houve atendimento no Serviço Social.

No ano de 2003, com a transferência da Assessoria deplanejamento e Implantação de Unidades para a Comunidade Interna.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA (FOP) – ATENDIMENTO À COMUNIDADE EXTERNA NO PERÍODO DE 1993 A 2003

ATENDIMENTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Consultas Odontológicas	38.728	42.662	52.107	61.772	67.460	72.339	65.831	66.021	60.863	60.639	49.219
Procedimentos Odontológicos	114.185	117.856	152.322	165.216	170.641	210.637	163.195	163.766	177.872	146.719	142.656
Procedimentos Cirúrgicos	4.909	4.862	5.437	4.999	4.816	5.966	5.428	5.669	5.632	5.662	6.140
Exames Laboratoriais	1.530	2.469	1.962	4.104	2.643	3.315	2.960	3.122	2.625	2.635	2.134
Serviço Social	2.300	2.600	4.600	5.103	5.113	5.200	5.517	5.762	5.790	4.650	12.877 ⁽¹⁾

(1) Informações de atendimento no final de

Observações:

Consultas: Atendimento por consulta e prescrição do paciente nas diversas especialidades, mas excluindo tratamentos Procedimentos Odontológicos

Procedimentos: Técnicas realizadas pelas Clínicas Dentárias nos pacientes, incluindo os de caráter preventivo ou curativo

Procedimentos Cirúrgicos: Todos os procedimentos relacionados às cirurgias realizadas, incluindo os pré e pós-operatórios

Exames de Laboratório: Todos os exames laboratoriais, com os respectivos custos das análises realizadas

Serviço Social: Atividades de encaminhamentos, providências, visitas domiciliares, atendimentos, orientações, reuniões, acompanhamentos de pacientes aos médicos, levantamentos de pesquisa de comunidade.
A estatística observada em 2003, apresentou significativo aumento devido à inclusão no cálculo final das informações e atendimentos prestados pela Área de Serviço Social, junto aos pacientes que procuram esta instituição

Fonte: FOP

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

O CAISM foi fundado em abril de 1986, durante a gestão do Prof. José Aristodemo Pinotti, reitor da Universidade Estadual de Campinas. O CAISM dá assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido, oferece serviços de ginecologia, obstetrícia, neonatologia e oncologia nas fases de atendimento ambulatorial, emergencial e de internação.

O SUS vem se organizando e assumindo os programas preventivos, enquanto o CAISM atua progressivamente como referência para os casos mais complexos.

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM) – 1993 A 2003

ATENDIMENTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nº de Leitos	136	136	136	136	136	136	136	136	136	142	142
Pacientes Internados	9.300	9.403	8.265	8.535	9.150	9.169	9.111	9.070	8.463	8.662	8.493
% Ocupação	83,7	87,4	79,6	79,6	81,4	76,0	76,8	80,2	80,1	77,1	76,0
Média de Permanência	4,5	4,1	4,3	4,5	4,4	4,1	4,3	4,4	3,7	3,7	5,9
Cirurgias	3.166	3.112	3.040	3.102	3.306	3.442	3.084	3.272	3.067	3.001	3.326
Partos (normal, cesárea, fórceps, fórceps e domiciliar)	3.358	3.321	2.540	2.710	3.328	3.568	3.232	3.337	2.907	2.834	2.865
Consultas Ambulatoriais	79.800	91.464	89.744	89.748	90.659	92.352	91.872	78.190	96.419	97.215	88.950
Ecografias	12.000	20.444	16.653	16.293	16.856	19.890	23.077	24.690	26.740	26.769	27.236
Exames Laboratoriais	135.000	172.641	165.926	177.204	220.640	225.707	233.691	233.272	266.482	265.867	332.219
Quimioterapias	4.224	5.180	5.314	5.880	6.606	7.055	6.966	7.132	8.763	10.387	12.026
Radioterapias	37.443	31.475	31.950	34.397	30.395	37.583	45.538	50.343	41.266	59.730	52.321
Mamografias ⁽¹⁾	-	2.742	2.956	3.263	3.222	4.164	4.223	3.462	6.548	7.541	7.543
Radiologias ⁽²⁾	9.600	6.626	4.091	2.608	2.907	3.166	8.467	10.386	10.945	11.210	16.346

(1) 1993: informações não disponíveis

(2) 1993: inclui mamografias

Fonte: SANECA/CAISM

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp – 2004

CEPRE – Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação e Curso de Fonoaudiologia

O Centro de Reabilitação foi fundado em 1973 com o objetivo de atender pessoas com deficiência visual e surdez, funcionou durante muito tempo no centro de Campinas e só foi transferido para o campus da universidade em 1997. Em 1991 o Centro foi reinaugurado com o nome atual. Em consonância com a FCM e a Unicamp como um todo, o centro desenvolve pesquisas na área de reabilitação e favorece o desenvolvimento de pessoas deficientes. Merece destaque a criação do curso de graduação de Fonoaudiologia da FCM em 2002, a partir da iniciativa do CEPRE.

ESPECIALIDADES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Enfermagem ⁽¹⁾	1.272	1.898	1.033	1.355	1.160	594	80	732	637	722	553
Serviço Social ⁽¹⁾	844	1.236	1.247	1.316	968	316	24	1.003	1.231	1.360	2.906
Nutrição ⁽²⁾	-	1.187	1.791	2.214	1.663	1.662	2.109	556	582	419	-
Odontologia ⁽³⁾	-	243	1.351	1.333	779	-	-	-	-	-	-
Fonoaudiologia	1.982	894	2.547	2.481	1.318	1.220	2.446	1.001	1.434	2.670	4.254
Fisioterapia	1.667	420	484	564	398	538	2.130	606	434	88	255
Terapia Ocupacional	2.561	1.113	1.014	1.292	730	932	1.109	1.160	1.463	957	1.292
Psicologia	1.654	726	1.466	2.933	1.949	1.264	1.112	1.463	1.667	1.567	1.117
Educação e Saúde	7.794	7.302	7.177	8.660	9.003	6.476	6.617	6.569	5.636	4.877	4.104
Neurologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	30
Genética Clínica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	183	136

(1) - A partir de setembro/98 os procedimentos de Enfermagem e Serviço Social passaram de fazer parte da estatística, em virtude da suspensão de seus pagamentos pelo SUS, voltando a ser pagos a partir de novembro/98.

(2) - O serviço de Nutrição foi interrompido provisoriamente no ano de 2003.

(3) - Estrito a partir de outubro/97, em virtude de mudança do conselho.

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

CIPOL - Centro Integrado de Pesquisas Onco-Hematológicas na Infância

O CIPOL foi criado em 9 de agosto de 1988, tendo como motivação a necessidade de implementação de um programa abrangente multi -profissional de atenção aos doentes crônicos, portadores de hemoglobinopatias ou de hemofilia. Buscou-se centralizar num mesmo local as áreas de diagnóstico, tratamento, reabilitação física, cuidados odontológicos, suporte social, pedagógico e psicológico. Hoje o CIPOL é centro de referência no estado de São Paulo. No que tange às pesquisas o centro possui um laboratório de imunologia e um banco de células que integram as técnicas de investigação na área clínica.

CENTRO INTERGRADO DE PESQUISA ONCOHEMATOLÓGICAS NA INFÂNCIA (CIPOI)
PROCEDIMENTOS NO PERÍODO DE 1993 A 2003

PROCEDIMENTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Exames Laboratoriais - Triagem Neo Natal de Hemoglobinopatias	1,230	8,400	20,105	22,681	40,010	61,910	62,960	71,697	73,404	122,564	138,240
Lab. Imunologia/Cultura de Células	11,860	10,769	402	4,724	6,420	6,747	6,733	3,585	4,094	5,140	7,868
Aconselhamento Genético	3,416	11,049	5,104	6,032	2,706	5,669	1,112	1,260	1,010	1,323	805
Consultas Médicas	5,125	5,318	7,656	8,406	1,722	1,349	1,145	1,255	2,078	—	—
Consultas Psicológicas	1,718	2,757	3,250	3,315	—	—	—	—	—	—	—
Fisioterapias	4,260	2,996	4,342	4,137	—	—	—	—	—	—	—
Consultas Odontológicas	1,080	1,228	1,527	326	—	—	—	—	—	—	—

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

HEMOCENTRO

Criado em 1985, o Centro de Hematologia e Hemoterapia da Unicamp – Hemocamp presta assistência médico-hematológica aos pacientes da Região, através de atendimento ambulatorial, hospitalar, quimioterápico, odontológico e laboratorial especializados. Em seus ambulatórios de Hematologia, são atendidos portadores de hemopatias como: anemias adquiridas e hereditárias, linfomas e leucemias e distúrbios de hemostasia. Realiza investigação de diversas doenças hematológicas hereditárias e adquiridas. Neste sentido, leucemias, linfomas, anemia falciforme, talassemias, doenças da coagulação como hemofilia, doenças trombóticas, etc. Através de sua equipe médica, dirige o Serviço de Transplante de Medula Óssea da Unicamp. Realiza coletas de sangue de doadores voluntários (tanto no próprio Hemocamp como em postos de coleta e em outros municípios com sua equipe móvel). Em laboratórios específicos, realiza a separação do sangue em componentes (concentrado de hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado), testa a qualidade do sangue doado e realiza exames de compatibilidade pré-transfusionais. Desenvolve campanhas permanentes de conscientização sobre a doação voluntária de sangue em municípios da região, visando o engajamento de toda a comunidade em seu trabalho e na manutenção de estoques seguros para o atendimento das necessidades transfusionais dos pacientes.

CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA (HEMOCENTRO) – PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS E PRODUTOS NO PERÍODO DE 1993 A 2003

PROCEDIMENTOS E PRODUTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Candidatos à doação ⁽¹⁾	38.547	47.997	47.390	52.584	64.135	70.928	70.081	74.404	92.453	93.893	76.762
Coleta de sangue ⁽¹⁾	28.400	32.893	34.828	37.939	46.538	51.751	51.820	55.305	57.162	58.899	53.603
Exames sorológicos locais ⁽²⁾	178.303	320.744	312.625	342.896	420.278	487.570	509.640	550.960	593.701	590.635	437.792
Exames sorológicos regionais ⁽²⁾	73.288	129.077	138.804	237.573	89.867	99.176	110.062	189.481	189.080	429.097	279.144
Exames imunohematológicos ⁽³⁾	232.754	302.974	287.923	277.724	279.460	360.810	289.098	284.388	300.807	301.204	353.483
Exames de histocompatibilidade (HLA)	8.393	6.631	7.124	7.727	9.799	8.456	9.530	12.180	9.850	8.240	7.855
Produção de hemocomponentes	85.622	81.434	87.794	97.979	114.863	131.758	130.741	147.701	160.301	169.855	137.439
Transfusão de hemocomponentes ⁽⁴⁾	74.901	78.613	75.443	74.073	76.547	87.525	84.261	83.806	82.254	84.023	53.875
Pacientes hematológicos atendidos	11.079	10.601	11.748	12.398	13.481	15.481	19.074	18.815	17.839	18.228	15.385
Exames laboratoriais hematológicos	35.805	60.749	88.788	114.986	114.906	169.965	161.061	141.328	118.455	134.191	121.402
Distribuição de hemocomponentes a Outros Serviços ⁽⁴⁾	10.744	6.590	11.375	15.938	10.222	21.756	89.828	23.942	25.713	44.607	39.607

(1) Observamos uma redução do número de candidatos e de coletas de sangue de doadores voluntários, esta é uma tendência mundial, porém não foi observado durante o ano de 2002 períodos de desabastecimento.

(2) Esta redução evidenciada, é um reflexo da redução das coletas bem como da alteração da legislação vigente, exigindo menor número de exames de bolsas de sangue coletadas (RDC ANVISA-MIS nº 343 de Dezembro/2002).

(3) Este incremento observado, deve-se à absorção dos exames dos Hemonúcleos Regionais ligados ao Hemocentro (Piracicaba e Casa Branca), utilizando um sistema automatizado para a realização dos testes com redução dos custos.

(4) O trabalho educacional com o objetivo de otimizar a utilização de hemocomponentes vem sendo desenvolvido nos Hospitais do complexo hospitalar da Unicamp e nos atendidos por este HEMOCENTRO, refletindo na redução de utilização de hemocomponentes.

Procedimentos e Produtos - observações

Candidatos à doação	- Pessoas que se apresentam para realizar a doação de sangue, e que passam pela triagem clínica para saber se preenchem os requisitos para a doação.
Coleta de Sangue	- Número de bolsas efetivamente coletadas de doadores (já aceitos para doação, após triagem).
Exames sorológicos locais	- Exames laboratoriais realizados no sangue coletado de doadores para detecção de Sífilis, Doença de Chagas, Hepatite B, Hepatite C, Aids e HTLVIII.
Exames sorológicos regionais	- Exames laboratoriais realizados no sangue coletado de doadores de outros serviços conveniados da Região de Campinas.
Exames imunohematológicos	- Exames para a detecção de ABO e Rh de doadores de sangue, além da determinação de outros subgrupos sanguíneos. Também realizados para pacientes do HCU, gestantes e recém-nascidos do CAISM.
Exames de histocompatibilidade (HLA)	- Exames de compatibilidade realizados antes de transplantes de medula óssea e renal.
Produção de hemocomponentes	- Separação do sangue coletado de um doador em pelo menos três componentes (glóbulos vermelhos, plasma, plaquetas e crioprecipitado), para uso específico em cada tipo de patologia.
Transfusão de hemocomponentes	- Transfusões de componentes do sangue (concentrado de hemácias, plaquetas, plasma, crioprecipitado) realizadas nos pacientes atendidos pelo HEMOCENTRO.
Pacientes hematológicos atendidos	- Atendimento ambulatorial a pacientes portadores de doenças hematológicas como: Anemias adquirentes e hereditárias, Linfomas e Leucemias (oncohematologia) e Distúrbios de Hemostasia (Trombose, Hemofilia, etc.).
Exames laboratoriais hematológicos	- Exames realizados em laboratórios para auxílio a diagnóstico e pesquisa: Hemostasia, Bioquímica e Biologia Molecular e Celular, Rotinas em Hematologia, Marcadores Celulares e imunologia Enteroctária.
Distribuição de hemocomponentes a Outros Serviços	- Fornecimento de componentes para vários Serviços de Hemoterapia de Campinas e Região através de contato, para atendimento dos Hospitais locais.

Fonte: HEMOCENTRO

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

GASTROCENTRO – Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo

O Gastrocentro, funcionando desde novembro de 1990. Quando de sua instalação tinha como objetivos principais o aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico das doenças do aparelho digestivo, a melhoria do ensino médico na área da gastroenterologia, além propiciar assistência médica à população. Na assistência médica desenvolveu-se na área de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica, tanto do tubo digestivo alto quanto baixo, ultra-sonografia abdominal, radiologia digestiva e de técnicas laboratoriais. Para as técnicas laboratoriais foram instalados dois laboratórios, um principalmente voltado para o estudo das provas funcionais do aparelho digestivo e outro para estudo parasitológico, bacteriológico e de vírus. Tiveram acesso ao ensino no Gastrocentro todos os médicos residentes da FCM das áreas de Gastroenterologia Clínica, Cirúrgica, Pediatria, Radiológica e de Anatomia Patológica. Além disso o

Gastrocentro serviu de campo de estágio para inúmeros médicos de todo o país e inclusive do exterior.

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (GASTROCENTRO)
EXAMES REALIZADOS NO PERÍODO DE 1993 A 2003**

PROCEDIMENTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Endoscopia Digestiva Alta	6.668	6.633	6.273	4.686	3.922	4.519	5.499	5.133	5.630	6.149	4.849
Procedimentos Especiais Via Radiologia	-	68	805	814	200	148	204	219	296	175	16
Colonoscopia	772	941	1.161	1.008	294	640	800	785	938	917	876
Anatomia Patológica	3.722	4.942	4.004	3.531	4.429	7.103	7.857	5.021	5.284	5.499	5.068
Ecografia	4.572	4.627	5.289	7.512	4.764	3.945	5.166	3.591	3.767	3.837	3.982
Exame Laboratorial	8.183	15.704	6.790	8.653	7.236	7.771	5.836	7.238	6.021	6.004	6.110
Radiologia	1.620	1.710	1.668	1.530	1.567	1.518	1.259	940	993	931	67
Procedimentos Especiais Via Endoscopia ⁽¹⁾	-	-	-	-	1.216	1.596	1.937	1.444	1.636	1.466	1.261
Manometria Anorectal ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	204	208	212	97	37
Manometria Esofágica ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	136	128	89	104	59
Dosagem de pHmetria ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	36	7	26	14	13
Biópsia Hepática guiada por ultra-som	-	-	-	-	-	-	-	109	144	139	42
Retossigmoidoscopia	-	-	-	-	-	-	-	121	179	160	57
Consulta	-	-	-	-	-	-	-	-	151	468	694
Total de Exames	25.536	34.645	25.990	27.936	23.608	27.242	28.934	24.944	25.357	24.960	23.238

(1) Até 1996, os Exames hoje denominados Procedimentos Especiais Via Endoscopia, eram computados junto com os exames de Endoscopia, Colonoscopia e Procedimentos Especiais Via Radiologia.

(2) A partir de 1998, os Exames de Manometria do tubo digestivo (alto e baixo), Dosagem de pHmetria esofágica e Exames de investigação de motilidade gastrointestinal começaram também a ser realizados, porém só a partir de 1998 começaram a fazer parte da estatística dos exames realizados.

Fonte: GASTROCENTRO

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

HES – Hospital Estadual de Sumaré

O HES é um dos 15 novos hospitais públicos do Governo do Estado de São Paulo, que presta serviços de complexidade média e alta em assistência médico-hospitalar. É, também, uma instituição voltada ao campo de práticas contínuas para atividades de ensino relacionadas à assistência médico-hospitalar, tanto em graduação como em pós-graduação e servir como campo de práticas para pesquisa na área de saúde. É um hospital do governo estadual administrado pela Unicamp e mantido com recursos SUS.

A excelência no atendimento e instalações com equipamentos modernos rendeu ao HES quatro grandes conquistas como um dos 10 Melhores Hospitais do Brasil em assistência, foi o primeiro hospital público do país a conseguir o nível 2 da Certificação de Acreditação Hospitalar e mais recentemente o título de Hospital Amigo da Criança da Unicef e Ministério da Saúde.

O Hospital Estadual Sumaré “Dr. Leandro Francheschini” realiza atendimentos 100% SUS para as quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetrícia). São 33 especialidades oferecidas com alto nível de qualificação e capacidade para 1500 internações mensais.

O HES também não é a porta de entrada do sistema de saúde regional. Sua missão é oferecer atendimento hospitalar em nível secundário e eventualmente terciário. O acesso da população ao serviço é coordenado pelos municípios que integram a área de cobertura do HES. Ou seja, quem agenda tudo para utilização dos serviços do HES são os médicos das cidades acima em postos de saúde. O HES dispõe de uma estrutura chamada de Serviço de Urgência Referenciada. Se um paciente que já foi atendido pela rede básica (posto de saúde) e pelo hospital de Pronto Atendimento da cidade em que habita e o diagnóstico foi caracterizado como um caso complexo ele será encaminhado para o HES.

Assim como no Hospital das Clínicas da Unicamp, as vagas para internação em caráter de urgência ou emergência são gerenciadas pela central de regulação de vagas da DIR XII. As exceções são para os casos encaminhados pelo serviço de resgate do corpo de bombeiros, polícia militar, polícia rodoviária e das concessionárias das rodovias.

O corpo administrativo do HES é composto docentes da Unicamp e profissionais qualificados que possuem uma longa experiência em administração hospitalar. Integram a diretoria um diretor superintendente, uma diretora administrativa, um diretor de assistência, um diretor clínico e sete gerentes (Serviços de Assistência, Serviços de Apoio Médico, Geral, Administrativo, Financeiro, de Engenharia, de Recursos Humanos), além de um coordenador de ensino e pesquisa. A diretoria é nomeada pela reitoria da Unicamp. Em constante aperfeiçoamento nas tendências em gestão hospitalar, os profissionais do corpo administrativo do HES é composto por funcionários públicos estaduais e funcionários regidos pela C.L.T. - Consolidação das Leis do Trabalho, contratados através da Fundação de Desenvolvimento da Unicamp – Funcamp.

Uma das principais finalidades do Hospital Estadual Sumaré é a atividade de ensino, proporcionando treinamento e estágio para os alunos de graduação e residentes da Faculdade de Ciências Médicas e Faculdade de Odontologia da Unicamp. O HES por ser um hospital de perfil secundário, complementa os serviços assistenciais do HC da Unicamp de característica terciária, e portanto mais adequado para a formação de especialistas e pós-graduandos. Para a Unicamp, o Hospital Estadual possui um perfil assistencial ideal para se desenvolver atividades práticas, principalmente ligadas aos últimos dois

anos da formação médica. No hospital, todas as grandes áreas clínicas são coordenadas por um docente do departamento correspondente da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

HOSPITAL ESTADUAL SUMARÉ													
DADOS DA PRODUÇÃO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2002													
	jan/02	fev/02	mar/02	abr/02	mai/02	jun/02	jul/02	ago/02	set/02	Out/02	nov/02	dez/02	TOTAL
INTERNAÇÕES	1089	954	1187	1259	1283	1311	1263	1247	1285	1348	1154	1071	14451
EMERGÊNCIA	551	515	664	622	675	728	739	754	777	770	634	670	8099
RADIOLOGIA E EXAMES LABORATORIAIS	35.466	31604	36.804	37.102	35.233	34.826	32.080	36.692	33.807	34.541	30.525	24.977	403.657
CONSULTAS AMBULATORIAIS	4516	4014	4727	5369	5123	5211	5601	5829	5477	5			

Fonte: HES

HC – Hospital das Clínicas

No momento em que o país passava por enormes transformações no seu modelo de atenção à saúde, um grupo de docentes e funcionários encarou o desafio de terminar a transição do hospital ensino na Santa Casa de Misericórdia de Campinas para o Hospital das Clínicas da Unicamp, isso aconteceu ao longo da década de 1980. O propósito era construir um espaço adequado ao desenvolvimento das atividades da Faculdade de Ciências Médicas. O segundo passo era inserir a área de Saúde da Unicamp no sistema regional, integrando-a ao SUS.

5.2. A Gênese do Hospital de Clínicas

Segundo seus próprios diretores, relato constante do site do HC – Unicamp, a missão desta instituição é:

“Ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados”.

O Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas iniciou suas atividades, no prédio da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, mediante convênio firmado com esta Instituição. Em janeiro de 1970 a construção do Hospital, onde hoje situa-se, foi iniciada e em fevereiro de 1979 foram inaugurados

alguns ambulatorios. Ma somente em 1982 foram reiniciadas as obras de conclusão do Hospital. Partindo do principio de ocupação gradativa do espaço físico, os serviços instalados na Santa Casa foram transferidos para o campus, na medida em que as obras foram sendo concluídas. Com a transferência total, o convênio mantido com a Santa Casa de Misericórdia foi cancelado.

A planta do Hospital sofreu uma série de modificações desde o estudo original, no sentido de adequar-se às novas necessidades originadas por uma demanda crescente e à própria diversificação de atividades na Faculdade de Ciências Médicas. Atualmente o Hospital conta com capacidade física para 450 leitos e área construída de 65.000 metros quadrados.

O complexo hospitalar da Unicamp é financiado, principalmente, de duas formas: os recursos repassados pelo governo do Estado à Unicamp e pelo convênio com SUS, administrado por uma empresa privada que existe na universidade – a Funcamp. Contudo, o HC acumula hoje uma dívida de R\$ 7 milhões e tem um déficit mensal em torno de R\$ 500 mil.

Para equilibrar as finanças e fortalecer seu perfil de hospital voltado a casos de alta complexidade, o HC da Unicamp iniciou no dia 5 de abril de 2004 um novo esquema de atendimento. A medida, divulgada em novembro do ano passado, baseia-se na reorganização do funcionamento do Pronto-Socorro. Entre as mudanças, estão: a redução de 20% das consultas de especialidades (pediatria, ginecologia etc.), a reserva estratégica de 12% dos 403 leitos de internação para casos de alta complexidade. O Pronto-Socorro passou a funcionar como Unidade de Emergência Referenciada (UER), limitando o atendimento a casos de urgência/emergência ou encaminhados por outras unidades de saúde. O esquema de portas abertas do Pronto Socorro deixou de funcionar. O usuário que se dirige diretamente ao Pronto Socorro, passa por uma classificação de risco (triagem), mas se não for caso grave ou de urgência, é orientado a procurar o centro de saúde de seu bairro ou o hospital de sua cidade.

O Hospital das Clínicas (HC) da Unicamp iniciou em janeiro deste ano a implantação de um plano para readequar o hospital à sua verdadeira vocação, que é a de hospital terciário e quaternário. A proposta, que já fora amplamente discutida com a comunidade interna da Universidade, com a Divisão Regional de Saúde, com os conselhos municipais de saúde na região e com a Câmara Temática da Saúde da RMC, previu, entre outras medidas, a reorganização do atendimento no pronto-socorro e nos ambulatorios, que passaram a dar prioridade aos casos referenciados de maior complexidade.

Uma das medidas que estão ajudando o fluxo na UER foi a implantação, há três meses, de um sistema de triagem baseado em cores (vermelho, amarelo, verde e azul), que atende o paciente de procura espontânea, priorizando o grau de gravidade, e não a ordem de chegada. Atualmente, 50% da internação do Hospital vem do PS.

Com foco principal em procedimentos de alta complexidade, o HC passou a destinar 12,15% dos leitos (49) do hospital para procedimentos considerados estratégicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como transplantes (coração, fígado, rim, pâncreas, córnea e medula óssea), cirurgias de epilepsia, cirurgias cardíacas, cirurgia bariátrica (obesidade mórbida) e implante coclear. Os leitos de UTI, retaguarda do UER e oncologia ficaram fora destas modificações.

O consenso entre o grupo de trabalho do HC é que as mudanças têm como principal finalidade preservar o papel do hospital no sistema regionalizado e hierarquizado, instituído pelo Governo Federal. Um hospital universitário tem que ser um espaço de atendimento especializado, bem como de pesquisa, ensino, residência e pós-graduação. Isso não significa, porém, que a Unicamp deixará de fazer atendimento primário e secundário na rede pública.

A proposta da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp é que os alunos passem a atuar com mais intensidade nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos hospitais secundários da rede pública, como já ocorre no Hospital Estadual Sumaré, vinculado à universidade.

5.3. O déficit do HC

O Déficit mensal do HC é da ordem de R\$ 500 mil. No início do ano, a dívida acumulada do HC era de cerca de R\$ 7 milhões.

De acordo com o superintendente do hospital, Ivan Toro, o prejuízo é em parte causado por procedimentos que o hospital realiza, mas que não são remunerados pelo SUS. Boa parte do atendimento resulta da demanda espontânea de pacientes que poderiam ser atendidos em unidades de nível secundário ou primário da rede pública, mas há falta de informação sobre o princípio de hierarquização que rege o sistema de saúde.

A distorção é evidente quando analisamos os números do pronto-socorro. O grupo de trabalho que elaborou o plano de adequação constatou que, dos 350 pacientes que todos os dias recorrem ao pronto atendimento do HC, 80% chegam espontaneamente, ou seja, sem encaminhamento médico. Pela avaliação dos diagnósticos de procura, observou-se que apenas 20% dos pacientes caracterizam casos próprios do pronto-socorro e, portanto, deveriam ser assistidos pela Unicamp. Do total de pessoas atendidas, 70% são procedentes de Campinas, 20% de Sumaré e Hortolândia, e os 10% restantes vêm de outros municípios.

Em outubro do ano passado, o custo dos atendimentos no pronto-socorro chegou a R\$ 657 mil, enquanto a remuneração do SUS cobriu apenas R\$ 122,5 mil. Segundo o superintendente, isso ocorre porque o SUS remunera a Unicamp apenas pelos casos de alta e média complexidade. Conforme Toro, em setembro os gastos superaram o teto em R\$ 900 mil e, em outubro, o déficit chegou a R\$ 400 mil.

O Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, publica através de um boletim trimestral, os indicadores de produção assistencial de uma unidade hospitalar do complexo de saúde da Unicamp, que é a principal referência de alta complexidade para aproximadamente cinco milhões de habitantes de três divisões regionais de saúde do Estado de São Paulo (DIR-XII/Campinas, DIR-XV/Piracicaba e DIR-XX/São João da Boa Vista).

Média de pacientes

	Média Diária	média diária dias úteis	média diária dias não úteis
2003	310	345	242
abr/04 após dia 5	247	263	206
%	-20	-24	-16

Fonte: Serv. Estatística/H.C.

Os primeiros 30 dias de implantação do plano de readequação do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp resultaram numa redução de 20% no número de pacientes que procuram espontaneamente a Unidade de Emergência Referenciada (UER), antigo Pronto-Socorro (PS), em comparação à média diária de 2003. Já os procedimentos estratégicos de alta complexidade aumentaram cerca de 25%. As mudanças têm como objetivo readequar o HC à sua verdadeira vocação, que é a de hospital terciário e quaternário.

Entretanto, a meta é reduzir em pelo menos 50% o número de pacientes que procuram a UER de forma espontânea e por isso, o esforço continuará. Uma das medidas que ajudaram a reduzir o fluxo foi a implantação do sistema de triagem por cores (vermelho, amarelo, verde e azul), que atende o paciente de procura espontânea, priorizando o grau de gravidade e não a ordem de chegada. Um levantamento por amostragem revelou que de 1.400 pacientes atendidos, apenas cinco precisavam de atendimento de urgência (vermelho) e 85 eram casos graves (amarelo). Já 250 eram de média complexidade (azul) e outros 626 encaixavam na categoria de casos simples (verde). Estes dois últimos segmentos, totalizando 876 pacientes, poderiam ser tratados em hospitais primários ou postos de saúde da rede pública municipal.

Segundo Boletim do HC – Unicamp de março de 2004, a readequação também resultou numa economia de R\$ 71 mil nos gastos com material de consumo e num aumento de 25% na receita de procedimentos estratégicos de alta complexidade. Esse repasse, feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passou de R\$ 586 mil em março para R\$ 815 mil em abril. Entre os procedimentos estratégicos estão transplantes; cirurgia bariátrica, para tratamento de obesidade mórbida; implante coclear; cirurgia de plástica reparadora para obesidade mórbida; e cirurgia de epilepsia, entre outros.

A superintendência do HC pretende, ainda, ampliar de 18 para 50 o número de leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos. O projeto, que prevê a implantação de mais 32 leitos, implica em investimentos estimados em R\$ 3,2 milhões (cerca de R\$ 100 mil por leito equipado). Com isso, seria possível ampliar ainda mais o número de procedimentos estratégicos de alta complexidade.

A evolução de indicadores gerais dos últimos anos pode ser observada a partir da seguinte tabela:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC) – 1993 A 2003

ATENDIMENTOS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Número de Leitos ⁽¹⁾	389	403	403	403	403	403	403	403	399	402	401
Número de Internações	12.866	14.234	15.207	15.089	15.436	15.226	14.841	14.476	14.208	14.164	14.276
Consultas Médicas	354.655	414.371	400.415	438.585	437.419	381.574	342.832	292.216	348.102	359.144	371.626
Consultas P.S.	87.014	106.031	120.866	124.951	118.487	102.372	85.339	87.305	98.369	100.815	98.556
Consultas Ambulatoriais	267.641	308.340	279.547	313.634	318.932	279.195	247.493	204.910	249.733	258.329	273.063
Cirurgias	13.104	13.632	15.237	16.301	15.769	16.012	15.544	14.502	14.519	14.214	14.282
Centro Cirúrgico Central	7.743	8.105	8.459	9.190	8.416	9.449	9.234	7.903	7.919	7.929	7.657
Cirurgias Cardíacas	129	159	296	336	330	355	338	316	360	342	389
Outras Cirurgias	7.614	7.846	8.161	8.856	8.084	9.094	7.896	7.587	7.537	7.585	7.493
Centro Cirúrgico Ambulatorial	5.361	5.527	6.776	7.109	7.353	7.563	7.320	6.599	6.600	6.255	6.425
Exames Laboratoriais (Patologia Clínica)	1.345.487	1.412.795	1.397.354	1.665.192	1.667.030	2.466.762	2.027.252	1.960.970	2.135.319	1.953.040	1.804.472
Radiologia	116.304	124.063	134.435	134.621	134.326	138.444	134.248	124.749	132.922	145.878	126.585
Raio-X, Tomografia e Ressonância Magnética	108.135	114.087	121.366	121.758	121.699	125.851	122.740	114.810	122.163	127.022	115.360
Ultra Sonografia	8.169	9.996	13.070	12.863	12.629	12.493	11.508	9.939	10.769	18.856	11.225
Medicina Nuclear - Exames	6.245	9.433	11.470	12.810	12.953	12.609	11.703	11.612	11.380	11.571	11.077
Transplantes ⁽²⁾	94	152	220	204	233	242	262	269	297	303	269
- Medula Óssea	9	37	36	35	33	38	55	52	60	61	63
- Rim	78	56	74	66	63	58	65	67	90	85	79
- Fígado	7	3	6	19	24	27	29	38	36	27	20
- Coração	-	98	125	87	93	118	136	86	102	130	122
- Cardíaco	-	-	-	-	-	1	3	4	1	-	1

(1) No ano de 1999, cinquenta e dois leitos ficaram bloqueados para internação durante quatro meses.
 (2) Exclui inclusive as Cirurgias.

Fonte: Anuário Estatístico da Unicamp - 2004

Vale destacar o novo investimento feito pelo Governo do Estado de São Paulo no hospital da Unicamp. O governador Geraldo Alckimin anunciou em junho de 2004, durante reunião com o reitor da universidade, Brito Cruz, e o superintendente do HC, Ivan Toro, e a diretora da FCM, Lilian Tereza Lavras Costallat, a liberação de R\$ 2,086 milhões para a abertura de 19 novos leitos para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrico. O investimento, destinado à compra de equipamentos, vai dobrar a capacidade atual que é de 18 leitos e capacidade para instalação de outros 32. A previsão da Superintendência do HC é que a inauguração desses leitos duplique o número de cirurgias mais complexas e transplantes, conforme o plano de readequação.

Conclusões

A criação do SUS no fim da década de 80 possibilitou a reorganização dos serviços e ações de saúde dos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais em torno de três objetivos principais: equidade, universalidade e integralidade. Para atingir tais metas foram implementadas algumas medidas baseadas, sobretudo, na hierarquização entre as unidades de atenção à saúde e na descentralização da prestação do serviço público de saúde da União para os Estados e municípios.

O planejamento do SUS pode ser dito correto, seus princípios e estratégias são codizantes com a realidade social brasileira. Entretanto, o sistema de saúde público sofre um grande mal, a falta de pessoal capacitado para implementá-lo como idealizado, já que a hierarquização do SUS não é bem compreendida pelos profissionais de saúde do Brasil; e a falta de recursos para levar adiante projetos de modernização e atendimento de excelência em todas as regiões do país.

Todavia, quando se pensa em melhorias na saúde de um país é preciso pensar nas políticas sociais como um todo. A medicina é um processo individual e pode alterar pouco o perfil da população. A pirâmide etária é muito mais influenciada pelas políticas públicas de acesso à saúde, ao tratamento de esgoto, à água potável, à boa alimentação, à informação, às vacinas etc. A curva de sobre-vida não é alterada por procedimentos individuais e sim coletivos, de responsabilidade das políticas públicas. Por isso, é preciso formar um pessoal preparado para todos os assuntos correlatos à saúde.

Algumas das políticas públicas desenvolvidas pelo SUS são exemplares, como o Programa da AIDS. O Brasil é exemplo mundial no combate e cuidado de pacientes com AIDS, propiciando a eles maior tempo de sobrevida. Entretanto, há doenças graves, que são mais facilmente curáveis, mas que o Brasil ainda não conseguiu erradicar, como Tuberculose, Hanseníase etc. Muitas vezes o problema é a falta de recursos em certas localidades onde essas doenças são mais comuns, mas a má administração deles é o principal motivo para seu fracasso. A formação de um RH capacitado na área de saúde deve ser incentivada. Existe um projeto em que Pólos de capacitação regionais se encarregam da discussão da formação de profissionais, definem prioridades da região e entre pólos há uma troca de informações, porém resultados deste projeto ainda não são visíveis.

Muitas das doenças que ainda não foram erradicadas no Brasil, tem incidência apenas em certas regiões, mas as migrações podem provocar novas epidemias. Há também o que chamamos de doenças emergentes, podem ter parecido erradicadas, mas mutações nas bactérias e/ou vírus fazem a doença ressurgir. Esse é um ciclo natural, e cabe ao Sistema de Saúde acompanhar a incidência de casos para manter estabilidade.

O Hospital das Clínicas da Unicamp se insere no sistema do SUS como uma unidade de atenção terciária, sendo sua função o atendimento de casos mais complexos. A excelência do atendimento no Complexo Hospitalar da Unicamp é mantida através do esforço no ensino e na pesquisa que se

desenvolvem sobretudo na Faculdade de Ciências Médicas da universidade, que ainda conta com centros de saúde municipais e outros centros de saúde pública para o apredizado prático na atenção primária à saúde.

Entretanto, a visível importância dos Hospitais Escolares no sistema público de saúde brasileiro, como é o caso do HC- Unicamp, choca-se nos últimos anos com a crise financeira que vêm enfrentando.

Um dos motivos para o problema orçamentário dos Hospitais-Escolas é a sobrecarga nesses estabelecimentos de casos que não exigem a complexidade para o qual esses hospitais foram preparados. A tendência observada é que a demanda pelos serviços do HC aumenta rapidamente, sobretudo para atendimento da população de baixa renda. A saúde pública está muito ligada à pobreza social, já que as pessoas de baixa renda são as que mais procuram o atendimento do SUS, a pobreza por sua vez está muito associada à falta de informação e à ocorrência de moléstias simples em uma frequência maior. O atendimento básico e a ação preventiva poderiam evitar muitas das ocorrências, e esse tipo de atendimento não precisaria ser feito pelo HC – Unicamp. O primeiro passo para as transformações deveria ser o incentivo à formação de médicos de família e de equipes de saúde de atendimento domiciliar, esta é a porta de entrada do sistema, e o progresso deve iniciar aí.

O investimento em Saúde é uma opção política, os benefícios quando destina-se recursos para saúde não são visíveis a curto-prazo e por isso, muitas vezes, não realizáveis em um mandato. Os líderes políticos deveriam ter em mente que uma melhoria na saúde aumentaria a qualidade e a expectativa de vida, o que poderia representar num prazo mais longo um aumento da demanda agregada. De qualquer maneira, o sistema precisa ser repensado caso contrário entrará em colapso, lembrando que o repensar o sistema inclui obtenção de recursos para a saúde.

Contudo, a partir de 1990, um intenso e ininterrupto crescimento da fatia do Orçamento Geral da União destinada aos juros e amortizações da dívida pública, além de outras remunerações do sistema financeiro especulativo, realizou-se às custas da redução na mesma proporção, dos orçamentos sociais e do investimento na infra-estrutura do desenvolvimento. Os orçamentos da Saúde e Educação apenas são menos reduzidos devido à luta histórica de importantes setores sociais pela vinculação deles ao produto do país, mas a vinculação ainda é muito baixa.

Observa-se que as atividades de interesse coletivo; controle de doenças transmissíveis, saneamento básico etc; são as mais prejudicadas quando diminuem as disponibilidades financeiras do governo. Como lembrado por Geraldo di Giovanni e Barjas Negri, o que torna a situação mais grave é o fato de o controle de vetores no caso dessas doenças exigir continuidade espacial e temporal, que não ocorrendo prejudica os resultados já alcançados no combate às doenças e provoca no futuro problemas de saúde ainda maiores.

É importante retomar a questão da relação entre a política econômica e a política social, especificamente na área de saúde. A política econômica afeta a oferta pública de serviços e, ao deteriorar as condições de vida faz crescer velozmente a demanda por estes serviços. Os mais pobres têm menos acesso aos serviços de saúde, e não podem pagar o sistema privado, mas são os mais dependentes do sistema público, enquanto suas regiões são as menos privilegiadas pelos recursos governamentais.

Diante das dificuldades mais gerais do Sistema de Saúde Público do Brasil, o Complexo Hospitalar da Unicamp vem implementando reformas para contornar seus próprios problemas financeiros e para atender à população cada vez mais prejudicada pela ausência de políticas sociais e até mesmo econômicas que possam melhorar a realidade brasileira.

Referências Bibliográficas

BRAGA, José Carlos de Souza e SILVA, Pedro Luiz Barros: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In NEGRI, Barjasi e DI GIOVANNI, Geraldo (org). Brasil: Radiografia da Saúde. IE-UNICAMP. Campinas, 2002.

CASTRO, Maria Helena Guimarães; Queiroz, Marcos de Souza; VIANA, Ana Luiza D'Ávila: A Organização dos serviços de Saúde, uma avaliação da experiência de Campinas. NEEP-IE- UNICAMP, 1993.

CECILIO, L. C. de O. Contribuições para uma teoria de mudança do Setor Público. In CECILIO, L.C. (org.). Inventando a mudança da Saúde. 2ª edição. Hucitec. São Paulo, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz Barros e RIBEIRO, José Mendes: Inovações Organizacionais e de financiamento, experiências a partir do cenário institucional. In NEGRI, Barjasi e DI GIOVANNI, Geraldo (org). Brasil: Radiografia da Saúde. IE-UNICAMP. Campinas, 2002.

COSTALAT, Lílían Tereza Lavras. Livro de Memórias da FCM – Unicamp. FCM/UNICAMP - Campinas, 2004.

GIOVANELLA, L. e FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Política de Saúde: o público e o privado (Catalina Eibenschutz, org.). FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1996.

GIRARDI, S.N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. Divulgação em saúde para debate; 1996.

HENRIQUE, Wílñes. O capitalismo selvagem: um estudo sobre desigualdade no Brasil. Campinas, 1999.

IBANEZ, Nelson. Globalização e Saúde. In DOWBOR, Ladislau et all (org.). Desafios da Globalização. Ed. Vozes. Petrópolis, 1998.

PY, LIGIA ET AL. Tempo de envelhecer percursos e dimensões psicossociais. Nau Editora: Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, N.R. O Dilema Estadista II: de como é forjado o espaço das políticas como exemplos da área da saúde. Revista Saúde em Debate, Londrina, Cebes, v.28, n.1, p.5-15, 1990.

VIANA, Ana Luiza d' Ávila. Sistema de descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Campinas, 1994.

VIANA, Lil. As Políticas Sociais e as Políticas de Saúde no Contexto do Processo de Globalização, mimeo. UERS/Ed. USP. Rio de Janeiro, 1995.

Larousse da Terceira Idade. Coordenação editorial: Valentina Nunes; tradução de Flávio Quintiliano. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.

www.fee.unicamp.br

O Complexo FCM/HC e outras unidades da Unicamp: um falso dilema
Hermano Galembeck, 10 de maio de 2004

www.correiodacidadania.com.br

A luta pela Saúde Pública

Jamil Murad

Ed. 150, 10 de maio de 2004

<http://www.brasil.indymedia.org/es/green/2003/11/268611.shtml>

Por Denizalde Pereira e Fabio Marvulle Bueno
Pós-graduando em Economia

Instituto de Economia – UNICAMP, 25 de maio de 2004

<http://www.hc.unicamp.br/servicos/estatistica/index.htm>

Serviço de Estatística – HC – Unicamp, 25 de maio de 2004

<http://www.abrahue.org.br/>

Site da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), 25 de maio de 2004

<http://www.datasus.gov.br/>

Site do Datasus, 25 de maio de 2004

<http://www.alast.org/PDF/OPS/OPS-Girardi.PDF>

Formas Institucionais da Treceirização de Serviços em Hospiais da Região Sudeste do Brasil: Um Estudo Explanatório.

Sábado Nicolau Girardi

Cristiana Leite Carvalho

João Batista Girardi Jr.

Anuário Estatístico da UNICAMP – 2004, ano base : 2003. Realização Assessoria de Economia e Planejamento – AEPLAN.

Entrevistados:

Dr. João Antonio Martini Paula, médico especialista em fisiatria e geriatria, atua na região metropolitana de Campinas.

Prof. Dr. José Antonio Rocha Gontijo, professor Assistente Doutor da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.