JUNE BARREIROS FREIRE

A SAÚDE COLETIVA ACERCA-SE DO HOSPITAL: O CASO DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM

CAMPINAS

2002

JUNE BARREIROS FREIRE

A SAÚDE COLETIVA ACERCA-SE DO HOSPITAL: O CASO DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: *PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY*

CAMPINAS

2002

NIDADE BC
CHAMADA T/UNICAMP
F883s
EX
MBO BC/ 52606
OC 16-124/03
D X
EÇO R$ 11,00
TA 13/03/03
CPD

100180720-8

284871

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

F883s

Freire, June Barreiros
A Saúde coletiva acerca-se do hospital: o caso do Hospital Público Regional de Betim / June Barreiros Freire. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Emerson Elias Merhy
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Assistência hospitalar. 2. *Hospitais públicos. 3. Hospitais. 4. *Administração hospitalar. 5. *Administração e planejamento em saúde. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da dissertação de mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Data: 26 de fevereiro de 2002

Membros:

1 – _____
Dr Emerson Elias Merhy DMPS/FCM/UNICAMP– Presidente.

2 – _____
Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio DMPS/FCM/UNICAMP.

3 – _____
Dr Nelson Ibañez – Faculdade de Saúde Pública/USP.

DEDICATÓRIA

À memória de minha avó paterna*,*

Maria do Rosário, falecida na década de 40, de tuberculose

E segue fazendo falta

Aos meus pacientes pais*,*

Nilton e Adna

Ao meu companheiro da vida,

Sérgio

Ao Emerson, orientador e parceiro desse trabalho e lógico que à Mina sua parte inseparável e paciente a tantas visitas e telefonemas.

Ao Gastão e à Rossana que acolheram-me quando cheguei nesta terra diferente que é São Paulo.

À Eleonora, Claudete e Luciane queridas amigas e enfermeiras (na dúvida e num hospital, alie-se a elas!).

Aos companheiros do LAGHOS que me devolveram a vontade (e a "sustância") para finalizar esta tese –Alzira, Cipriano, Cecílio, Ana Augusta, Donadiu, Emerson, Míram, Ana Lúcia, Natacha, ...

Ao Cecílo que me marcou pela seriedade e dignidade.

Aos acolhedores Ana e Heleno; Márcio e Nádia.

Aos novos amigos: Roberto e Adonai, Gustavo e Márcia, Rosa e Fábio - BH, Bernadete e Tiago, Linete e Cipriano, Robertinha, Tiago do IFCH, Alexandre, Darley, Fernanda, Maria José, Marly, Alice, Núncio e a Coni.

À amiga de Ijuí, Cláudia, que só fez dar vontade de conviver mais.

Àquelas que se enrolam com os papéis: Zezé, Leocí, Marina e Sônia.

À Vanessa, Glauco, Auro, Juliana, Letícia, Vanessa 2, Bárbara 1 e 2, Isabela, João, Bruno, Sofia, Ana Elisa, Mateus, Raquelzinha, Sara, Mírian, Rogério, Heverardo, Rui, Lílian, Érica, Valéria e Rosângela; é tudo parente e querido.

À tia Lourdes e tio Nelson, tia Hilda e tio Fernando, tia Marisa, tia Geralda, tia Nadir, Hélia e José Pedro.

À fada da bagunça e da comida, Celina, que mesa de trabalho não podia arrumar.

CAPES e ao CNPQ pelo financiamento parcial desta pesquisa.

"CADA UM SABE A DOR E A ALEGRIA
DE SER O QUE É".

PÁG.

RESUMO..... *xvii*

ABSTRACT..... *xxi*

APRESENTAÇÃO..... 25

CAPÍTULO 1: O HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM..... 35

Apresentação do HPRB..... 37

História do HPRB..... 44

O LAPA..... 46

Como funciona o HPRB..... 49

I- A gestão interna do hospital..... 50

II- A humanização do espaço hospitalar..... 58

III- Relação com arede..... 61

IV- Rede substituída..... 62

CAPÍTULO 2: A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL..... 65

Mas como estava a situação da assistência hospitalar?..... 67

O desafio da reconstrução..... 73

Os hospitais e a descentralização..... 78

CAPÍTULO 3: A SAÚDE COLETIVA E O TEMA DO HOSPITAL..... 83

Sobre a Saúde Coletiva..... 89

O hospital para os profissionais da Saúde Coletiva..... 85

Núcleos de estudo sobre hospital..... 93

Os eixos temáticos e os entrevistados..... 96

CAPÍTULO 4: OS EIXOS TEMÁTICOS..... 101

I- Regime jurídico - político do hospital..... 107

II- Relação hospital – rede..... 111

III- Rede substitutiva..... 112

IV- Gestão interna do hospital..... 115

V- Humanização do espaço hospitalar..... 128

CONCLUSÃO..... 135

Considerações..... 137

Finalizando..... 138

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁICAS..... 145

ANEXOS..... 165

Anexo 1..... 167

Anexo 2..... 169

RESUMO

Esta investigação é um estudo exploratório acerca das contribuições da Saúde Coletiva na construção de hospitais públicos, eficazes e efetivamente integrados na rede de serviços de saúde. A investigação tem como foco particular a construção do Hospital Público Regional de Betim – MG, inaugurado em 1996 pelo gestor municipal. Parte-se do pressuposto que o Hospital de Betim é construído a partir da contaminação da lógica tradicional de organização hospitalar, pelo "olhar" da Saúde Coletiva. Portanto a experiência de Betim seria induzida por um determinado arcabouço teórico-prático; tornando-se necessário identifica-lo assim como as suas fontes.

Precedido pela apresentação do Hospital de Betim (indicadores tradicionais de avaliação de performance hospitalar, sua história, como se organiza e como funciona) é traçado um quadro da assistência hospitalar no Brasil, na década de noventa. Toma-se como perspectiva que o contexto da década em que o Hospital foi construído era de existência de uma crise e que surgiam propostas para intervir nesta. A seguir, tem-se uma aproximação da Saúde Coletiva com a temática do hospital – que até a década de noventa não era objeto de intervenção da área – a partir da percepção de profissionais da área.

O Hospital de Betim e a produção da Saúde Coletiva, sobre hospital, são apresentados a partir de cinco grandes eixos temáticos: 1) A forma do regime jurídico-político do hospital 2) A relação do hospital com a rede básica de saúde 3) A criação de uma rede substitutiva ao hospital 4) Gestão interna do hospital 5) Humanização do espaço hospitalar.

Os eixos temáticos trazem uma proposta de análise para os hospitais, que deve ser compatível com as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Gestão, Saúde Coletiva, Assistência Hospitalar, Gestão Hospitalar, Hospital.

ABSTRACT

This is an exploratory research about the input of the "Collective Health" thought to put together public hospital integrated to the Health Services network. It is looking at the Public Regional Hospital of Betim, MG that was build by the municipal government and inaugurated on 1996.

This institution was designed and developed influenced by the "Collective Health" theory in addition to the traditional hospital management theory.

After describing the Hospital's indicators, its history and organization I made a summary of the Brazilian Hospital assistance in the 90's decade.

Then I discuss the way the "Collective Health" have had discussed the Hospital subject matter, looking for the professionals opinion about this issue.

The Betim's Hospital and the "Collective Health" production is presented in five major aspects: 1) juridical and political aspects of the hospital organization 2) the hospital relation with the Primary Health Care 3) the alternatives created to the hospital; 4) the internal management; 5) the humanization of the hospital.

After those aspects, I will analyze the hospital in accordance with the Brazilian Public Health System principles.

Key-words: Management, Collective Health, Hospital assistance, Hospital management, Hospital.

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

O hospital como uma organização diferenciada e igualmente estratégica para a garantia da vida individual e coletiva – "imagem ideal" a ser construída pelos profissionais da área da Saúde Coletiva.

Por muito tempo a assistência hospitalar não fez parte da agenda de debates do então Movimento Sanitário e posteriormente da Saúde Coletiva, exceto pela necessidade de superação do chamado modelo "hospitalocêntrico" – assistência curativa, realizada nos hospitais, por profissionais médicos, de caráter individual na forma de pronto-atendimento e marcada pela baixa resolutividade.

É o aparecimento da proposta de uma rede básica de saúde entendida como uma estratégia não só de extensão de cobertura da assistência, mas a possibilidade de uma assistência com ações individuais e coletivas, mais resolutiva e integral; um modelo "redebasicocêntrico".

Antes mesmo desta aposta, o hospital nunca foi um campo tradicional de atuação dos sanitaristas no Brasil. Observa-se que nos últimos anos esse quadro vem se alterando de maneira progressiva. São muitos os sanitaristas que fazem parte ou estão à frente de novas experiências, tomando contato com a complexa realidade da assistência hospitalar, seja no nível das administrações municipais seja diretamente administrando os hospitais públicos.

Este trabalho é um estudo exploratório acerca das contribuições da Saúde Coletiva paa a construção de hospitais eficazes e que efetivamente integrem, a rede de serviços de saúde.

Tem como foco particular a construção do Hospital Público Regional de Betim (HPRB) – MG, inaugurado em 1996 pelo gestor municipal.

A análise desta instituição se justifica pela importância do SUS/Betim no cenário da reforma sanitária brasileira, pela novidade que constituiu a construção de um hospital público com mais de 250 leitos num período – década de 90 – marcado pela política de contenção de gastos sociais, a nível federal (aí incluída a área da saúde) e,

finalmente, pela formulação de sua proposta de gestão e de assistência que rompia os marcos teóricos da área.

A experiência do Hospital de Betim é olhada não só por dentro de Betim, mas através de no sentido da emergência. Entendida não como uma emergência qualquer, é uma aparição na década de noventa e no SUS – Sistema Único de Saúde – já "maturado" pelas gestões pós 1989. É uma emergência aonde a Saúde Coletiva vem experimentando uma nova relação com o hospital e que se produz nos anos noventa.

O Hospital de Betim e a produção da Saúde Coletiva, sobre hospital, são apresentados a partir de cinco grandes eixos temáticos: 1) A forma do regime jurídico-político do hospital 2) A relação do hospital com a rede básica de saúde 3) A desospitalização, ou seja, a criação de substitutivos do espaço hospitalar – como os Programas de Internação Domiciliar 4) A gestão interna da organização hospital - reflexões e mudanças de organogramas, dos processos de trabalho, de avaliação da qualidade e 5) A Humanização do espaço hospitalar.

Os eixos temáticos acima trazem uma proposta de análise para os hospitais, compatível com as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde de universalização, integralidade, descentralização administrativo-financeira e com participação e controle social.

Vale ressaltar que a implantação de um projeto, de cunho mais universalista, como o representado pelo SUS, vem esbarrando em obstáculos estruturais e conjunturais decorrentes, entre outros, de mudanças na concepção acerca do papel do estado, que traz elementos como a focalização através das políticas públicas, com reflexos diretos na assistência hospitalar.

A proposta a partir dos cincos eixos temáticos, acima mencionados, está intimamente implicada com um tipo de análise da crise da assistência hospitalar brasileira que não é a única e nem a preponderante da área mas a que norteou a "construção" do hospital de Betim.

"Por trás" desses eixos, existem algumas **questões** consideradas **fundamentais**, no contexto de consolidação do SUS e da possibilidade de contribuição da Saúde Coletiva para se pensar um novo hospital:

- Temos formas de evidenciar que alguns arranjos permitem alterar positivamente a relação hospital – rede básica de saúde? Qual a relação desta com os substitutivos do hospital?

- O hospital é um lugar onde é possível se ter bons resultados do ponto de vista da intervenção?

- É possível que estes resultados sejam favoráveis para os usuários? E que possam ser de custos mais controláveis?

- Como manter usuários com autonomia sobre seu corpo e sua vida?

- Como a Saúde Coletiva tem contribuído em dar respostas a estas questões?

- E o Hospital de Betim tem algo a dizer sobre isso?

Este trabalho se situa em meio a estas questões. Ainda que sem a pretensão de responde-las, a linha de investigação proposta procura mostrar como a área vem enfrentando o tema do hospital, oferecendo assim, subsídios para a reflexão e para o enfrentamento dessas.

O desenho do estudo para a investigação abrange uma análise da assistência hospitalar no Brasil, na década de noventa; uma apresentação do Hospital Público Regional de Betim e uma reflexão sobre a produção da Saúde Coletiva para o hospital e seus temas, tendo os eixos temáticos como fio condutor.

O recorte do tempo utilizado, década de noventa, é justificado pelo fato de que a experiência de "produção" do hospital de Betim - como é concebido, construído, equipado e gerido - acontece no período de 1993 a 1996, quando se inicia o seu funcionamento.

Para dar forma a esse conteúdo, o trabalho se organiza da seguinte maneira: No **Primeiro Capítulo**, descrevo e analiso a experiência do Hospital de Betim através dos indicadores de desempenho, tradicionais da área hospitalar, para em seguida fazer uma contextualização histórica do seu surgimento e de como se dá o seu funcionamento.

Metodologicamente, para esta etapa, realizo uma revisão e análise de documentos sobre o Hospital de Betim, entre os quais, teses, artigos de revistas, monografias, capítulos de livros, trabalhos enviados para congressos e relatórios institucionais do período de 1994 a 1998. Para a atualização dos dados da performance do hospital foi consultada a base de dados do Sistema de Informação Hospitalar –SIH do DATASUS, disponível por meio eletrônico.

Além das fontes citadas acima, menciono como relevante, as informações escritas ou recuperadas pela memória a partir de minha inserção profissional, inicialmente como componente do grupo-tarefa responsável por colocar o hospital em funcionamento e depois na qualidade de assessora de Planejamento e Administração da diretoria daquele hospital, no período de março de 1996 a março de 1998.

Dando continuidade ao diálogo entre a experiência de Betim e a Saúde Coletiva, o **Segundo Capítulo** inicia contextualizando a situação da assistência hospitalar, no Brasil e na década de noventa. Nesse, privilegio o diagnóstico da existência de uma crise de eficácia dos hospitais públicos[1] considerados, em sua maioria, mal gerenciados, sucateados, sem recursos e expostos freqüentemente à privatização de suas instalações e serviços. Lembrando que a crise pode ter diferentes significados, dependendo de quem fala e de onde fala.

Apresento ainda um panorama das propostas que pretendem modificar tal situação, considerando os seus vários determinantes. Termino com uma reflexão sobre a influência destas propostas no hospital Público Regional de Betim.

No **Terceiro Capítulo** a aproximação da Saúde Coletiva com o tema do hospital é realizada a partir do olhar de profissionais da área.

1 Nesta investigação, o termo "hospital público" é utilizado como sinônimo de hospital governamental ou estatal.

Inicialmente trago a reflexão sobre qual é o significado de Saúde Coletiva neste trabalho. É realizada a partir de uma breve história de como a área vem se constituindo, utilizando os autores que fizeram esses registros e análises de maneira mais detalhada e aprofundada, noutros trabalhos, do que a aqui realizada.

Em seguida apresento a reflexão de alguns profissionais da área sobre o hospital e a Saúde Coletiva.

A escolha dos profissionais entrevistados teve como critério a influência dos respectivos grupos de pesquisa e (ou) instituições por eles representadas e o reconhecimento da relevância teórica de suas produções sobre o tema hospital.

Nesse sentido, entrevistei os professores: Ana Maria Malik do PROAHSA - FGV, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio do LAPA/DMPS/FCM/UNICAMP e Pedro Ribeiro Barbosa da ENSP/FIOCRUZ. Complementarmente, incorporei a produção teórica, mais recente, desses mesmos profissionais.

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado onde os entrevistados eram convidados a falar livremente sobre os temas colocados. Ver roteiro das entrevistas no ANEXO 1.

A leitura dessas entrevistas[2] seguiu o referencial de hospital proposto por esse trabalho, ou seja, a relação do hospital com a rede de saúde, a gestão do hospital e os prováveis arranjos para mudanças na forma de geri-lo, a humanização do espaço hospitalar e a constituição de uma rede substitutiva ao hospital. Foi ainda pontuada a relação da Saúde Coletiva com o tema do hospital.

Já no **Quarto Capítulo** apresento a produção da Saúde Coletiva sobre hospital. Esta discussão é realizada a partir de um levantamento bibliográfico no período de 1990 a 1999.

Constato que a Saúde Coletiva vai se expressar na academia ou em documentos governamentais. Este trabalho se propõe a avaliar essas publicações, já que os documentos governamentais aparecem como relatórios internos dos governos, de circulação restrita, e na maior parte das vezes, inacessíveis.

2 As entrevistas foram gravadas e as transcrições se encontram nos arquivos da pesquisadora.Após a transcrição, procedeu-se análise de conteúdo.

Consequentemente, para a análise sobre as tendências da área para o tema do hospital, utilizo a produção dos congressos, das teses e dos artigos publicados nas revistas, na década de noventa.

Foram consultados os periódicos indexados[3] da área da Saúde Coletiva. Portanto foram incluídos: *Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública*[4]*, Ciência e Saúde Coletiva e* a *Saúde e Sociedade*[5]. A revista, *Saúde em Debate* foi incluída, apesar da irregularidade de suas publicações, trazendo dificuldades na localização dos exemplares.

Quanto à seleção dos artigos foram excluídos aqueles que tinham o hospital como espaço físico onde se realizava uma investigação e não como tema em si. Foram excluídos também aqueles que se propunham a avaliar a qualidade do preenchimento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar). Porém foram incluídos os que utilizavam os dados da AIH para avaliar determinada característica do hospital (freqüentemente a qualidade da assistência ou os custos).

Foram analisados os resumos de trabalhos enviados e aprovados (pela comissão científica de cada evento) para os congressos da área. A pesquisa foi realizada a partir dos anais publicados em cada congresso.

Para a escolha de quais seriam os congressos da área, tomou-se como perspectiva que, enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva é considerada como um campo de conhecimento interdisciplinar. Cujas disciplinas básicas, seriam a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde (Paim e Almeida Filho, 1998).

Além do próprio congresso da ABRASCO, foram objetos de análise os congressos de Epidemiologia e os de Ciências Sociais em Saúde. A área de planejamento, até então, não se organizou de maneira separada na produção de eventos científicos.

3 Apenas a Revista de Saúde Pública da USP é indexada ao nível mundial e as demais são indexadas no nível da América Latina.

4 Segundo Viacava Ramos (1997: 151) estas duas primeiras seriam as revistas mais freqüentemente utilizadas pelos pesquisadores da área da Saúde Coletiva.

5 Na análise foram incluídos os suplementos das respectivas revistas.

Tiveram seus materiais pesquisados, os seguintes eventos: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 1994 e 1997, Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, de 1995 e de 1999 e o Congresso Paulista de Saúde Coletiva de 1993, 1997 e de 1999.

Os trabalhos foram analisados a partir dos eixos temáticos identificados na pesquisa. A escolha desses eixos é justificada na primeira parte desse capítulo - o quarto - , ainda que fartamente utilizados nos capítulos anteriores.

Trago de maneira explícita uma das sínteses possíveis, partindo dos trabalhos e entrevistas, para as conexões entre o Hospital de Betim e a Saúde Coletiva a partir dos eixos temáticos, apontando as conexões relevantes. Nela procuro analisar a validade da minha "hipótese" de que: o Hospital de Betim é construído a partir da contaminação da lógica tradicional de organização hospitalar pelo olhar (valores e estratégias) da Saúde Coletiva.

Ou seja, é a partir deste olhar que se tentou introduzir uma racionalidade ordenadora para a construção do Hospital de Betim não encontrada em muitos lugares.

Enfim, percebo que a experiência de Betim seria induzida por um determinado arcabouço teórico-prático; compartilhado por apenas parte da Saúde Coletiva.

Concluo discutindo a possibilidade de uma proposta de pauta, de agenda para a Saúde Coletiva sobre o tema do hospital merecedora de novas investigações.

CAPÍTULO 1

O HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM

O Hospital Público Regional de Betim

A apresentação do Hospital Público Regional de Betim – HPRB – (desde o seu número de leitos, qual a sua fonte de financiamento, como funciona, seus dados de produção e até alguns indicadores de resultado), logo no início do trabalho, busca construir evidências de que o Hospital de Betim é um hospital geral, regional, de grande porte[1], bem gerenciado pelo setor público e que presta uma assistência com qualidade. Apesar da receita parecer antiga e ultrapassada é um hospital que vem dando certo.

Foi um hospital planejado e dirigido pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Betim a partir de 1993, equipe que escolheu qual seria o modelo de gestão e de assistência e a tradução dessas escolhas no cotidiano do funcionamento do hospital.

Mas como se deram essas escolhas? O HPRB traz à tona quais idéias e concepções acerca do tema hospital? Está inspirado no que? E de onde vem essa inspiração, ou seja, essas influências? Ao se identificar um conjunto de questões e assuntos de como o tema deve ser tratado, cria diálogo com quem?

São questões que nortearão o trabalho que se inicia.

Apresentação do HPRB

O Hospital Público Regional de Betim é um hospital geral com 303 leitos,[2] localizado no município de Betim – Minas Gerais. Sob o regime público, ele é gerenciado pelo poder municipal e no caso, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Betim faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte[3] (fica a 30 km desta), com uma população de 302.108 habitantes no ano de 2000 e que somente a partir de julho de 1996 passa a ter um hospital geral e público.[4]

1 Pela OMS (Organização Mundial de Saúde) os hospitais podem ser classificados, de acordo com o número de leitos em: de pequeno porte – até 50 leitos, médio porte – 50 a 150 leitos e de grande porte aqueles hospitais acima de 150 leitos.

2 Estão incluídos os leitos de apoio que normalmente não são contabilizados, como os leitos de UTI, do pré-parto e os de observação da Unidade de Emergência.

3 Para uma melhor caracterização do município, ver Bueno (1997) e Carvalho (1997).

4 Há no município um Hospital Estadual com 30 leitos localizado na Colônia Santa Izabel (para portadores de hanseníase), de baixa resolutividade e pouco procurado pela população graças ao estigma da hanseníase. Há ainda o hospital da UNIMED com 60 leitos só para adultos que não atende pelo SUS. A Maternidade Municipal com 32 leitos foi inaugurada, também pelo gestor municipal, um ano antes do HPRB.

De caráter regional, este hospital veio para atender não só a população de Betim mas de outros municípios da região que também não contavam com atendimento hospitalar para os casos de maior complexidade.

Para viabilizar essa relação entre os municípios foi criado o CISMEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – um consórcio público entre oito municípios[5].

Tinha entre os seus objetivos[6] garantir e otimizar os leitos hospitalares dos municípios envolvidos, garantindo também o financiamento da assistência hospitalar, implicando até no remanejamento dos tetos financeiros (repassados aos municípios pelo Ministério da Saúde, mediante alguns critérios) entre os consorciados.

Para uma população de 384.379 habitantes, em 1996[7], os municípios do consórcio, contavam com 317 leitos (aí incluídos os leitos privados, não disponíveis para o SUS), numa relação de 0,8 leitos/1000 hab. Os 303 leitos do HPRB dobraria este número de leitos, mas ainda com uma relação de 1,6 leitos/hab., muito abaixo do padrão mínimo preconizado pela OMS e pela portaria 3046/MPAS que é de 3,5 a 4 leitos/1000 hab., ficando a região ainda com um déficit de 725 leitos (quando utilizado o parâmetro de 3.5 leitos/1000hab.). A situação era agravada pela inexistência até então de leitos de UTI (adulto e/ou infantil) e de neonatologia, sobrecarregando o já crítico sistema de saúde de Belo Horizonte.

Dos atuais 303 leitos (no final de 1998 eram 262 e em 99 os 303), 11 são de UTI (adulto e infantil), 82 de cirurgia, 36 de gineco-obstetrícia, 80 de clínica médica, 16 na Unidade de Emergência e 78 de pediatria (aí incluídos os de neonatologia e de UTI neonatal).

5 Fazem parte do consórcio os seguintes municípios: Betim, Bonfim, Brumadinho, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba e Mateus Leme.

6 Eram também objetivos do CISMEP: garantir o atendimento de urgência e emergência nos municípios do consórcio, implantar leitos de terapia intensiva nos municípios do consórcio, ampliar e organizar a oferta de consultas especializadas, definir a oferta dos serviços de alto custo entre os municípios do consórcio e garantir a oferta de exames especializados entre os municípios (Relatório CISMEP, 1996).

7 Em 2000 a população da região já era de 451.417 habitantes.

Desde a sua inauguração em 1996 o hospital vem atendendo a um número cada vez maior de usuários. É possível observar este crescimento pelo número de altas hospitalares ao utilizarmos como referência, as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) pagas ao longo dos anos, atingindo 21.545 AIHs no ano de 2000.

Aponta-se ainda para uma excelente produtividade, quando avaliamos o número de internações/leito que foi de aproximadamente 71 internações/leito/ano (o parâmetro preconizado pela portaria já citada, a 3046/MPAS, é de 45 internações/leito/ano).

A tabela e o gráfico abaixo permitem uma visualização deste crescimento através de cada clínica, desde a inauguração do hospital.

Tabela 1: Número de AIHs "pagas"/especialidade/ano do HPRB – de 1996 a 2000.

ANO/ESPECIALIDADE	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Cirurgia	43	1.952	3.375	5.221	5.949	16.540
Obstetrícia	3363	6.138	6.442	7.900	8.396	32.239
C. Médica	545	3.124	3.735	4.061	3.917	15.382
Pediatria	661	2.093	2.273	2.811	3.283	11.121
Total	4.612	13.307	15.825	19.993	21.545	75.282

Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) – DATASUS.

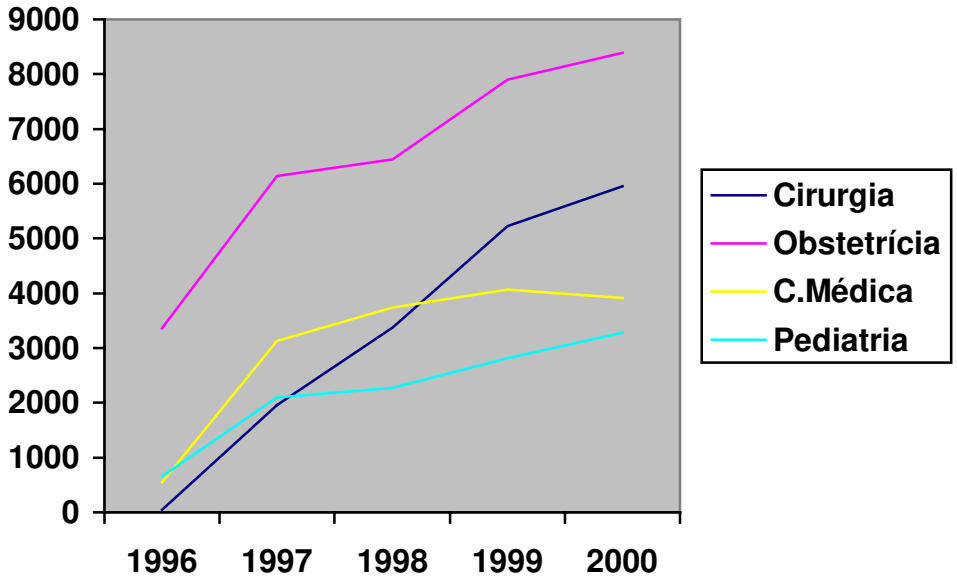

Gráfico 1: AIHs "pagas" / especialidade / ano, HPRB, 1996-2000.

Um dos fatores que estaria contribuindo para a boa rotatividade dos leitos do hospital seriam as médias de permanência observadas para cada clínica que têm apresentado valores próximos das médias padronizadas[8].

Tabela 2: Média de permanência/clínica/ano –HPRB- 1997 a 2000.

Especialidade	1997	1998	1999	2000
Cirurgia	4,3	5,4	5,0	4,1
Obstetrícia	2,4	2,5	2,6	2,4
Clínica Médica	6,8	7,5	8,4	7,5
Crônicos e FPT	28,3	28,6	33,3	---
Pediatria	8,8	9,7	8,9	7,8
Média total	4,9	5,4	5,3	4,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – DATASUS.

Essas médias de permanência poderiam estar sofrendo influências diretas do Programa de Alta Precoce e de Internação Domiciliar.

O Hospital conta ainda com uma Unidade de Atendimento ao Paciente Renal Crônico que funciona em três turnos, com treze máquinas de hemodiálise e uma média de 60 pacientes em acompanhamento contínuo com 6500 a 7000 sessões de hemodiálise e diálise peritonial/ano (Relatório Anual, 1997 e 1998).

A Unidade de Emergência atende às urgências referenciadas pelas outras unidades de saúde do município e da região. Para essa unidade vão os casos das urgências clínicas, cirúrgicas, pediátricas, ortopédicas, neurológicas, toxicológicas e os grandes traumas. Realiza uma média de 3.500 atendimentos/mês. Este número é alto para um serviço de Urgência/Emergência referenciada – sem porta aberta. Seria justificado pela transferência do atendimento de ortopedia para o hospital.

8 Considero aqui os valores de 3 dias para a obstetrícia (o HPRB é referência para os partos de alto risco da região), de 6 dias para a Clínica Médica e de 5 dias para a Pediatria e para a Cirurgia geral. Sei que não podemos esquecer das complicações que envolvem este indicador o qual sofre influência direta da complexidade dos casos internados em cada clínica.

Há ainda o ambulatório, para os pacientes egressos de algumas das unidades de internação, principalmente os da Unidade de Cirurgia ou para avaliação dos pacientes encaminhados para a cirurgia eletiva, pelas unidades básicas de saúde de Betim e dos outros municípios, seguindo as orientações do protocolo de referência e contra referência.

O Hospital de Betim é a referência para a realização dos exames de patologia clínica, tomografia, ecocardiografia e eletroencefalografia para as outras unidades de saúde[9] de Betim,. Estes exames são também oferecidos para os municípios do consórcio (exceto os de patologia clínica), além de consultas em algumas especialidades (estas acontecem em outra unidade da rede de saúde, o Centro de Referência de Especialidades "Divino Braga").

O número de funcionários, incluindo todas as unidades é de, aproximadamente, 1250 funcionários. Somente o serviço de segurança é terceirizado. Levando a ter uma relação de 4,1 funcionários/leito. É uma relação boa se considerarmos o número das internações, dos atendimentos ambulatoriais e de emergência além da prestação de serviços para a rede.

FINANCIAMENTO

O Hospital é custeado pelo gestor municipal e pelo Ministério da Saúde através do repasse direto de verba, do faturamento das AIHs e de outros procedimentos, para o Fundo Municipal de Saúde.

O município de Betim é gestor pleno do sistema de saúde[10], permitindo que o mesmo gerencie a assistência hospitalar e a ambulatorial de média e alta complexidade. Para o ano de 2001 em que a população já estava em torno de 303.000 habitantes, o teto total anual previsto (de repasse para a saúde) foi de R$ 24.122.580,00 (DATASUS, 2001). Para o hospital o município repassa o equivalente à folha de pagamento já que o "faturamento" SUS tem permitido cobrir o custeio dos componentes restantes. O custo

9 A coleta dos exames de patologia clínica é descentralizada, realizada em cada Unidade Básica de Saúde e processados no Hospital.Cada uma das quatro Unidades de Atendimento Imediato – UAIs – conta com um laboratório para os exames de urgência, assim como os de Rx.

10 Betim fez parte dos primeiros 27 municípios que se habilitaram na então gestão semiplena do serviço em janeiro de 1995, sendo gestor pleno do sistema a partir de 1998.

mensal do HPRB tem sido de R$1.700.000,00 (+/- R$150.000,00), e o custeio da folha de pagamento dos funcionários tem representado 65 a 70% deste valor.

Ao longo dos anos o Hospital tem conseguido melhorar o valor médio da sua AIH, refletindo a melhoria do registro nos prontuários, dos procedimentos realizados e de uma equipe mais profissionalizada no faturamento. No ano de 1998 o valor médio da AIH foi de R$321,00, em 1999 de R$346,52 chegando a R$386,43[11] no ano de 2000[12].

Já implantado o sistema de apuração dos custos, a direção do hospital vem buscando conhecer o custo real de cada uma das unidades e até de alguns procedimentos.

O HPRB é um dos hospitais cadastrados no banco de Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos do Ministério da Saúde. Através deste cadastro o hospital vem conseguindo comprar produtos médico-hospitalares com melhores preços[13].

Qualidade

Desde o início de seu funcionamento o HPRB vem sendo avaliado pelo usuário; a começar pelo serviço de hotelaria até a forma como os cuidados foram prestados pela equipe (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais).

Nas respostas dos questionários, mais de 90% dos usuários têm avaliado como ótimo os cuidados recebidos no hospital[14] (Avaliação dos Usuários, 1997).

O Hospital tem mantido a taxa de mortalidade institucional abaixo de quatro óbitos a cada cem pacientes internados/ano[15].

11 Dados do SIH / SUS - DATASUS.

12 O valor médio da AIH de R$350,00 tem sido usado como referência de meta a ser atingida pelos serviços. A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo estipulou esse valor como meta a ser atingida pelos 11 hospitais que gerencia e que têm o Contrato de Gestão como instrumento de acompanhamento da gestão – as Organizações Sociais (Ibañez et al, 2001).

13 O registro de preços é uma licitação na modalidade de concorrência, onde os participantes apresentam os seus preços para registro. Estados Municípios, Distrito Federal e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde podem comprar os produtos aos preços registrados sem necessidade de licitação, utilizando a Ata de Registro de Preços/MS, o que faz o procedimento de aquisição bem mais ágil.

14 Vários são os trabalhos que têm questionado sobre a validade das avaliações dos usuários no que diz respeito: qual o melhor momento para realizar a avaliação, o receio do usuário de avaliar mal e ser maltratado pela equipe, a não possibilidade de escolha de serviços, o instrumento de avaliação: se escrito não contempla os analfabetos, se através de entrevista geraria o constrangimento de uma resposta negativa, entre outros questionamentos. No capítulo 4 este tema será retomado.

15 Em 1996 a taxa da mortalidade institucional foi de 0,63, em 1997 de 2,07, em 1998 de 3,88, em 1999 de 3,38 e em 2000 de 2,97.

A taxa de cesariana vem se mantendo sempre abaixo dos 30% em relação ao total de partos. Esse número chama a atenção pelo fato de ser o Hospital a referência para os partos de alto-risco de Betim e dos outros sete municípios do consórcio.

Em junho de 2000 o HPRB recebeu do Ministério da Saúde o título de "Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar" (Brasil, 2000 b). O título é conferido a instituições hospitalares, integrantes do SUS, que tenham comprovado experiência na qualidade da gestão e organização assistencial. Estes Centros Colaboradores teriam como principal atribuição desenvolver atividades de assessoria/consultoria, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Assistência à Saúde SAS/MS e integrantes do Sistema Único de Saúde. O título tem um ano de validade.

O Ministério da Saúde tem como objetivo incentivar a divulgação e a disseminação das experiências bem sucedidas dos hospitais que integram o SUS e que investem no incremento da qualidade da assistência elevando o padrão de atendimento de seus usuários (Brasil, 2000 c).

Mas o que fez com que este hospital desse certo? Além de ser um hospital "novo" - hoje com cinco anos - no que ele inova? Qual a sua proposta de gestão e de assistência que o tornou conhecido nacionalmente? E como ele vem operacionalizando essa proposta? Qual a referência, a inspiração, dessa proposta?

História do HPRB

O Ministério da Saúde iniciou, em 1991, a construção de um hospital em Betim (e de outros 21 em outros estados, principalmente em São Paulo). Porém, suspeitas de superfaturamento interrompem as obras que tinham os alicerces iniciados (o repasse dos recursos financeiros é interrompido pelo Ministério da Saúde e o então INAMPS inicia uma auditoria para apuração do caso).

Quando a nova administração municipal assume o governo em 1993, a retomada da construção do hospital sai das promessas de campanha eleitoral e é viabilizada.

Após negociações com a construtora responsável, uma nova planilha de preços para a mão de obra e para compra de materiais (e com novos prazos de pagamento) é apresentada e aprovada pelo, então, INAMPS.

Ao mesmo tempo a assessoria contratada pela prefeitura havia revisto o projeto arquitetônico, que com as alterações, aumentou o número de leitos de 200 para 313 e mesmo assim houve uma redução dos custos de 30 milhões de dólares previstos inicialmente para 15,9 milhões. Desse valor o Ministério da Saúde custeia 7,5% e os 92,5% restantes são pagos com verba própria do tesouro municipal (Oliveira, 1997).

Em outubro de 1994 o LAPA/DMPS/UNICAMP é contratado para assessorar a Secretaria Municipal de Saúde de Betim na reflexão sobre a melhor forma de administração para o novo hospital[16].

A prefeitura de Betim opta por manter o novo hospital na administração direta sob a forte argumentação da Secretaria de Saúde de que somente assim seria possível garantir um hospital integrado com os outros serviços da rede municipal de saúde e que diante dos riscos de uma futura privatização, a mesma seria dificultada.

Portanto é nesse momento que o LAPA /UNICAMP é procurado para ajudar a pensar como seria o novo hospital e ao mesmo tempo, reorganizar o sistema de saúde[17] para que com a inauguração do hospital, da maternidade municipal e de mais duas unidades de atenção imediata não repetisse os chamados modelos hospitalocêntricos (hospitais + pronto-atendimento + "postinho" de vacina) – hospitais "engolindo" a rede de cuidados que deveria ser realizada ao nível ambulatorial".

Essa era uma preocupação constante da direção da Secretaria Municipal de Saúde, composta por vários sanitaristas, e compartilhada pelos assessores do LAPA.

Mas porque o LAPA? Alguma experiência com hospitais?

16 O corpo de direção da Secretaria Municipal de Saúde estava num processo de negociação, até mesmo de disputa, com a prefeitura que achava arriscado o novo hospital ser mais uma unidade da SMS, na administração direta, como propunha a SMS (argumentava-se o alto custo operacional e a tradicional "incompetência" gerencial do setor público) e tinha como proposta a criação de uma fundação ou a terceirização do gerenciamento do hospital.

17 Neste período a rede era composta por dezoito unidades básicas de saúde, um centro de referência de especialidades, um centro de convivência para DST-AIDS, três centros de referência em saúde mental, um serviço de fisioterapia, duas unidades de atenção imediata e uma maternidade. Para um maior detalhamento do sistema de saúde de Betim ver Bueno (1997) e Carvalho (1997).

O LAPA

O Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – LAPA - foi formado, no final da década de oitenta, por um grupo de profissionais da saúde que atuavam no chamado Movimento Sanitário Nacional.

O LAPA faz parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Apostando na Universidade como espaço de produção e construção do SUS, reuniu profissionais de variadas formações e com experiência em Serviços de Saúde que intentam articular academia e serviço através de suas atuações como assessores e ou integrantes das equipes dos serviços. Ao mesmo tempo em que se teorizava, experimentava-se e vice-versa[18].

O LAPA tem, nas suas experiências institucionais, realizado intervenções em diferentes campos buscando construir alternativas à gestão no setor saúde, apostando na mudança das instituições de saúde, através de:

- ações que visam as reformas das organizações públicas gestoras e prestadoras de serviços de saúde, no sentido de sua modernização gerencial, procurando torná-las mais públicas e mais eficientes;

- ações que objetivam o desenvolvimento de uma nova cultura gerencial, no sentido de construir práticas mais coletivas e transparentes, através da montagem de sistemas colegiados de gestão horizontalizados e centrados em contratos os quais devem ser explicitados por sistemas de prestação de contas, públicos e centrados nos usuários;

- ações que procurem reorganizar o processo de trabalho em saúde no sentido de impor a racionalidade das necessidades de saúde dos usuários como molas mestras do fazer cotidiano dos serviços, ações estas que devem ser compatibilizadas com critérios de eficiência e eficácia (*LAPA/CNPQ, 1997*).

18 Parte dessas experiências fazem parte dos livros "Inventando a Mudança na Saúde" e "Agir em Saúde: um desafio para o público".

A experiência do LAPA na área de gestão hospitalar é inaugurada no Serviço de Saúde "Cândido Ferreira", hospital psiquiátrico localizado no município de Campinas, no início da década de 90. Ali já podem ser vistas as diretrizes, apontadas por Campos (1992) como necessárias para a construção do novo hospital: - gestão colegiada em todos os níveis, - "achatamento" do organograma com redução dos níveis de poder, - planejamento ascendente a partir das equipes de trabalho e uma radical transformação dos seus processos de trabalho (Onoko e Amaral, 1997).

Em outubro de 1991, tem início o trabalho junto à Santa Casa do Pará que apesar do nome, é um hospital público estadual. Esta experiência vai se diferenciar da anterior pelo fato da intervenção do LAPA se dar na forma de consultoria, através de dois técnicos, ao passo que no Cândido os técnicos do LAPA eram, também, funcionários do hospital. A Santa Casa vai se tornando desde o início, numa espécie de laboratório de experimentação de idéias e concepções que eram trabalhadas a um nível mais teórico pela equipe do LAPA e ainda incipientes, no Serviço de Saúde Cândido Ferreira, já mencionado.

O pano de fundo dessas experiências, ou melhor, o que as estimulava era a compreensão da necessidade e da justiça da luta por um hospital público, inserido dentro do Sistema de Saúde que garantisse atendimento humanizado, competente e universalizado, conforme as consignas do Movimento Sanitário desde, pelo menos, a década de setenta.

Foi o trabalho em Belém que deu uma certa visibilidade nacional ao modelo de gestão proposto pelo LAPA, abrindo novas possibilidades de intervenção, tais como: no Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), na Maternidade Odete Valadares e no Centro de Geral de Reabilitação CGR/FHEMIG em Belo Horizonte (MG) e no Hospital Público Regional de Betim (MG)[19]. Essas intervenções partem de um patamar, já acumulado de acertos e desacertos.

O I Curso de Especialização em Gestão Hospitalar realizado pelo LAPA/DMPS/FCM/UNICAMP em conjunto com a Federação das Misericórdias de São Paulo, no período que vai de junho de 1994 a março de 1995, constitui espaço propício para uma reflexão mais sistematizada sobre o que vinha sendo trabalhado nas intervenções em hospitais públicos (Cecílio, 1995).

19 Merecem ainda serem citadas as experiências no Hospital Municipal de Paulínia – SP, Hospital Getúlio Vargas – RS; O Centro Infantil Dr. Boldrini entre outros.

O HPRB foi, portanto, mais um espaço em que o LAPA, junto com a Secretaria de Saúde de Betim experimentou mudar a forma de compreender e consequentemente de fazer o hospital. Foi a aposta de um grupo da Saúde

Coletiva em tentar reformular o modelo da assistência hospitalar no Brasil. A experiência deste Hospital se diferencia pelo fato de não ser uma reformulação, como os outros, era "começar do zero" e ir criando o que se queria diferente.

Na tentativa de compreender como se dariam essas mudanças, no cotidiano do hospital; apresento como se organizou o HPRB, o que foi negociado com os profissionais, como se tentou democratizar as relações entre os profissionais e a direção do hospital, entre os usuários e os profissionais; como humanizar o atendimento sem se descuidar da sua eficácia.

A descrição é realizada utilizando os cinco eixos centrais desta investigação e

descritos detalhadamente no capítulo 4.

Algumas questões que ajudam a refletir sobre cada um dos eixos são apresentadas abaixo.

1*) O regime jurídico-político do hospital*

Como ter hospitais com uma maior autonomia gerencial e até financeira mas efetivamente integrado ao sistema de saúde loco-regional?

2) *Na relação rede - hospital*:

- Temos formas de evidenciar que alguns arranjos permitem alterar positivamente esta relação?

3) *Rede substitutiva*

- Como integrar os substitutivos do hospital (ações do hospital fora do hospital) com a rede de saúde?

4) *Na gestão interna do hospital*

- Hospital é um lugar onde é possível se ter bons resultados do ponto de vista da intervenção?

- É possível que estes resultados sejam favoráveis para os usuários?

- E que possam ser de custos mais controláveis?

5) *Na humanização do espaço hospitalar*

- Como manter a esperança dos usuários através da manutenção da autonomia deste sobre seu corpo e sua vida?

Como funciona o HPRB[20]

Os dados deste item, na sua maioria, foram coletados a partir de documentos, relatórios de oficinas de trabalho, de produção da própria instituição - o HPRB e também da Secretaria Municipal de Saúde. As atas das reuniões do Colegiado Gestor foram consultadas apenas para complementar informações já obtidas.

Serão ainda incorporados os dados da monografia de três pesquisadores (na ocasião dois deles eram membros do Colegiado Gestor do HPRB) apresentada no curso de especialização em Administração Hospitalar da ESMIG - Escola de Saúde de Minas Gerais. Nela os autores entrevistam o diretor do Hospital e todos os gerentes utilizando um questionário semi-estruturado onde falam sobre a operacionalização, o cotidiano da gestão e da assistência no HPRB (Silva, et al, 1998).

Acresce-se a estas fontes o fato de que fiz parte do grupo de implantação do hospital e após o início de seu funcionamento ocupei o cargo de Assistente de Planejamento e Administração até março de 1998, possibilitando apresentar com detalhes parte dos processos vivenciados.

20 Neste tópico utilizo parte dos dados da investigação LAPA/CNPQ na qual participei como pesquisadora também no HPRB (LAPA/CNPQ, 1997)

Os Arranjos experimentados:

O grupo de direção do Hospital, junto com a assessoria do LAPA, apostou quanto à possibilidade de experimentar novos arranjos para mudar um hospital e que vinham dando certo em outros serviços (na área da saúde mental, em unidades básicas de saúde) ou outros que nunca haviam sido experimentados (Rollo e Oliveira, 1997).

À medida que o Hospital foi sendo povoado pelos funcionários e mais tarde pelos usuários esses arranjos vão se concretizando de maneira peculiar.

A seguir são apresentados alguns desses arranjos propostos a fim de ajudar na reflexão sobre as questões colocadas na página anterior

I. A GESTÃO INTERNA do HOSPITAL[21]

I.1. A Gestão Colegiada

O HPRB é dirigido por um Colegiado Gestor composto pelo diretor do hospital, quatro assistentes da diretoria e os gerentes de todas as unidades de produção[22]; não existindo cargos de chefia intermediária. É um organograma horizontalizado, orientado não pelas categorias profissionais e sim pela linha de produção do cuidado ou de determinado produto. São dezessete unidades sendo oito assistenciais.

As reuniões do Colegiado Gestor acontecem semanalmente e a pauta é organizada pelos assistentes da diretoria de acordo com as solicitações do diretor ou dos gerentes ou ainda aquelas já acordadas nas reuniões anteriores. Ao final do ano de 2000 já haviam passado três diretores pelo hospital sendo mantida a mesma estrutura formal.

21 Sobre este tema há a tese de mestrado: "Reforma dos serviços de saúde: um olhar sobre o Hospital Público Regional de Betim". Nela a autora relata detalhadamente a proposta da gestão colegiada a qual considera como um potente arranjo institucional na democratização das relações intra-hospitalares aliada à horizontalização do organograma em contraposição às propostas "tradicionais" (apresentadas a partir da revisão das teorias da administração) e tem o Hospital de Betim e o foco da investigação (Silva, 1999).

22 O conceito de unidade de produção e o papel dos colegiados gestores na organização hospitalar já foi discutido, por outros autores, ao relatarem as experiências do LAPA, mencionadas em várias partes deste trabalho.

Analisando as atas das reuniões até o ano de 1998 foi possível, a partir da temática das pautas, identificar quatro momentos nos quase três anos de funcionamento do colegiado que se inicia antes mesmo da abertura do hospital à população em julho de 1996. Sendo os seguintes momentos: 1º. *elaboração e prestação de contas* do plano de abertura das unidades do hospital,

2º. *normatização* – criação e aprovação das normas de funcionamento do hospital já que o mesmo era uma instituição nova, ainda sem suas regras (forma de encaminhamento dos pacientes da rede para o hospital, regras de funcionamento: das portarias, do refeitório, do auditório, do Centro de Estudos, do vestiário, avaliação do período probatório dos novos funcionários, controle do absenteísmo entre outras),

3º. da *transição política* - a abertura progressiva do hospital, afinal eram 303 leitos, coincide com o processo das eleições municipais (novembro de 1996) e o hospital era foco da campanha pois 93% dos investimentos para a construção e 100% do custeio para equipá-lo foram com recursos do município e o candidato de oposição àquela administração prometia passar a administração do HPRB para a UNIMED local. Há uma mobilização dos então dirigentes do hospital para garantir que o mesmo continuasse público e fosse mantida a proposta do modelo de gestão e de assistência que se iniciava. Princípios mantidos com a vitória do candidato da então prefeita.

4º e por último o *gerenciamento do cotidiano* - as reuniões do colegiado passam a serem "colonizadas" pelo o "como fazer", as dificuldades de implantar as diretrizes do modelo de assistência e de gestão (como operacionalizar o prontuário único, como é trabalho em equipe, responsável pelo cuidado dos pacientes de x leitos), o tensionamento com a presença de acompanhantes em todas as clínicas e inúmeras outras discussões sobre o processo de trabalho incluindo questões relacionadas ao provimento de materiais, funcionamento e aquisição de equipamentos).

I.2. Colegiado gestor das unidades

Foi constituído um colegiado gestor em cada uma das unidades do hospital. Comparando as várias unidades eles vão apresentar uma composição variada, assim como o funcionamento.

A Unidade de gineco-obstetrícia tem seu colegiado composto por uma enfermeira (uma das diaristas), uma médica - diarista e técnicos de enfermagem de turnos de trabalho diferentes, além do gerente da unidade. As reuniões em geral são quinzenais podendo ter a freqüência alterada de acordo com a necessidade.

As unidades de Neonatologia, Pediatria e Clínica Médica têm composição e funcionamento semelhante à Unidade de Gineco-obstetrícia.

Já as unidades de Cirurgia, UTI e Emergência apesar de terem constituído seus colegiados com composição semelhante, não conseguiram fazer com que as decisões fossem aí tomadas e os mesmos existem mais como uma demanda da diretoria. Conversando com os gerentes é possível levantar algumas hipóteses para o não funcionamento: na UTI e na Emergência - a maioria dos profissionais são plantonistas e se envolvem pouco com o serviço, foram unidades que também não conseguiram modificações no processo de trabalho até porque o trabalho nestas unidades tem suas peculiaridades quando comparado com as unidades de Pediatria, Ginecologia e até a de Clínica Médica.

Já na Cirurgia seriam dois os fatores: 1º a unidade teve vários gerentes (inclusive em determinado momento um dos assistentes da diretoria assumiu interinamente a gerência da unidade) e o outro fator que também pode refletir no primeiro são as várias sub-especialidades que compõe a cirurgia tensionando pela existência de coordenação por especialidades e não pelo seu lugar na produção e gestão do cuidado.

Unidades como o Serviço de Assistência ao Paciente Renal Crônico, Unidade de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, de Manutenção de Equipamentos e Instalações e a Unidade de Suprimentos optaram por ter todos os trabalhadores fazendo parte de seus colegiados uma vez que era pequeno o número de funcionários de cada uma delas, não dificultando o seu funcionamento.

A Unidade de Patologia Clínica optou por fazer reuniões mensais com todos os trabalhadores, verdadeiras assembléias. Porém a gerente foi percebendo que no dia a dia ela não tinha um grupo de apoio para encaminhar todas as decisões do Colegiado Gestor do Hospital e as das reuniões da unidade, levando à constituição, "a posteriori", um grupo executivo de apoio.

A Unidade de Sistematização da Informação e a Unidade de Manipulação, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Materiais Hospitalares têm colegiados que se reúnem semanalmente, composto por profissionais de diferentes turnos de trabalho e que têm encaminhado várias discussões com criatividade.

Todavia unidades como a de Nutrição e Dietética e de Serviços Gerais constituíram seus colegiados mas não conseguiram fazer com que fosse um grupo de apoio à gerente, as reuniões são convocadas, poucos vão e as pautas, sempre propostas pelos gerentes, ainda não conseguiram motivar os servidores talvez por ainda não trazerem o cotidiano da unidade como pauta principal das unidades.

Atuação dos gerentes - Os gerentes coordenam todas as atividades das unidades inclusive as escalas das diferentes categorias profissionais que aí atuam. Das unidades assistenciais todos são médicos exceto na UTI onde é uma enfermeira que "coincidentemente" tem tido dificuldades no gerenciamento da categoria médica. São os gerentes que lidam diretamente com os outros setores do hospital além de resolver os problemas de toda natureza na unidade. A forma como cada gerente se relaciona com a diretoria em relação a uma maior ou menor autonomia se dá de maneira diferenciada.

O provimento de gerentes, principalmente para as unidades assistenciais, foi um processo difícil devido aos baixos salários (para a mesma carga horária o profissional médico recebe mais como especialista que como gerente e com um menor grau de responsabilidades) acresce-se a isto a exigência de oito horas diárias e de um certo perfil. Um fato interessante é que se tem conseguido que profissionais diaristas da unidade assumam a gerência da mesma, cabendo reflexões que vão principalmente na direção de que esta forma de trabalho vem fazendo com que os profissionais criem uma maior vínculo e se responsabilizem mais com o serviço.

I.3. Utilização de ferramentas

No HPRB desde as fases iniciais de sua concepção até quando do seu pleno funcionamento foi lançada mão de várias ferramentas[23] desde o chamado planejamento normativo até as ferramentas da qualidade total, assim como as da análise institucional.

A abertura de todo o hospital foi planejada a partir da montagem de um plano operativo utilizando o *planejamento estratégico*, desde a compra de materiais equipamentos até o provimento do quadro de pessoal através de concurso público para todas as categorias profissionais, uma vez que o único serviço terceirizado era o de segurança. Este plano estratégico foi sendo atualizado (sistema de petição e prestação de contas) à medida que as ações e operações eram cumpridas e a demanda era por outras.

Passada a fase de abertura de todas as unidades, sendo a última, a Unidade de Emergência em janeiro de 1997, novo plano foi elaborado em maio de 1997 para dar conta dos problemas do HPRB que naquele novo momento, diziam respeito às dificuldades nas alterações dos processos de trabalho.

Antes do início de funcionamento do Hospital, os gerentes com os trabalhadores que já estavam lotados nas suas unidades, discutiram a *missão de cada unidade*, quais as *diretrizes* que orientariam o processo de trabalho na unidade, os *pedidos* dos vários usuários da unidade inclusive os internos, os *compromissos* que a unidade assumia com estes usuários, os *produtos* oferecidos pela unidade e seus *indicadores para monitorar a qualidade dos serviços*. Foi elaborado também o *fluxograma* ideal de funcionamento para as unidades. É interessante como este instrumento foi importante como problematizador do que se propunha como ideal de funcionamento e a experiência que os profissionais tinham em outros serviços, permitindo planejar algo melhor e desejado pela equipe.

Porém o mesmo não continuou a cumprir este papel de analisador do cotidiano após o início de funcionamento das unidades.

23 As reflexões de Emerson Elias Merhy sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde são fundamentais para o entendimento dessa apresentação. Neste sentido, ver Merhy (2000).

Foram realizados dois cursos de *capacitação gerencial*: o primeiro quando da abertura do hospital e o segundo após um ano e meio de funcionamento, já que uma parte dos gerentes não havia participado da primeira capacitação.

Todos os membros do colegiado gestor se responsabilizam com o funcionamento do Hospital, inclusive nos finais de semana, ao assumirem o plantão administrativo.

Foi ainda implantado um sistema de avaliação do período probatório, uma vez que a grande maioria dos profissionais era recém-contratados. Tradicionalmente não se faz esta avaliação no setor público, apesar de previsto em lei, no caso do Hospital foi possível a dispensa de funcionários que já nos três primeiros meses eram inadequados para a proposta ou não se adaptaram.

I.4. A (Re) ordenação dos Processos de Trabalho

a) Jornada de trabalho de diaristas

Para o funcionamento das enfermarias foi implantado o regime de trabalho de *diarista*[24] para todas as categorias profissionais, inclusive médicos. E apesar do receio inicial de não se conseguir preencher estas vagas, pois a maioria dos

profissionais mora em Belo Horizonte que dista 35 Km de Betim por uma rodovia bastante movimentada, não só as vagas foram preenchidas como a rotatividade apresentou-se baixa. Na unidade de Emergência e na UTI a fixação desses profissionais tem sido mais difícil provavelmente pela forma como o mercado os absorve. E são esses diaristas que têm participado dos colegiados, das reuniões clínicas, da comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos, da substituição de gerentes, quando não, se tornam gerentes além de outras atividades que tradicionalmente são de baixa adesão dos profissionais, principalmente dos médicos.

24 No caso dos médicos os mesmos deveriam estar presentes no mínimo por quatro dias e a enfermagem estava seis dias.

Porém estes profissionais têm reivindicado uma remuneração diferenciada dos plantonistas já que é a mesma e estes profissionais comparecem apenas duas vezes ao serviço, com um grau de envolvimento menor. O colegiado Gestor do Hospital sempre entendeu como justa a reivindicação mas sem autonomia para alterar os salários.

b) Equipe por leito

Os profissionais se dividiram em equipes[25] e se tornaram responsáveis por **X** número de leitos, por exemplo: um técnico de enfermagem faz todos os procedimentos que demandem seus X pacientes e não mais um dá banho em todos, outro remédio, outro leva para exames, evitando assim do paciente ser manipulado por um número incontável de profissionais e nenhum assumindo a responsabilidade pelo mesmo. Este trabalho teve como facilitador o fato de ser os mesmos profissionais todos os dias - o diarista.

c) Trabalho em equipe

A elaboração do plano terapêutico em conjunto foi a mudança que mais discussões gerou, os profissionais admitem não saber como fazer. E quem sabe? É um processo que vai caminhando lentamente com algumas unidades ousando mais, como a gineco-obstetrícia inclusive com prontuário único, mas ainda não foi efetivado a elaboração coletiva do plano terapêutico.

Mas um dos passos que vem facilitando a implantação do mesmo, são as *visitas e as reuniões clínicas* com a presença de outros profissionais além dos médicos. Acontecem na Gineco-obstetrícia, na Neonatologia, na Clínica Médica e na Pediatria, com uma freqüência de 20 em 20 dias aproximadamente. Já na UTI, Emergência e Cirurgia, só esporadicamente.

d) Discussão de protocolos

Todas as unidades assistenciais mantêm reuniões regulares de discussão dos protocolos inclusive com elaboração em conjunto com outra unidade, por exemplo, a Cirurgia com a Clínica Médica, a Gineco-obstetrícia com a Neonatologia do HPRB e com a

25 As equipes eram compostas por médico(a), técnico(a) de enfermagem e o(a)enfermeiro(a) apoiando as equipes assim como psicólogos e fisioterapeutas.

Neonatologia da Maternidade Municipal também. Têm acontecido também discussões com profissionais reconhecidamente "*experts"* em determinados temas, vindos de outras instituições, principalmente universitárias.

e) Chefia de enfermagem

Não existe a tradicional chefia de enfermagem, porém, não estava abolida a necessidade de referência técnica para a área, sendo acordado com o corpo de enfermagem que o mais coerente com o modelo seria uma das enfermeiras - diarista – de cada unidade assumir o papel de referência técnica e assim o é. Com isso o hospital não tem apenas um responsável técnico da enfermagem mas vários. A proposta foi apresentada ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN-MG que na época, 1996, não só concordou com o mesmo como entendeu ser um avanço em relação ao tradicional papel da enfermeira, muitas vezes distante da assistência.

f) Comissão de ensino e pesquisa multidisciplinar

Implantada e em funcionamento, tem como atribuições entre outras, a liberação para participação dos funcionários em eventos científicos, avaliação e aprovação de pesquisas no Hospital, estruturação de cursos de capacitação em conjunto com a Unidade de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos e apoio para as reuniões clínicas. O Hospital é campo de estágio para os alunos do 2º ano de residência na área de gineco-obstetrícia, demanda apresentada pela Universidade Federal de Minas Gerais.

g) Comissão de revisão de prontuário e óbito

Em funcionamento, é composta por profissionais da área assistencial, da Farmácia, da Unidade de Patologia Clínica e da Unidade de Sistematização da Informação.

Os resultados desta comissão têm orientado a elaboração e ou modificações de protocolos, com mudanças nas condutas dos profissionais. A expectativa é que estes resultados viessem a ser incorporados na planilha de avaliação de desempenho da unidade e mais tarde de cada um dos profissionais. Mas isto ainda não aconteceu.

h) Comissão de Padronização de medicamentos e a Comissão de padronização de materiais.

Já em funcionamento, realizada a 1ª etapa, da padronização propriamente dita, o trabalho tem sido o de atualização. Esta padronização permite ao hospital comprar produtos aliando menor preço com um padrão mínimo de qualidade e não só pelo menor preço.

São vários os trabalhos publicados que trazem mais detalhes dessa experiência do HPRB[26]. Roseli (Rollo e Oliveira 1997) descreve a missão do Hospital, traz uma síntese de sua história, as diretrizes do modelo de assistência e de gestão com a apresentação do seu organograma. Apresenta ainda uma avaliação dos cinco primeiros meses de funcionamento do Hospital com uma análise dos avanços/facilidades encontradas na implantação assim como as dificuldades encontradas.

Andrade e Machado (1997) apresentam como a proposta de gestão e de assistência se desdobrou na Unidade de Pediatria. Azevedo e Silva (1997) o fazem para as Unidades de Neonatologia e Gineco-obstetrícia, com particular enfoque na humanização da assistência.

O trabalho apresentado no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da ESMIG[27] por dois coordenadores de unidade e uma assessora da diretoria (Silva, Sterling e Silva, 1998) traz uma avaliação da implantação do modelo assistencial e gerencial do hospital Público Regional de Betim.

II. A HUMANIZAÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR

a) Direito ao acompanhante

Neste ponto o Hospital Público Regional de Betim se diferencia da maioria dos hospitais públicos. É permitida e dependendo do paciente estimulada, a presença de *acompanhante* em todas as clínicas, para todos os pacientes, com a concordância destes. Quando da entrada do acompanhante no hospital são feitas orientações sobre o regulamento

26 Já mencionada a tese de mestrado de Ana Lúcia Abrahão da Silva sobre a gestão do HPRB, (Silva, 1999).

27 ESMIG – Escola de Saúde de Minas Gerais.

do hospital sendo também entregue, por escrito, as informações necessárias através de uma cartilha. A presença de acompanhantes, inclusive na Pediatria onde há vários anos vem acontecendo por ser garantido por lei, tem sido ponto freqüente de questionamento por parte dos profissionais ora questionando o custo financeiro para o hospital, ora se não aumentaria a taxa de infecção hospitalar.

Foram levantados os custos e considerado muito baixo uma vez que o número de pacientes com acompanhantes não ultrapassava a 30% na Clínica Médica e na Cirurgia, já na Obstetrícia os acompanhantes permaneciam pouco tempo. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar só via problema quando alimentos eram trazidos de casa e se acumulavam na cabeceira no mais "quem traz infecção são os profissionais".

E por último foram realizadas entrevistas junto aos pacientes da Unidade de Clínica Médica e da Gineco-obstetrícia onde os profissionais alegavam que acompanhantes masculinos constrangiam as outras pacientes. Nas entrevistas os pacientes falaram o quanto era confortante ter alguém da família ou amigos por perto, os acompanhantes de pacientes idosos afirmaram estar aprendendo a como lidar com os pacientes em casa; e as mulheres da obstetrícia afirmaram que tinham que tomar mais cuidados com as roupas que vestiam, mas achavam muito bom terem os maridos junto delas, principalmente as puerperas, "aqui ficou igual e até melhor que maternidade particular". O psicólogo que encaminhou as entrevistas termina concluindo que era necessário um trabalho de sensibilização junto aos profissionais os quais estavam tendo dificuldades em lidar com os acompanhantes.

b) Horário de visitas

O horário de visitas no HPRB é de 14:00 às 20:00 horas para que pessoas que trabalham durante o dia possam visitar seus amigos e familiares doentes, havendo um limite no número de visitantes/leito/dia.

c) Avaliação do usuário

Implantado o questionário para o usuário avaliar: a hotelaria, a acolhida, os cuidados dos médicos, da enfermagem e de outros profissionais além de dar sugestões. O mesmo deveria ser respondido quando da alta do paciente e aplicado pelas assistentes

sociais. Estas passaram a questionar a validade da aplicação para todos os pacientes uma vez que as respostas eram semelhantes e pouco estavam contribuindo para a unidade. A avaliação passou a ser dos pacientes de alta da primeira semana do mês e aos poucos foi sendo abandonada.

Algumas unidades desenvolveram questionários próprios e têm feito avaliações periódicas como é o caso da Unidade de Nutrição e Dietética, da Neonatologia e da Atenção ao Paciente Renal Crônico.

Uma avaliação indireta e possível do HPRB é considerar que foi necessário criar um termo de responsabilização, nas UAIs (Unidades de Atendimento Imediato), de onde a maior parte dos pacientes é encaminhada para internação. Neste documento os pacientes ou responsáveis assinam que se recusam a ir para outros hospitais de Belo Horizonte quando não tiver vaga no HPRB. Méritos do hospital mas também uma recusa de enfrentar a peregrinação por uma vaga nos hospitais desta cidade.

d) Avaliação dos funcionários

Foi ainda realizada uma pesquisa pelos membros do Conselho Editorial do Jornal Mural junto a cinqüenta trabalhadores de todas as unidades, de diferentes categorias profissionais e de diferentes turnos de trabalho a fim de que os mesmos avaliassem a direção do hospital, a qualidade da assistência prestada nas várias unidades do hospital além de questões relacionadas ao próprio jornal e ao perfil dos entrevistados (Jornal Mural, 1997).

Na pesquisa 90% dos entrevistados consideraram o Hospital entre bom, ótimo e excelente. E apenas 10% o classificaram como regular ou ruim. Quanto ao ambiente de trabalho 75 % dos funcionários da pesquisa estão satisfeitos contra 25% de insatisfeitos. Ao serem questionados sobre a visão que tinham da diretoria, 33% a consideraram distante, 12% não a conhecem[28], 45% a avaliaram de boa a ótima e apenas 2% tiveram uma avaliação ruim.

28 Vale lembrar que a primeira direção do hospital foi de julho a dezembro de 1996 e a segunda assumiu em 1997, ano da pesquisa.

A equipe médica teve conceito positivo para 70% dos entrevistados e a de enfermagem 65%. A relação entre as unidades assistenciais e as de apoio foi considerada positiva para 68% dos funcionários. A Unidade de Gineco-obstetrícia foi avaliada como a mais eficiente para 52% e a Emergência como a mais imprescindível – 67,1%. Já a Unidade de Patologia Clínica a que merecia melhorias.

Para 47% dos entrevistados os equipamentos do Hospital são bons, mas insuficientes.

e) Outros

Foi ainda implantada a *brinquedoteca* na Pediatria com acompanhamento de

terapeutas ocupacionais, televisão em todos os andares, disponibilização de revistas e jornais nos andares (um pouco desatualizados é verdade!). A proposta de sessões de cinema, semanalmente, todavia não foi viabilizada.

O hospital conta ainda com uma sala de orações e também agenda visitas de pastores e padres aos pacientes que solicitam ou consentem.

III. RELAÇÃO COM A REDE

Não existe ambulatório no hospital, exceção para a realização de consultas de pré-operatório dos pacientes a serem submetidos a uma cirurgia eletiva.

Foi montada uma estratégia de esclarecimento, junto à população, do papel da Emergência do Hospital e no que ela se diferenciava das UAIs. Também foi acordado, com os profissionais das outras unidades de saúde do município e da região, que seriam encaminhados, diretamente para o hospital, os pacientes politraumatizados, com intoxicações de qualquer natureza, com alterações neurológicas agudas, com quadros ortopédicos agudos ou ainda com quadros clínicos graves: infartados, septcemiados entre outros.

Elaborados protocolos de encaminhamento de pacientes para as cirurgias eletivas, a fim de garantir que os mesmos viessem com os exames já realizados além do agendamento de pacientes pós-alta hospitalar na rede básica de saúde.

Criado ainda um protocolo conjunto, Hospital - UAIs - Unidades Básicas, para a atenção à criança portadora de Infecção Respiratória Aguda, principal causa de internação da Pediatria, incluindo uma vigilância destes casos. Implantado também o ambulatório de pré-natal de alto risco no Centro de Especialidades da rede, com profissionais também do hospital e um serviço de seguimento - *folow-up* - dos recém nascidos egressos da UTI ou que necessitassem um acompanhamento mais especializado envolvendo pediatras, terapeutas ocupacionais e até fisioterapeutas.

A tentativa da dupla vinculação dos profissionais – rede e hospital – oferecida aos profissionais que já estavam na rede não teve a repercussão esperada. Poucos foram os profissionais que se interessaram, ou porque já estavam ligados a outros serviços e não queriam sair, ou porque não gostavam da assistência ao nível hospitalar e ou por estarem defasados quanto a esta e não se dispunham a mudar essa situação. Não descartando a possibilidade da SMS de Betim ter falhado na condução desse processo. Mas dentre os profissionais concursados para o hospital, muitos foram aqueles que passaram a atender na rede básica,concentrando as suas atividades em Betim, chegando a mudarem sua residência para o município.

IV. REDE SUBSTITUTIVA

Com a permanente falta de vagas para internação, principalmente na Clínica Médica, o Hospital implantou o *programa de alta precoce* para os pacientes que tinham cuidadores e que já estavam "estáveis" clinicamente. Os cuidadores eram orientados sobre como assistir aos pacientes no domicílio e a procurar o hospital em caso de qualquer alteração desfavorável. Era garantido um retorno, dois dias após a alta, no hospital. Ao mesmo tempo a Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência desse paciente era comunicada para que apoiasse a família.

Esse processo desencadeou uma ampla discussão na Secretaria de Saúde, culminando com a implantação de duas equipes de *internação domiciliar*, vinculadas a duas Unidades de Atendimento Imediato que funcionavam 24hs. Os casos eram selecionados a partir de critérios estabelecidos num protocolo.

As UBSs também se reorganizaram e assumiram o seu papel na assistência domiciliar.

Mas estes arranjos todos deram certo e mudaram a assistência? Deram conta das questões "perseguidas" por esse trabalho? Vale a pena voltar ao início do trabalho e conferir.

Esse é o Hospital Público Regional de Betim, um hospital que vem dando certo apesar de estar na contramão de uma das histórias sobre hospital público no Brasil. E é com ele que aprendi a "ver" os hospitais.

Mas ele vai dar certo, entre outros motivos, por ter como referência o que ele não queria ser, quer dizer, mais um na chamada crise da assistência hospitalar no Brasil, detectada desde a segunda metade da década de setenta, que se arrastou por toda a década de oitenta e que vai tomando novos rumos somente na década de noventa.

Mas que crise era essa que "inspirou ao contrário" o Hospital de Betim? Diagnosticada por quem? Quais foram as soluções encontradas? E onde se insere a experiência de Betim nesse contexto?

No próximo capítulo apresento a conjuntura da assistência hospitalar no Brasil, principalmente nos anos noventa, a fim de entender o contexto no qual emerge a proposta do Hospital de Betim, na tentativa de identificar se esta se alinha, ou não, com a tendência geral que se apresenta no Brasil no que diz respeito à assistência hospitalar pública.

CAPÍTULO 2

A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL

A Assistência Hospitalar no Brasil

Conforme assinalado no capítulo anterior, o debate acerca da crise da assistência hospitalar já estava presente desde a segunda metade da década de setenta, embora não ocupasse centralidade na agenda da Saúde Coletiva. Ou melhor, os teóricos da área entenderam que para reverter o quadro do desvirtuamento do sistema de saúde, hospitalocêntrico, o melhor era montar e cuidar da rede básica de saúde porém o tema do hospital é lentamente retomado a partir da segunda metade da década de noventa. Mas de quem era o diagnóstico da crise e quais as soluções apontadas para resolve-la? É o que veremos no próximo capítulo.

Mas como estava a situação da assistência hospitalar?

As características, do modelo público de assistência hospitalar[1], no Brasil, na década de noventa, apresenta como face mais visível, um quadro de filas imensas, corredores abarrotados, atendimento precário, desumano, de baixa qualidade e a utilização abusiva de alguns procedimentos. Como pano de fundo, constata-se a carência de recursos orçamentários, a redução do número de leitos hospitalares, a gradativa diminuição de recursos humanos, a desmotivação dos profissionais e processos de gestão centralizados e burocratizados, muitas vezes guiados por interesses privatizantes[2].

Não há uma hierarquização da assistência prestada, uma vez que *"os hospitais costumam oferecer atenção básica, especializada e de urgência – esta, em geral, segundo a modalidade de pronto-atendimento, atenção sumária e sem seguimento garantido, com consultas médicas centradas na queixa e na prescrição de condutas imediatistas"* (Campos, 1992:52).

[1] Merhy alerta para o fato de que a crise não se restringiria às instituições públicas. Também as privadas têm sido marcadas pelas características de um modelo de atenção a saúde, liberal privativista, em que os usuários dos serviços de saúde –inclusive os próprios trabalhadores entre si – são tratados de uma maneira impessoal, objetivisante e descompromissada. (Merhy, E. E., 1997).
[2] Processo no qual a lógica da racionalidade privada é transplantada para a esfera pública estatal.

Chama atenção o fato de que o diagnóstico da má situação da assistência hospitalar vem sendo apresentado ao longo dos últimos anos, sem uma resposta. Abaixo é possível perceber que a situação foi retratada por vários autores sob diferentes aspectos:

> *[..] pode-se afirmar que na maioria dos hospitais públicos e privados os processos de gestão e de planejamento são ai nda muito primitivos, predominando um estilo de administração voltado para o atendimento daquela parcela da demanda que interessa ao corpo clínico ou às direções, selecionada centralmente segundo critérios de retorno financeiro para as instituições"* (Campos, 1992:88).

> *A ausência de uma política mais clara para o setor hospitalar tem configurado uma situação de falência do sistema de saúde, traduzida pelo sucateamento e má administração dos hospitais públicos e agravada pelo descredenciamento acelerado devido ao desinteresse do setor privado em manter-se credenciado ao setor público. O "caos" gerado pela falta de leitos para internação da população vem mobilizando inclusive a grande imprensa no sentido de denunciar o quadro de calamidade instalado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde* (Nascimento, 1994).

> *O diagnóstico é o mesmo: há uma crise de eficácia nos hospitais públicos, em sua maioria mal gerenciados, sucateados, sem recursos e expostos freqüentemente à uma privatização de suas instalações, serviços e equipes profissionais. É diferente, porém, o remédio prescrito pelos professores Eugênio Vilaça Mendes, da Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas (FCM/Unicamp)* (TEMA,1997: 25).

> *[..] a gestão publica hospitalar brasileira estaria em um processo de paralisia estrutural levando ao sucateamento da rede pública de atenção à saúde brasileira, condenada a oferecer péssimas condições de atendimento, à obsolescência das instalações físicas e equipamentos, às dificuldades de manutenção e de reposição de pessoal e à precariedade dos procedimentos gerenciais* (Camargo, 1999).

Folha de São Paulo, 25 de maio de 1999.

Aliás, é intrigante descobrir que desde 1950 existia o diagnóstico de que os hospitais públicos brasileiros são mal gerenciados. Em janeiro de 1953 o professor Odair Pacheco Pedroso[3] em artigo publicado na Revista Paulista de Hospitais (Ano I, vol. I nº 1) apontava: *"Mistér se faz uma renovação do tipo de administração dos nossos Hospitais; o sistema atual é obsoleto, ineficiente e dispendioso"* (Pedroso, 1984: 62).

3 Professor da Universidade de São Paulo - USP e responsável pelo primeiro curso regular, de nível universitário, que se instituiu no país, nesse campo, o "Curso de Organização e Administração Hospitalar", em maio de 1951.

A conjuntura é ainda agravada pelo fato de ser a assistência hospitalar, sob os cuidados do setor público (aí incluídos os hospitais conveniados[4]), a única alternativa para os quase 130 milhões de usuários sem amparo nos planos de saúde.

Rocha e Simões (1997) ao analisarem a assistência médico-hospitalar em Ribeirão Preto, na década de noventa, afirmam que a política nacional, do período, "*limitou o financiamento do SUS, reprimindo a demanda e desestimulando os prestadores a trabalharem com pacientes SUS, levou a privilegiar os sistemas privados de assistência hospitalar"*.

Outros autores chegam a afirmar a queda da qualidade da assistência prestada por esses serviços (Castelar e all, 1995: 23). Sem negar tais afirmativas que têm caracterizado a chamada crise de eficiência e de eficácia que envolve o setor saúde, sobretudo ao nível da atenção médica hospitalar, não encontrei trabalhos que tenham aprofundado e demonstrado a queda desta qualidade, no setor hospitalar, ao longo dos anos.

Seria necessário considerar a complexidade de fatores envolvidos. Se observarmos, por exemplo, que nos últimos cinco anos, 91,5% dos partos ocorreram em unidade hospitalar (moradoras da zona urbana) e 78,25 % das mulheres que moram na zona rural deram à luz em hospitais, mostrando um incremento de 13,4% quando comparado com os valores de 1986[5].

Porém esse quadro que pode trazer como interpretação um maior acesso à assistência hospitalar, mostra ainda que 32% dos nascimentos, no mesmo período, ocorreram por cesarianas[6]. Os dados do SUS mostram que a taxa de letalidade por cesariana, no Brasil, é três vezes maior do que a do parto normal. Portanto apontando para problemas na qualidade da assistência prestada (Brasil, 2000).

4 Pelos critérios do Ministério da Saúde hospital público é aquele que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado); já hospital privado seria o que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público; os hospitais de ensino além de prestar assistência sanitária à população, desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos; já os hospitais conveniados, seriam aqueles que, independente da classificação, são remunerados pelo M. da Saúde, através do faturamento da AIH –MS, por procedimento (Brasil, 1987).

5 Estes números não consideram os conhecidos diferenciais entre os extratos sociais e as regiões.

6 A cesariana é um procedimento capaz de evitar um óbito materno ou fetal quando indicada corretamente mas representa um risco, para quem poderia ter um parto normal.

E mais, haveríamos que considerar que do total de internações hospitalares do SUS, ou seja, 11.950.797 em 1999, apenas 26% (3.110.452) ocorreram em hospitais públicos[7] e só estes têm sido alvo de avaliações e denúncias de má qualidade da assistência.

Temos ainda estudos que apresentam uma melhor *performance* do setor público quando se compara algum de seus indicadores, geralmente de eficiência, com os do setor privado (ex: relação do número de funcionários/leito, incluídos os médicos; número de pacientes atendidos/funcionário; média de permanência, índice de rotatividade, índice de intervalo de substituição e taxa de cesariana) (Zucchi,1998), (Marinho,1998). Há uma série de outros fatores que teriam que ser mais bem avaliados, o que fugiria aos objetivos deste trabalho.

É um quadro confuso, onde se misturam: uma gestão inadequada, (excessivamente burocratizada) dos serviços de saúde e uma retração dos gastos no âmbito das políticas sociais (redução sobretudo dos investimentos), com repercussão direta na área hospitalar pública.

Não podemos deixar de considerar ainda que, o hospital é uma organização no interior da qual ocorrem, cotidianamente, negociações entre os interesses dos profissionais, dos usuários e do agente financiador (público ou privado), nem sempre prevalecendo os dos usuários.

Os analistas institucionais trazem um outro eixo para a análise, quando afirmam que "*o paradigma funcionalista-sistêmico é insuficiente para tratar o hospital exatamente por privilegiar mais os aspectos "estruturais", o "Instituído", do que a ebulição instituinte da vida hospitalar, com seus múltiplos atores batalhando e mobilizando recursos para os seus objetivos operacionais, seus interesses pessoais, corporativos e de grupos"* (Merhy e Cecílio, 2001). E aí os tradicionais organogramas não conseguem refletir, de fato, o mundo real do hospital em que vivem as pessoas com a sua rede de comunicações.

7 Em agosto de 2000, do total de 488.541 leitos do SUS, 24% eram públicos, 66% privado e 10% era universitário - (classificação segundo o regime - (Brasil, 2000).

Essa situação tem gerado não só a insegurança dos usuários quanto ao acesso e ao tipo de atendimento desses serviços, mas também a uma permanente crise de realização e satisfação dos trabalhadores da área da saúde.

Tal situação traz para o setor público o desafio e a necessidade de repensar e construir novas práticas de se fazer saúde no sistema hospitalar.

Neste sentido, para alguns autores, a atual conjuntura vem colocando diferentes desafios: "*Primeiro, o conhecimento das causas de natureza estrutural, organizacional e individual que contribuem para o funcionamento ineficiente e ineficaz das organizações hospitalares*" (Malik, 1990); e segundo, "*a habilitação para apresentar soluções capazes de interferir na organização e funcionamento do sistema, aí incluídos, os hospitais*" *(*Castelar, 1995). Habilitação que implicaria, para os autores, em se trabalhar com princípios ético - políticos orientadores de uma prática, assim como na eficaz tradução dos mesmos para o cotidiano das unidades assistenciais - universo marcado pela complexa inter-relação de diferentes sujeitos em relação.

Para Campos só será possível a articulação de sistemas de referência entre redes básicas e hospitais, portanto um sistema integrado, se houver o desvelamento da relação dos hospitais com as instâncias de poder do Estado mas também da indispensável "*alteração do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e planejamento, da política de recursos humanos e mesmo do conteúdo das práticas médico-sanitárias"* (1992:143).

E mais, segundo Merhy (1999 b: 312) "*O nó crítico desse processo, para um modelo usuário centrado, torna-se: como tornar pública uma dinâmica micro-decisória, a tal ponto que os verdadeiramente interessados* [os usuários] *nesta possam, também, colocar suas razões em jogo*".

Mas quem é hoje o setor público que está tendo que se haver com essa assistência hospitalar ainda que degradada? Como seriam essas novas práticas? Quem as estaria pensando e testando? A academia? Os serviços? Ou os dois?

O desafio da reconstrução

O desafio de reconstrução das práticas assistenciais e dos espaços de gestão tem sido uma dimensão importante das estratégias que norteiam a implantação do SUS. Isto acontece em função da necessidade de melhoria da eficácia técnica, social e econômica dos serviços, no sentido de aumentar a resolutividade, racionalizar custos tendo como parâmetro o atendimento de necessidades[8] socialmente legitimadas, entre outros, pela satisfação dos usuários.

Uma das alternativas apresentadas para a organização da assistência hospitalar, foi a patrocinada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma de Estado –MARE- (Brasil, 1997 e 1997 b).

A proposta é produzida no contexto da reforma do Estado brasileiro[9], em que o mesmo é "*analisado como "antigo" – e que, como tal, expressa uma lógica ineficaz, custosa e injusta, por ser uma organização gigantesca, não governável – para o qual criam-se estratégias de modernização ...*" (Merhy, 1999:25).

Nesse cenário, a proposta sugere a reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente naquilo que diz respeito à assistência médico-hospitalar, propondo a transformação dos hospitais públicos em Organizações Sociais Abertas, ou seja, em entidades jurídicas de direito privado, constituídas sob a forma de fundação ou associação civil sem fins lucrativos.

Essas fundações estariam habilitadas a administrar recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público e ao recebimento de recursos orçamentários da União para o seu funcionamento, através da celebração de "Contratos de Gestão"[10] com a União. Teriam ainda, maior autonomia financeira e administrativa, podendo obter recursos de outras fontes extra-orçamentárias, dispor de autonomia para

8 Necessidade entendida como sendo determinada técnica, social e politicamente.

9 A discussão sobre as relações entre a reforma de estado, a crise dos Estados Nacionais, o neoliberalismo, a globalização e o Plano Real foge aos objetivos deste trabalho.

10 O contrato de gestão é um instrumento gerencial originado da administração por objetivos, também denominada administração por resultados ou administração sistêmica por objetivos e resultados. Segundo André (1993), conforme vem sendo denominado no Brasil, o contrato de gestão tem sua origem na França no final da década de 60. Consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão com o intuito de induzir a uma maior participação e co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas em cada período. Em contra-partida o nível central concede maior autonomia gerencial, liberando-o do controle dos meios, que passa a ser realizado somente sobre os resultados alcançados (Silva, 1995; Lima. 1996; Hortale e Duprat, 1999).

compra e contratação de funcionários (os novos funcionários contratados seguiriam regime da CLT[11] não tendo os direitos atuais do funcionalismo público estatutário).

As Organizações Sociais estariam inseridas numa *"... espécie de mercado, que (promovesse)... a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados"* (Brasil, 1997), partindo-se da premissa que para ser viável economicamente é necessário um número cada vez maior de usuários e de que terá usuários aquele hospital que oferecer assistência de qualidade a um custo não elevado.

Várias são as críticas à proposta anterior, oriundas de diversificados setores[12], considerando, entre outras, que é insuficiente o critério centrado na eficiência dos procedimentos se não levar em conta a relação de eficácia e efetividade das ações de saúde. Avaliam ainda, que por traz desta proposta o governo federal se exime de suas responsabilidades de gestor do Sistema as quais são fundamentais para que, no contexto brasileiro, se viabilize a operacionalização das premissas constitucionais que regem o SUS.

Em conseqüência desta análise acreditam que o projeto do governo estimula a prática centrada nos procedimentos, dificulta o acesso a tecnologias mais complexas além de que, praticamente inviabiliza a integração dos hospitais aos sistemas loco-regionais de saúde (Bueno & Merhy, 1996 e Merhy, 1999).

Esta visão crítica tem sido sustentada por experiências de outros países. Significativo se faz mencionar o artigo de Bayle[13] (1998) no jornal espanhol "El País" ao comentar as reformas no sistema de saúde inglês, modelo para a reforma espanhola[14]:

> *" El Partido Laborista há puesto em marcha una importante reforma del Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña, que como é sabido se encontraba con muy graves problemas tras las medidas aplicadas por los conservadores.[...] "El Gobierno anterior al introducir el mercado interno, impidió que el servicio sanitario se centrase en la necesidad de los pacientes y desperdició recursos a causa de la competencia entre hospitales". El mercado y la competencia habían producido una fragmentación de las*

11 CLT Consolidação das Leis de Trabalho.

12 Para um aprofundamento no tema ver,entre outros: Conselho Nacional de Saúde, 1997 e 1999; Cohn 1999; e Vaz, 1999.

13 Marciano Sánchez Bayle é médico e, na ocasião, presidente da "Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública", Espanha.

14 Ver 'El País' digital (2000).

> *responsabilidades de planificación, financiación y asistencia [...]. Pero es más, el sistema de mercado había dado lugar a injusticias fomentando desigualdades en el trato que recibían los enfermos [...]por fin, el mercado y la competencia habían disparado los costes administrativos, que se consideraban "insostenibles". Pero hay tres reflexiones que me parece deberíamos hacernos desde España. La primera es que el Gobierno actual, y el Insalud con él, está haciendo propuestas (mercado interno, desarrollo de la competencia) que van exactamente en la línea que en Gran Bretaña se ha demostrado que llevan al desastre económico e asistencial ... ".*

Porém até a data da realização desta pesquisa (novembro de 2000) nenhum hospital brasileiro havia implantado esta nova forma de gestão. Porém variações desta proposta vêm sendo parcialmente implantadas pelos governos estaduais[15], com destaque para Bahia e São Paulo.

Em São Paulo, no ano de 2001, haviam dez hospitais gerenciados sob esta nova forma de gestão e acompanhados pela Secretaria Estadual de Saúde. Ibañez e col. (2001) apresentam os primeiros resultados obtidos pelos hospitais em acompanhamento, levantando também pontos para discussão da viabilidade da proposta assim como de problemas identificados.

É possível identificar, no cenário brasileiro, outras modalidades de gestão para os hospitais públicos. Há autores que identificaram uma proliferação de modalidades de gerência e/ou de inserção de profissionais de saúde, alternativas à administração estatal direta nos hospitais públicos brasileiros na década de noventa (Machado, 1999 e Costa e al., 2000).

Além das organizações sociais, as modalidades identificadas foram: as fundações privadas de apoio aos hospitais, a terceirização da gerência de hospitais e a terceirização de atividades assistenciais nos hospitais, principalmente através da contratação de cooperativas de profissionais de saúde. São experiências consideradas compatíveis com as diretrizes nacionais de Reforma do Estado (Machado, 1999).

15 Ver levantamento realizado por Machado (1999).

Não se pode deixar de mencionar a experiências francesa do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, pela influência que tem tido no Brasil, em especial junto a pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ, denominada: *Démarche* Estratégica[16]. É uma proposta de modelo de gestão implantada há mais de cinco anos em determinada região da França. Motivada pela racionalidade econômica, é uma adaptação de um enfoque empresarial, para o setor público, nos serviços de saúde. A missão institucional é definida pelas "oportunidades do mercado" sendo também esta lógica a definidora da forma de articulação com a rede de cuidados. O enfoque é no trabalho médico, propõe racionalizá-lo, mas não muda a centralidade no procedimento.

São quatro as fases do método, na primeira é realizado um diagnóstico do que existe – a situação atual – focada no quadro administrativo e médico (tempo de permanência, n.º de ingressos de pessoal médico etc.); a segunda fase, ou segmentação estratégica, é quando se definem os agrupamentos homogêneos de atividade a fim de permitir uma análise estratégica representativa (parte-se do pressuposto de que nem sempre todos os grupos de atividades apresentam o mesmo desenvolvimento ou o mesmo valor estratégico).

Já na terceira fase é realizada a análise do valor de cada segmento e de sua posição estratégica principalmente em relação ao mercado consumidor. Na quarta etapa, uma vez definido o valor e o grau de controle dos fatores-chave de sucesso, estas duas variáveis são cruzadas sob a forma de um gráfico onde os segmentos são colocados, de modo a permitir uma visualização da posição estratégica de cada um deles. É a construção do porta-fólio de atividades.

Montado o quadro acima se parte para a elaboração dos planos de ação e da montagem dos indicadores de monitoramento do plano. A instituição toma a decisão de qual será a sua nova missão, baseada naquilo em que se mostrou mais competente e no que o mercado necessita e que vai absorver melhor (Rivera, 1997 a e b; 1998).

16 Neste trabalho utilizarei a escrita empregada pelo Prof. Rivera, ou seja preservando a palavra francesa démarche e a tradução para o português de estratégica.

É possível concluir que a maior parte dessas experiências vem buscando conseguir formas mais ágeis para fazer contratações de pessoal (sem concurso público), de realizar compras (não se submetendo à lei de licitação) e ainda de conseguir outras fontes de financiamento (doações públicas e privadas ou ainda ter convênios particulares) buscando escapar dos controles centrais e do processualismo da administração pública. A lógica de mercado comanda, nesses casos, a oferta e a distribuição dos serviços de saúde. Uma outra característica marcante é a manutenção do financiamento público das ações.

Diferentes experiências têm apostado na defesa do caráter público[17] do setor, não discordando da necessidade de mudar a pesada estrutura da burocracia brasileira. Procuram responder ao desafio do financiamento e buscam intervir, com ênfase especial, no modo de se organizar e de se gerenciar os processos de trabalho das unidades hospitalares.

Entre outros exemplos, é digno lembrar a experiência de dois municípios paulistas, Santo André e Diadema, em que os gestores locais lograram constituir, com ousadia e criatividade, um novo formato de organização para os hospitais; experiência esta apresentada por Nascimento (1994) na sua tese de mestrado. Destaque ainda para o processo vivenciado em dois hospitais paulistas em que o governo do Estado interviu após denúncias de mau atendimento e de fraudes contra o então INAMPS (Malik, 1992).

Entre estas alternativas deve se citar, a do hospital de emergências do Rio de Janeiro, "Salgado Filho". Neste, o gestor municipal, implantou um novo modelo gerencial na unidade, no sentido de promover maior envolvimento dos profissionais com a qualidade da assistência e a otimização dos recursos públicos. A experiência envolveu somente os servidores estatutários que tiveram mudanças na carga horária (horizontalização), alteradas as condições de trabalho (com o dinheiro do município - compra de equipamentos, informatização, etc.). Ao ser refeito o "contrato de trabalho", mudou-se não só a carga horária mas também assumia-se um compromisso com os a resultados, ou seja, com a melhoria da qualidade da assistência vinculado-a a melhores salários. Apesar de alguns problemas apontados, a proposta foi bem sucedida, Machado (1999).

17 Caráter público no sentido de pensar o hospital não só como uma empresa que precisa sobreviver no mercado, mas comprometido com a "universalidade, a equidade e a qualidade do atendimento para cidadãos no exercício de seus direitos, mais do que para clientes com liberdade de escolha dos produtos que deseja consumir"(Merhy & Cecílio, 2000).

Interessa aqui destacar o trabalho desenvolvido pelo LAPA junto a diferentes unidades hospitalares - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas, Santa Casa do Pará em Belém[18], Hospital São João Batista em Volta Redonda e entre elas, o Hospital Público Regional de Betim, central nessa investigação - nas quais vem-se buscando ofertar serviços de saúde de qualidade tendo como referência o compromisso ético-político em defesa da vida individual e coletiva.

Compromisso esse que tem sido traduzido em diretrizes que procuram garantir o acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a autonomia e a gestão democrática dos serviços. O LAPA tem nessas, e em outras experiências institucionais procurado realizar intervenções, em diferentes campos buscando construir alternativas à gestão no setor, já apresentadas no capítulo anterior.

Seria necessária uma avaliação da capacidade, ou não, das propostas, acima mencionadas, interferirem na situação da assistência hospitalar. Porém tal avaliação foge aos objetivos deste trabalho.

Um fator que tem influenciado na busca por mudanças na assistência hospitalar tem sido o processo de descentralização. E pela importância que vem tendo nas inovadoras experiências municipais na intervenção da assistência hospitalar será abordado num tópico à parte.

Os hospitais e a descentralização

Após a promulgação da Constituição de 1988 a municipalização das ações e serviços de saúde tem sido uma das diretrizes enfatizadas pelos gestores.

Neste novo arcabouço legal cabe ao município, de forma autônoma, porém em articulação com as demais esferas de governo, formular políticas locais e gerenciar os recursos e as instituições voltadas para a prestação de atenção à saúde (Carvalho & Santos, 1992).

18 O relato desta experiência e suas premissas teóricas estão descritos por Luiz O. Cecílio no capítulo 5 do livro Inventando a mudança na Saúde (Cecílio, 1997a).

A descentralização pode significar desde uma real distribuição de poder até uma distribuição de cargos estatais em que se transfere para o nível local, o peso da crise econômica e as conseqüências sociais da retração dos gastos também na saúde. A descentralização administrativa apenas multiplica as instâncias a serem controladas mas não garante por si só uma mudança qualitativa no tipo de gestão: de burocrática-privatista para democrática-descentralizada. O que a municipalização vem permitindo é que naqueles municípios onde a correlação de forças seja favorável a um projeto mais democrático ocorra uma ampliação dos mecanismos de democracia mais direta antes da consolidação desse processo a nível nacional.

Em que pesem as dificuldades, no nível local vêm sendo gestadas novas formas de organização do setor saúde que respondem, em última instância, a valores político-ideológicos e a contextos histórico-sociais específicos, que poderão ou não resultar em mudanças no atual modelo médico assistencial.

A complexidade da área da saúde, e para o que aqui nos interessa, a assistência hospitalar, tem se constituído em um dos grandes desafios ao processo de descentralização das políticas públicas.

Se por um lado os representantes do poder local consideram complexo e oneroso assumir a gestão das unidades hospitalares, por outro se deparam com a pressão dos usuários do sistema público de saúde que reivindicam a ampliação na oferta de leitos e a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Neste processo a crise do setor hospitalar passa a ocupar espaço na agenda dos administradores locais que se defrontam com a necessidade de definir, perante os seus munícipes, responsabilidades e deveres em relação à integralidade dos cuidados de saúde.

E é nos meados da década de noventa que iremos assistir a um conjunto de experiências municipais, a partir da nova institucionalidade do poder local, comprometidas com as diretrizes constitucionais que preconizam o cumprimento de quesitos mínimos de universalidade, integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

Dessa maneira a assistência hospitalar começa a ser incorporada nos planos de organização do sistema de saúde sob a gestão municipal. É o caso das experiências já mencionadas de Diadema, Santo André. Os referidos municípios passam a se preocupar com aspectos relacionados à questão da política de financiamento, à busca de mecanismos gerenciais diferenciados, inclusive com o envolvimento da população, e à tentativa de relacionamento com as instituições privadas, filantrópicas.

Outros estados oferecem exemplos semelhantes como o do município do Rio de Janeiro já mencionado no item anterior. Em Minas Gerais a experiência de Belo Horizonte onde a rede contratada tem 75% dos leitos do SUS e mesmo assim o gestor municipal logrou implantar mecanismos de regulação das vagas e com isso interferir na seleção de pacientes além da diminuição das fraudes através da criação da Central e Internação e do Controle e Avaliação Hospitalar. No mesmo estado temos a experiência de Betim relatada ao longo deste trabalho.

O que estas e outras experiências têm demonstrado é que, na prática, não se consegue construir um sistema único e integrado de saúde se o poder local não tiver competência legal e técnica para integrar a rede hospitalar ao sistema de saúde.

As considerações apresentadas sobre a assistência hospitalar no Brasil, neste capítulo, não têm a pretensão de ser completa, apenas de apresentar o contexto no qual se inseriu a discussão da proposta do Hospital Público Regional de Betim.

Vai se tornando clara a vinculação entre a "criação" deste hospital e garantia da implantação das diretrizes do SUS. É possível, inclusive afirmar ter sido a Saúde Coletiva um "ator" privilegiado no processo de formatação do HPRB.

Digo Saúde Coletiva referindo-me ao grupo de dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Betim[19] que apostou na necessidade de transformar a rede pública municipal em uma competente prestadora de serviços de saúde, inclusive hospitalar, conforme os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

19 Em 1996, Conceição Aparecida Pereira Rezende era a Secretária Municipal de Saúde, assessorada por Eleonora Victoy, Gilberto Reis, Glenda Reis, Helvécio, Humberto, José Luíz Rodrigues, Kátia, Maria Odete, Moema Brito, Paulo Amorim, Raimundo Júnior, Rosa Câmara, Roseli da Costa Oliveira que foi a primeira diretora do Hospital de Betim, Ubiratan L. Barros e Valéria.

Refiro-me ainda ao grupo de assessoria do LAPA/UNICAMP que a partir da academia, num dialético processo de troca mútua academia/serviço/academia, vem acreditando na efetiva implantação do SUS através da mudança e reorganização das instituições de saúde, com o envolvimento dos trabalhadores e o controle dos usuários do sistema.

E este conjunto de atores da Saúde Coletiva ousou apresentar uma proposta que conformaria o novo hospital.

O LAPA, os dirigentes da SMS de Betim e a autora deste trabalho falam como sujeitos do cam po da Saúde Coletiva que apostam na construção do SUS, com o hospital fazendo parte deste. Mas a proposta que o "Hospital de Betim" traz, a pauta colocada como necessária para mudar a assistência hospitalar? Está refletida no campo como um todo ou é parte dele? A aposta é a mesma?

Nos dois próximos capítulos estas perguntas servirão de guia para as reflexões. No capítulo três a partir das entrevistas com profissionais que são referência na discussão sobre hospital e no quarto capítulo a partir de uma revisão na produção teórica da área.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE COLETIVA E O TEMA DO HOSPITAL

I. A SAÚDE COLETIVA E O TEMA DO HOSPITAL

No capítulo anterior a assistência hospitalar com seus problemas e as propostas que surgiram, na década de noventa, para solucioná-los, foi apresentada a partir de autores e referenciais da área da Saúde Coletiva.

Mas o que é Saúde Coletiva? Quais os referenciais da área que são tratados nesta investigação? É o hospital objeto de investigação e de intervenção da área?

Para refletir sobre estas questões, este capítulo que se divide em dois tópicos que abordam: primeiro alguns aspectos históricos e político-institucionais da conformação da Saúde Coletiva enquanto um campo científico, ideológico e de práticas na área da saúde, nos últimos trinta anos, e depois como três sanitaristas (profissionais do campo da Saúde Coletiva), que têm o hospital como objeto de suas intervenções e de suas reflexões teóricas, vêm as relações da Saúde Coletivas com o hospital.

I.1. Sobre a Saúde Coletiva

O termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado no Brasil, entre os anos de 1978 e 1979[1]. Isso acontece no momento em que se sentia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública e a da medicina social em dar conta da explicação do processo saúde-doença.

Segundo Nunes (1996: 62) o termo surge, quando um grupo de profissionais, oriundos da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social, procurou fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como uma categoria analítica.

A categoria social passou a ser incorporada ao modelo de explicação do processo saúde-doença. E agora como Saúde Coletiva, a Saúde Pública é incorporada no plano das políticas sociais.

1 Em 1979 é criada a ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

O estudo da articulação da prática médica com a prática social passa a ser central, inclusive pela proposta teórica calcada no materialismo histórico, e que será a tônica dos estudos na segunda metade dos anos setenta. Marco deste período e fonte inspiradora de inúmeros outros trabalhos nesta vertente constitui a produção de Maria Cecília F. Donnangelo, destacadamente a sua tese de doutorado intitulada: "Medicina e Sociedade" publicada, como livro em 1975 (Editora Pioneira).

No mesmo período Sérgio Arouca (1975) elabora um estudo crítico sobre a medicina preventiva no qual o autor, ao reconstituir a "arqueologia" desse campo de conhecimento, traz questões como: a necessidade de se "*entender o cuidado médico como um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais e mais, ao atender as necessidades humanas é uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente um valor*" (Nunes, 1991: 72).

A partir daí são vários os autores citados e comentados por Nunes ao refletir sobre as origens e a construção do campo da Saúde Coletiva. Numa seqüência, quase que cronológica, cita-se os principais trabalhos dos autores: Gonçalves (1979), Braga (1978), Luz (1978 e 1982), (Conh 1981), Oliveira e Teixeira (1986), Merhy (1985), Escorel (1987), Campos (1988), Laurell (1989), Breilh (1981), entre outros.

O surgimento da SC constitui, nas palavras de Carvalho (1996: 110), o momento em que a saúde pública, no Brasil, "*aproxima-se das idéias de cidadania e democracia, consolidando seu compromisso com a universalidade e a equidade, e ganha em dimensão política, incorporando a seu arsenal de práticas terapêuticas a ação social ou política".*

Na década de oitenta, os profissionais da Saúde Coletiva, imbuídos com a construção de uma nova proposta de concepção de saúde e de organização das práticas institucionais, irão interferir diretamente na redemocratização do país. E é na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que o movimento sanitário (formado não só pelos profissionais da área da saúde, mas também por organizações populares e sindicais, parlamentares e pela chamada tecnoburocracia) se articula para a realização da "Reforma Sanitária".

À proposta de reorganização do sistema de atenção à saúde deveria corresponder um arcabouço jurídico-legal a fim de garantir o novo modelo de Sistema Único de Saúde. E aí a necessidade de imprimir, no texto constitucional, as mudanças pretendidas. A Assembléia Nacional Constituinte aconteceria em 1988, momento mais que oportuno, estratégico, para a proposta do SUS se tornar lei (CEBES e ABRASCO, 1992).

Refletindo sobre a sua atuação na década de noventa, a Saúde Coletiva pode então ser entendida, tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto, conforme sugeriram Paim e Almeida Filho (2000: 55).

Ainda segundo Paim, as ações de saúde de alcance coletivo expressariam uma tensão entre Estado e Sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos. A extensão e a profundidade dessas ações dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que estabelecem, concretamente, com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas.

Hoje com mais de vinte anos de "existência" a Saúde Coletiva conseguiu abranger *"um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde"* (Paim e Almeida Filho, 1998: 309).

Porém é com o seu amadurecimento, com as suas experimentações, com as mudanças no quadro sanitário nacional ou ainda no enfrentamento dos desafios colocados pelo quadro da globalização, da hegemonia neoliberal e pela crise de paradigmas teóricos existentes que começa a surgir a necessidade de 'reatulizar' a saúde coletiva ou de que a mesma se supere.

No final da década de oitenta, início dos anos noventa surgem as primeiras questões relativas à incorporação do social na explicação do processo de saúde /doença e as repercussões desta, na conformação dos serviços de saúde.

Essas questões vão na direção de que ao se contrapor ao modelo biomédico – doença como fenômeno biológico e individual – a SC avança numa proposta que deixa pouco espaço para a ordem do biológico e também, do inconsciente, do interesse individual. Em substituição à onipresença do positivismo biologicista ergue-se um "novo positivismo" em que o social, expresso enquanto necessidade social e interesses econômicos/institucionais assumem papel preponderante.

Obscurece-se desta forma *"o peso das mediações culturais e, sobretudo, existenciais nos desenhos e na trajetória da vida social"* impossibilitando o enfrentamento da problemática indivíduo/sociedade.

Este tema domina parte dos debates do VI Congresso Mundial de Medicina Social que acontece no ano de 1989 nas Ilhas Canárias. Num texto apresentado neste encontro, Costa & Costa (1990: 48) afirmam: *"... a aceitação do ponto de chegada estruturalista traz como pressuposto a tese de que o movimento e a criatividade do indivíduo-sujeito não realizam mediação alguma na produção da consciência e dos valores coletivos. Do mesmo modo que o discurso positivista estruturalista concebe uma ciência sem sujeito, a aplicação do modelo de "determinação social" do processo saúde e doença tendeu fazer por conta do enfrentamento com o discurso clínico, tábua rasa da problemática da individualidade e da singularidade."*

Corroborando com estas análises Campos (2000), sugere que haveria no modelo teórico conceitual da SC "*uma tendência a hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica.*".

E continua: "a *reconstrução da Saúde Coletiva passaria por um deslocamento de ênfase, antes foi a doença, depois as estruturas, agora se trataria de também se valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, este deslocamento de ênfase não pode significar abandono das outras dimensões*".

Carvalho (1996) irá propor que a saúde pública assuma-se como um campo de interação, interseção de sujeitos em três territórios: um território social (universalidade e equidade); um território cultural (dimensão simbólica); e um território propriamente natural, objetivo, material.

E é como um campo científico e ideológico portando espaço de disputas e de polêmicas e em permanente processo de construção que este movimento, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Encerro aqui a discussão sobre esse campo, chamado Saúde Coletiva, usado nesta investigação. Não é um texto completo, uma vez que um aprofundamento nessa discussão fugiria aos objetivos deste trabalho.

II. O HOSPITAL PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE COLETIVA

Neste tópico apresento uma reflexão sobre a aproximação da Saúde Coletiva com o hospital e seus principais temas, a partir do olhar de profissionais da área.

A escolha desses profissionais teve como critério a influência dos respectivos grupos de pesquisa e (ou) instituições por eles representadas e também, pelo reconhecimento de suas produções teóricas sobre o tema hospital.

Nesse sentido, foram entrevistados:

1) Ana Maria Malik

Médica, doutora, professora na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP, no Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar - PROAHSA/

Hospital das Clínicas e na EAESP/Fundação Getúlio Vargas e professora convidada do DMPS/FCM/UNICAMP. Consultora na área de Gestão em Saúde – hospitalar, sistemas de saúde.

2) Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Médico sanitarista, doutor em Saúde Coletiva e professor colaborador do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Consultor na área de Gestão em Saúde – sistemas de saúde, prioritariamente gestão de hospitais. Atualmente é um dos coordenadores do LAGHOS/DMPS/UNICAMP (Laboratório de Administração e Gestão Hospitalar do Departamento de Medicina Preventiva)

3) Pedro Ribeiro Barbosa.

Médico sanitarista, tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). Coordenador do Núcleo de Gestão Hospitalar – DAPS e do programa de Formação em Gestão Hospitalar e do Curso de Especialização à Distância. Consultor na área de Gestão em Saúde – hospitalar, sistemas de saúde e de planos de autogestão. Mestrado pela Fundação Getúlio Vargas.

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado onde os entrevistados eram convidados a falar livremente sobre os temas colocados. Ver roteiro das entrevistas no ANEXO 1.

Essas entrevistas se tornaram importantes para caracterizar as experiências que vêm sendo vivenciadas pelos sanitaristas ao se aproximarem de uma temática – assistência hospitalar – tradicionalmente ligada à Administração. E também pela experiência "ao revés" da Prof. Ana Malik que estando na Administração faz uma aproximação com a Saúde Coletiva. Outra contribuição importante foi poder perceber os diferentes temas, ou diferentes enfoques do mesmo tema, dados pelos entrevistados, ora reforçando o que já foi apresentado neste trabalho, ora trazendo novas questões quando das suas intervenções. Colaborando assim com os possíveis "retratos" do hospital.

Quanto à utilização do material dessas entrevistas[2], optou-se por fazer uma "releitura" das mesmas a partir dos cinco grandes eixos temáticos apontados no Primeiro Capítulo e detalhados no Capítulo 4 (o regime jurídico-político, a relação do hospital com a rede de saúde, a constituição de uma rede substitutiva a esse, a gestão interna do hospital e a humanização do espaço hospitalar; foi ainda pontuada a relação da Saúde Coletiva com o tema do hospital.

Tenho o entendimento de que a análise traçada resulta do processamento do conjunto do material da pesquisa, sendo, portanto, de minha responsabilidade.

A partir da segunda metade do ano de 2000 identifico um outro núcleo de pesquisa que tem discutido hospital, ligado ao Instituto de Medicina Social IMS da URJ.

2 As três entrevistas foram gravadas e transcrita; ver ANEXO 3. Após a transcrição, procedeu-se a uma análise do conteúdo, segundo os eixos temáticos já mencionados.

Porém não teve nenhum dos seus pesquisadores entrevistados devido a adiantada etapa em que a tese já se encontrava aliado à avaliação de que com o material encontrado nas publicações pesquisadas era possível contemplar, parcialmente, esse núcleo. Necessário lembrar que este trabalho não tem a pretensão de esgotar toda a produção da área, sendo escolhidos três dos principais núcleos de investigação sob o tema hospital, considerados representativos da área.

E por algum motivo, os profissionais entrevistados também não se referiram ao grupo do IMS, talvez por trabalharem com um tema mais específico?

A forma com que a Saúde Coletiva vem priorizando, ou não, o tema do hospital, o porque e qual a pauta para a discussão sobre o hospital de cada um dos entrevistados são apresentados no próximo tópico.

II.1.Sobre a Saúde Coletiva e o Hospital

Os entrevistados ao refletirem sobre a pertinência, ou não, do tema do hospital para a Saúde Coletiva foram unânimes ao afirmarem que o hospital é, ou deveria ser, objeto da Saúde Coletiva, porém o mesmo não tem sido investigado e nem se constituído como espaço de trabalho para os profissionais da área.

Os pesquisadores trazem pontos que ajudam a justificar a ausência do tema na área para posteriormente apontar mudanças neste quadro.

Para a professora Ana o hospital é objeto de reflexão da Saúde Coletiva, no sentido de que na área da gestão dos hospitais se trabalha com necessidades, demandas e desejos das pessoas, no âmbito do coletivo e daí a pertinência de ser objeto da área. O que não significa que vem sendo estudado.

O professor Luiz Cecílio observa que o número reduzido de publicações sobre o tema, nos periódicos e livros da área, vai refletir como o hospital não tem sido tomado na prática da área.

A Saúde Coletiva vem se ocupando pouco do tema hospital, também para Pedro Barbosa, mas para este autor teríamos que lembrar tradição de inserção dos sanitaristas no Ministério da Saúde e não no da Previdência Social onde estavam inseridos os hospitais, exceção para os chamados pelo autor de "programáticos", ou seja, os hospitais asilares de doenças infecto-contagiosas – tuberculose, hanseníase ligados ao MS.

Portanto a separação da assistência hospitalar dos outros níveis de cuidado da saúde se fazia refletir, inclusive nas estruturas dos ministérios.

As justificativas apresentadas pelos entrevistados variam desde a negação do espaço do hospital como campo de trabalho dos sanitaristas – é como insinuassem que o hospital não devesse existir - até uma incapacidade da academia em integrar a produção de conhecimentos com a produção de tecnologias geradas em serviços, principalmente nos hospitais. Parte dessas opiniões são apresentadas abaixo.

Justificativas para o afastamento dos sanitaristas do hospital:

Para Luiz Cecílio: *"Não sei se não seria um pouco da tradição que nós temos, da Saúde Pública, é um olhar meio enviesado para o hospital"*. E o professor acrescenta:

"... mas era como se (o hospital) fosse uma outra construção uma outra problemática um campo mais hostil para nós, então é isso".

Já Pedro Barbosa lembra que: "*1º - A gestão e a administração hospitalar é uma área produtora de tecnologias e a academia tem sido marcada apenas pela produção de conhecimentos sem ainda conseguir integrar estas duas produções. 2º- Se buscarmos olhar não a quantidade das publicações científicas e sim a agenda das demandas colocadas para a academia veremos que a situação se modifica. É grande a busca por assessorias, a busca por reflexões que ajudem a pensar novos "jeitos de gerenciar os hospitais". Grande também é a quantidade de relatórios técnicos gerados sobre este tema inclusive como resultado das solicitações mencionadas anteriormente. 3º- Não podemos deixar de lembrar que as linhas editoriais e as de financiamento de pesquisa não têm aprovado e ou*

priorizado este tema. 4º- A realidade destas produções muda se de novo deixarmos de olhar somente para as publicações nos periódicos e nos detivermos na produção de teses que têm aumentado, principalmente nos últimos cinco a dez anos" .

Apesar das constatações acima, os entrevistados concordam que a situação vem se alterando, ou seja, vem aumentando a discussão sobre hospital na área da Saúde Coletiva.

"Porém acho que este quadro se altera a partir da década de 70, quando o sanitarista passa a ser também um crítico da concepção de programa e começa a ter uma outra atuação inclusive "pressionado" pela nova conjuntura da área da saúde inclusive tendo que dialogar com a gestão dos hospitais que passam a ser notadamente uma instituição de saúde onerosa e determinante de toda a organização do sistema de saúde. Porém será na década de 80 que a administração hospitalar passa a ocupar, a fazer parte da agenda dos sanitaristas. Esta nova situação se torna perceptível ao avaliarmos as mudanças que passam a ocorrer nos hospitais – sanatórios - que gradualmente vão deixando de serem asilares e se tornam hospitais gerais, tendo em sua maioria um sanitarista à frente destas mudanças". A avaliação acima é do professor Pedro Barbosa. Observa que vem crescendo o número de teses apresentadas nos departamentos da área nos últimos cinco anos.

Para Ana Malik as pessoas estão começando a se interessar pelo objeto hospital, agora.

II.2. Núcleos de estudo sobre hospital

Os entrevistados identificaram três principais núcleos de estudo sobre hospital. Citadas ainda pessoas que vêm trabalhando com o tema do hospital em universidades na Bahia e no Paraná. O grupo da Faculdade de Saúde Pública da USP estaria num momento de rearticulação após a saída de alguns pesquisadores de referência para o tema.

Abaixo os três núcleos de pesquisa identificados e seus principais temas de investigação, a partir da percepção dos entrevistados, (que também caracterizaram o núcleo em que estão inseridos). Coincidentemente, cada um deles faz parte de um dos núcleos.

Núcleos de estudo sobre Hospital e os principais temas destacados pelos entrevistados:

1) ENSP Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)

Temas Principais:

- Criticam o planejamento normativo à luz do planejamento estratégico e trabalham com a teoria comunicacional do Habermas, com a finalidade de discutir a organização de sistemas, de concepções gerenciais aplicáveis às organizações de saúde.

- Vêm desenvolvendo estudos e uma possível adaptação da proposta francesa *Demarche* estratégica para o Brasil.

- A discussão do regime jurídico que rege os hospitais públicos brasileiros (relação público-privado, contratos de gestão e autonomia do hospital) tem sido um ponto de destaque, valoriza a descentralização administrativa, a autonomia, os novos mecanismos de incentivo em relação a recursos humanos, a flexibilização das relações de trabalho e do papel do Estado na prestação direta de serviços de saúde e os novos mecanismos de orçamentação. Entre outros, têm Carlos Matus e Mitzemberg como autores de referência.

- Implantação de métodos para a apuração dos custos hospitalares.

- Abordagem do hospital a partir da "cultura organizacional".

2) LAPA Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde DMPS/FCM/UNICAMP

Temas principais:

- Apostam na mudança das organizações, mudam o planejamento no sentido de introduzir novos mecanismos organizacionais que aproximem essas organizações dos compromissos do SUS no sentido de serem públicas, eficientes, eficazes com participação e controle social.
- Criação de novos arranjos no cotidiano do hospital com a finalidade de mudar os processos de trabalho, para mudar a organização.
- Gerenciamento dos recursos humanos lidando com a tensão entre a autonomia dos profissionais, principalmente dos médicos e os interesses das organizações, enfatizando o trabalho em equipe.
- Criação de organogramas mais horizontalizados e de instancias colegiadas de tomada de decisão como uma das possibilidades de democratização da instituição.
- Não trabalham com a temática da apuração dos custos hospitalares ainda que reconheçam a sua importância.

3) PROAHSA –Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde/Fundação Getúlio Vargas - FGV.

Temas principais:

- Tradição da administração hospitalar (jeito empresarial de pensar).
- Ênfase na importância do controle de estoques e da apuração dos custos hospitalares.
- Racionalização dos processos administrativos intra-hospitalares.
- Avaliação dos serviços.

São três núcleos de investigação sobre hospital, do campo da Saúde Coletiva e são três imagens diferentes[3] e possíveis para o hospital. Há uma aproximação entre o PROAHSA e a ENSP ao conceberem o hospital enquanto empresa e também pontos que são comuns aos três núcleos como a preocupação com a eficiência, apesar do LAPA não apontar propostas para o monitoramento dos custos hospitalares.

Ao trazer os principais temas de cada um dos núcleos que estudam o hospital a intenção é de ir compondo o quebra cabeça da pauta que a área vem trabalhando, ainda que não seja de maneira prioritária.

É provável que outros temas, igualmente importantes, tenham "fugido" da memória dos entrevistados ao falarem dos núcleos.

Entretanto, o que falaram contribui para, junto com a reflexão dos outros capítulos, ir pontuando qual tem sido a contribuição da área para a discussão, o que tem marcado mais.

II.3. Os eixos temáticos e os entrevistados

Neste tópico, apresento a partir das entrevistas, o quanto cada um dos eixos temáticos propostos nesse trabalho, esteve presente ou ausente, na fala dos entrevistados, ainda que estes os desconhecessem no momento da entrevista.

Relação hospital - rede:

Para o professor Luiz Cecílio não há esta discussão no Brasil e tem sido difícil levá-la. Chama a atenção para alguns pontos necessários nesta reflexão:

- Os serviços de urgência e emergência devem ser compromissados com a detecção de casos de risco e o referenciamento destes para a rede (é o caso dos pacientes que deveriam estar sendo acompanhados pela rede básica e não estão - diabéticos, hipertensos, gestantes, etc).

3 Diferentes nas propostas de entradas no hospital: para uns o hospital deve ser tratado como uma empresa para outro como uma organização atravessada por várias instituições; um reforça mais determinado aspecto do que outro ainda que todos concordem em muitos outros pontos.

Conclui que o hospital não tem tido este olhar sob a rede a qual deve ser entendida como um lugar de continuação (do cuidado) hospitalar evitando inclusive a internação com todas as sua complicações.

E o segundo ponto seria pensando na Rede Substitutiva para o hospital:

- Devemos desospitalizar todos os casos possíveis, trabalhando com a alta precoce articulada com o ambulatório de egressos, e com os Programas de Internação Domiciliar e de Atenção Domiciliar.

Outra questão colocada pelo professor Pedro seria a de que o hospital deve estar articulado com outros hospitais (lógica de associação de hospitais e com a separação entre eles a partir da identificação de suas competências como pólos de referência para especialidades distintas) correspondendo a uma tendência mundial. Seria pensar na relação da rede de cuidados básicos com o hospital e também a relação entre os hospitais.

Forma de gestão dos hospitais públicos:

Os pesquisadores são concordantes ao afirmarem que a proposta das Organizações Sociais, ou melhor, da saída do Estado enquanto prestador direto da assistência hospitalar, "não andou". Entretanto as explicações divergem:

Para Luiz Cecílio seriam duas as justificativas: a primeira seria o fato de que *"não houve experiência bem sucedida de trabalhar hospital na direção de organização social, pelo menos não que eu conheça"*. E a segunda seria que *"ao nível da sociedade, nesse momento, há um certo questionamento do modelo neoliberal, há vozes mais claras sobre essa questão, essa política de terra arrasada, de privatização..., eu estou achando que as pessoas estão mais cuidadosas*".

Para Pedro Barbosa a justificativa seria, entre outras, o "*fato do Ministério da Saúde ter sido omisso quanto a regulamentação dos estados e municípios, quanto às formas de contratação de recursos humanos*".

O que podemos observar é que o primeiro entrevistado questiona a proposta em si, já o segundo as estratégias de sua implantação.

A discussão sobre a forma de gestão dos hospitais públicos ganha destaque quando o professor Pedro Barbosa se posiciona favorável a uma lógica de flexibilização da gestão*, "eu comungo com princípios de flexibilização do Estado, com lógicas de contratualização no interior da máquina estatal, com lógica de fortalecimento do terceiro setor no cumprimento de determinadas atividades que são de responsabilidade do Estado, eu comungo com muitas destas coisas e defendo isso. Eu acho que nós somos marcados, isso a área da saúde, por um principismo, por uma ideologização demasiada, para não enfrentar adequadamente esta discussão e a gente rechaça esta discussão, parte dela por argumentos ideológicos, parte por colocações também muito mal feitas pelo próprio governo"*.

Gestão interna do hospital:

Este tema é apresentado com detalhes pelo prof. Luiz Cecílio. O mesmo coloca que as propostas de modelos de gestão para o hospital devem pensar a gestão também como espaço de autonomia para a construção de sujeitos coletivos.

O entrevistado elenca novos arranjos para o funcionamento do hospital com a finalidade de mudar a forma de gerenciamento interno principalmente a partir de mudanças nos processos de trabalho. Enfatiza a centralidade no usuário em contraposição a outras propostas que segundo ele, têm no médico seu principal cliente (as rotinas do hospital são organizadas a partir destes profissionais). Abaixo os arranjos mencionados[4]:

- Gestão colegiada
- Unidades de produção
- Grupo de apoio à gestão (GAG)
- Equipe responsável/leito (equipe de cabeceira)
- Elaboração de protocolos
- Planilha de indicadores
- Avaliação da qualidade
- Avaliação pelo usuário

4 Parte desses arranjos foram apresentados quando do relato da experiência do Hospital de Betim, no Capítulo 1.

O prof. Pedro Barbosa vai reforçar outros aspectos para a gestão interna do hospital. Ele considera imprescindível uma gestão profissionalizada. Para ele falta profissionalismo no gerenciamento dos hospitais. Ele alega que a gestão hospitalar não é espaço para profissionais técnicos da assistência e sim para profissionais habilitados em gestão.

E mais, é enfático ao afirmar que o hospital deveria operar como uma empresa (para dentro e para fora). *"Eu uso esta palavra* [empresa] *no sentido de simplificar o espírito que eu acho que tem que ter em qualquer organização. E particularmente para a área de saúde trazer essa palavra ela é simbólica, emblemática, no sentido que uma empresa tem que responder a que veio tem que ser eficiente, tem que satisfazer sua demanda – clientela, tem que ter seus profissionais satisfeitos, tem que ser rentável, rentável no sentido de ser equilibrada economicamente, isso tudo mereceria competências profissionais*" .

Para a prof. Ana Malik uma outra linha de atuação/pesquisa seria a qualidade e a avaliação, uma conotação mais gerencial do cotidiano, menos reflexiva.

O conceito de qualidade é usado no sentido de que: "*como você faz para salvaguardar a vida do coitado do usuário dos serviços, seja hospital público, seja hospital privado e eu estou falando de redução de riscos e redução de riscos sob o ponto de vista da assistência, o tipo de cuidado que ele recebe no monitoramento da assistência*".

Humanização do hospital:

O tema da qualidade para o entrevistado, Luiz Cecílio, deve ter como centralidade o usuário. Para essa discussão propõe tomar o eixo da humanização do hospital a fim de ser trabalhado com os profissionais do hospital (direção, médicos, enfermagem, profissionais da administração, da limpeza). Pontua temas como:

- Os cuidados com a privacidade do paciente.
- O direito ao acompanhante.
- O direito à informação (desde a sinalização no hospital até sobre o seu estado de saúde e como se cuidar).
- Avaliação pelo usuário da assistência prestada no hospital.

Nas entrevistas foi possível perceber a pertinência do tema para a Saúde Coletiva mas também que o hospital ainda é apresentado de maneira fragmentada assim como encontrado nas publicações da área e discutido no próximo capítulo.

No próximo capítulo trago a conformação e a escolha dos cinco eixos temáticos tratados ao longo de todo o trabalho. Dialogo com o que foi encontrada na literatura da área, a partir da revisão bibliográfica, da experiência de Betim e da percepção de certos profissionais da área, apresentada neste capítulo que se encerra, parcialmente.

CAPÍTULO 4

OS EIXOS TEMÁTICOS

Os Eixos Temáticos

Com a leitura dos capítulos anteriores é pertinente afirmar que o debate sobre hospital está presente, na Saúde Coletiva, na década de noventa, embora sem ocupar a centralidade na agenda da área.

Mas como o hospital vem ocupando essa agenda?

Neste capítulo, os temas que a área traz para discutir o hospital são tomados numa perspectiva mais analítica, à luz da experiência de Betim.

Usando essa perspectiva, no próximo item apresento como os eixos temáticos se conformaram para mim e a seguir uma avaliação se eles foram suficientes, ou não, para dialogar com a área, através das suas formas de expressão.

Em relação à produção de textos, este trabalho tomou como referência, todos os artigos publicados nos periódicos da área da Saúde Coletiva, na década de noventa, assim como os resumos de trabalhos apresentados nos congressos científicos e as teses de mestrado e doutorado da Universidade de São Paulo - USP, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da FIOCRUZ.

Necessário se faz lembrar que para a construção dos três capítulos anteriores utilizou-se desse material, assim como de outras referências como livros, relatórios de serviço e de materiais não publicados, em versão mimeografada, também utilizados neste capítulo.

No ANEXO 3 estão as principais revistas e congressos da área, assim como as teses apresentadas nos quatro centros de pós-graduação do país (região sudeste).

O levantamento abrangeu 10 anos de publicação: de janeiro de 1990 a dezembro de 1999.

Para a avaliação deste material os artigos e trabalhos foram inicialmente agrupados em áreas temáticas, à semelhança com o que já acontece nos congressos. A denominação da área temática de cada trabalho teve como referência a classificação dada pelo próprio autor na escolha das palavras chaves (quando presentes), o título e por último pela classificação apresentada nos anais (no caso dos congressos).

Essa forma de análise da produção científica por área temática acaba por esbarrar em dificuldades próprias do campo da Saúde Coletiva que, tendo um escopo de preocupações muito amplo abrange diferentes interfaces do conhecimento.

Embora seja possível perceber um certo consenso, na comunidade de investigadores em Hospital/Saúde Coletiva, sobre quais são as suas grandes linhas temáticas da área, porém por se tratar de um campo em construção, diferentes marcos de referência são usados para definição das categorias temáticas. Coexistem orientações que, ora privilegiam as áreas de classificação da Saúde Coletiva, ora a classificação da Administração Clássica, quando não uma mistura dessas.

Como já mencionado anteriormente, o detalhamento de cada periódico, de cada congresso e das teses, com o número de artigos ou teses/ ano e por tema se encontra no ANEXO 3.

Tendo em vista essas considerações apresento a seguir a conformação dos eixos temáticos escolhidas nesta investigação e o "diálogo" destes com a Saúde Coletiva.

Os eixos

A escolha do termo, eixo - temático trás a idéia de uma linha imaginária, um tema que vai intermediar, atrair para o entorno, agrupar um conjunto de idéias a ele relacionado (Houaiss, 2001) e que nesta investigação os cinco eixos escolhidos seriam suficientes para dar conta da análise da assistência hospitalar.

Mas de onde vêm esses eixos?

O "embrião" desses eixos temáticos apareceu durante a pesquisa "Organização e Gestão dos sistemas de Saúde: Sistematização e Transferência de Tecnologia" (LAPA/CNPQ, 1997), desenvolvida por pesquisadores do LAPA/FCM/UNICAMP e financiada pelo CNPQ – Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia.

No seminário sobre a metodologia a ser utilizada pelas diversas frentes de trabalho, realizado com a coordenação do professor Mário Testa, decidiu-se buscar evidências de mudanças das instituições, após a intervenção do LAPA, para depois associar a mudança, ou não, à utilização de determinada "tecnologia".

O Hospital Público Regional de Betim tornou-se "um grande laboratório" do LAPA no sentido da experimentação de vários arranjos, ferramentas e tecnologias. Foi implantado: um novo organograma – horizontalizado – desde o início de funcionamento do Hospital, gestão colegiada no nível das unidades e para a direção do hospital, fluxogramas "ideais" de funcionamento das unidades, profissionais médicos e enfermeiros diaristas, planejamento estratégico, construção de rede de petição de compromissos com as outras unidades de saúde do município, ausência de ambulatório no hospital, garantia do direito de ter um acompanhante a todos os pacientes e mais uma infinidade de inovações, algumas já descritas de maneira detalhada no Capítulo 1 e em outras publicações mencionadas.

Quando da apresentação, de acordo com a metodologia proposta – evidências de mudanças, daquele hospital diferente em relação à maioria dos hospitais públicos e que vinha dando certo, veio uma indagação: Como sistematizar os vários arranjos testados?

É quando o grupo de discussão percebeu que o LAPA, apesar de já acumular experiências sobre hospitais, não tinha uma pauta tecno-política de discussão para o hospital no cenário da Saúde Coletiva.

Qual seria a pauta?

É quando aparece a sistematização do Professor Emerson Merhy indicando três sugestões para a composição da "pauta":

- *A Relação do hospital com a rede de saúde*
- *A gestão interna do hospital com enfoque na reordenação do processo de trabalho.*
- *A Humanização da assistência.*

A pauta sobre a construção de uma rede substitutiva para o hospital, de uma maneira mais ampla, naquele momento, estava contemplada no tema da relação do hospital com a rede de saúde.

Com a interrupção[1] da investigação pela agência de financiamento, o processo de discussão foi abortado, ainda que parte dos pesquisadores continuou a atuar nas suas frentes de investigação com outros objetivos.

Como já mencionado na 2ª parte do Primeiro Capítulo, as discussões iniciadas naquela investigação foram parcialmente incorporadas nesta tese. A investigadora responsável pela frente de trabalho do Hospital de Betim é a mesma desta investigação.

A proposta, dos aqui chamados eixos temáticos, foi se consolidando com a minha participação no Laboratório de Gestão Hospitalar –LAGHOS - do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP desde agosto de 2000 até a presente data.

Com as discussões do grupo e a revisão bibliográfica percebeu-se a importância de dois novos eixos temáticos: o primeiro seria a forma do Regime jurídico – político do hospital e depois o tema da desospitalização que se separa do eixo da Relação do Hospital com a Rede pela crescente importância que o tema vem tendo seja em outros países ou aqui, uma vez que envolve redução dos custos com assistência hospitalar e de danos para o paciente, além da especificidade da abordagem desta linha de cuidados intermediários entre o hospital e uma Unidade Básica de Saúde.

A escolha desses eixos articula-se com uma certa aposta na construção de um novo hospital.

No próximo tópico essa discussão é tomada e problematizada a partir de cada um dos eixos já mencionados.

1 O CNPQ –Conselho Nacional de Pesquisa - teve problemas para garantir a continuidade no financiamento do trabalho do ProTeMPG – Programa Temático Multiinstitucional em Planejamento e Gestão, como um todo, o qual incluía várias frentes de trabalho e entre elas a do LAPA/DMPS/FCM/UNICAMP.

I. REGIME JURÍDICO – POLÍTICO DO HOSPITAL

Avaliando todos os trabalhos, descritos no ANEXO 3, observo uma centralidade da dimensão da gestão dos hospitais na formulação de propostas que apontam para experiências de uma gerência "flexível", ou seja, que incorporam elementos do setor privado e se afastam da administração direta. Trazem questões ligadas ao debate sobre a capacidade do Estado prestar, de forma direta, assistência hospitalar.

Dos trabalhos avaliados (teses, artigos em periódicos e congressos) este foi o tema com a segunda maior produção[2], perdendo apenas para o tema da avaliação.

Este debate torna-se mais importante na medida que é colocado pelo próprio governo brasileiro como fazendo parte da reforma do Estado, já mencionado no Capítulo 2.

Mas qual seria a melhor forma de gestão para os hospitais públicos brasileiros? Terceirizar a gestão destes? Transformá-los em organizações sociais? Continuar na administração direta?

Não é objetivo desse trabalho responder a estas questões, porém gostaria de trazer alguns pontos que considero necessários para pensá-las, a partir das reflexões em curso. Um deles seria que as mudanças precisam ter impactos nas "práticas de trabalho", porque são estas que determinam a forma como a organização funciona.

Autores como Merhy, chama a atenção para o fato de que a localização dos problemas a nível macro estrutural não é suficiente para interferir na micropolítica, ou seja, no cotidiano dos serviços, nas práticas de trabalho, "... *tem sido comum que a maior parte destas falas* [debates da área da saúde] *dobra-se principalmente sobre as dimensões mais macroestruturais destes processos, e poucos têm sido aquelas que destacam a intimidade destas pretensões com a aquisição de uma certa capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos mais micropolíticos destes processos"* (1997: 127). Fazendo-se necessário mudar também a gestão interna do hospital e os processos de trabalho e que deveriam uma maior centralidade nos usuários e não nos procedimentos.

2 Foram XX trabalhos sobre avaliação de serviços hospitalares contraYY trabalhos com o tema da gestão – ver tabelas do ANEXO 3.

Um outro ponto que merece reflexão é a necessidade de saber quais seriam os significados para os gestores do sistema de saúde dessa proposta de flexibilização da gestão estatal.

A direção da Secretaria Municipal de Saúde de Betim teve como principal argumento para ter o hospital na administração direta, ligado à coordenadoria que cuidava das outras unidades de saúde, a necessidade de sua integração ao restante do sistema de saúde (Rollo e Oliveira, 1997).

Ponderava ainda que dado o contexto político local, aquele hospital construído e equipado pelo município, facilmente passaria a ser gerenciado pela UNIMED, caso não fosse da administração direta, com perda importante para a população já que menos de 10% desta é conveniada a esta cooperativa e até mesmo a outro tipo de seguro saúde.

Considerando a história daquele município, marcado pela ausência de investimentos na área social, pela privatização do espaço público e pela incipiente participação popular, de maneira organizada, na reivindicação de serviços públicos de saúde, acredito ter sido aquela a melhor escolha.

Havia ainda a promessa de que o Hospital seria uma unidade ordenadora de despesas e com autonomia para a realização de concursos e contratação de pessoal, já que isto é possível dentro da administração direta, e necessário para serviços como um hospital. Porém estas promessas não se concretizaram[3].

A experiência de Betim ilustra um pouco sobre os riscos de separar o SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico (dos distritos sanitários) quebrando assim o central princípio da integralidade da assistência.

Assim, ao se discutir o regime jurídico-político de um hospital deve-se avaliar como garantir a sua integração ao sistema de saúde loco-regional, independente das opções possíveis. Podendo ser garantida se tivermos o gestor – estadual ou municipal – com capacidade de regular o sistema.

3 Divergências no governo municipal impediram que prosseguissem as discussões sobre o melhor caminho para a descentralização administrativa do HPRB.

Apesar das discussões sobre as novas formas do regime jurídico, em substituição à administração direta, trazerem vários outros aspectos como garantia de transparência no uso dos recursos, de não mudança da clientela, entre outros, os trabalhos encontrados apontam que tem mudado apenas a forma de contratação dos recursos humanos e de compras. Sem, no entanto apresentarem redução nos custos e ou melhores performances institucionais (Machado, 1999). E aí Cecílio (1999) traz o desafio de que é possível gerenciar por diretrizes, controlar processos e dar ênfase no desenvolvimento de recursos humanos e ainda continuar na administração direta.

Na produção há ainda a discussão de que o custeio destas instituições que experimentam a flexibilização da gestão, continua sendo integralmente público já que as mesmas não têm logrado, como regra, ter outras fontes de financiamento.

A questão nos remete também, à discussão, entre outras, sobre o duplo acesso de usuários, já que a "nova instituição" teria a possibilidade de ter receitas complementares sendo que a mais procurada tem sido a busca por pacientes dos planos de saúde.

Na minha opinião, esse mecanismo traz o risco de diferenciação dos serviços de hotelaria oferecidos a ambas as clientelas, dupla fila de espera com certos privilégios para os usuários dos convênios que possuem, em geral, uma maior capacidade de reivindicação. O que torna essa situação inaceitável é quando essa diferenciação vem acompanhada de diferenciação na incorporação tecnológica, ou seja, no acesso a exames e procedimentos de maior complexidade. Acentuando assim a iniquidade na utilização dos serviços de saúde e levando à mudança na missão dos hospitais públicos.

Por outro lado, a remuneração do SUS para os procedimentos hospitalares não cobre o custo com as internações de patologias de maior complexidade, restando aos hospitais, principalmente aos filantrópicos, cobrirem seus déficits com os rendimentos gerados nos atendimentos de pacientes particulares e de convênios.

Medidas como estas, também necessitam de um esforço de natureza regulatória pública.

Outro ponto que merece destaque é a celebração dos contratos de gestão, entre o gestor governamental e os hospitais – estabelecimento prestador de serviços, até então, restritos à modalidade das Organizações Sociais. O contrato rege sobre o financiamento e os serviços a serem realizados.

Encontrei três trabalhos que discutiam de maneira detalhada a origem, os objetivos; as vantagens e alguns limites do contrato de gestão (Silva, 1995; Lima, 1996 e Hortale, 1999). A partir dessa leitura, são muitas as linhas de debate e interrogações ao se pensar em utilizar o contrato de gestão como um elemento na conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas, algumas já apontadas por Lima (1996: 134).

Porque não ser, celebrado, o contrato de gestão, entre o gestor municipal/estadual e um hospital público? O contrato de gestão pode vir a ser uma importante ferramenta no acompanhamento e avaliação da instituição, garantindo transparência na utilização dos recursos públicos articulando produtividade e qualidade. Porém este instrumento, sozinho, seria insuficiente para mudar o modelo de atenção dos hospitais.

Hortale (1999: 17) menciona que nas experiências descritas, principalmente na França, um dos aspectos negativos, e grave, observado é o "*... privilegiamento do econômico em detrimento dos objetivos de saúde pública"*. Este fator pode ser agravado pela autonomia dada à instituição para estabelecer seus objetivos e sua missão, sem uma articulação com o sistema de saúde loco-regional.

Concordo com Lima quando conclui, no trabalho mencionado acima, que "*... as inexistentes ou insuficientes prestações de contas interna e externa é uma questão crucial a ser enfrentada por quaisquer modelos gerenciais para as organizações hospitalares e públicas*".

II. A RELAÇÃO HOSPITAL - REDE

Como mencionado no item anterior, a preocupação em ter um hospital integrado com os outros serviços de saúde existentes foi a grande preocupação dos gestores da saúde do município de Betim. O Hospital não deveria ser a única porta de entrada para o sistema. Essa integração entre o hospital e a rede era vista como a única possibilidade de garantia da integralidade dos cuidados oferecidos.

Pensar o novo lugar do hospital no sistema de saúde e não no mercado tem sido um dos desafios para os gestores públicos.

Para dar conta dessa diretriz, em Betim, uma primeira ação foi garantir que o usuário tivesse atendimento dos quadros agudos, nas Unidades Básicas de Saúde –UBS - (dor, febre, crises de asma, pequenos cortes), existiam quatro Unidades de Atendimento Imediato –UAI - que funcionavam 24 horas, para as intercorrências noturnas e para os pacientes que necessitassem de observação por mais de duas horas. Garantir condições de resolutividade em todas as unidades de saúde e não só no Hospital foi uma importante diretriz estabelecida pelos gestores.

Quando da abertura do Hospital Público Regional de Betim –HPRB -, ficou estabelecido que o mesmo não teria ambulatório. Foi ainda estabelecido um protocolo de referência e contra-referência entre os profissionais das UAIs, do HPRB, e das UBS, com posterior campanha de divulgação para a população. Neste protocolo acordou-se como seria o encaminhamento dos pacientes e quais casos iriam para o Hospital (ver Capítulo 1).

Após o início do funcionamento do Hospital percebe-se a necessidade de um refinamento deste protocolo. Na pediatria, a maioria das crianças estava internada por doenças respiratórias, seus profissionais perceberam que era necessário integrar esforços para evitar essas internações ou abreviá-las. Foi criado um protocolo para as crianças com doenças respiratórias, em conjunto com pediatras de todas as unidades de saúde. Processo semelhante aconteceu com a garantia do cuidado para os recém nascidos de risco.

A presença do diretor e dos coordenadores das unidades do hospital nos mais diferentes fóruns de discussão, da Secretaria Municipal de Saúde, foi permitindo encaminhar a resolução dos problemas desta complexa proposta de hierarquização do cuidado.

O amadurecimento dessa relação assim como a pressão por novos modos de garantir a assistência fez com que o município evoluísse para a constituição de uma rede substitutiva para o hospital.

Ainda que fazendo parte da relação rede/hospital a mesma será um eixo temático à parte, dada a importância de sua implantação e de seu caráter inovador na busca de novos modelos de assistência.

Na revisão que realizei não encontrei nenhum trabalho que tratasse especificamente da relação rede/hospital. A mesma é mencionada apenas como causa de problemas para os programas da rede ou para os insucessos do hospital com os pacientes no pós-alta.

Ainda que não publicadas não são poucas as experiências municipais na tentativa de integrar esses serviços. Um problema tem sido o fato de que a maior parte dos leitos hospitalares não é pública, o que foi um facilitador para Betim e um complicador para os outros municípios. Mas quando o município passa a ser gestor pleno do sistema uma das prerrogativas a ele delegada, é a de estabelecer novos contratos com os prestadores privados, sendo aí a oportunidade de conseguir estabelecer novas exigências para formas de relação desses com o restante dos serviços (Malta, 2001).

III. REDE SUBSTITUTIVA

Este termo, no Brasil, originariamente foi utilizado pela área da Saúde Mental, no sentido de pensar novos equipamentos de saúde, novas maneiras de cuidar dos pacientes portadores de sofrimento mental em substituição ao modelo manicomial.

Há cerca de dez anos a área vem experimentando estes novos serviços substitutivos como o Hospital Dia, os Lares Abrigados, os CAPES (Centro de Atenção Psicossocial), os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Não é apenas a troca do espaço físico ou do nome mas toda uma proposta de mudança do modelo de intervenção assistencial[4].

4 Para maiores detalhes da constituição desta rede de serviços substitutivos na área da Saúde Mental ver a revista: "Saúde em Debate (v. 25, número 58, maio/ago de 2001), dedicado à área e lançada na II Conferência Nacional de Saúde Mental".

Proliferam também os serviços substitutivos para a internação clínica. Em outros países como os Estados Unidos, esses serviços para o hospital geral não vêm como proposta de mudança do modelo de assistência. Teve como motivador principal a redução dos gastos com a internação, patrocinado pelas seguradoras de saúde. Com o programa do "*Home care*" a intenção era reduzir os custos crescentes com a hotelaria, com o tratamento das infeções hospitalares e com as iatrogenias, caras às seguradoras.

No Brasil, a situação é mais complexa uma vez que outros fatores irão influenciar a constituição de uma rede substitutiva para os hospitais gerais.

O primeiro seria a área da Saúde Mental que vai "contaminar" esta discussão. Argumentam da necessidade de introdução de novas práticas, como a elaboração de planos terapêuticos multidisciplinares, da implantação da internação apenas durante o dia (hospital - dia). São práticas voltadas para a humanização do atendimento, da não retirada do paciente do convívio de pessoas queridas num momento de fragilidade com risco aumentado de perda da autonomia dos pacientes sobre o seu corpo quando ingressam no hospital (marcas da hospitalização descritas por Goffman no "Instituição Total"). Mudanças na forma se pensar a hierarquia do cuidado, onde realizá-lo e como; mudança no modelo de assistência.

O segundo fator seria a carência de leitos para todos os pacientes que necessitam de internação. Nos últimos dez anos houve uma redução no número de leitos disponíveis para a internação de pacientes do SUS aliada ao envelhecimento da população com demanda crescente para internações mais complexas causando um estrangulamento nos leitos de clínica médica. Levando à busca por alternativas na linha de cuidados.

Um terceiro fator tem sido a necessidade de reduzir os custos, assim como vem acontecendo em outros países. A crescente e aparentemente infinita incorporação tecnológica aos procedimentos médicos tem tornado onerosa qualquer internação hospitalar (Guia, 1996).

E um último fator, aqui apontado, seria a tradição das políticas de atenção primária para os países subdesenvolvidos, que no Brasil constituirá toda uma rede hierarquizada de serviços básicos de saúde permitindo, assim, desenvolver novas competências para esta, de maneira criativa.

Municípios como Paulínia em SP, Volta Redonda no RJ, Betim em MG entre outros, sofrerão a influência desse conjunto de fatores.

A possibilidade de humanizar o atendimento com a oferta de novas possibilidades de cuidar, a otimização dos leitos, principalmente de Clínica Médica, e aí como conseqüência, a redução dos custos, vem fazendo com que os municípios implantem os Serviços de Internação Domiciliar e em parceria com os seus hospitais de leitos para o "Hospital Dia" (para pacientes que necessitam de medicação intravenosa, por exemplo, quimioterapia oncótica, coquetel anti-AIDS) e o Ambulatório de Alta Precoce.

O município de Betim viveu essa experiência. Com a insuficiência de leitos na Clínica Médica, o hospital discutiu e implantou o Ambulatório de Alta Precoce, o qual teve que ser bem articulado com os outros serviços de saúde do município, uma vez que podia envolver uso de medicação parenteral fora do hospital, troca de curativos, entre outros. Este processo ajudou a reordenar o Atendimento Domiciliar já realizado pelas Unidades Básicas culminando com a elaboração de protocolos que ajudariam a orientar os profissionais da rede na seleção dos casos.

A implantação deste serviço desencadeou a discussão da organização do Programa de Internação Domiciliar - PID. A discussão envolveu todos os serviços da rede de saúde. Foram montadas equipes com: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, e o apoio de fisioterapeutas e assistente social. Garantem o atendimento durante os sete dias da semana, estão vinculados à maior Unidade de Atendimento Imediato – UAI – que é a referência para a família em caso de qualquer alteração do caso. Uma condição básica para a internação domiciliar é a existência de um cuidador – da família ou outro que se responsabilize pelos cuidados diários do paciente.

Foi estabelecido um protocolo para orientar que tipo de paciente deve ser encaminhado para o programa e todo um fluxo de visitas diárias, coleta de exames, apoio das UBS, etc. A maior parte dos pacientes é encaminhada diretamente das UAIs sem passar pelo Hospital de Betim que também encaminha casos.

Apesar de experiências como a de Betim estarem se proliferando no país, não foi encontrado nenhum trabalho sobre o tema, na revisão realizada. Exceção para dois artigos que traziam o relato de experiências de mudanças, em hospitais psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro e teve a rede substitutiva como um de seus temas (Inojosa & Farran, 1994 e Freitas, 1998).

Nos encontros científicos da área onde tem se observado um crescimento de trabalhos oriundos dos serviços de saúde, quase sempre relatos de experiências, encontrei quatro trabalhos sobre o tema. Dois deles apresentam uma proposta para a implantação de um serviço de assistência hospitalar – não concretizadas quando do relato (César & all, 1997 e Alonso & all, 1997). Os outros dois relatam que apesar das dificuldades na garantia da retaguarda hospitalar são propostas bem sucedidas. São unânimes ao afirmarem a melhora da qualidade de vida dos pacientes acompanhados, a melhora da relação paciente/família/serviço, com relatos de diminuição no número de internações, aumento da capacidade da família de cuidar do paciente e deste de se cuidar (Hoffman, 1997 e Pires & all, 1997).

Constato que não há uma correspondência entre a produção da área e a longa experimentação vivenciada pelos municípios. Considero que o tema da constituição de uma rede substitutiva para o hospital deve ser incorporado na discussão de modelos assistenciais, numa hierarquia de cuidados que contemple mais do que unidades básicas, do que pronto socorro e do que hospital. Uma nova modalidade de cuidado.

Um desafio a ser enfrentado pela Saúde Coletiva.

IV. GESTÃO INTERNA DO HOSPITAL

Neste eixo temático uma variada gama de assunto está incluída, uma vez que diz como funciona o hospital no seu cotidiano. Os profissionais que estiveram ligados ao LAPA/DMPS[5] sempre apostaram na mudança do cotidiano do hospital – na sua micropolítica – como eixo mais potente para torná-lo mais democrático, menos desumano

5 Com o trabalho no hospital de Betim, a pós-graduação no DMPS/UNICAMP e as experiências compartilhadas com estes profissionais, esta aposta é a minha também.

para trabalhadores e usuários, mais eficiente e eficaz. Portanto não é por acaso que este eixo está "hipertrofiado".

Para abordá-lo foi necessário sub dividi-lo em:

- *A gerência e o organograma*
- *Sobre os processos de trabalho no hospital*
- *A discussão da eficácia/eficiência/efetividade*

IV.1. A gerência e o organograma

A organização hospitalar apresenta especificidades advindas, para os institucionalistas, do seu atravessamento por várias instituições – das profissões, da burocracia, do cuidado, dos usuários com os seus interesses, das empresas de materiais e produtos – e das características de seu processo de trabalho; o que o torna uma organização complexa.

E é por esta especificidade que alguns autores a denomina de organização profissional, marcada pela natureza do trabalho que lá se realiza, ou seja, dependente das normas dos profissionais (Mintzeberg, 1989).

Entretanto a maioria dos organogramas existentes nos hospitais não consegue traduzir esta complexidade por terem como referência organizações menos complexas e com processos de trabalhos distintos. Esses organogramas vão se caracterizar pela divisão entre uma direção por profissões e uma direção administrativa o que tem sido fonte constante de conflitos. Isto decorre do fato de que os profissionais não aceitam a intervenção da direção administrativa a qual se diz responsável pelo alcance dos objetivos da organização, tendendo a um excesso de controle com privação da autonomia dos profissionais, no caso da saúde, em prestar serviços de qualidade.

Para Dussault (1992: 15) o tipo de gestão mais adequado para estas organizações seria "*mais o consensual, colegiado, do que o autoritário. É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer ordens mas por responsabilidade*".

A proposta de um organograma horizontalizado, com gestão colegiada, um número menor de chefias intermediárias, pautado pelo cuidado e não pelas profissões, foi implantada no Hospital Público Regional de Betim, descrito no Capítulo 1.

Esta experiência não foi a única vivenciada pelo LAPA, como já descrito, Capítulo 2, foram várias. E elas trazem sempre o questionamento: Como assegurar, ao mesmo tempo, a autonomia profissional e prevenir a falta de consciência, a incompetência profissional e garantir o cumprimento das diretrizes institucionais?

Mesmo que seja um tema presente no cotidiano dos hospitais, na literatura da área são poucos os trabalhos que buscam refletir ou até mesmo responder à questão sobre a polaridade entre a autonomia dos profissionais, principalmente dos médicos e o controle para a garantia das diretrizes.

Cecílio (1997 b e 1999 b) aponta[6], nos seus trabalhos, que o caminho seria a criação de dispositivos ou contextos de negociação onde se encontrariam e confrontariam as múltiplas racionalidades organizacionais. Partindo do pressuposto não do consenso como apontado por Dussault, mas do estabelecimento de novos pactos que teriam os interesses dos usuários como balisador central.

Este seria, portanto um tensionamento intrínseco aos serviços de saúde, e como tal, insolúvel, cabendo apenas garantir que sejam explicitados e intermediados para que se consiga tornar os interesses dos usuários como interesses de todos. E para isso os novos

6 Em conjunto com as formulações de Gastão Wagner de Sousa Campos e de Emerson Elias Merhy.

organogramas não podem continuar a reforçar ou escamotear e sim garantir o aparecimento de espaços nos quais tornem-se mais públicos podendo assim, disputarem e serem negociados.

Gerentes para o hospital

Durante sua entrevista o prof. Pedro Barbosa mostrou-se preocupado com a capacitação do dirigente hospitalar. Entende que é preciso uma gerência profissionalizada: "*gestão hospitalar não é espaço de técnicos da assistência, eu teria que ter profissionais habilitados em gestão*".

O professor tem estudado sobre o tema; em seus trabalhos (Barbosa, 1996 e 1997) enfatiza que uma melhor performance organizacional é dependente da competência técnica do gerente. Aponta os conhecimentos e habilidades que necessitam ser adquiridos pelo dirigente hospitalar na sua formação, a partir de autores como Paulo Roberto Motta e Gilles Dussault.

Para este autor o dirigente deve ter a capacidade de exercer o seu papel em equipe, uma vez que a gestão do hospital deve ser colegiada. "*Os dirigentes não podem produzir os serviços nem realizar os programas pessoalmente: os que sabem recrutar bons colaboradores, formá-los e ajudá-los a crescer profissionalmente e pessoalmente, contribuem muito para elevar a qualidade dos serviços. Ao nível técnico, não importa que os dirigentes sejam especialistas em cada área de gestão ou produção de serviços de saúde, mas eles têm de entender o que seus profissionais fazem e ser capazes de solicitar e utilizar as informações que possam melhorar o processo de tomada de decisão"* (Dussaut, 1992:16).

No Hospital de Betim a constituição do colegiado gestor formado pelos coordenadores das unidades foi fundamental para o desempenho da organização. Os dois primeiros diretores[7] do Hospital possuíam experiência de gestão em serviços de saúde, porém os coordenadores das unidades não. Mas esta inexperiência não interferiu no cotidiano da gerência pelo fato de: serem profissionais que conheciam o processo de

7 Refiro-me aos diretores entre 1996 a 2000, período da pesquisa.

trabalho da unidade que gerenciavam, estarem afinados com as diretrizes do hospital, participarem constantemente de oficinas, permitindo assim que se familiarizassem com a condução de grupos, acrescido do fato de que houve um processo de capacitação, com aporte de ferramentas da gestão para toda a direção do hospital.

Os profissionais do DMPS/UNICAMP que assessoram hospitais têm observado que após as discussões e implantação de novas formas de organizar e de funcionar de determinado hospital, as pessoas que vivenciam esse processo se capacitam para gerenciar serviços. É a capacitação em serviço, com o estímulo para a aquisição de uma nova habilidade aliada a buscas individuais de complementação da formação. Um processo observado não só nos hospitais, mas em outros serviços de saúde.

Reconhecendo o hospital como lugar de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais, Merhy (1999b), referindo-se às estratégias gerenciais, considera *"necessário viabilizar, propiciar, experimentar determinados arranjos institucionais que sejam facilitadores de novos processos de comunicação e coordenação dentro da instituição. Pensamos também, ser necessário construir e disponibilizar uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha tanto a inteligência já produzida para administrar processos estruturados, como permita que os mesmos se abram para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas.*"

Para responder o quanto um gerente capacitado tecnicamente influência na performance de um hospital seria necessário novas investigações

IV.2. Sobre os processos de trabalho no hospital

A despeito de reconhecer a importância deste tema para a discussão do hospital, a área da Saúde Coletiva irá contribuir de maneira "tímida" (70 a 80% dos gastos de um hospital são com folha de pagamento e é provável que ocupe igual proporção na agenda do gestor hospitalar).

Uma contribuição tem sido quanto à própria terminologia: força de trabalho ou recursos humanos? Uma vez que as duas formas têm sido utilizadas. Pitta (1999) vai apontar a existência de uma diferença conceitual: "*[Nogueira (1993:130) chama a atenção para o caráter irreconciliável dos dois conceitos, uma vez que o primeiro – força de trabalho – traz em si a idéia de descrever e interpretar o contigente de trabalhadores estudados como unidade social, enquanto que o segundo – recursos humanos – tem a ver com o desenvolvimento da capacidade de trabalho nos seus aspectos operacionais, com raízes conceituais saídas das teorias de administração"*.

Lima (1998) traz extensa revisão sobre essa diferença, na sua tese de doutorado, onde compartilha da diferenciação colocada acima e avança ao valorizar esse trabalhador como protagonista do seu fazer cotidiano.

Utilizando esta diferenciação como referência, observo que a maioria dos trabalhos, ainda que escritos por profissionais da Saúde Coletiva, utilizam o referencial da administração.

No hospital as avaliações da política de recursos humanos tem sido na busca de maior eficiência e otimização[8] na utilização desse recurso. O redimensionamento dos recursos humanos vem sendo considerado a chave para a contenção dos custos nos hospitais.

Consequentemente, assumem importância os estudos que analisam os indicadores de performance hospitalar como: número de funcionários/leito, número de consultas e internações/funcionário, entre outros, no intuito de tornar os hospitais mais eficientes (Bittar, 1995 e 1996; Marinho, 1998 e Zucci, 1998 e 1999).

Na tentativa de redimensionar o quadro de pessoal, algumas propostas têm utilizado o princípio da polivalência dos profissionais, especialmente dos médicos, através de mudanças na forma de alocação destes nos serviços, como descrito na "demarche" estratégica, já mencionada no Capítulo 2 (Rivera, 1997 a e b; 1998).

8 Eficiência entendida como a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível e otimização como a mais favorável relação entre custos e benefícios.

A avaliação de desempenho, com remuneração adicional, tem sido trabalhada, não só como estímulo para o cumprimento das diretrizes institucionais estabelecidas entre a direção e as equipes, mas também como dispositivo para o aumento da produtividade e como complementação salarial.

Autores como Cherchiglia (1994 e 1999) e Bressane et al (1997) apontam que tal dispositivo tem sido insuficiente na indução de mudanças das práticas profissionais e que o aumento da produtividade alcançado nas fases iniciais de implantação da proposta se estabiliza, com posterior desestímulo e queda na produtividade, ainda que num patamar superior aos anteriores à implantação do projeto.

Menos frequentes têm sido as propostas que buscam intervir no gerenciamento dos problemas mais freqüentes num hospital: o conflito entre a autonomia requerida pelos profissionais para o exercício de suas práticas, principalmente os médicos e o estabelecimento de mecanismos para garantir que essas práticas sejam coerentes com os objetivos organizacionais. Não é esse o tipo de conflito mais esperado numa organização profissional como é um hospital? Não deveria ser o tema mais abordado? Mas não o é.

Alguns trabalhos encontrados vão se diferenciar.

Santos (1996) vai apresentar a discussão sobre o trabalho no hospital a partir do olhar da enfermagem. A fragmentação do processo de trabalho, a alienação e a sublimação das suas frustrações são apontadas como causas do sofrimento dos auxiliares de enfermagem. Também sobre o trabalho da enfermagem, Lima (1998) vai descrever o cotidiano destes trabalhadores.

São trabalhos que apontam a necessidade de mudanças na forma desses profissionais prestarem assistência e de se relacionarem com os outros, particularmente com os médicos. Mudanças consideradas imprescindíveis para a redução do sofrimento com o trabalho, para a melhoria na relação com os pacientes, para a redução dos índices de absenteísmo, aumento da responsabilização com o paciente e indiretamente, com o aumento da produtividade.

No Hospital de Betim esta discussão esteve presente, e mais, foi um eixo que atravessou toda a implantação do hospital. Centrar o trabalho no usuário e criar espaços de explicitação dos conflitos e de negociação dos mesmos, foi a aposta central para que os processo de trabalho fossem mais favoráveis para os usuários. Vários foram os dispositivos usados para dar conta desta proposta: plano terapêutico elaborado por uma equipe multiprofissional, profissionais responsabilizados por x número de leitos, rede de petição e compromisso entre os profissionais de diferentes setores do hospital, gestão colegiada, entre outros, já descritos no Capítulo 1.

Gostaria de chamar a atenção para o fato de que esse tem sido o tema central dos trabalhos de Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, bem como do conjunto dos profissionais vinculados à área de Planejamento em Saúde do DMPS/UNICAMP.

IV.3. A Discussão de eficácia/eficiência/efetividade

Estes seriam três dos sete pilares[9] que para Donabedian, (1990) são as características desejáveis de determinado cuidado de saúde que se pretende de qualidade.

Complementar a esta proposta, Silva e Formigli (1994:81) colocam que a eficácia e a efetividade seriam atributos relacionados ao efeito das ações e práticas de saúde implementadas, assim como as medidas de impacto também o são. Já a eficiência seria um atributo[10] ligado aos custos das ações.

Avaliar significa conferir valor, julgar o quão boa ou ruim é determinada coisa. E este conceito é complementar ao de 'qualidade' porque, no momento em que se avalia determinada coisa, invariavelmente o objeto dessa avaliação é analisado comparativamente àquilo que se considera bom (com qualidade) ou ruim, (sem qualidade) (Nogueira, 1994). Portanto há que se considerar os atores envolvidos numa avaliação de onde falam e os seus objetivos.

9 Os outros quatro pilares seriam: a equidade, a aceitabilidade, a otimidade e a legitimidade.

10 Os outros atributos seriam: a cobertura, a acessibilidade e a equidade que estariam relacionados à disponibilidade e à distribuição social dos recursos; já a qualidade técnico-científica estaria ligada à adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente e por último a satisfação dos usuários e a aceitabilidade que estariam relacionadas à percepção dos usuários sobre as práticas.

Nos últimos anos houve um visível aumento do interesse pelo tema da avaliação da qualidade em saúde, com uma diversidade de abordagens e técnicas. Isso vem sendo observado tanto no âmbito dos profissionais da administração e da assistência, quanto àqueles que estão na academia.

A "epidemia" de avaliação dos serviços parece não ser só na assistência hospitalar e os fatores seriam diversos. Para Almeida (1996) "*quando crescem as pressões sobre a disponibilidade de recursos para políticas sociais, ou quando a busca pela equidade é o objetivo central das propostas de reforma, aumenta a importância da avaliação dos cuidados de saúde prestados, principalmente quando muitas das propostas e iniciativas procuram transferir para o jogo de forças de mercado a definição das melhores alternativas alocativas"*.

E esta é parte da situação brasileira onde temos os conhecidos problemas de financiamento do setor saúde, uma crise de credibilidade dos hospitais públicos junto aos usuários e uma proposta de transformação dos hospitais estatais em "organizações sociais", como uma das estratégias do projeto de reforma do Estado.

Considerando os periódicos, congressos e teses da área, a avaliação foi o tema que apresentou o maior número de trabalhos, aproximando-se de cinqüenta. Tomando estes trabalhos como referência poderíamos afirmar que este tem sido o tema do hospital em que a Saúde Coletiva tem se ocupado. Seja por entender que a avaliação tenha potência de mudar o hospital, seja por estímulo das agências de financiamento, seja pelo domínio da metodologia ou ainda pela somatória de todos esses fatores.

A maioria dos trabalhos propõe avaliar a qualidade da assistência prestada ou a morbidade dos pacientes atendidos no hospital.

Interessante os trabalhos que utilizam de patologias ou a ocorrência de fatos não esperados na internação, como marcadores/traçadores na avaliação da qualidade. A mesma tem permitido uma avaliação de processo e de resultado, avalia o cuidado ''inteiro" que um paciente recebe no hospital e em alguns casos na rede básica, uma vez que seriam patologias mais sensíveis a uma boa ou má prática. Parece-me mais promissor, mais

potente para mudar o processo de trabalho dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado, com conseqüente melhoria na qualidade (Carvalho Filho et al, 1998; Noronha et al, 1996; Ramirez et al, 1996 e Silva et al, 1996).

Chama a atenção a quantidade de estudos publicados sobre a morbi-mortalidade da população atendida nos hospitais, são mais de trinta trabalhos. Em sua maioria vão utilizar a AIH[11] como principal fonte de dados, às vezes, acrescidos dos de prontuários médicos.

Os estudos sobre a acreditação hospitalar se constituíram numa das mais utilizadas formas de avaliação dos serviços de saúde, na década de oitenta (Lamy Filho e Tonial, 2000) graças à facilidade na sua execução e principalmente pela influência do programa de acreditação para os hospitais americanos que era centrado, inicialmente, na segurança do trabalho dos médicos, especialmente dos cirurgiões (Donahue e Leary, 2000).

No Brasil, a OPAS - Organização Pan-americana de Saúde - terá o papel principal no estímulo e no desenvolvimento da acreditação hospitalar (Schiesari, 1999).

Na década de noventa esta proposta de avaliação expande no Brasil a partir de alguns centros avaliadores em São Paulo e no Rio de Janeiro. São vários os trabalhos que descrevem essas experiências, como o número especial da revista "Ensaio – avaliação e políticas públicas em educação", lançado em junho de 2000 com nove artigos sobre o tema; açrescidos dos trabalhos de Burmester, 1993; Higaki et al, 1997, Kotaka et al, 1997 e Malik, 1997 a, b e c.

Sob a coordenação do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, foi criado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, tendo como base o Manual de Acreditação elaborado pela OPAS e pela Federação Latino-americana de Hospitais (Brasil, 1998). Em 05/05/1999 é fundada a ONA, Organização Nacional de Acreditação, com a finalidade de coordenar o processo de avaliação dos hospitais brasileiros (inicialmente seriam[12] todos os hospitais públicos e posteriormente os conveniados ao SUS seguidos pelos privados).

11 AIH – Autorização de Internação Hospitalar – modalidade de pagamento dos hospitais privados contratados e mais recentemente dos públicos também. Baseia-se numa tabela de procedimentos associados a diagnósticos específicos, para os quais há valores fixos por patologia.

12 Porém são os hospitais privados que encabeçam a lista dos primeiros hospitais certificados pela ONA, exceção para o Hospital das Clínicas de Porto Alegre..

A acreditação é uma avaliação que contempla centralmente a estrutura[13] dos serviços de saúde, ainda que na década de noventa a incorporação de avaliação de resultados passou a ser uma exigência dos Estados Unidos, para os seus programas governamentais *Medicare* e *Medicaid*[14].

Em 1984, Donabedian já alertava para as insuficiências das abordagens que priorizavam as estruturas: uma boa estrutura cria condições básicas para uma boa qualidade de cuidados. Porém, o fato de determinado local ter características estruturais adequadas, por si, não garante a qualidade do cuidado podendo as mesmas até serem secundarizadas.

Outro questionamento possível para esta metodologia é a externalidade do seu processo, não sendo incorporada por todos os profissionais.

No Brasil, a área materno-infantil tem sido alvo privilegiado de estudos sobre a avaliação da qualidade, desenvolvendo com isso uma maior quantidade de parâmetros e ferramentas. Isso se deve, principalmente, aos incentivos recebidos das mais diversas agências nacionais e internacionais de financiamento, como parte das estratégias de redução da mortalidade infantil da Organização Mundial de Saúde, para os países em desenvolvimento. A aposta na redução da mortalidade através da priorização de ações de alta efetividade e de baixo custo precisa ser acompanhada e porque não, medida (OMS/OPAS, 1987).

Incorporada como um dos objetos da Saúde Coletiva[15], tradicionalmente marcada pelas políticas de programas dessas agências, a saúde materno–infantil, foi o tema com o maior número de trabalhos de avaliação encontrados na literatura da área[16].

Não pretendo esgotar aqui a discussão sobre o tema da avaliação, e trabalhos que o fazem e com maior profundidade são inúmeros, mas trazer os pontos que têm sido abordados pela Saúde Coletiva ao abordar o hospital.

13 Em referência aos três componentes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado, (Donabedian, 1984)

14 Medicare – programa de saúde, americano, destinado às pessoas com mais de 65 anos e doentes renais em fase terminal. Medicaid: programa de saúde para a população abaixo da linha de pobreza.

15 A disciplina sobre a saúde materno-infantil foi incorporada aos cursos de Saúde Pública já no início do século XIX, nos Estados Unidos e na Europa (Hartz et al, 1997).

16 Dias et al,1997; Hartz et a,1997; Ichihara,1998; Lima et al,1997; Oliveira & Leal, 1997; Oliveira, 1998; Oliveira et al,1997; Rattner,1996; Silva,1997; Silva, 1998; Silva et al,1999 a e b; Toma, 1998.

Diante da "epidemia" considero necessário lembrar que ao estabelecer uma meta de qualidade a ser atingida há que se diferenciar uma instituição pública (ou mesmo de interesse público), uma vez que a meta para esta, não pode ser apenas do sucesso gerencial no manejo dos meios. "*[...] num hospital público, a melhoria da qualidade do atendimento precisa se situar, num plano estratégico, em relação a suas funções hierárquicas dentro da rede e se subordinar à missão político-institucional de promover a equidade no conjunto dos serviços oferecidos"* (Nogueira, 1994:51).

Custos e eficiência:

A análise dos custos da assistência médica hospitalar é uma questão fundamental da administração dos serviços de saúde, uma vez que tem se verificado, nas últimas décadas, em todos os países (Guia, 1996), uma tendência à elevação progressiva dos custos com a atenção à saúde: seja pela incorporação de tecnologias para diagnóstico e terapia ao ato médico; seja pelo aumento dos preços de maneira diferenciada, dos insumos para a saúde; ou ainda, pela modificação das estruturas etárias das populações – aumento da esperança de vida – trazendo para os serviços de saúde, indivíduos que necessitam de cuidados permanentes.

Porém o debate da avaliação é ainda mais relevante pelo momento de crise, dado pela convivência da tendência de crescimento dos gastos na área da saúde com as restrições orçamentárias colocadas para o setor público. Merhy (1992: 46) e depois Taveira (1999: 68) nos trazem questões chaves para essa reflexão:

> *[...] não podemos nos prender à dimensão meramente econômica da questão da eficiência, comparando as relações entre gastos de recursos e a geração de produtos, e valorizando só as mais otimizadas, como o discurso neoliberal coloca. No caso da saúde, é impossível não trazer a dimensão ética-prática do ator que governa e contemplá-la com os interesses da maioria da população. Por isso, voltamos a afirmar que: os serviços públicos e privados do projeto neoliberal sempre serão ineficientes do ponto de vista da construção de um setor saúde pautado pela radical defesa da vida individual e coletiva.*

> *A meta de redução de custos a qualquer preço tem colocado os condutores do Sistema de Saúde diante de alternativas, às vezes confusas, às vezes equivocadas mesmo. A nova ordem nos traz o imperativo da 'eficientização' dos meios, sem no entanto responder (pelo menos claramente) a uma questão que lhe tem óbvia anterioridade: para atingir que fins?*

Uma maior eficiência na utilização dos recursos públicos, paralelamente à ampliação dos gastos com saúde, é um dos principais desafios para o SUS.

É recente o desenvolvimento de metodologias para a apuração dos custos dos serviços de saúde e mais recente ainda a sua aplicação nos hospitais (públicos ou privados já que estes tradicionalmente trabalham com o preço e não o custo), dada a complexidade do produto oferecido nessas organizações: cuidados em saúde.

Este quadro vem mudando e várias experiências estão sendo desenvolvidas, principalmente por profissionais ligados à área da administração.

Já na área da Saúde Coletiva este tema ainda é pouco tratado. Andrade e Santiago (1997) analisam a implantação do sistema de apuração dos custos num hospital universitário a partir das concepções e avaliações dos gerentes e das equipes, de algumas áreas e sob certos aspectos. O custo é tomado como uma ferramenta para a reflexão, análise e reorientação dos processos de produção de ações e serviços. Evidenciou-se, segundo os autores, a importância de lidar com as informações geradas no serviço, de analisar processos de trabalho, de melhorar a participação e democratização das informações. Avaliação dos custos não só como uma ferramenta racionalizadora, mas também capaz de aperfeiçoar processos de trabalho.

Dois artigos, de uma mesma experiência mexicana, trazem a avaliação da *efetividade* das intervenções nos pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (transplante, hemodiálise e diálise peritonial) confrontada com os custos de cada procedimento e chegam à conclusão de que a intervenção mais usada, a hemodiálise, era a mais cara porém não a mais eficaz para o paciente, (Arredondo et al, 1998 a e b).

O impacto econômico nos serviços de saúde, de pacientes vítimas de violência (causas externas) também tem sido alvo de estudos devido ao crescente aumento da sua presença na morbi-mortalidade da população brasileira (primeira causa de morte nos jovens).

Por ser um atendimento oneroso, os serviços privados têm omitido esse tipo de procedimento para os seus segurados, levando a uma sobrecarga do sistema público. A deficiência de recursos deste sistema faz com que o mesmo busque o ressarcimento; motivando assim estudos para o cálculo dos custos reais com este tipo de atendimento(Iunes, 1997 e Deslandes et al, 1998).

Importantes também os estudos que analisam a relação de custo-benefício de determinadas intervenções intra-hospitalares. Fonseca et al (1997) vão comparar o custo e o tempo de internação entre dois procedimentos utilizados para os casos de abortamento incompleto (aspiração a vácuo e dilatação com curetagem). Aponta para uma melhor relação custo benefício da aspiração à vácuo, técnica pouco utilizada nos hospitais públicos.

Ainda que os trabalhos mencionados acima destacam-se pela pertinência das questões levantadas, é possível concluir que o tema dos custos hospitalares não faz parte da discussão sobre hospital da Saúde Coletiva, ainda que núcleos como o da ENSP, referido no Capítulo 3 venham incorporando essa temática às suas intervenções.

V. HUMANIZAÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR

A necessidade de humanizar o espaço hospitalar vem sendo colocada em diversos fóruns de discussão e há anos. Mas como fazer? Porque os avanços são aparentemente poucos?

A falta de uma abordagem mais efetiva na relação e no cuidado com o paciente parece ser o fio que nos conduziria às mudanças desejadas. Não é recente uma certa fala, aparentemente consensual, de que os profissionais de saúde são preparados para lidar com doenças, alguns com doentes e raros com pessoas e saúde, reconhecendo que as relações dentro do hospital têm impacto na recuperação do indivíduo.

São constatações válidas tanto para o setor público quanto para o privado. Parece estranho à área da saúde que tenhamos capacidade de também focarmos nossa atenção na busca do que existe de saudável na pessoa doente e estabelecermos relações a partir desse critério como proposto por Caguilem.

Ainda que as considerações não sejam novas, para os profissionais da Saúde Coletiva, a publicação de textos sobre esse tema tem sido pequena. Porém os trabalhos encontrados conseguem abordar esse tema sob diferentes e interessantes perspectivas. Trazem sempre o diagnóstico do quão desumano tem sido o hospital para aqueles que dele necessitam.

Moreira (1997) apresenta esse quadro a partir das representações dos usuários dos serviços de saúde, não hospitalizados. Parte da reflexão de que a experiência da hospitalização costuma sedimentar no cognitivo do indivíduo imagens, medos, inseguranças e comportamentos aversivos em função de situações negativas vividas no cenário hospitalar. Conclui pela necessidade de se repensar o processo de assistir em saúde, com novas estratégias de relação de poder e produção humanizada de serviços de saúde.

Noutro trabalho a autora utiliza as representações das crianças para mostrar o quanto o ambiente hospitalar é hostil e desumano. Ao mesmo tempo, aponta possibilidades de mudá-lo com a garantia da presença da mãe durante a internação, com a possibilidade de brincar e de estudar. E o que seria mais importante: mudanças na forma do relacionamento entre os profissionais de saúde e as crianças e em especial dos pediatras (Oliveira, 1993).

Ainda sobre a internação vivenciada pelas crianças, Masetti (2000) relata as transformações na realidade hospitalar a partir de intervenções realizadas por um grupo de palhaços – "Os Doutores da Alegria". Observa que:

> *Com relação às crianças: A mudança no comportamento das crianças é o resultado mais marcante do trabalho dos palhaços. Em muitos casos, essas mudanças eram importantes. Crianças que estavam prostradas se tornaram mais ativas. As quietas passaram a se comunicar mais. As que choravam passaram a sorrir e também a se queixar menos de dores. Melhora e/ou aumento de contato e colaboração com a equipe e com o tratamento médico foram dois aspectos significativos. As crianças passaram a se alimentar melhor e a aceitar mais as medicações e os exames.*

> *Segundo os profissionais há também uma melhoria na imagem da hospitalização em si. Modifica-se a percepção do hospital como um ambiente hostil. Diminui a ansiedade da internação. Alguns profissionais associam a atuação dos Doutores da Alegria a uma aceleração da recuperação no pós-operatório.*
>
> *[...] "Com relação aos profissionais e o hospital: Notou-se diminuição do estresse da rotina hospitalar pela melhora do contato com as crianças, pais e profissionais. Houve uma melhoria da imagem do hospital e uma mudança de comportamento dos profissionais, que passaram a sentir-se mais dispostos para o trabalho" (pag. 70-71).*

Sob outra faceta, Pitta (1996) apresenta a reflexão sobre a complexidade da equação – doente/seu cuidador/e as organizações de saúde. A necessidade do cuidador, alguém da família ou outro que ajude a manter contato com o mundo externo é considerado fundamental também para a intermediação com os profissionais de saúde e a autonomia do doente.

Mesmo abordando diferentes perspectivas os trabalhos citados acima são unânimes ao apontarem, entre outras soluções, a necessidade de mudar a forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários. O como fazer esta mudança vem sendo experimentado de diferentes modos.

Em Betim e nos outros hospitais acompanhados pelos profissionais da área de Planejamento em Saúde do DMPS/UNICAMP e do LAGHOS, alguns dispositivos têm sido usados como a expansão do horário de visitas, garantia de acompanhante para todos os pacientes, cuidados com a privacidade entre outros, já mencionados (Capítulo 1).

Porém a aposta mais importante tem sido a tentativa de mudar a relação profissional de saúde/usuário através do aumento do vínculo e com isso maior responsabilização com cada um dos usuários. Rollo (1997: 323 a 332) descreve com detalhes o desdobramento dessa diretriz para o hospital.

Assim como a criação da rede substitutiva para o hospital é devedora das experiências de desospitalização da área da Saúde Mental, a humanização do hospital também o é.

Ao nível de política nacional, os programas que desenvolvem ações de humanização na área da Saúde da Mulher, e em especial, durante a gestação e o parto, são os pioneiros.

Em 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar o qual tem objetivos bastante ambiciosos (Brasil, 2001):

- *"Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.*
- *Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS.*
- *Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade.*
- *Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.*
- *Conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.*
- *Estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nesta área.*
- *Desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.*
- *Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS".*

O que será mudado, as estratégias a serem utilizadas, para se atingir esses objetivos não foram apresentados no documento.

Porém gostaria de chamar a atenção para o risco de se criar uma estrutura de gestão paralela à existente nos hospitais com a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar –GTHH -, em cada hospital. Tal preocupação se justifica pela pretensão dos objetivos e pela definição e atribuições dadas para esse grupo e apresentados no mesmo documento: Os GTHHs "*definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde" (pag. 46).*

Esse desenho de estrutura democrática não é a que desejamos para a direção dos hospitais públicos brasileiros? A atribuição de estabelecer política institucional não é da direção de qualquer instituição? A defesa por uma prática profissional humanizada não deveria ser atribuição dos coordenadores de cada unidade do hospital, principalmente as assistenciais, e não uma estrutura à parte?

São questões/preocupações a serem respondidas quando da efetiva implantação do programa.

Um outro aspecto que sempre vem à tona quando se discute a humanização do hospital é a utilização dos questionários de avaliação da satisfação dos usuários. Por isso será aqui tratado e não no sub-item avaliação.

Avaliação da satisfação dos usuários

A avaliação da satisfação do usuário tem sido implantada em vários serviços de saúde, principalmente nos hospitais. É uma ferramenta dos programas de gestão da Qualidade Total. Pressupõe a existência de uma correlação direta entre a satisfação, no caso dos clientes, e a qualidade dos serviços prestados pelas instituições.

Nos hospitais tem sido incorporada como uma avaliação da qualidade da assistência e indiretamente da humanização, porém a implantação do questionário de avaliação não é suficiente para humanizar o espaço e nem a relação, podendo talvez ser um disparador de algumas mudanças nessa direção.

Entendo que tal instrumento auxilia os gestores na melhoria dos serviços de hotelaria (limpeza e alimentação) assim como de recepção (Kotaka et al., 1997).

Carâp (1997) levanta outros pontos para reflexão no seu trabalho. Questiona se a satisfação da clientela tem para as organizações prestadoras de serviços de assistência médico-hospitalar, o mesmo significado que para as empresas fornecedoras de produtos e serviços em geral. Encontrou na avaliação de um hospital em Niterói – RJ, que 93% dos usuários avaliaram o mesmo como bom e ótimo; dispare dos indicadores de qualidade e de produtividade do mesmo serviço que foram aquém do esperado para tamanho nível de satisfação. Ainda que pesem as questões intrínsecas ao processo avaliatório.

Conclui pela necessidade de aumentarmos o nível de compreensão de nossos pacientes sobre os processos envolvidos na prestação da assistência hospitalar. Realça o componente de submissão da clientela e da aceitação da tutela imposta.

O Hospital de Betim tentou resolver estas questões da avaliação, questionando se o usuário sabia o nome do médico e da enfermeira que haviam cuidado dele, a causa de sua internação e se havia recebido orientações de como deveria se cuidar. Procurava-se assim sinais indiretos de uma boa relação com os profissionais de saúde.

Apesar da necessidade de estudos que aprofundem a questão, diante dos trabalhos encontrados e da minha experiência, a avaliação dos usuários é uma ferramenta que ajuda no acompanhamento do serviço, qualifica-o, mas o considero insuficiente para deflagrar mudanças no cotidiano dos serviços. Parece impossível que se consiga restringir a um questionário a diferença existente entre a avaliação do consumidor de um certo produto, já acabado e a avaliação de sujeitos portadores de necessidades de saúde. A medida a ser utilizada não seria outra?

Fico com a percepção de um certo embaçamento ao lidar com a discussão sobre a humanização da assistência hospitalar. O diagnóstico do hospital como um espaço hostil e desumano é um consenso, são conhecidas várias iniciativas para tentar mudar esse quadro, porém é pouca a produção teórica sobre o tema e parece que quase nada mudou. Merece investigar.

CONCLUSÃO

O caráter exploratório desse estudo não permite apresentar conclusões que sejam definitivas ou as únicas possíveis para caracterizar a relação da Saúde Coletiva com o tema do hospital e a influência dessa relação no Hospital Público Regional de Betim, apenas indícios.

Neste capítulo, inicialmente, são apresentadas considerações necessárias para compreender alguns dos limites do trabalho, para em seguida traçar algumas reflexões sobre uma pauta de discussão sobre o hospital para a Saúde Coletiva.

Considerações:

A valorização dos dados do Hospital de Betim, já no primeiro capítulo, teve o propósito de criar um referencial de bom desempenho hospitalar, mas sem a pretensão de fazer uma avaliação de sua performance, o que demandaria outra metodologia e até uma comparação com outros hospitais.

Os dados sobre o Hospital, apresentados neste trabalho, vão até o ano de 2000. A partir de 2001, com a derrota eleitoral do partido que esteve por oito anos na administração, assume a oposição mudando toda a direção da secretaria e do hospital. O mesmo continua sendo administrado pelo gestor municipal apesar das várias insinuações de sua transferência para o setor privado, especialmente para a UNIMED.

Quanto aos relatos apresentados ainda no primeiro capítulo, pode parecer uma ausência de problemas na implantação e no funcionamento do HPRB, o que não é verdade.

Tendo o usuário na centralidade das discussões a direção do HPRB procurou a todo o momento "negociar", buscar novas soluções para dar conta de uma agenda que tinha problemas[1] como os relatados abaixo:

a) na relação rede – hospital: a dificuldade em garantir, desde o momento da alta, o agendamento nas unidades básicas de saúde para os pacientes egressos do hospital; de garantir que os pacientes fossem encaminhados para o hospital com bons relatórios, através de contato prévio entre os

1 A primeira diretora do Hospital Público Regional de Betim, Roseli Oliveira, relata outros pontos de tensão vivenciados na sua gestão, no capítulo do livro que escreve com Adail Rollo, ex-assessor do hospital (Rollo & Oliveira, 1997).

profissionais; conseguir que a UBS mais próxima realizasse a visita domiciliar para os pacientes egressos do hospital; de garantir que os exames laboratoriais realizados no hospital para a rede não extraviassem nem demorassem e fossem bem coletados nas unidades.

b) na Unidade de Emergência havia dificuldades para: fixar médicos e enfermeiros em regime de diarista; garantir atendimento na rede, a tempo hábil para os pacientes que procuraram indevidamente o hospital; negociar com os serviços de referência que os pacientes graves viessem acompanhados por profissionais capacitados.

c) do trabalho em equipe: o desafio de fazer os profissionais experimentarem – o como se trabalha em equipe na enfermaria; como se faz discussões clínicas conjuntas entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

d) a tensão vivenciada pela direção: tudo vai para a reunião do colegiado? Quando dar autonomia para as unidades? Quando centralizar para que cada unidade não fuja das diretrizes gerais do hospital?

e) na relação com a Secretaria Municipal de Saúde: apesar das promessas o HPRB não teve autonomia administrativa e financeira, acarretando vários problemas no cotidiano deste (demora na compra, no pagamento e conseqüentemente na entrega dos produtos para o Hospital). Após alguns acertos esses problemas eram parcialmente resolvidos, necessitando avançar mais e manter-se vigilante para que não voltassem a ocupar a agenda da direção de forma constante.

Finalizando

Finalizando o que parece não ter fim.

Ao iniciar este trabalho eu tinha como objetivo conhecer as novas propostas, o "debate atual" sobre hospital uma vez que a sensação era de desconhecimento.

A minha experiência na discussão deste tema era a de um curso de especialização em administração hospitalar, de participar na montagem e a de trabalhar no Hospital de Betim. Considerava este hospital diferente e por algum motivo tinha a certeza de que o mesmo ia bem apesar de ser gerenciado por uma secretaria municipal de saúde, o que poderia parecer indicativo de problemas.

O fato de que esta experiência já tivesse sido relatada por outros profissionais, várias vezes, fez-me pensar que seria repetitivo e desnecessário um novo trabalho. Porém fui convencendo-me que a inserção do Hospital de Betim no contexto da assistência hospitalar brasileira traria novos aspectos na historia daquele hospital.

Gostaria de falar não só a partir do Hospital de Betim ou daquele município ou ainda a partir do referencial do LAPA, inspirador fundamental daquela proposta, mas também de identificar ao que mais se ligava aquela experiência. Interessava-me explorar o diálogo que criava com a discussão sobre hospital que acontecia no país e em especial na Saúde Coletiva, de onde eu falo.

Tornou-se um desafio empreender este trabalho. Não conseguia identificar atrás do que eu corria. Achava que eram insuficiências do curso de pós-graduação ao qual havia vinculado-me.

Não conseguia identificar um corpo de temas, uma pauta pronta ou indicativa da discussão sobre o hospital.

Mas como se 80% dos gastos da saúde são com a assistência hospitalar? O modelo não é hospitalocêntrico?

A área que tradicionalmente teve o hospital como objeto de intervenção, a administração de empresa com especialização em gerência hospitalar, saía-se bem nos setores afins (às outras empresas) identificados por terem um processo de trabalho mais estruturado: lavanderia, central de esterilização de materiais, almoxarifado, compras, farmácia, manutenção predial, serviço de nutrição e dietética e até laboratório de patologia clínica.

Desenvolveram-se várias tecnologias que vieram a facilitar o gerenciamento destas áreas: programas de informatização que auxiliam na organização, no controle do estoque não só da quantidade mas impedindo as perdas por vencimento da validade. Indicadores capazes de permitir o acompanhamento do desempenho de cada uma das áreas O programa de qualidade total, ainda que importado das fábricas, vem permitindo certas mudanças nos processos de trabalho destas unidades e na qualidade dos produtos oferecidos.

A situação começa a ficar nebulosa quando a discussão chega no gerenciamento da outra parte do hospital: a área assistencial, com seus "autônomos trabalhadores", e razão de ser desta organização.

O gerenciamento do cotidiano das áreas ligadas diretamente com a assistência foi "naturalmente" delegado aos enfermeiros (chefia de enfermagem) e aos médicos/corpo clínico (diretor clínico).

Ao mesmo tempo em que reconhecia-se que de doente só eles entendem sendo portanto autônomos para decidir sobre os cuidados, tentava-se controlá-los no cumprimento dos seus horários de trabalho, no tanto de material que consumiam e depois no tipo e na quantidade de exames solicitados, nos medicamentos que prescreviam. E haja teoria para não dar conta do "efetivo controle"!

Enquanto isso outros setores com outras áreas de conhecimento começaram a tratar do tema do hospital. A Saúde Pública, que sempre responsabilizou o hospital pelas mazelas da má assistência da população, pelo não funcionamento da rede básica de saúde e assim como da não prevenção e do excessiva medicalização, vai lentamente aproximando-se do hospital com a sua caixa de ferramentas, já como Saúde Coletiva.

E é esta área que através da epidemiologia empreenderá estudos de morbi-mortalidade hospitalar. Faz uma transposição direta, e talvez seja essa a causa de alguns problemas da sua entrada no hospital, de sua metodologia dos estudos populacionais.

Os estudos de mortalidade hospitalar chegam a tal nível de sofisticação que se aliados à gestão poderiam impactar na saúde da população, ao indicarem mudanças nos tipos de cuidados e indiretamente nos processos de trabalho. Através desses estudos

sabemos que a morbi-mortalidade de doenças como a asma está muito acima do esperado no Brasil, sabemos que o problema está na rede de cuidados, ambulatorial e hospitalar, e ...

A definição de uma área de cobertura específica para cada unidade hospitalar, incluídos os hospitais contratados, poderia significar uma proposta de responsabilização com a clientela, entre outras.

Conhecida a morbidade, seria possível planejar, preparar-se para receber melhor os usuários do serviço e se aliada a uma integração com a rede de serviços loco-regional, evitaria ou encurtaria muitas das internações.

As instituições de interesse público precisariam se preocupar com o mercado?

O melhor é estar em casa (quase sempre), mas se não é possível, há que se empregar toda a tecnologia para humanizar este espaço, branco ou verde, impessoal, sem nada para fazer e cheirando a remédio e que trás o natural medo da morte e que é o hospital. É palhaço, é visita, é televisão, é comida boa, é brinquedo, é revista, é privacidade, é compreensão, é conversa e é companhia.

E os estudos de avaliação sejam do planejamento, da epidemiologia ou da administração são importantes e com certeza o cotidiano do hospital precisa ser acompanhado. Seriam avaliações que mediriam o cumprimento das diretrizes institucionais pactuadas com os trabalhadores em consonância com os interesses públicos de centralidade no usuário comprometidos portanto com a cidadania e o estado democrático de direitos.

E para ir dando conta disto precisamos de gestores preparados no sentido de serem capazes de lidar com uma "lotada" caixa de ferramentas adquiridas em cursos, com as assessorias, no cotidiano do serviço e no conhecimento de outros serviços e experiências.

Para que essa instituição possa assim fervilhar a estrutura organizacional tem que ser mudada, há um consenso da centralização excessiva das decisões com uma rigidez nociva ao andamento dos hospitais, mas as mudanças têm sido difíceis. Organogramas mais horizontalizados, com multiplicação dos espaços de negociação dos interesses diversos e de conversa sobre o cotidiano dos vários profissionais envolvidos diretamente na assistência parecem facilitar o funcionamento do hospital com resultados mais favoráveis aos usuários (colegiado de gestão, comissão de revisão de prontuário, de revisão de óbitos, de controle

de infecção hospitalar, centro de estudos, elaboração de protocolos multiprofissional). Tem muito assunto a ser discutido.

E isto tudo parece complicado, mas é, afinal o hospital é uma das organizações mais complexas, se não for a mais.

A bibliografia ajuda a perceber que a discussão sobre o hospital está mesmo fragmentada. Nessa pesquisa que foi uma garimpagem, fui tendo indícios – dizem que seria uma pesquisa indicial – da necessidade de composição de uma pauta de discussão sobre hospital pela Saúde Coletiva, que é de onde falo.

A proposta de pauta apresentada nesse trabalho, produto de muitos, é incompleta não só pelos limites desse trabalho, mas coerente com um campo em estruturação e com muitas lacunas, o Capítulo 4 que o diga.

É um desafio para a Saúde Coletiva chamar para si a discussão da composição de uma agenda para a área: qual hospital que a área quer? Como atingi-lo? E aí não seriam propostas do grupo da ENSP, da UNICAMP, da USP, do IMS, do Pedro, do Cecílo, da Ana, mas um esforço da área. E é clara que as soluções não são únicas, uniformes, mesmo porque a área não é assim e necessita das diferenciações. Que consiga aglutinar saberes e saiba indicar a busca por novos.

Que se busque soluções justas e sem "medo de sermos feliz".

Este trabalho se encerra aqui mas não a necessidade de continuarmos a discussão, de apresentarmos novos diagnósticos da situação e de novas propostas para esta desafiadora instituição que é o hospital. Trago a ilustração do livro de Masetti (2000:64) que é acompanhada pela definição de uma criança sobre o que é arte e ciência:

"Arte: É tudo que se abre. A ciência fecha para poder ver melhor. Quanto mais você abre a arte, mais arte você faz; quanto mais fecha a ciência mais ciência você tem."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia (1996). "Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica". *Saúde e Sociedade* 5(1): 3-53.

ALONSO, A. C. A. B.; ESTEVES, T. M. B.; SILVA, M. P. da. (1997). "Viver e conviver com a fibrose cística, uma proposta de assistência domiciliar." *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 210, Águas de Lindóia, S P, .*

ANDRADE, Alessandra L. L.; MACHADO, José Ângelo (1997). "Estudo descritivo: Relato da experiência vivenciada pelo serviço de pediatria em um hospital público na construção de um modelo em defesa da vida". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 210, Águas de Lindóia, S P, .*

ANDRÉ, Maristela de (1993). "Contratos de Gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público". *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. IPEA (1).

ARREDONDO, Armando; RANGEL, Ricardo e ICAZA, Esteban (1998 a). "Costos de intervenciones para pacientes com insuficiência renal crónica" *Revista de Saúde Pública*, 32 (3): 255-61.

_____ , (1998 b). "Costo-efetividad de intervenciones para Insuficiencia Renal Crónica Terminal" *Revista de Saúde Pública*, 32 (6).

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva (1995). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.

AZEVEDO, Ernesto Gomes de (1997). "Avaliação da Unidade de Neonatologia por seus funcionários". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 156, Águas de Lindóia, SP.*

AZEVEDO, Ernesto Gomes de SILVA, Paulo Tarcísio (1997). "A Maternidade do HPRB: proposta e resultados iniciais". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 48, Águas de Lindóia, SP.*

BARBOSA, Pedro Ribeiro (1995). *O processo de desenvolvimento de sistema de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes: considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz*. Dissertação de Mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro. 238 pp.

_____, (1996). "A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores *performances* gerenciais" *Saúde em Debate*, 52:24 – 34.

_____, (1997). Gestão em Saúde: O Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o sistema de Saúde, p.143-161. In S. FLEURY (org.) – *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo.

BAYLE, Marciano Sánchez (1998). "La reforma de la sanidad británica". *El País Digital*, 22/06/1998, n.º 780.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. (1995). "Produtividade em hospitais individualizada por áreas". *Revista de Administração Pública*, 29 (3): 5 –16.

_____, (1996). Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares". *Revista de Saúde Pública*, 30 (1): 53 –60.

BRAGA, José Carlos (1978). *A questão da saúde no Brasil*. Tese de mestrado. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UNICAMP.

BRAGA NETO, Francisco Campos, VERAS, Cláudia Travassos, NORONHA, Marina Ferreira, MARTINS, Mônica e LEITE, Iuri (1990). "Em busca de novos modelos gerenciais: os grupos diagnósticos homogêneos e a gerência hospitalar". *Revista de Administração Pública*, 24 (4): 87 –94.

BRAGA NETO, Francisco Campos (1991). *Examinando alternativas para a administração dos hospitais: os novos modelos de gestão descentralizados e por linha de produção*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

BRASIL (1987). "Terminologia básica em saúde". Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2a, ed., Ministério da Saúde, Brasília.

BRASIL, (1997). "Organizações Sociais". *Cadernos MARE de Reforma do Estado*, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, vol. 2.

BRASIL, (1997 b). "A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças constitucionais". *Cadernos MARE de Reforma do Estado*, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, vol. 6.

BRASIL, (1998). Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF.

BRASIL, (2000). "Internações Hospitalares do SUS" Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, DATASUS *(home-page).*

BRASIL, (2000 b). Ministério da Saúde. Portaria 589 de 20 de junho de 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL, (2000 c). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.o. 582 de 20 de junho de 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL, (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 60 p.

BREILH, Jaime (1981). *Epidemiologia: economia, medicina y política*. Santo Domingo, SESPAS.

BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias (1997). "Os equívocos da NOB 96: uma proposta com sintonia com os projetos neoliberalizantes?". (*home-page* www.datasus.gov.br/cns), Campinas.

BUENO, Wanderlei Silva (1997). *Betim: construindo um gestor único Pleno.* In: Agir em Saúde – um desafio para o público, Merhy, E.E. e Onocko, R. Organizadores, 1ª ed. São Paulo, Hucitec/Buenos Aires, Lugar Editorial, pp.385.

BURMESTER, Haino (1993). Organização da atenção à saúde: o que é a qualidade para o serviço de saúde? A experiência do controle de qualidade hospitalar. *Anais do IV Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo*.

CAMARGO, A.T.P. (1999). "Reconstruindo o hospital público", *O Globo*, Rio de Janeiro, 26/01/1999, p. 7.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (1988). *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, HUCITEC.

_____, (1992). *Reforma da Reforma – repensando a saúde*. São Paulo, HUCITEC.

_____, (2000). "Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas" *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2): 219 – 230.

CARÂP, L. J. (1997). "Satisfação do usuário x qualidade da atenção médico-hospitalar." *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, pag.8, Águas de Lindóia, SP.*

CARVALHO, Antônio Ivo (1996). "Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-Modernidade". *Ciência e Saúde Coletiva* 1(1), 104 –121.

CARVALHO, Guido Ivan de Carvalho e SANTOS, Lenir (1995). *Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90).* 2.ª ed., São Paulo, Hucitec, p.:289.

CARVALHO FILHO, E. T. et al. (1998). "Iatrogenia em pacientes idosos hospitalares" *Revista de Saúde Pública*, 32 (1): 36 – 42.

CARVALHO, Sérgio Resende (1997). *O desafio da mudança: instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim*. Tese de mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.

CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor (1995). *Gestão hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro***.** Rennes/França. Éditions ENSP, 235p.

CEBES e ABRASCO (1992). "Contribuição do CEBES e ABRASCO para os Debates da IX Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, julho de 1992". *Saúde em Debate* nº 36 outubro 7 -18.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (1993). *Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.

_____, (1995). *O Modelo de Gestão Hospitalar do LAPA: algumas considerações para orientar os ajustes necessários*. Campinas, mimeo.

_____, (1997 a). "Inventando a mudança no hospital: o projeto "Em Defesa da Vida" na Santa Casa do Pará". In: Inventando a Mudança na Saúde, Cecílio, L.C.O. Org, 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 187 - 234.

_____, (1997 b). "A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança". *Revista de Administração Pública*, 31 (3):36 –47.

_____, (1999 a). "O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não?". *Revista de Administração Pública*, 33 (2): 23 – 37.

_____, (1999 b). "Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital". *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 315 –329.

CÉSAR, C. F.; FERLIN, S. C. C.; MERLLIN, A. S.; MARTINS, M. T. C. T. L. (1997). "Programa de Internação Domiciliar". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, pag. 150, Águas de Lindóia, S P.*

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal (1994). Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (1).

CHERCHIGLIA, Mariângela L.; GIRARDI, Sábado N.; PEREIRA, Leonardo A.C. (1999). Remuneração e produtividade na Fundação Hospitalar de Minas Gerais: a percepção dos trabalhadores e gerentes. *Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo*.

COHN, Amélia (1981). *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo, Ed. Moderna.

_____, (1999). "As organizações sociais e o Estado na saúde". *Debate Organizações Sociais: Público e Privado na Saúde*; 1998; São Paulo. S. P.: APSP: 3 - 9.

COIMBRA JR, Carlos E.A. (1999). "Produção científica em saúde pública e as bases bibliográficas internacionais". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4): 883-888.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, (1997). "Posição do Conselho Nacional de Saúde a Respeito da Proposta de Criação das Organizações Sociais". Brasília, CNS (mimeo).

_____, (1999). "Relatório do Grupo de Trabalho Reforma do Estado e Repercussões para SUS". Brasília: CNS (mimeo).

COSTA, Dina Czeresnia; COSTA, Nilson do Rosário (1990). "Teoria do Conhecimento e Epidemiologia – um convite à leitura de John Snow". *Divulgação Em Saúde Para Debate*, –IV Congresso Mundial de Medicina Social – Ilhas Canárias –CEBES, Londrina, 2: 46 - 52.

COSTA, Nilson do Rosário et al. (2000). "Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos". *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5(2): 427 – 442.

DIAS, M.A.; DOMINGUES, R.; PALIS, W. (1997). Avaliação da intervenção obstétrica na Maternidade Leila Diniz. p.154. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P,*

DESLANDES, Suely Ferreira; SILVA, Cosme Marcelo F. P. da e UGÁ, Maria Alice Dominguez (1998). "O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (2): 287 – 299.

DONABEDIEN, Avedis (1984). *Explorations in quality assessment and monitoring*. AnnArbor, Health Administration Press.

_____, (1990). *The sevenpillars of quality*. Arch Pathol Med. 114:115-118.

DONAHUE, K. Tina; LEARY, Dennis S.O'. (2000). A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*. 9 (número epecial): 5-16.

DUSSAULT, Gilles (1992). "A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2): 8 -19.

El País Digital, 12/10/2000. "Sanidad da marcha atrás en su plan de convertir en fundaciones los hospitales". Espanha, n.º 1623.

ECO, Umberto (1995). *Como se faz uma Tese*. Ed. Perspectiva S.A, 12.ª edição. pp 170 (trad. it. de Gilson C.C. de Souza, Como se fa una tesi di láurea, Casa Editrice Valentino Bompiani &C.S.p.A., 1977).

ESCOREL, Sara (1987). *A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

FONSECA, W. et al. (1997). "Uso da aspiração manual a vácuo na redução do custo e duração de internamentos por abortamento incompleto em Fortaleza –CE, Brasil". *Revista de Saúde Pública*, 31 (5):472 – 478.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de (1998). "Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (2):159 –170.

GERGES, Márcia Cruz (1995). "Estratégias competitivas em organizações públicas: o caso do Hospital Universitário da UFSC". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 29 (2): 137 – 53.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes (1979). *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Tese de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.

GOUVÊA, C. S. D. de, TRAVASSOS, Cláudia e FERNANDES, Cristiano (1997). "Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 31 (6): 601 – 617.

GUIA, Ricardina Giovanna Pitelli (1996). "Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 33 (2): 7 –22.

HARTZ, Zulmira M. de A.; CHAMPAGNE, François, CONTANDRIOPOULOS, André P.; LEAL, Maria do C. (1997). Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil, p.89-131. In Z.M.de A. HARTZ (org.) – *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

HIGAKI, Y.; LIMA, C.R.M. de; SILVEIRA, L.C. e al. (1997). Avaliação de 20 hospitais conforme dois instrumentos de acreditação. p. 271. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

HOFFMAN, L. H. (1997). "O tratamento domiciliar, uma alternativa de atendimento ao portador de DPOC." *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 186, Águas de Lindóia, S P.*

HORTALE, Virgínia Alonso e DUPRAT, Philippe (1999). "O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuições à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil". *Revista de Administração Pública,* Rio de Janeiro, FGV, 33(2): 7 –22.

IBAÑEZ, Nelson; BITTAR, Olimpio J. N. V., SÁ, Evelin N. de C., YAMAMOTO, Edison K., ALMEIDA, Márcia F. de, CASTRO, Cláudio G. J. de (2001). "Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo". *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2):391-404.

ICHIHARA, Maria Yury Travassos (1998). Avaliação da Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido em Salvador – Bahia, 1993. p.362. *Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Rio de Janeiro.

INOJOSA, Rose Marie e FARRAN, Neide (1994). "Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 28 (4): 76 –96.

IUNES, R.F. (1997). "Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração". *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, 31 (suplemento no 4).

KOTAKA, Filomena; PACHECO, Maria Lícia R. e HIGAKI, Yasue (1997). "Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 31 (2):171 – 177.

LAPA/CNPQ (1997) Projeto Planejamento, "Organização e Gestão dos Sistemas de Saúde: Sistematização e transferência de tecnologia". Campinas. pp 27 (mimeo).

LAMY FILHO, Fernando, TONIAL, Sueli Rosina (2000). Avaliação e qualidade na área da saúde: definindo conceitos, p.13 – 15. In M.T.S. ALVES & A.A.M. da SILVA (org.) - *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência ao parto e ao recém nascido no Sistema Único de Saúde*. UNICEF, São Luís.

LAURELL, Asa Cristina e NORIEGA, M. (1989). *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*; trad. Amélia Cohn et. Al. São Paulo, HUCITEC.

LIMA, I.A.; GRILLO, C.; COLHADO, J.F.; ABBONDANZA, A.C.; MARCO, D.S.; GUNDIM, I.; BRESSANE, S.B. et al. (1997). p.76. Avaliação como ferramenta de gestão hospitalar para melhoria da qualidade da assistência perinatal básica. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

LIMA, Sheyla Maria Lemos (1996). "O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 30(5): 101 - 138.

LIMA, Rita de Cássia Duarte (1998). *A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde*. Tese de Doutorado. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP.

LUZ, Madel Therezinha (1978). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal.

_____, (1982). *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde* (1850–1930). Rio de Janeiro, Graal.

MACHADO, Cristiani Vieira (1999). *Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.

MAGLUTA, Cynthia (1992). *Identificação de mortes evitáveis em hospital materno infantil*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

MALIK, Ana M., VECINA, Gonçalo (1990). "Desenvolvendo um caminho alternativo para a gerência dos serviços de saúde". In: *Seminário Novas concepções em Administração e Desafios para o SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP/SP, mimeo.

MALIK, Ana Maria (1991). *Formação de políticas públicas: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na Região Metropolitana de São Paulo*. Dissertação de doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – SP.

_____, (1992). "Administração Pública em Saúde: apresentação de dois casos de intervenção pública no setor privado" *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2): 127 – 38.

MALIK, A.M.; CASTELLANOS, P.L.; HIGAKI, Y.;MAKIYAMA, M.N. (1997 a). Acreditação no Brasil. p. 47. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

MALIK, A.M.; CASTELLANOS, P.L.; HIGAKI, Y.;MAKIYAMA, M.N.; LIMA, C.R.M.; SILVEIRA, L.C. (1997 b). Análise de dois instrumentos de acreditação hospitalar no Brasil. p.7. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

MALIK, A.M.; CASTELLANOS, P.L.; HIGAKI, Y.;MAKIYAMA, M.N.; LIMA, C.R.M.; SILVEIRA, L.C. (1997 c). Impacto do processo de acreditação em 17 hospitais. p.153. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P*

MALTA, Déborah Carvalho (2001). *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede Pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Dissertação de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

MARINHO, Alexandre (1998). "Estudo de Eficiência em hospitais públicos e privados com a criação de *ranking"*. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 32(6):145 - 58.

MARTINS, Mônica Silva (1991). *A mortalidade hospitalar: novas abordagens metodológicas*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

MASETTI, Morgana (2000). *Soluções de Palhaços: transformações na realidade hospitalar*. Palas Athena, 80p, São Paulo.

MENDES, Maria Auxiliadora (1995). *Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

MERHY, Emerson Elias (1985). *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas - São Paulo, Papirus.

_____, (1992). "Ineficiência do setor público". *Saúde em Debate*, n.º 35:46 - 50, julho.

_____, (1997). "Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)". In: Inventando a Mudança na Saúde, Cecílio, L.C.O. Org, 2ª ed. São Paulo, Hucitec, pp.333.

_____, (1999). "Organizações Sociais. Para quê?" Debate Organizações Sociais: Público e Privado na Saúde; 1998; São Paulo. S. P.: APSP: 19-48.

_____, (1999 b). "O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais" *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 305 – 314.

_____, (2000). "Introdução ao Debate sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde". Texto que compõe a tese de livre docência apresentada no DMPS/FCM/UNICAMP.

MERHY, Emerson Elias & CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (2001). "Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais", mimeo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (1997). "Pós-graduação em Saúde Coletiva: Um projeto em construção" *Ciência e Saúde Coletiva*, II(1/2): 53 – 71.

MIRANDA, Olga Maria Zulzke. (1992). *A implantação da informação em um hospital: um estudo de caso*. Tese de mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP.

MINTZBERG, H. (1989). *Inside our strange world of organizations*. New York, The Free Press.

MOREIRA, L. C. (1997). "As representações sociais de usuários de serviços de saúde acerca do hospital". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 186, Águas de Lindóia, S P.*

NASCIMENTO, Vânia B. (1994). *"Descentralização, Municipalização e Assistência Hospitalar: As Experiências dos Municípios de Santo André e Diadema*". Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.

NOGUEIRA, Roberto Passos (1994). *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Qualitymark, Rio de Janeiro, 176p.

NORONHA, Maria Ferreira; MACHADO, C. V. e LIMA, L. D. (1996). "Proposta de indicadores e padrões para a avaliação da asma brônquica". *Cadernos de Saúde Pública", Rio de Janeiro*, 12 (supl.2): 43 – 58.

NUNES, Everardo Duarte (1991). "As Ciências Sociais em Saúde: Reflexões sobre as Origens e a Construção de um Campo de Conhecimento". *Saúde e Sociedade* 1(1) 59 – 84.

_____, (1996). "Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós Graduação". *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 1(1), 55-69.

OLIVEIRA, Helena de (1993). "A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3):326 –332.

OLIVEIRA, Jaime A. e TEIXEIRA, Sonia Fleury (1986). *A (im) previdência social: 60 anos da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO.

OLIVEIRA, M. I. C. e LEAL, M. C. (1997). "Alojamento conjunto e parto cesáreo em Maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil" *Revista de Saúde Pública*, 31 (6): 572 – 580.

OMS/OPAS (Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde) (1987). Condições de Eficiência nos Serviços de Atenção Materno-Infantil. Fascículo II. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (mimeo).

ONOKO, Rosana Teresa (1998). *O Planejamento no Divã: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (o caso do Cândido Ferreira/Campinas – SP).* Tese de mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências/ UNICAMP.

ONOKO, Rosana; AMARAL, Márcia (1997). *Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional*. In: Agir em Saúde – um desafio para o público, Merhy, E.E. e Onocko, R. Organizadores, 1ª ed. São Paulo, Hucitec/Buenos Aires, Lugar Editorial, pp.385.

ORNELLAS, Cleusa Penisset (1995). *Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências/UNICAMP.

PAIM, Jairnilson Silva e ALMEIDA FILHO, Naomar de (1998). "Saúde coletiva: "uma nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?" *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 299 – 316.

_____, (2000). *A crise da saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora.

PEDROSO, Odair Pacheco. (1984). *Evolução Conceitual da Assistência Médico-Hospitalar 1941-1980*. Associação Paulista de Hospitais, São Paulo, pp 340.

PIRES, A.; SOUZA, N.; FEIO, J.; MENDES, F.; SIMÕES, B.; MARTINELLI, M.; SILVIA, A.; OLIVEIRA, M. (1997). "Assistência Domiciliar em Serviço de Atenção Primária: Relato de uma experiência." *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 153, Águas de Lindóia, S. P.*

PITTA, Ana Maria Fernandes (1996). "A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde". *Saúde e Sociedade*, 5 (2): 35 – 60.

_____, (1999). *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo, editora HUCITEC.

RAMIREZ, Armando Martinez; SANTACRUZ, César Gray; ALBA, Javier Eduardo Garcia de e FRAUSTRO, Sandra Reyes (1996). "El diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estratégia de garantia de calidad". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (4): 483 – 487.

RATTNER, Daphne (1991). *Subsídios para a avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo –São Paulo.

_____, (1997). "A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(supl.2):21 – 32.

REGO, Sérgio e PALÁCIOS, Marisa (1996). "A organização do trabalho hospitalar – nas emergências – e a formação dos estudantes de medicina". *Saúde em Debate*, 49/50: 95 – 100.

REIS, Lenice G. da Costa (1995). *Avaliação da qualidade do uso da ocitocina no trabalho de parto em maternidades públicas do município do Rio de Janeiro*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ.

RELATÓRIO ANUAL (1997). – versão final. Hospital Público Regional de Betim/Secretaria Municipal de Saúde (mimeo).

RELATÓRIO ANUAL (1998). Hospital Público Regional de Betim/Secretaria Municipal de Saúde (mimeo).

RELATÓRIO CISMEP (1996). Oficina de Planejamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (mimeo).

RIVERA, Francisco Javier Uribe (1997 a). "A *démarche* estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(1):73 – 80.

_____, (1997 b). A demarche estratégica. p.48. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

_____, (1998). "O enfoque da Integração Estratégica de Cremadez e Grateau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos" *Revista de Administração Pública*, FGV, 32(6): 179 – 208.

ROCHA, J. S. Y.; SIMÕES, B. J. G. (1997). "Assistência Médico-Hospitalar em Ribeirão Preto, 1986-1995: Desmontando o SUS". *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 47, Águas de Lindóia, S. P.*

RODRIGUES FILHO, José (1990). "Método de Pagamento Hospitalar no Brasil" *Revista de Administração Pública*, 24 (4): 78 –86.

ROLLO, Adail; OLIVEIRA, Roseli da Costa (1997). *É possível construir novas Práticas Assistenciais no Hospital Público?* In: Agir em Saúde – um desafio para o público, Merhy, E.E. e Onocko, R. Organizadores, 1ª ed. São Paulo, Hucitec/Buenos Aires, Lugar Editorial, pp.385.

SADER, Eder (1988). *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980*. 2.ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra: 56-60.

SANTOS, Lenir (1991). "Análise do padrão de contrato de prestação de serviço médico hospitalar apresentado pelo INAMPS". *Saúde em Debate*, 32: 5 –9, jun.

SANTOS, Mônica Loureira (1996) "O trabalho dos anjos de branco: um estudo em hospital geral público". *Saúde em Debate*, 51: 69 – 74.

SCHIESARI, L. M. C. (1999). Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHRAIBER, e all (1999) "Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas" *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 221 – 242.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão da (1999) *Reforma dos serviços de saúde: um olhar sobre o Hospital Público Regional de Betim*. Tese de mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências/UNICAMP.

SILVA, Carlos Eduardo Souza e. (1995) "Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento". *Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro*, FGV, 29(4): 60 - 73.

SILVA, Cláudia Osório (1994) *Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da inventividade e da vida*. Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

SILVA, Eleonora Victoy Martins; SILVA, Paulo Tarcísio Pinheiro da; STEHLING, Inês de Cássia Knupp (1998). *Avaliação da implementação do modelo assistencial e gerencial do Hospital Público Regional de Betim*. Monografia de especialização. Escola de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte –MG.

SILVA, Kátia Silveira (1998). Morbidade Obstétrica Hospitalar do Sistema Unificado de Saúde, p.359. *Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Rio de Janeiro.

SILVA, L. K.; ESCOSTEGUY, C. C. e MACHADO, C. V. (1996) "Metodologia para a estimativa de padrões de qualidade: o caso do infarto agudo do miocárdio". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (supl. 2): 71 –83.

SILVA, L. K.; REIS, A.F.; COSTA, T.P. da; (1997). p. 9. Análise da adequação e efetividade do uso de tecnologias obstétricas. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

SILVA, L. K.; REIS, A.F.; COSTA, T.P. da; AZEVEDO, A.P.; IAMADA, N.; ALBUQUERQUE, C.P. (1999a). Análise da adequação e da efetividade do uso de tocolíticos no trabalho de parto prematuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (3): 581–590.

SILVA, L. K.; REIS, A.F.; COSTA, T.P. da; AZEVEDO, A.P.; IAMADA, N.; ALBUQUERQUE, C.P. (1999b). Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: uso de corticóides no trabalho de parto prematuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (3): 817–829.

SILVA, Roseli Monteiro (1994). *A teoria organizacional do PES e a gestão no setor saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará.* Tese de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ.

SÍLVIA, Lígia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lúcia (1994). "Avaliação em saúde: limites e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1): 80-91.

TAVEIRA, Maura (1999). "Controle de custos em saúde: redução a qualquer preço ou racionalização na busca da eficácia? – elementos para discussão". *Saúde em Debate*, 23 (53): 68 – 80.

TEMA (1997) "O Que Fazer com os Hospitais Públicos – O Estado Deve Regular ou Gerenciar?" Programa RADIS/ENSP-FIOCRUZ, Outubro, página 25.

TOMA, Tereza Setsuko (1998). "Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): Situação dos Hospitais públicos e Privados do Município de São Paulo". p.60. *Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Rio de Janeiro.

TRAVASSOS, Cláudia, NORONHA, José Carvalho e MARTINS, Mônica (1999) "Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão". *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 367 – 381.

VAZ, José Carlos (1999) “As organizações Sociais no Contexto da Reforma do Estado”. *Debate Organizações Sociais: Público e Privado na Saúde*; 1998; São Paulo. S. P.: APSP: 10 – 18.

VIACAVA, Francisco e RAMOS, Célia Leitão Ramos (1997) “Difusão da Produção Científica dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva” *Ciência e Saúde Coletiva*, II (1/2): 142 – 153.

ZUCCI, Paola; BITTAR, O.; HADDAD, N. (1997). Produtividade em hospitais de ensino de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia, S P.*

ZUCCI, Paola (1998).“Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados”. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro 32 (3):65-76.

ZUCCI, Paola; BITTAR, O. (1999). Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. *Anais do IV Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo*.

ANEXOS

Roteiro das entrevistas

Durante as entrevistas os seguintes temas foram abordados:

- É a gestão hospitalar, tema da Saúde Coletiva?
- Qual o caminho do entrevistado na Saúde Pública? Como aconteceu sua aproximação com a discussão de Hospital?
- Onde o entrevistado tem encontrado publicações sobre a gestão hospitalar?
- Quais os grupos e suas pautas que o entrevistador identifica, no Brasil, que estudam e discutem sobre hospital?
- Apresentação da minha proposta de trabalho
- Qual a pauta do entrevistado ao discutir ou ao assessorar hospital? (qual o conteúdo de sua agenda?).
- Se o entrevistado ainda não comentou sobre a proposta do então MARE (Ministério da Reforma Administrativa) é solicitado que o faça.
- O entrevistado já dirigiu um hospital?

Se não, como seria? Com quem trabalharia?

A produção teórica da Saúde Coletiva sobre Hospital

O levantamento, da produção teórica da Saúde Coletiva sobre hospital, inicialmente restringia-se ao período de cinco anos, que ia de 1994 a 1998 a ser realizado apenas nas revistas indexadas da área. Posteriormente percebi que era necessário abranger um período maior de anos e identificar outras fontes de publicação, uma vez que o número de artigos encontrados era pequeno e insuficiente para caracterizar o período.

Encontrei que a Saúde Coletiva vai se expressar na academia ou em documentos governamentais. Como explicitado no Capítulo 4, não foram avaliados os documentos governamentais já que os mesmos aparecem como relatórios internos dos governos, de circulação restrita e na maior parte das vezes inacessíveis.

A fim de analisar a produção teórica apresentada nos periódicos, teses e congressos do campo da Saúde Coletiva, os artigos e trabalhos foram agrupados em áreas temáticas, à semelhança com o que acontece nos congressos.

As revistas próprias

Foi realizado um levantamento bibliográfico que abrangeu o período de janeiro de 1990 a dezembro de 1999. Foram consultados os periódicos indexados[1] da área da Saúde Coletiva. Portanto foram incluídos: Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública[2], Ciência e Saúde Coletiva e a Saúde e Sociedade[3]. A revista, Saúde em Debate foi incluída, apesar da irregularidade de suas publicações, o que trouxe dificuldades na localização dos exemplares.

1 Até então somente a Revista de Saúde Pública da USP é indexada a nível mundial e as demais são indexadas ao nível da América Latina.

2 Segundo Viacava Ramos (1997: 151) estas seriam as duas revistas mais freqüentemente utilizadas pelos pesquisadores da área da Saúde Coletiva.

3 Na análise foram incluídos os suplementos das respectivas revistas.

Foi ainda realizado um levantamento na Revista de Administração Pública – RAP. Porque? Uma vez que não é uma publicação identificada como sendo do campo da Saúde Coletiva?

Duas foram as justificativas. A primeira pelo fato de ser uma publicação da Fundação Getúlio Vargas onde se encontra uma das tradicionais escolas e núcleo de pesquisa sobre administração hospitalar do país.

A segunda justificativa era uma desconfiança: por ser uma escola mais ligada à administração, campo que tradicionalmente discutiu o hospital, esta revista teria um número maior de artigos e com uma temática mais variada[4]. Serviu para uma comparação, um balizamento, permitindo inferir algumas avaliações ao comparar com o material encontrado nas revistas da área da Saúde Coletiva. Porém para avaliar melhor as produções desse setor com tradição na administração hospitalar, seria necessário ampliar para outras publicações da administração o que fugiria aos objetivos desse trabalho.

Quanto à seleção dos artigos foram excluídos aqueles que tinham o hospital como espaço físico onde se realizava uma investigação e não como tema em si. Foram excluídos também aqueles que avaliavam a qualidade do preenchimento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar). Porém foram incluídos aqueles que a partir dos dados contidos na AIH, propunham-se a avaliar determinado hospital (seja na qualidade da assistência seja nos custos).

Parece-me interessante registrar os comentários de Viacava e Ramos (1997:148) a respeito da legitimidade de uma revisão bibliográfica em revistas:

> *As revistas constituem o formato de difusão mais apropriado para avaliação da quantidade e também da qualidade da produção científica permitindo verificar, entre outros aspectos, o estágio em que se encontram as várias áreas do conhecimento, o desempenho dos centros de pesquisa, os principais autores em diferentes campos e padrões de colaboração científica.*

4 A revista anuncia como seus principais temas: gestão integrada de programas públicos, políticas públicas: saúde, social e meio ambiente, processo decisório e gerência de organizações e empresas públicas.

O levantamento surpreendeu pela pequena quantidade de artigos encontrados que de alguma maneira, abordaram o tema do hospital.

Os artigos foram classificados em categorias. Estas foram sendo criadas à medida que os artigos eram selecionados e abordavam determinado tema e também pelas palavras chaves que os próprios autores escolhiam para classificar seus trabalhos.

A seguir, apresento uma consolidação dessa pesquisa por cada um dos periódicos.

Cadernos de Saúde Pública:

É uma publicação, trimestral, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde; indexado por MEDLINE.

Na tabela abaixo, os artigos encontrados[5].

Tabela 1: Artigos sobre hospital no "Cadernos de Saúde Pública"; segundo os principais temas, período de 1990 a 1999.

TEMAS		QUANTIDADE DE ARTIGOS / ANO											
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total	
AVALIAÇÃO	Qualidade Assist.	--	--	--	--	--	--	4	--	--	2	6	7
	Morbidade	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-	
	Satisf. usuário	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-	
	Inst. físicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-	
	Eficiência	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	
Gestão		--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	
Custos		--	--	--	--	--	--	1	--	1	--	2	
Recursos Humanos		--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1	
Modelos Assistência		--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1	
Humanização		--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	1	
TOTAL		1	--	--	1	1	--	5	1	2	2	13	

Fonte: Elaboração própria, a partir da avaliação dos artigos.

5 Falta incluir os dados referentes ao número 2 de 1991. Este exemplar não foi localizado.

Ao longo de dez anos apenas treze artigos (que de alguma forma abordaram o tema do hospital) foram publicados nessa revista. É possível observar um discreto aumento no número de artigos, a partir do ano de 1996. Exceção para o ano de 1996 quando aparecem cinco artigos ao invés de um ou dois, como nos anos restantes. O que pode ser atribuído ao lançamento de um suplemento da revista, o mesmo tinha como tema[6] a avaliação de serviços de saúde, onde foram encontrados três artigos.

Sobre os trabalhos encontrados é interessante comentar que:

- o único artigo sobre recursos humanos discute a remuneração do trabalho do médico, numa pesquisa em que gerentes e médicos de alguns hospitais gerais de Minas Gerais (FHEMIG[7]), e representantes das associações médicas e empresariais são entrevistados sobre o tema (Cherchiglia, 1994).

- dos dois artigos sobre apuração de custos, um deles descreve de maneira sintética o sistema de saúde alemão, problematizando inclusive, a integração hospital/rede ambulatorial. Aponta que apesar dos vários problemas identificados, tanto ao nível da assistência hospitalar quanto ambulatorial, apenas o problema relativo ao custo crescente do sistema de saúde é que tem sido alvo de medidas de mudança (Guia, 1996).

- já o outro artigo aborda o custo real, do atendimento de emergência às vítimas de violência em dois hospitais do Rio de Janeiro. Chega inclusive ao custo por tipo de diagnóstico ou de agressão que o gerou. Um dos limites do estudo, apontado pelos autores, é que o custo calculado não considera o custo com a atenção dos pacientes fora da emergência (UTI, enfermaria) e depois com a reabilitação, serviços sabidamente onerosos (Deslandes et al,1998).

6 Esta revista tem se caracterizado pelo lançamento de 2 suplementos/ano que reúnem artigos com o mesmo tema (avaliação, saúde do trabalhador, assistência materno-infantil, entre outros).

7 FHEMIG – Fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais que conta com uma rede de 16 hospitais.

- dos 6 artigos sobre a avaliação da qualidade da assistência prestada em hospitais, três deles são muito interessantes e se diferenciam, por mostrarem uma avaliação, que utiliza uma patologia como analisadora do cuidado oferecido: asma, diabetes e infarto agudo do miocárdio (Ramirez et al, 1996), (Noronha, et al 1996) e (Silva et al, 1996).

- o único artigo sobre modelo de gestão propriamente dito trás uma síntese da proposta de gestão implantada em alguns hospitais da região de Lille, na França, a "Démarge" Estratégica (Rivera, 1997).

- no artigo sobre humanização a autora utiliza as representações das crianças para mostrar o quanto o ambiente hospitalar é hostil e desumano. Ao mesmo tempo aponta possibilidades de mudá-lo com a presença da mãe durante a internação, possibilidades de brincar, estudar e o que seria mais importante, mudanças na forma do relacionamento entre os profissionais de saúde e as crianças e em especial dos pediatras (Oliveira, 1993).

- e por fim um único artigo discute mudanças no modelo de assistência hospitalar e o faz a partir dos hospitais psiquiátricos e a política de desospitalização (Freitas, 1998).

Revista de Saúde Pública

É uma publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desde 1967. Atualmente sua periodicidade é bimestral. É indexada por CAB Abstrats; CAB Health; EMBASE; HEALSAFE; MEDLINE; POPLINE; LILACS e ao AdSAÚDE. Como já mencionado anteriormente, é a única da área indexada ao nível mundial (ISSN 0034-8910).

A tabela 2 traz o número de artigos encontrados, que de alguma forma discutiam o tema do hospital.

Tabela 2: Artigos sobre hospital na "Revista de Saúde Pública"; segundo os principais temas, período de 1990 a 1999.

TEMAS		QUANTIDADE DE ARTIGOS / ANO											
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total	
AVALIAÇÃO	Qualidade Assist.	--	--	--	--	--	--	--	2	1	--	3	9
	Morbidade	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	2	
	Satisf. usuário	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	
	Inst. físicas	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	
	Eficiência	--	1	--	--	--	--	1	--	--	--	2	
Gestão		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Custos		--	--	--	--	--	--	--	2	2	--	4	
TOTAL		--	1	--	--	--	--	2	6	3	1	13	

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação dos artigos.

De 1990 a 1995, apenas um artigo foi encontrado sobre o tema hospital. Até o ano de 1996 o hospital não foi tema desta publicação que trás na sua contra capa: "*Tem por finalidade publicar contribuições originais de pesquisa sobre temas relevantes para a saúde pública, sejam de interesse do País, sejam de interesse internacional*".

Chama a atenção o maior número de publicações no ano de 1997 quando comparado com os anos restantes. Dos seis artigos deste ano, quatro foram sobre avaliação de serviço, e os dois restantes sobre avaliação de custos.

Na revista anterior atribuí o maior número de artigos, no ano de 1996, ao suplemento com o tema avaliação. E agora? Existência de linhas específicas de financiamento de projetos que tenham a avaliação de serviços de saúde com tema central e em especial hospitais? Critérios de seleção dos editores?

Sobre os artigos:

- dos quatro artigos sobre a apuração dos custos hospitalares, dois são de uma mesma experiência mexicana, em que os autores avaliaram a efetividade das intervenções nos pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (transplante, hemodiálise e diálise peritonial) confrontada com os custos de cada procedimento e chegam à conclusão de que a intervenção mais usada era a mais cara porém não a mais eficaz para o paciente (Arredondo et al.,1998 a e b).

- Um terceiro artigo avalia o impacto econômico da morbi-mortalidade por causas externas no Brasil. O custo é medido através dos gastos hospitalares com internação em hospitais conveniados ao SUS. Utilizam a AIH nesta pesquisa como fonte dos dados, portanto o cálculo não é do custo real e sim o quanto o governo federal paga pelas internações de pacientes com patologias por causas externas (Iunes, 1997). O quarto e último artigo, compara o custo e o tempo de internação entre dois procedimentos utilizados para os casos de abortamento incompleto (aspiração à vácuo e dilatação com curetagem). Aponta para uma melhor relação custo benefício da aspiração à vácuo ainda que não seja o procedimento freqüentemente adotado na rede pública de saúde (Fonseca et al., 1997).

- dos três artigos sobre avaliação da qualidade da assistência, considerei 'novidoso' aquele que avalia as "Iatrogenias em pacientes idosos hospitalares". Além de serem dados estarrecedores: 50 % das internações de pacientes idosos apresentam algum tipo de iatrogenia; é uma avaliação de resultados da assistência prestada, o que não é muito freqüente (Carvalho Filho et al.,1998).

- um segundo artigo avalia a associação entre a existência de alojamento conjunto e as taxas de cesarianas nos hospitais públicos com leitos obstétricos, do Rio de Janeiro (Oliveira et al, 1997). E o outro artigo avalia a assistência hospitalar no Rio de Janeiro a partir dos dados da AIH (1997).

- Dos dois artigos que discutem eficiência, um deles é sobre DRG (Diagnosis Related Groups). **N**ele os autores apresentam o processo de desenvolvimento de classificação de pacientes que a universidade de Yale –EUA desenvolveu e que o MEDICARE passou a utilizar; além de ser a base da AIH (Noronha te al. 1991). No outro artigo, a produtividade (média de permanência, giro de rotatividade, relação funcionário/leito) é vista como fundamentais para conter os custos hospitalares (Bittar, 1996).

- Há ainda um artigo sobre a avaliação da assistência hospitalar pelo usuário. Traz uma análise das respostas dos usuários ao questionário integrante do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo (Kotaka et al., 1997).

Revista Saúde e Sociedade

A revista, "Saúde e Sociedade", é uma publicação, semestral, da Associação Paulista de Saúde Pública e da Faculdade de Saúde Pública da USP. O seu primeiro número é de 1992 e é indexada por LILACS e AdSAÚDE (ISS 0104 – 1290).

Nesta revista foram apenas dois artigos em 8 anos de publicação[8]! Num destes artigos, a autora relata a experiência de dois gestores municipais, das cidades de Santo André e Diadema, que dado o processo de municipalização da saúde, se depararam com as condições precárias da assistência hospitalar à população, e resolvem intervir neste quadro. De maneiras diferentes conseguem ser bem-sucedidos (Nascimento, 1996).

Já em outro artigo, a autora Ana Pitta, discutiu a humanização, na perspectiva do cuidador e das organizações de saúde, traz uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema (Pitta, 1996).

8 Não localizado o número de 1997.

Revista: "Saúde em Debate"

É uma revista editada pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), de periodicidade trimestral, indexada ao LILACS (ISSN 0103-1104). É marcada por irregularidades na divulgação dos seus exemplares.

Teve sua publicação suspensa nos anos de 1997 e 1998, sendo retomada em 1999.

Após a análise dos artigos[9] o resultado encontrado é apresentado na tabela abaixo.

Tabela 3: Artigos sobre hospital na "Saúde em Debate"; segundo os principais temas; período de 1990 a 1999.

TEMAS		QUANTIDADE DE ARTIGOS / ANO										
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
AVALIAÇÃO	Qualidade Assist.	--	--	--	--	--	--	--			--	-
	Eficiência	--	--	--	1	--	--	--			--	1
Gestão		--	1	--	--	--	--	1			--	2
Custos		--	--	--	--	--	--	-			--	--
Recursos Humanos		--	--	--	--	-	--	2			--	2
Modelos Assistência		--	--	--	--	--	--	--			--	--
Humanização		--	--	--	--	--	--	--			--	--
TOTAL		--	1	--	1	-	--	3			--	5

Fonte: Elaboração própria, a partir da avaliação dos artigos.

9 Não constam os dados das revistas de número (34) 1992, (39 e 40) 1993, (44 e 45) 1994, e (46 e 48) 1995, por não terem sido localizados.

Foram encontrados cinco artigos, um número baixo de publicações sobre o tema hospital. Com destaque, novamente, para o ano de 1996 com três artigos.

Sobre os artigos:

Os artigos incluídos na categoria recursos humanos no ano de 1996 discutem o processo de trabalho: um nos serviços de emergência hospitalar. Reflete ainda sobre as repercussões deste na formação dos estudantes de medicina, (Rego, 1996). O outro é sobre a fragmentação do processo de trabalho das auxiliares de enfermagem e as suas conseqüências no cotidiano de um hospital (Santos, 1996).

Sob o tema gestão foram dois artigos: em um deles a autora analisa a competência ou não, do INAMPS e do Ministério da Saúde para celebrar contratos de prestação de serviços médicos hospitalares, no âmbito do SUS (Santos, 1991). Noutro artigo, o autor argumenta sobre a necessidade da profissionalização do dirigente hospitalar, como uma condição imprescindível para uma melhor performance da organização hospitalar (Barbosa, 1996).

Revista: "Ciência e Saúde Coletiva"

A revista é uma publicação da ABRASCO, semestral e indexada no LILACS (ISSN 1413-8123). Teve o seu primeiro número lançado no segundo semestre de 1996, portanto é uma análise de apenas quatro anos[10].

Foram encontrados somente dois artigos que abordaram o tema do hospital.

Sobre os artigos:

O artigo incluído sob a categoria avaliação da qualidade é um estudo sobre o uso da mortalidade hospitalar como um indicador de desempenho, discute o conceito de indicador de desempenho, os atributos de um indicador e a qualidade dos dados utilizados. Traz uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema (Travassos, 1999).

10 Não localizados os dois números de 1988.

No tema gestão, o autor (Cecílio, 1999 b) reflete a respeito dos principais nós que têm sido enfrentados com a implantação de organogramas mais horizontalizados e com a reorganização por unidades de produção nos hospitais. A reflexão inicia com a discussão sobre a categoria poder - de Max Weber a Graça Carapinheiro, passa depois para a categoria autonomia concluindo pela negociação em Habermas.

Conclusão Parcial

Com a revisão bibliográfica nos cinco periódicos indexados da área, encontro 35 artigos em 10 anos de publicação. São 3.5 artigos por ano, uma média de 0.7 artigos por periódico/ano. É para mim muito pouco, se levarmos em consideração a necessidade, a pressão que a área da Saúde Coletiva e mais diretamente os sanitaristas vêm sofrendo para assumir a gestão hospitalar enquanto área de práticas mas também produtora de conhecimento, diferenciada e estratégica no processo de implementação e de avanço do SUS.

A partir do que não encontro nestas publicações é que passo a verificar a hipótese de que a área da Saúde Coletiva ainda não tem o hospital como tema, enquanto espaço de atuação e de produção teórica. Desde então incorporo esta preocupação no questionário que estava preparando para as entrevistas com os profissionais que fazem parte de núcleos de discussão ou atuam na formação na área de gestão hospitalar.

Ainda insatisfeita com os achados acima, resolvo fazer uma revisão bibliográfica, utilizando o mesmo período das revisões anteriores, na Revista de Administração Pública (RAP) da Fundação Getúlio Vargas por ser uma referência tradicional na área da administração e por desconfiar que o tema do hospital estivesse sendo tratado por outra área.

Revista de Administração Pública

Como já mencionado anteriormente é uma publicação da FGV[11]. Sua periodicidade inicialmente era trimestral e a partir de 1996 passa a ser bimestral. Indexada sob o n.º ISSN 0034-7612. Na tabela 4 apresento os resultados encontrados[12].

11 A RAP é citada nos seguintes índices: Bibliographie Latinoaméricaine d'Articles, n.º22, 1997; Handbook of Latin American Studies: Social Sciences, v. 41, 1979; Índices de Ciências Sociais/Iuperj, v.9 1989; Internacional Bibliography of the Social Sciences Economics; Sumários Correntes Brasileiros: Ciências Sociais e Humanas.

12 Não foram localizados os números 4 e 5 de 1997, o n.º 2 de 1998 e o n.º 4 de 1999.

Tabela 4: Artigos sobre hospital na Revista de Administração Pública – RAP -, segundo os principais temas, período de 1990 a 1999.

TEMAS		QUANTIDADE DE ARTIGOS / ANO											
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total	
AVALIAÇÃO	Qualidade Assist.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-	2
	Eficiência	--	--	--	--	--	1	--	--	1	--	2	
Gestão		1	--	1	--	--	1	1	1	--	2	7	
Recursos Humanos		--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	2	
Modelos Assistência		--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1	
TOTAL		2	--	1	--	1	2	1	1	3	2	13	

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação dos artigos.

E agora? Mudou alguma coisa? Não.

Não, porque o número de publicações encontrado continua baixo, 13 artigos em dez anos, número idêntico ao encontrado no "Cadernos de Saúde Pública" e na "Revista de Saúde Pública" (1.3 artigos/ano). Observo que parte dos artigos encontrados são dos mesmos autores e com conteúdos bastante semelhantes aos encontrados nos periódicos anteriormente avaliados.

Aparentemente, houve uma maior regularidade na distribuição dos artigos ao longo dos dez anos.

Persiste uma maior concentração na segunda metade da década. Um outro fato observado foi a concentração de artigos na categoria gestão, sete dos treze artigos, ou seja, 54%.

Sobre os artigos:

Foi encontrado apenas um artigo que discutia o modelo de assistência (o de gestão como conseqüência do primeiro) ao avaliar as mudanças ocorridas num hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva do movimento da Saúde Mental (Inojosa e Farran, 1994).

Dos sete artigos sobre gestão: novamente aparece um artigo, dos mesmos autores, sobre os grupos diagnósticos homogêneos (DRG em inglês). O GDH seria uma metodologia para mensurar o adequado emprego, em termos qualitativos e quantitativos, dos bens e serviços, intermediários, utilizados no tratamento de cada paciente (Braga Neto et al., 1990).

Já em outro artigo, a autora (Malik, 1992) traz o relato da experiência de intervenção pública, em dois hospitais privados, no estado de São Paulo (atual Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos e no Hospital Humberto Primo), em um deles se opta pela constituição de um consórcio regional intermunicipal e para o outro a proposta de fundação. Aponta os avanços e os problemas de cada uma das experiências.

Em outro artigo, o autor propõe a avaliação de um hospital universitário a partir de sua inserção no mercado (Gerges, 1995).

Lima (1996) propõe-se, a partir das teorias organizacionais, a identificar as principais características das organizações hospitalares públicas e quais os desafios a serem enfrentados a fim de elevarem sua eficiência e eficácia.

Ainda sobre a gestão, dois foram os trabalhos de um mesmo autor: no primeiro este discute as dificuldades encontradas na implantação de gestões mais horizontalizadas em organizações hospitalares (Cecílio, 1997 b), já no segundo, o autor traz uma reflexão sobre o papel do Estado enquanto prestador direto da assistência hospitalar (Cecílio, 1999 a).

E no último dessa categoria, os autores discutem a pertinência do contrato de gestão no Brasil tendo como referência a experiência francesa (Hortale et al, 1999).

Os dois artigos encontrados, sob a categoria recursos humanos, giram em torno da perspectiva de que o caminho para reduzir os custos hospitalares é através do redimensionamento de recursos humanos. O primeiro artigo aborda o tema a partir da relação do número de funcionários por leito (Zucchi, 1998) e o segundo é sobre a flexibilização na alocação de RH, baseada na plataforma técnica compartilhada. É parte da proposta da "*Démarche"* Estratégica" (autonomia, polivalência, motivação, etc); apenas a categoria médica é considerada na discussão,(Rivera, 1998).

Um artigo, de 1990, analisa a forma de pagamento dos hospitais pela AIH, o autor conclui pelo fracasso da "inovadora proposta", uma vez que a mesma não logrou conter o crescimento das internações hospitalares no Brasil, sobretudo nos hospitais privados e por não ter diminuído as constantes fraudes no âmbito da previdência social (Rodrigues Filho, 1990).

E por último, no tema da avaliação foram encontrados três artigos com abordagens semelhantes e que se referenciam: a discussão da eficiência, dois avaliando produtividade pela relação do número de exames ou de funcionários ou de pacientes por leito (Zucchi, 1998 e Bittar, 1995) e o outro propondo o uso dos tradicionais indicadores de performance hospitalar para gerar "*rankings*" entre os hospitais. Sugere a utilização de uma metodologia usada em outros setores – a análise envoltória dos dados, DEA, e a partir desta propõe refazer a análise da produtividade, encontrando resultados diferentes e apontando uma melhor performance dos hospitais públicos até então não aparentes, (Marinho, 1998).

Todos os periódicos:

Tabela 5: Artigos sobre hospital de todos os periódicos avaliados; segundo os principais temas, período de 1990 a 1999.

TEMAS		QUANTIDADE DE ARTIGOS / ANO											
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total	
AVALIAÇÃO	Qualidade Assist.	--	--	--	--	1	--	4	2	1	3	11	21
	Morbidade	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	2	
	Satisf. Usuário	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	
	Inst. físicas	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	
	Eficiência	1	1	--	1	--	1	1	--	1	--	6	
Gestão		1	1	1	--	--	1	3	2	--	3	12	
Custos		1	--	--	--	--	--	1	2	3	--	7	
Recursos Humanos		--	--	--	--	1	--	2	--	2	--	5	
Modelos Assistência		--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1	
Humanização		--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	2	
TOTAL		3	2	1	2	2	2	13	8	8	7	48	

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação dos artigos.

Na tabela acima (cinco), assim como no gráfico abaixo, apresento o resultado de todos os periódicos.

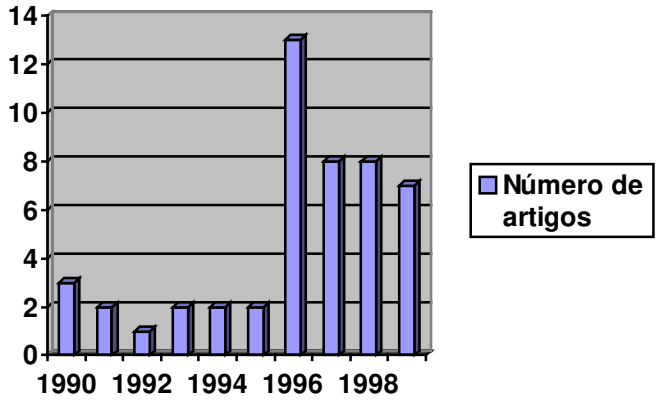

Gráfico 1: Número de artigos/ano publicados em todos os periódicos analisados entre 1990 e 1999.

Ao analisar a tabela e o gráfico acima chama atenção uma concentração dos artigos na segunda metade da década de noventa, ou seja, 85% dos artigos foram publicados entre 1995 e 1999.

Com os dados disponíveis nesse trabalho não me parece possível estabelecer uma relação direta entre o aumento do número de trabalhos, a partir de 1996, e determinada ocorrência ou fator. O que mereceria outro estudo.

Machado (1999), em sua tese de mestrado, observou uma proliferação do número de hospitais públicos, experimentando novas modalidades de gestão, exatamente na segunda metade da década de noventa, quando comparada com a primeira metade.

A autora atribui esses achados a um conjunto de fatores que se somariam, um deles é que o período pós 95 seria o momento em que as questões relativas à operacionalização do SUS ganham relevância introduzindo novas questões inclusive com

redirecionamento das políticas setoriais. O outro fator, não menos importante, seria a agenda do Governo de Fernando Henrique Cardoso de Reforma do Aparelho de Estado e da reforma administrativa.

Tais justificativas poderiam também estar corroborando os achados da nossa investigação, uma vez que, a assistência hospitalar passa a ser colocada como um dos focos de reforma do Estado e como uma das prioridades na busca da integralidade das ações de saúde de alguns gestores municipais.

E há ainda, a título de "especulação", a possibilidade das agências de financiamento de pesquisas, reconhecido mecanismo indutor de linhas de pesquisa, passarem a privilegiar investigações sobre hospital, nesta segunda metade da década de noventa.

E a pergunta continua

Onde estão sendo relatadas as experiências que a cada dia se multiplicam na tentativa de se conformarem novas formas de gerir e de prestar assistência nos hospitais?

Diante da possibilidade de que a divulgação dessas esteja comprometida por dificuldades na publicação nos periódicos da área[13], começo a procurá-las também nas dissertações de tese, tanto de mestrado quanto nas de doutorado.

Teses de Mestrado e de doutorado

O acesso às teses de mestrado e de doutorado não foi fácil. São trabalhos que nem sempre estão registrados nas bibliotecas de referência dos respectivos cursos (desvios, atraso na entrega ou na catalogação da mesma).

Não sei o quão representativas são as dissertações que encontrei, em relação ao total das efetivamente apresentadas. Resolvi registrá-las pela importância dos temas e questões, por elas abordadas, para a reflexão da área.

13 Dificuldades que iriam desde o cumprimento das exigências dos editores desses periódicos até a não priorização do tema do hospital na agenda desses periódicos.

A avaliação das teses do DMPS/UNICAMP foi mais completa devido ao acesso que tive ao livro de registros da pós-graduação do respectivo departamento.

Foi realizado um levantamento junto às bibliotecas de três universidades[14] (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP- da FIOCRUZ) das teses de mestrado e doutorado apresentadas durante a década de noventa que tinham o hospital como objeto de estudo[15].

UNICAMP

No Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – DMPS/FCM/UNICAMP de janeiro[16] de 1994 a dezembro de 1999 foram defendidas 60 teses sendo 21 teses de doutorado e 39 teses de mestrado.

Neste período foram cinco teses que discutiram, estudaram a temática do hospital ou uma de suas facetas, sendo três de doutorado e duas de mestrado.

Três tiveram como tema central a gestão do hospital. A primeira, doutorado, reconstitui e analisa três experiências de formas alternativas de gestão do gestor público e entre elas a da Santa Casa de Belém do Pará (Cecílio, 1993). A segunda, mestrado, analisa a implantação da gestão colegiada em um hospital, o Hospital Público Regional de Betim (Silva, 1999), o mesmo que é o eixo condutor

da minha investigação. E por último, outra tese de mestrado, nela a autora centra a sua discussão na análise do planejamento e sua potencialidade em provocar mudanças organizacionais, o caso do hospital psiquiátrico "Cândido Ferreira (Onoko, 1998).

14 Necessário mencionar a não inclusão do Instituo de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que possue um núcleo importante de estudos do tema do hospital. Isto se deveu à tardia identificação do mesmo. Digno de mencionar que, ao serem indagados sobre grupos de referência no Brasil, os entrevistados não mencionaram o IMS (capítulo 3).

15 A seleção foi realizada após análise do título e dos resumos das teses. As teses apresentadas neste período e não catalogadas pelas bibliotecas foram automaticamente excluídas.

16 Dados coletados a partir do livro de registro das atas das teses defendidas no DMPS/FCM. As teses de janeiro de 1990 a 09 de junho de 1994 (data de abertura do livro) foram registradas em outro livro, ainda não localizado. A partir de 1994 a pós-graduação passa a ser multiprofissional.

Na quarta dissertação, doutorado, a autora reconstitui a história de hospitais vinculados às doenças crônicas (Ornellas, 1995).

Lima (1998) vai refletir sobre o processo de trabalho da enfermagem no hospital utilizando as categorias potente ou impotente para avaliar a capacidade destes profissionais em imprimir mudanças no seu trabalho cotidiano.

Causou-me surpresa o pequeno número de teses produzidas pelo departamento nos últimos 10 anos, sobre hospital. Isso levando em consideração que o DMPS é um dos centros formadores, ao nível de especialização, de gestores hospitalares além de ter um grupo de profissionais ligados ao Laboratório de Planejamento/LAPA, com experiência em assessoria a hospitalar.

Chamo a atenção para o fato de que, para a produção destes dados, em geral, foi considerado apenas o título das teses que nem sempre conseguem sintetizar, refletir o conteúdo dos trabalhos.

ENSP/FIOCRUZ

Identifiquei sete teses, entre mestrado e doutorado, apresentadas na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no período de 1990 a 1999. As teses da escola foram avaliadas pelo título, e em caso de dúvidas, pelo resumo.

Das dissertações encontradas, a avaliação da qualidade da assistência se destaca com quatro teses (Martins, 1991), (Magluta, 1992), (Mendes, 1995) e (Reis, 1995). Duas outras teses tinham a discussão sobre propostas de novos modelos gerenciais para hospitais como eixo central (Braga Neto, 1991) e (Silva, R. 1994 a). E por último uma tese, que discute o processo de trabalho no hospital (Silva, 1994).

IMS –UERJ[17]

Pesquisados os anos: 1998 e 1999. Foi encontrada apenas uma tese de mestrado, já citada nessa pesquisa, a respeito do surgimento de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro (Machado, 1999).

17 IMS- UERJ – Instituo de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

USP – Faculdade de Saúde Pública

Foram cinco as dissertações identificadas. De doutorado, apenas uma, que relata a intervenção estatal em dois hospitais no estado de São Paulo (Malik, 1991). Das quatro teses de mestrado uma delas é sobre a implantação de um sistema de informação num hospital, (Miranda, 1992).

Noutra análise de experiência, Nascimento (1994) apresenta como dois municípios paulistas assumiram a responsabilidade pela assistência hospitalar. As outras duas dissertações têm como objeto a avaliação: uma sobre a assistência ao parto (Rattner, 1991) e a quarta tese é sobre a história da acreditação hospitalar no Brasil (Shiesari, 1999).

Abaixo, tabela 6, apresento uma síntese do material encontrado:

Tabela 6: Número de teses apresentadas na UNICAMP, ENSP, IMS, USP, FGV/ano/tema: 1990 a 1999.

TEMAS	NÚMERO DE TESES										Total
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Avaliação.	--	2	1	--	--	2	--	--	--	1	6
Gestão	--	2	1	1	2	--	--	--	1	2	9
R. humanos	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1
Indefinido[18]	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1
Total	--	4	2	1	3	3	--	--	2	3	17

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação das teses.

Assim como nos periódicos, a maioria dos trabalhos é sobre gestão e avaliação (uma das ferramentas da gestão). Não é possível perceber uma diferença quanto à distribuição dos temas nas diferentes escolas. Na UNICAMP nenhum dos trabalhos foi sobre avaliação.

18 Crio esta categoria uma vez que não foi possível classificar o trabalho apenas pelo título.

Sobre os Encontros Científicos da área

Foram analisados os resumos de trabalhos enviados e aprovados pela comissão científica de cada evento. Tiveram materiais pesquisados os seguintes encontros: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 1991 e 1997, Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, o primeiro aconteceu em 1995 e o segundo em 1999, o Congresso Paulista de Saúde Pública de 1993, 1997 e de 1999 e o Congresso Brasileiro de Epidemiologia de 1990, 1992, 1995 e 1998. A pesquisa foi realizada a partir dos anais de cada congresso.

A escolha desses eventos considerou a perspectiva que entende a Saúde Coletiva como um campo de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas seriam a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde[19]. A área de planejamento, até então, não se organizou de maneira separada na produção de encontros científicos.

Sobre a difusão científica da área Minayo (1997: 65) observa que "*No conjunto das publicações, a modalidade que mais cresce são as apresentações em congressos, sendo notável também o incremento do número de artigos, livros e capítulos de livros*."

Porém Viacava e Ramos (1997: 146) são mais enfáticos ao afirmar que:

> *Em termos relativos, a tendência predominante parece ser a progressiva substituição de artigos e capítulos de livro por apresentações em congressos nacionais e internacionais. Essa mudança poderia estar relacionada com a introdução dos novos cursos que tenderiam a privilegiar essa forma de difusão.*

Durante a pesquisa foi possível perceber que as categorias eram as mesmas encontradas quando da avaliação dos artigos, ou seja; foi possível classificá-los utilizando as mesmas categorias quando da avaliação dos artigos.

19 Para uma discussão sobre as disciplinas que seriam os saberes pilares da área da SC vide Paim e Almeida (1998).

Identificados os encontros e congressos da área, o resultado da avaliação foi o seguinte:

Congresso Paulista de Saúde Pública

É um evento que apesar de seu caráter regional foi incluído dado a sua repercussão no nível nacional, demonstrada entre outros, pelo seu crescente número de participantes e de trabalhos, em 1999 foram 725 congressistas e 469 trabalhos. Na década de noventa foram três encontros: 1993, 1997 e 1999. O congresso de 1997 aconteceu concomitante ao V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Águas de Lindóia. Portanto o material será avaliado como integrante deste congresso.

Em 1993, apenas um trabalho apresentado trazia o tema do hospital. Comenta sobre o programa de controle de qualidade hospitalar da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Burmester, 1993).

No congresso de 1999 foram apenas quatro trabalhos sob a temática do hospital sendo dois sobre modelo de gestão e dois sobre a discussão de recursos humanos.

Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Na década de noventa foram três congressos; em 1992, 1994 e 1997.

No encontro de 1997, realizado em Águas de Lindóia, foram selecionados 1486 trabalhos[20]. Destes trabalhos, 874 (59%) foram produzidos nas faculdades e universidades, 306 (21%) nos serviços de saúde e 218 (15%) nos institutos de pesquisa de todo o país.

Deste total, foram 50 trabalhos, ou seja 3,3%, que abordavam o tema do hospital, os quais estavam assim distribuídos:

20 Aí incluídos os trabalhos que se apresentaram sob a forma de pôster e sob a forma de comunicação coordenada.

Tabela 7: Trabalhos publicados/tema no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO – 1997.

TEMAS	No. de TRABALHOS
Avaliação da qualidade	24
Gestão	9
Controle Social	1
Humanização da assistência	2
Modelo de assistência	7
Recursos humanos	4
Custos	3
TOTAL	55

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação dos artigos.

Como a avaliação foi a partir dos resumos enviados ao congresso, avaliamos ser o material insuficiente para tecer comentários sobre cada um dos artigos.

Congressos de Epidemiologia

Na década de noventa aconteceram quatro congressos de abrangência nacional, sendo que o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia aconteceu no ano de 1990. Com uma freqüência trianual, o evento vem crescendo[21] ao longo de suas realizações. No ano de 1990 foram 368 trabalhos inscritos, já no encontro de 1998 este número ultrapassou os 1700 trabalhos.

Estes foram selecionados pelo título, no primeiro momento, e depois pelo resumo[22]. Foram avaliados 4300 trabalhos, aproximadamente, (não incluídos os de 1992), e como característica marcante, 40 a 50 % desses trabalhos eram originários dos serviços de saúde.

21 Utilizando como critério o número de trabalhos inscritos.

22 No congresso de 1990 foi avaliado só o título uma vez que os resumos não estavam disponíveis nos anais do congresso.

Abaixo uma tabela com os dados encontrados.

Tabela 8: Trabalhos publicados/ano e tema nos Congressos de Epidemiologia realizados entre 1990 a 1999.

TEMAS	ANO DE REALIZAÇÃO DO CONGRESSO			
	1990	1995	1998	TOTAL
Avaliação	1	7	9	17
Aval. usuário	--	1	--	1
Morbidade	5	6	8	19
Infecção hospitalar	--	7	1	8
Gestão	--	1	1	2
Custos	--	--	1	1
Sistema de informação	--	2	3	5
Modelo de assistência	--	--	3	3
Total	6	24	26	56

Fonte: Elaboração própria a partir da avaliação dos resumos dos trabalhos.

Sob o tema do hospital foram 56 trabalhos, ou seja, 1.3 % do total.

Sendo possível observar que:

- houve um aumento crescente do número de trabalhos que traziam o hospital como tema central.
- tem sido duas, as principais "formas de entrada" da epidemiologia no hospital; uma delas é através dos estudos sobre morbidade,[23] ou seja, 19 trabalhos (33,9%) traziam como tema o diagnóstico e ou análise da morbidade[24] da clientela atendida em determinado(s) hospital(is) ou de um setor específico (geralmente os serviços de emergência). É importante destacar a utilização do banco de dados do SIH-SUS [25]como fonte de informações, principalmente nos trabalhos do último congresso. A outra entrada, de semelhante freqüência, são os estudos sobre avaliação da qualidade da assistência com 17 trabalhos (30,4%).

23 Perfis de morbidade são as características das doenças que aparecem numa determinada área ou serviço. Expressam os problemas de saúde de numa região ou serviço, de onde se originaram os dados de morbidade.

24 Estes estudos, em geral, tem a CID (Classificação internacional de Doenças) 9 como referência de classificação dos diagnósticos.

25 SIH – SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Congresso de Ciências Sociais em Saúde

Durante a década de noventa aconteceram dois encontros, de nível nacional, da área. O primeiro aconteceu no ano de 1995 em Curitiba e o segundo em 1999 na cidade de São Paulo.

No primeiro congresso em Curitiba foram 405 trabalhos apresentados entre comunicações coordenadas e pôsteres.

Em 1999 foram quatro trabalhos sobre o tema hospital. Dois desses trabalhos eram sobre avaliação da qualidade; um discutia a relação do tema do hospital para a Saúde Coletiva e por último um trabalho que se propunha a discorrer sobre a implantação das organizações sociais como modelo de gestão para os hospitais públicos brasileiros.

Abaixo apresento uma tabela e respectivo gráfico com os trabalhos apresentados em todos os congressos da área e por tema, no período de 1990 a 1999.

Tabela 9: Trabalhos publicados/congressos/temas no período de 1990 a 1999.

TEMAS	Congressos da área da Saúde Coletiva				TOTAL
	ABRASCO	Epidemiologia	Paulista de S.Pública	Ciências Sociais	
Aval.qualidade	24	17	--	2	43
Aval.usuário	3	1	--	--	4
Morbidade	2	19	--	--	21
Inf.hospitalar	--	8	--	--	8
Gestão	9	2	2	1	14
Custos	3	1	--	--	4
Sistema Informação	--	5	--	--	5
Modelo assist.	7	3	--	--	10
Rec. humanos	4	--	2	--	6
Humanização	2	--	--	--	2
Controle social	1	--	--	--	1
Indefinido	--	--	--	1	1
TOTAL	**55**	**56**	**4**	**4**	**119**

Fonte: Elaboração própria a partir dos trabalhos.

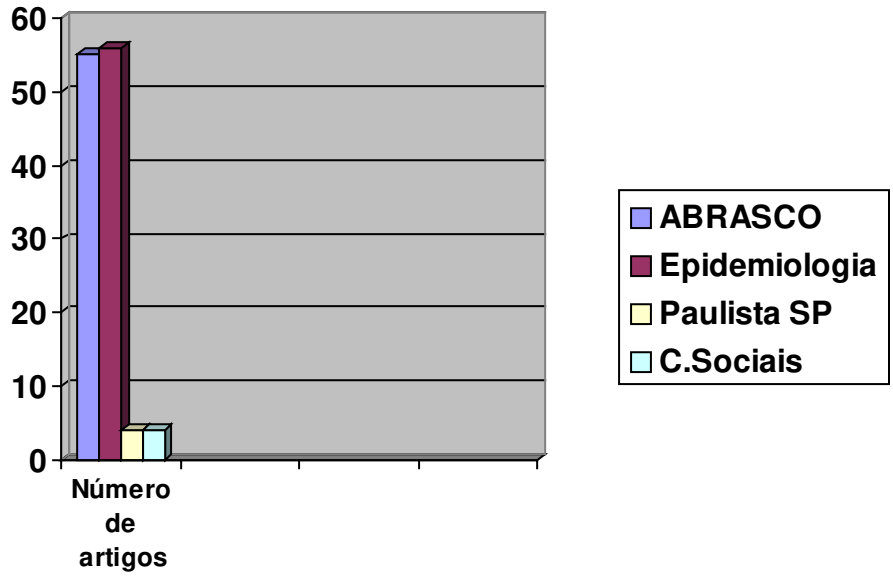

Gráfico 2: Número de artigos publicados em todos os encontros científicos analisados entre 1990 e 1999.

Quando comparada aos periódicos e teses, a apresentação em congressos foi a forma de divulgação mais utilizada, em concordância com as observações já pontuadas por Minayo (1997).

A justificativa seria, não só a forma mais estimulada pelos meios acadêmicos, mas também por ser a forma menos rigorosa de seleção, permitindo assim o aparecimento de trabalhos de autores vinculados aos serviços de saúde. Sem contar que os congressos não têm limitado o número de trabalhos.