Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira

Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira

Reforma do Sistema da Atenção Hopitalar Brasileira

Introdução

Há muito se diz da ausência de políticas específicas para o setor hospitalar e da necessidade de se construir e implementar uma política que induza a uma reestruturação das instituições hospitalares, para responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional.

Faz-se necessário, entretanto, compreender que a orientação política para a área hospitalar, fragmentada e inespecífica, não resulta simplesmente da falta de vontade política dos gestores da saúde no País. A configuração da realidade atual, no que se refere à atenção hospitalar, é resultante de um processo histórico que possui vários determinantes inter-relacionados, que vão desde aqueles referentes à evolução dos modelos de organização e gestão em saúde e à redefinição de perfis epidemiológicos e das práticas assistenciais, passando também pelo campo do poder corporativo-institucional, até os valores e representações sociais dos usuários em relação à instituição Hospital.

Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construída e legitimada historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais para as políticas públicas de saúde, em muito, conflitantes com a prática desenvolvida nessas instituições.

Assim, ao se discutir a necessidade de (re) construção de uma política para o setor hospitalar brasileiro, é preciso apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que possam ser, de fato, estruturantes e coerentes com o conjunto das políticas públicas de saúde.

A problemática da atenção hospitalar no SUS vem-se constituindo em objeto de análise permanente por parte da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), desde a formação da atual equipe dirigente quando da reforma administrativa do Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 2003. Coerentemente com o propósito político geral de consolidar o processo de reforma do modelo de atenção à saúde no Sistema

Único de Saúde (SUS), a SAS/MS vem tratando de ampliar e fortalecer as iniciativas no âmbito da atenção hospitalar.

Cabe registrar que a sistematização do conjunto de informações apresentadas revela uma série de insuficiências, tanto no conhecimento disponível acerca da problemática dos hospitais como no escopo de problemas que serviu de base e ponto de partida para o processo de decisão, formulação e implementação de propostas. Procurou-se estabelecer um esquema suficientemente amplo para enquadrar a problemática hospitalar. Entretanto, esse esforço ainda constitui uma primeira aproximação e deve ser aperfeiçoado com a colaboração de especialistas de diversas áreas, que analisem aspectos específicos, quer financeiros, gerenciais e organizacionais, ademais de propriamente assistenciais.

Este documento apresenta informações que permitem a caracterização atualizada da rede hospitalar brasileira, bem como a forma adotada pela equipe da SAS/MS para a intervenção imediata, por enfoques estratégicos. Está dividido em três partes: a primeira, contendo aspectos gerais referentes à reforma do sistema hospitalar brasileiro; a segunda, composta de artigos por enfoques estratégicos; e a terceira, uma apresentação sumária de legislações brasileiras referentes à área hospitalar.

1. Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Atenção Hospitalar tem sido um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico também reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimento na área da Saúde, e de prática de ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção.

Se considerarmos o fato dessas instituições lidarem, predominantemente, com pessoas agudas e/ou gravemente enfermas e com risco de morte, os hospitais adquirem ainda maior visibilidade, inclusive sob a perspectiva dos usuários, fato facilmente percebido pela grande e dramática exploração da mídia quando no enfoque do desempenho desses serviços.

Do ponto de vista organizacional, a resultante dessa sobrevalorização das unidades hospitalares é o isolamento destas em relação ao sistema de saúde, tanto no que se refere ao dimensionamento e adequação da sua oferta de serviços, como nas medidas de regulação do sistema, de avaliação da sua eficiência e dos resultados obtidos.

O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste.

Não há como negar, entretanto, a existência de grandes dificuldades na atenção hospitalar no Brasil, em cuja composição percebe-se a existência de múltiplos aspectos inter-relacionados, enquanto determinantes e determinados, quase sempre em um círculo vicioso que perpetua e até colabora para o agravamento dessas dificuldades.

Em primeiro plano, aparecem, com destaque, os aspectos financeiros: crônica insuficiência de recursos para custeio de ações; e alocação irregular e escassa de recursos de investimento em saúde.

Porém, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles referentes à gestão e gerenciamento de unidades hospitalares dentro da rede pública de serviços de saúde, a questão financeira, para muitos dos envolvidos na atenção hospitalar – gestores, prestadores, profissionais de saúde, usuários –, não ocorre sozinha, tampouco é a única causa da grave crise observada.

Vivemos um momento em que é preciso avançar, e muito, na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Por um lado, é necessária uma melhoria organizativa do
sistema de saúde como um todo, mediante a ampliação do acesso, a articulação responsável
e racional dos serviços, a desburocratização e descentralização das ações facilitando a utilização dos serviços de saúde. De outro lado, é preciso que haja mudanças conceituais no foco da
atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade
dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado enfocado nas efetivas
necessidades de saúde do usuário e preocupado com as suas relações e espaços de vida.

Sabemos, ainda, que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares, pode produzir avanços significativos na superação da crise do sistema hospitalar no país. Para tanto, devem-se aprimorar os mecanismos de controle, avaliação e regulação dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, dotar os dirigentes hospitalares de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento dos hospitais vinculados à rede pública de saúde.

2. A Crise Hospitalar no SUS

O debate atual sobre a situação da atenção hospitalar no Brasil está marcado pela percepção de uma crise, uma realidade para gestores públicos, empresários do setor, profissionais e trabalhadores que atuam nessas unidades; e para a população usuária, embora de maneira distinta, em função da natureza das relações estabelecidas entre ela e os vários protagonistas do sistema hospitalar.

Admite-se que a crise hospitalar brasileira possui várias dimensões, estreitamente vinculadas, formando um todo: aspectos financeiros (custeio e investimento); aspectos políticos; aspectos organizacionais (internos e externos); assistenciais; de formação profissional; e sociais.

Em cada uma dessas dimensões, é possível destacar variáveis que permitam a identificação de problemas específicos, os quais, no seu conjunto, contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora.

leitos de terapia intensiva e semi-intensiva, à demora da instituição em ofertar acesso a procedimentos cirúrgicos e internações, ou mesmo aos serviços de apoio diagnóstico de maior ou menor complexidade. É necessário, também, considerar a inserção de cada hospital na rede de serviços, as relações entre gestores do SUS e dirigentes das instituições hospitalares, e, principalmente, as reais necessidades da população.

Existem poucos estudos que permitam desenhar um diagnóstico preciso da dimensão gerencial dos estabelecimentos hospitalares no País. Pesquisa realizada pelo BNDES em 2002,30 junto a instituições hospitalares filantrópicas, apresentou dados preocupantes: 34,8% das instituições possuem sistema de custos implementado; 23,2% fazem controle regular de estoques; e tão-somente 8,7% contam com a gestão da assistência à saúde informatizada. O conhecimento empírico da realidade das instituições hospitalares públicas não permite imaginar um panorama mais favorável nesse quesito.

Nos últimos anos, foram realizados investimentos, sobretudo via Projeto Reforsus em novas iniciativas para a melhoria da qualidade gerencial e assistencial de estabelecimentos hospitalares no país. Não houve, porém, uma preocupação em se estruturar um mecanismo de monitoramento e avaliação do real impacto dessas medidas. Outras iniciativas específicas, como o Programa de Acreditação Hospitalar mostraram-se pouco impactantes, da maneira como foram implementadas nos últimos anos. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), por sua vez, tem envidado esforços no sentido de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos com os serviços públicos de saúde, na busca da sua melhor resolubilidade e qualidade.

Contudo, a rede hospitalar brasileira permanece caracterizada pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, longe de atender as exigências para constituírem verdadeiros espaços para uma atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada.

No que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe. Não se dispē

Estudo Nacional sobre Hospitais Filantrópicos. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Ministério da Saúde, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); 2002.

de um painel de indicadores hospitalares que permita a realização de categorização, classificação e comparação entre as instituições hospitalares brasileiras. Iniciativas de benchmarking21 são ainda incipientes, praticamente restritas ao segmento privado e filantrópico. Faz-se necessário construir uma cultura de monitoração e avaliação da atenção hospitalar no país, acompanhada pelo desenvolvimento de um sistema de informação que, efetivamente, permita a supervisão das diferentes dimensões envolvidas, e não apenas daquelas referentes ao financiamento e à execução das ações produzidas nesse nível de atenção.

Da mesma forma, também se trabalha com um sistema de contrato bastante artificial e/ou formal, ultrapassado do ponto de vista do estabelecimento de horizontes comuns que auxiliem na tomada de decisões, reorientação de ações e avaliação dos serviços. A relação entre gestores e instituições hospitalares, muitas vezes, não vai além da formalidade, geralmente concentrando-se nos aspectos financeiros. É necessário incorporar ao processo de contrato os aspectos referentes à regulação e à avaliação dos serviços - não apenas dos seus resultados, mas também da gestão dos serviços hospitalares e da sua relação com a rede de serviços mais ampla.

9. Reforma da Atenção Hospitalar no SUS: propostas políticas e enfoques estratégicos

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial, na medida em que o futuro da reforma do modelo de atenção à saúde pode depender do desencadeamento desse processo. De fato, os esforços dirigidos à consolidação do processo de descentralização da gestão do sistema e ao fortalecimento da atenção básica via Programa Saúde da Família (PSF) encontrarão o seu ponto de estrangulamento exatamente nas dificuldades de atendimento da demanda reprimida por serviços de média e alta complexidade, atualmente prestados, em sua maioria, nos estabelecimentos

²¹ Padrão de referência e orientação para outros; remete a tudo o que possa ser mensurado comparativamente.

hospitalares.

Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretenda formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis. A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo.

Levando em conta o estágio atual do debate em torno da problemática hospitalar na SAS/MS, apresenta-se, a seguir, um resumo dos pressupostos que estão sendo assumidos como ponto de partida para a formulação de políticas. Trata-se de sugestões com vistas ao desenvolvimento de um processo mais amplo e participativo, para a construção de cenários futuros aptos à formulação de propostas de ação emergenciais, discutidas e adotadas em função de problemas específicos em segmentos estratégicos da atenção hospitalar.

10. Eixos Norteadores da Reforma da Atenção Hospitalar

No cumprimento de sua missão, o Ministério da Saúde vem trabalhando com alguns eixos norteadores, elementos de sustentação e inter-relação entre todas as ações estratégicas desenvolvidas.

A garantia de acesso é o eixo primordial. A falta de acesso a determinados serviços é um ponto importante de estrangulamento do sistema hospitalar e a sua superação é absolutamente prioritária. Não basta, porém, ampliar a cobertura das ações. É necessário que disponibilidade de atendimento venha acompanhada de uma preocupação contínua com a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

A humanização é outra linha orientadora principal de todas as políticas de saúde no atual governo. Entretanto, a humanização não deve ser entendida, tão-somente, como um processo de melhoria das condições gerais de atendimento, tornando-o mais adequado e confortável para usuários e profissionais do sistema, mas, sobretudo, como uma nova ótica

de abordagem e integração da gestão e da assistência à saúde, voltada às necessidades dos pacientes e seus familiares e não mais enfocada nas doenças e na conveniência dos profissionais de saúde.

Outro elemento central na elaboração e implementação de políticas na área de atenção hospitalar é o claro entendimento de que os hospitais não constituem ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. É de extrema importância que todas as medidas adotadas considerem os hospitais e a sua inserção na rede. Essas instituições devem ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Vale aqui destacar o papel dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas.

A democratização da gestão é um princípio do atual governo e deve ser perseguida. As instituições hospitalares devem assumir o seu papel e responsabilidade social, trabalhando de forma transparente e ampliando os seus mecanismos de participação social.

Outro avanço a ser buscado é o melhor contrato dos serviços. O estabelecimento de uma forma de contrato legitima e efetiva todo o processo de:

- discussão, definição e pactuação realizadas quanto à demanda, quantitativa e qualitativa, por serviços; instituição de obrigações e responsabilidades a serem assumidas por cada um dos atores envolvidos;
- fixação de critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento de metas estabelecidas; e
- criação de mecanismos de participação e controle social.

A forma de contrato dos serviços deverá permitir uma melhor adequação entre oferta e demanda, como também uma maior e melhor regulação do sistema como um todo.

Da mesma forma, é necessário avançar nos mecanismos de financiamento, revendo os modelos atuais de alocação de recursos e buscando criar mecanismos de orçamento e financiamento global.

A descentralização e a regionalização também têm sido consideradas elementos orientadores na construção das políticas de atenção hospitalar. O Ministério da Saúde tem incentivado o desenvolvimento de processos de discussão, planejamento e pactuação das ações com participação ampla e transparente de todos os atores envolvidos, considerando as necessidades de saúde loco-regionais. No mesmo sentido, tem procurado fortalecer o papel dos gestores locais do SUS, sobretudo na implementação de mecanismos de controle, regulação e avaliação em nível local.

11. Ações Emergenciais em Segmentos: enfoques estratégicos

Permanecem sob administração direta do Ministério da Saúde cinco unidades hospitalares: Instituto Nacional de Câncer (Inca), Instituto Nacional Traumato-Ortopedia (Into), Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL), Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) e Hospital do Servidor do Rio de Janeiro (HSE). Estão sob a direção da Fundação Oswaldo Cruz os Institutos Fernandes Filgueira (IFF) e o Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (Ipec). Todos esses hospitais estão situados na cidade do Rio de Janeiro-RJ. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), composto de quatro grandes unidades hospitalares, por sua vez, é uma empresa de economia mista pertencente à União e está situada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Um dos problemas enfrentado por esses hospitais, atualmente, diz respeito aos mecanismos de captação e contratação de recursos humanos. Na ausência de concurso público, nos anos anteriores, as unidades hospitalares da administração direta recorreram ao suporte das denominadas Fundações de Apoio, empresas fornecedoras de mão-de-obra licitadas, de cooperativas de trabalho contratadas, do pagamento de serviços contra-recibo, entre outras soluções.

Estima-se uma necessidade imediata de substituição de cerca de 4.000 postos de trabalhos contratados pelas unidades hospitalares de forma precária, consideradas apenas as funções assistenciais: médicos, enfermeiras, terapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros. Essa questão vem sendo objeto de estudos das alternativas possíveis²²

²² O documento SAS/MS, de 2004, apresenta um estudo preliminar das implicações de cada uma dessas alternativas em termos de custos para os referidos hospitais.

segundo o atual ordenamento jurídico-institucional desses hospitais.

Foram criados Grupos Técnicos de Consultoria e Acompanhamento que vêm trabalhando nas unidades hospitalares para, a partir de um diagnóstico situacional, elaborarem propostas de redefinição da missão assistencial, da ação gerencial e estratégias para recomposição dos recursos humanos dessas unidades.

A metodologia de trabalho do grupo prevê a elaboração do diagnóstico dos cinco hospitais, embasado nos resultados de auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), mediante preenchimento, pelos seus responsáveis, de amplo questionário de avaliação institucional, além de visitas locais.

Concluído o processo diagnóstico, os trabalhos desses grupos prosseguirão com a indicação, no plano diretor de cada hospital, das diretrizes do Ministério para a área hospitalar, quais sejam:

- Missão institucional
- Perfil assistencial
- Aprimoramento de mecanismos de gestão participativa
- Desenvolvimento de mecanismos de integração às redes municipal e estadual do
- Adequação qualitativa e quantitativa do quadro de recursos humanos ao perfil assistencial
- Sistematização da informação a partir da definição/acompanhamento de indicadores hospitalares básicos
- Humanização da assistência
- Melhoria progressiva da qualidade assistencial indicadores de qualidade, acreditação, satisfação do usuário, etc.

b) Hospitais psiquiátricos

Desinstitucionalização e gestão da redução gradual de leitos

O Brasil conta com 235 hospitais psiquiátricos, totalizando 48.344 leitos - 10,71% do total de leitos para esse fim em todo o Brasil -, concentrados, na sua maior parte, na

Região Sudeste, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (tabelas 8 e 9). Do total de hospitais psiquiátricos do SUS, oito unidades, que contam mais de 600 leitos cada uma, ainda constituem lugares de internações prolongadas, sendo as únicas referências de tratamento em determinadas regiões, justamente pela ausência de serviços de atenção ambulatoriais e comunitários.

Além de mais caro, o modelo centralizado na atenção hospitalar não promove a reabilitação dos pacientes, levando, muitas vezes, à perda da capacidade vital, além de dificultar a reinserção na sociedade.

Já na assistência extra-hospitalar, oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), residências terapêuticas e nas ações de saúde mental na atenção básica, as pessoas com transtornos mentais continuam recebendo atendimento especializado, sem que, para isso, precisem ficar internadas e afastadas do convívio familiar - condição que dificulta a sua reabilitação. O tratamento fora dos hospitais, manicômios e abrigos contribui para assegurar a defesa dos direitos de cidadania do paciente.

A atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem, como uma de suas principais diretrizes, a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a partir dos hospitais de maior porte, que é fundamental para a efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica no país. Se não houver reversão do modelo assistencial - ainda centrado no hospital psiquiátrico -, com a redução gradual e planejada de leitos, não se alcançará uma verdadeira reforma. Essa redução vem sendo feita de forma cautelosa, progressiva e, sobretudo, com a firme condução do gestor público.

Em 2003, foram reduzidos 1.890 leitos. A redução progressiva dos leitos é uma política de governo amparada na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Realizado de forma planejada e gradual, o processo tem a preocupação principal de prevenir a desassistência aos pacientes.

Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

Ao longo do ano de 2003, o Ministério da Saúde trabalhou em um programa anual de redução dos leitos com base nos critérios de redução prioritária do peso assistencial dos hospitais de maior porte. Esse programa foi discutido com representantes do setor privado contratado e dos hospitais filantrópicos, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), resultando no "Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004" (Portarias GM/MS nº 52 e 53, de 20 de junho de 2004; e Portaria SAS/MS nº 53, de 1º de março de 2004).

Esse programa tem como objetivo principal estimular a redução de leitos; e paralelamente, a ampliar a rede de atenção em saúde mental, com centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, serviços em saúde mental na atenção básica, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Programa de Volta para Casa, entre outros.

O programa está concebido sobre três estratégias principais:

- 1. Redução progressiva de leitos (por módulos de 40 leitos), constituindo nova classificação para os hospitais, a partir do número de leitos do SUS (Tabela 10); e recomposição das diárias.
- 2. Estímulo ao estabelecimento de pactuações entre gestores e prestadores, para que a redução se dê de forma planejada, mediante assinatura de Termo de Compromisso e Ajustamento entre as partes, para garantia de efetivação do programa.
- 3. Redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar.

Dessa forma, prevê-se, para 2004, uma redução de leitos maior que em 2003; e uma nova composição do parque hospitalar, com unidades de menor porte e melhor qualidade na assistência prestada. Espera-se, também, que a rede extra-hospitalar seja beneficiada com o redirecionamento dos recursos financeiros da saúde mental, historicamente centrados na assistência hospitalar.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria

Em 2002, a política de desinstitucionalização recebeu um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria. O PNASH conseguiu realizar a vistoria (em 2002 e 2003-2004) da totalidade dos hospitais

psiquiátricos do País, bem como os leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Esse processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. O PNASH/Psiquiatria teve, em muitos Estados e municípios, o papel de desencadear a reorganização da rede de saúde mental, frente à situação de fechamento de leitos psiquiátricos e consequente expansão da rede extra-hospitalar. A eficácia do PNASH/ Psiquiatria, além de ter dado grande visibilidade social à Política Nacional de Saúde Mental entre os profissionais da área e gestores, mostrou ser um importante instrumento de controle social desses serviços no país.

No momento de elaboração deste documento, em consequência da implementação do PNASH/Psiquiatria 2002, oito hospitais encontram-se em processo de descredenciamento e desinstitucionalização dos pacientes internados. Três deles já foram fechados.

No decorrer desse processo, foram enfrentadas fortes resistências por parte dos prestadores privados, principalmente em razão das exigências de melhoria da qualidade da assistência a que foram submetidas essas instituições. Em agosto de 2002, o processo de avaliação foi suspenso em função de liminar obtida pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Em outubro de 2003, nova liminar, também obtida pela FBH, suspendeu os efeitos das portarias referentes ao PNASH/Psiquiatria. Contudo, ambas as liminares foram cassadas e o PNASH/Psiquiatria pode ser retomado normalmente, apesar do atraso - imposto pelas liminares -- no cumprimento da agenda programada de vistorias.

Tabela 8 - Distribuição dos hospitais psiquiátricos por unidade federada. Brasil, fevereiro de 2004

Unidade federada	Municípios	Hospitais	Leitos SUS
SP	39	57	13.721
RJ	20	42	9.381
PR	14	19	4.063
PE	9	17	3.619
MG	13	22	3.489
BA	5	9	1.860
GO	5	13	1.500
sc	2	4	1.486
PB	2	6	1.349
RS	5	6	1.297
CE	2	8	1.065
AL	2	5	1.060
RN	3	5	899
MA	2	4	842
ES	2	3	638
MT	2	3	477
SE	2	3	477
PI	1	2	453
MS	2	2	200
TO	1	1	165
AM	1	1	126
DF	1	1	71
AC	1	1	53
PA	1	1	53
TOTAL	137	235	48.344

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) e Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS)

Tabela 9 - Concentração de leitos hospitalares psiquiátricos por 100 mil habitantes. Brasil, 2003

			2003	
Unidade federada			Leitos	
		População	SUS	Leitos/100.000 habitantes
1=	RJ	14.724.479	9381	63,71
20	PE	8.084.722	3619	44,76
3"	PR	9.797.965	4063	41,47
40	PB	3.494.965	1349	38,60
50	AL	2.887.526	1060	36,71
6º	SP	38.177.734	13721	35,94
70	RN	2.852.800	899	31,51
80	GO	5.210.366	1500	28,79
91	SC	5.527.718	1486	26,88
10*	SE	1.846.042	477	25,84
110	ES	3.201.712	638	19,93
12°	MG	18.343,518	3489	19,02
130	MT	2.604.723	477	18,31
140	Pi	2.898.191	453	15,63
15"	MA	5.803.283	842	14,51
16"	BA	13.323.150	1860	13,96
170	CE	7.654.540	1065	13,91
18º	TO	1.207.008	165	13,67
19"	RS	10.408.428	1297	12,46
20"	MS	2.140.620	200	9,34
21"	AC	586.945	53	9,03
220	AM	2.961.804	126	4,25
23°	DF	2.145.838	71	3,31
240	PA	6.453.699	53	0,82
25"	AP	516,514	0	0,00
26"	RO	1.431.776	0	0,00
27"	RR	346,866	0	0,00
TOTAL		174.632.932	48.344	27,68

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS) e Coordenação de Saúde Mental/MS

Tabela 10 - Reforma Psiquiátrica – distribuição dos hospitais psiquiátricos por classe. Brasil, 2004

Classe	Leitos por classe	Hospitais	Leitos
1	Até 120	80	6.788
II	120 - 160	37	5.469
III	161 - 200	38	6.996
IV	201 - 240	20	4.575
v	241 - 280	9	2.395
VI	281 - 320	10	3.004
VII	321 - 360	9	3.112
VIII	361 - 400	5	1.970
IX	401 - 440	5	2.106
x	441 - 480	4	1.847
XI	481 - 520	4	2.024
XII	521 - 560	1	536
XIII	561 - 600	1	589
XIV	Acima de 600	6	4956
Em processo de descredenciamento		6	1955
TOTAL		235	48.344

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS) e Coordenação de Saúde Mental/MS

c) Hospitais universitários

Em 2003, 148 hospitais eram reconhecidos como hospital de ensino (HE)23 e, nessa condição, receberam o pagamento referente ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (Fideps). Deles, 41 hospitais são do Ministério da Educação (MEC), 3 são federais, 47 são estaduais, 6 são municipais, 49 são filantrópicas e 2 são privados. O total de leitos do SUS em hospitais de ensino soma 42.757 mil, o que representa 10,9% do total de leitos do país, incluindo os leitos cirúrgicos, clínicos e complementares (UTI, cuidados intermediários).

²³ Ver tabela e mapa da distribuição desses hospitais.

A problemática desses hospitais é complexa, incluindo aspectos financeiros, gerenciais, organizacionais e assistenciais propriamente ditos, exigindo uma resposta ampla por parte dos ministérios envolvidos. Nesse sentido, foi instituída a Comissão Interinstitucional²⁴ para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003), com o objetivo de avaliar e produzir um diagnóstico da atual situação dos hospitais universitários e de ensino (HUE) no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política para o setor.

A proposta da agenda de trabalho da Comissão Interinstitucional vem incorporando, entre outros tópicos: a definição do novo papel reservado aos hospitais universitários (HU) (na Saúde e na Educação), sua relação com o SUS (inserção, regulação e integração dos HU no SUS); os desenhos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial); o modelo de financiamento (global/contrato de gestão); a democratização e gestão participativa e a revisão e certificação de HU (SAS/MS, 2004).

Durante o ano de 2003, o trabalho da Comissão produziu alguns resultados, quais sejam:

- Fórum de negociação de caráter interinstitucional constituído, que vem possibilitando um conhecimento ampliado sobre as características particulares desse segmento hospitalar específico.
- Consensos sobre as crises a que estão submetidos os HE nos aspectos de gestão, financiamento, ensino e atenção, e as principais ações a serem conduzidas ao longo do ano de 2004, definidos.
- Recursos do Programa Interministerial MS e MEC ampliados em 66%, de 60 para 100 milhões de reais/ano, já para o ano de 2003.
- Concurso público promovido pelo Ministério do Planejamento para o preenchimento de aproximadas 11.000 vagas nos hospitais universitários federais, realizado.

²⁸ A Comissão Interinstitucional é composta por representantes das seguintes instituições: Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério de Ciência e Tecnologia; Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; Comissão de Educação e de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Conselho Nacional de Saúde; Associação Brasileira dos Hospitalor de Paristors de Me Fantise. de Ensino; Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais; Associação Brasileira de Educação Médica; Associação Brasileira de Enfermagem; Direção Nacional dos Estudantes de Medicina; e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem.

Entende-se que a discussão sobre o montante de recursos às instituições hospitalares de ensino é de fundamental importância. Mas essa discussão, tomada isoladamente, só alcançará impacto positivo se for acompanhada de melhorias efetivas na gestão dos HE, do próprio SUS e da administração pública geral.

Como medidas adotadas em 2004, relacionam-se as seguintes:

- Liberação dos recursos do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários - o Ministério da Saúde, em resposta às discussões e encaminhamentos de demanda dos hospitais de ensino federais/MEC, está liberando recurso em oito parcelas, a primeira ocorrida em maio de 2004.
- Operacionalização do processo de certificação dos hospitais de ensino, de acordo com o estabelecido na Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004, mediante:
- definição dos documentos comprobatórios a serem encaminhado pelos hospitais solicitantes;
- constituição da Comissão Executiva paritária, formada por seis representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a missão de organizar o processo de certificação;
- nomeação de grupo técnico Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.005, de 27 de maio de 2004 -, também de composição paritária entre os dois ministérios, composto de agentes certificadores, que realizaram análise documental do processo bem como as visitas aos hospitais para a certificação;
- contrato como o meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar. Objetiva-se, dessa forma, resgatar o papel e a inserção do hospital no sistema de ensino de saúde local, como formador de profissionais de saúde, e no desenvolvimento e avaliação de tecnologias.

Inicio do processo de certificação e contratação dos hospitais de ensino

O Ministério da Saúde está destinando, como incentivo adicional ao processo de contrato dos hospitais de ensino, o montante de 150 milhões de reais, além dos recursos já alocados (100 milhões para os hospitais públicos e privados; e 50 milhões para os hospitais universitários federais). Até o mês de outubro de 2004, 180 instituições solicitaram a certificação e 164 apresentaram documentação. Até o final de 2004, todas as instituições serão visitadas por técnicos do MS e do MEC.

Esse processo já foi concluído por 46 instituições que se certificaram como Hospital de Ensino e, dessa forma, firmaram convênio: Casa de Saúde Santa Marcelina, de São Paulo-SP; Santa Casa de São Paulo, São Paulo-SP; Hospital São Lucas da Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), de Porto Alegre-RS; Obras Sociais Irmã Dulce, de Salvador-BA; Santa Casa de Belo Horizonte, Minas Gerais; e Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), de Recife-PE, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Grupo Hospitalar Conceição/GHC e o Instituto de Cardiologia, todos de Porto Alegre/RS. Encontram-se em estágio avançado de negociação para fechamento do processo de contrato as seguintes instituições: Hospital Evangélico de Curitiba, Paraná; Santa Casa de Campo Grande.

Os representantes da Comissão Interinstitucional reconhecem a gravidade da situação dos hospitais de ensino em geral, particularmente os federais, e têm procurado enfrentá-la de forma transparente e responsável, procurando pautar as suas discussões e ações na mais ampla participação de representações de todos os atores envolvidos.

d) Hospitais de pequeno porte

No Brasil, é reconhecida a tendência histórica de criação de pequenos hospitais, principalmente pela descentralização do SUS e pelo consequente processo de municipalização dos serviços hospitalares. A maioria desses pequenos hospitais enfrenta dificuldades com relação à sua própria sustentabilidade econômica e ao seu real papel no sistema de saúde brasileiro. Muitas das internações produzidas por esses hospitais são inadequadas, pouco resolutivas e desnecessárias. Geralmente, levam à duplicidade de internação em outro hospital de maior porte e/ou competem com as ações que, na verdade, deveriam estar sendo executadas pela atenção básica.

Os números indicam, com clareza, que essas unidades, pela sua proporção, dimensão e participação no sistema, necessitam de uma política específica. Apesar da pouca complexidade dos serviços por elas prestados, são de significativa relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde, e de alto potencial de resolutividade para a atenção básica e o primeiro nível da média complexidade. Além disso, os hospitais de pequeno porte são de extrema importância na organização da atenção na área de urgência e emergência, especialmente naqueles municípios com menos de 30 mil habitantes e/ou onde representam a única opção com capacidade instalada para a realização desse tipo de atendimento.

Algumas características dessas instituições reforçam a sua importância, e o desafio que significam para o sistema público de saúde. Grande parte dos hospitais de pequeno porte são a única alternativa de internação hospitalar do município, mas apresentam inadequado dimensionamento estrutural, definição de demandas pelo prestador influenciado pelo valor do financiamento, insolvência financeira, baixa capacidade gerencial, resolutividade limitada e desconsideração do perfil epidemiológico local ou regional.

A maioria desses pequenos hospitais enfrenta dificuldades com relação à sua sustentabilidade econômica. Movidos pela necessidade da sobrevivência, induzem a demanda pela oferta de leitos para cobrir seus custos fixos, produzindo uma verdadeira "queima" de autorizações de internação hospitalar (AIH), provocando uma evidente sensação de ineficiência sistêmica no SUS, além de outras discrepâncias e, o que é mais grave, um círculo vicioso de procedimentos ilegítimos.

Atualmente, 10% dos leitos hospitalares estão localizados em estabelecimentos de saúde com menos de 30 leitos que, por sua vez, representam 43% dos estabelecimentos da rede hospitalar brasileira e consomem cerca de R\$ 300 milhões/ano, nada menos que 6% dos recursos destinados à internação hospitalar no Brasil no ano de 2003.

Os 2.451 estabelecimentos de saúde brasileiros de 05 a 30 leitos apresentam as seguintes características:

- 93% estão localizados em municípios adscritos conforme o Plano Diretor de Regionalização segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (PDR/NOAS);
- 66% são públicos e filantrópicos;
- 82% dos leitos existentes nesses hospitais são destinados ao SUS;
- 68% estão localizados em municípios com até 30.000 habitantes;
- 86% representam a única opção de internação;

- 56% são hospitais gerais;
- 87,4% possuem salas cirúrgicas;
 - 64,1% realizam partos;
 - 7% dos procedimentos ambulatoriais apresentados relacionam-se à área de Odon-
 - cerca de R\$ 300 milhões/ano são alocados nesses hospitais, considerando apenas as internações hospitalares;
 - a taxa média de permanência é superior a 10 dias; e
 - a taxa de ocupação hospitalar gira em torno de 30%.

A evidente necessidade de se apresentar uma estratégia para o enfrentamento desse problema, resultou na elaboração de um projeto de readequação dos hospitais de pequeno porte visando provê-los de uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade.

O Ministério da Saúde formulou uma política para este segmento, com o objetivo principal de "(Re) definir o papel de estabelecimentos de saúde que necessitam de 5 a 30 leitos, localizados em municípios com até 30.000 habitantes, incrementando um novo modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade". (SAS/MS, 2004).

Os objetivos específicos dessa política constituem-se em:

- I. Promover ajuste de leitos, baseado em características epidemiológicas e populacio-
- II. Adequar o perfil assistencial da unidade para realização de procedimentos de baixa e média complexidade nas clínicas médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e odon-
- III. Adequar o modelo de alocação de recursos financeiros utilizando sistemas globais de orçamentação
- IV. Contratar as unidades mediante definição de metas quantitativas e qualitativas.

Atualmente em implantação, não se dispõe, todavia, de avaliação dos resultados parciais obtidos, prevendo-se o acompanhamento e a análise periódica dos resultados.

e) Hospitais filantrópicos

Desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde, os hospitais privados sem fins lucrativos mantiveram-se no topo da lista de volumes de internações apresentados, Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), no ano de 2002, o conjunto dessas instituições realizou, em todo o país, mais de 4,4 milhões de internações, captando um repasse financeiro por essa produção da ordem de R\$ 5,4 bilhões de reais/ano.

O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de estreitar a parceria com esse segmento, na definição e estabelecimento de políticas específicas. Para tanto, foi criado um canal de comunicação permanente com as entidades representativas deste setor, com transparência nas discussões e encaminhamento de demandas e propostas. Como exemplo desse esforço, o MS se empenhou em negociar, junto à Caixa Econômica Federal (CEF) e ao BN-DES, alternativas de apoio e saneamento financeiro, bem como linhas de crédito específicas para a renegociação das dívidas dessas instituições.

As instituições filantrópicas têm sido contempladas e priorizadas nas discussões sobre projetos específicos, como é o caso, por exemplo, dos hospitais universitários. As decisões e encaminhamentos realizados pela Comissão Interinstitucional que aborda as dificuldades dos hospitais universitários no Brasil têm objetivado e focalizado as especificidades do setor filantrópico.

Nos termos das informações prestadas pelo Ministério da Fazenda, hoje, no âmbito das instituições financeiras acima mencionadas, há quatro linhas de financiamento para hospitais filantrópicos, a saber:

- Na CEF Programa Caixa Hospitais e Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas; e Hospitais Filantrópicos Vinculados ao SUS.
- No BNDES Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do Sistema Único de Saúde; e Linha de Financiamento de Empreendimentos (Finem) para o setor da Saúde.

f) Hospitais privados e sua relação com o SUS

A legislação em vigor determina critérios para a certificação de hospitais filantrópicos (Decreto nº 2536, de 1998). Para tanto, tais estabelecimentos devem atender um dos dois seguintes requisitos:

- 60%, no mínimo, de prestação de serviços ao SUS/internações; ou
- que a entidade seja definida como Hospital Estratégico, com base em critérios definidos em decreto específico.

Trata esta discussão de uma antiga aspiração de dirigentes de hospitais privados com fins lucrativos, que almejam isenção fiscal e outros beneficios, sem de fato ofertar serviços nos padrões estabelecidos para entidades filantrópicas.

Ao final do governo FHC, foi publicado, em 22/11/2002, o Decreto nº 4481, que estabelecia critérios para definição de hospitais estratégicos no âmbito do SUS, que foi revogado posteriormente, mediante argumentação técnico-jurídica do MS.

A alternativa proposta pelo MS para esses hospitais na sua relação com o SUS é a regulamentação do art. 46 da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual é definido que "O Sistema Único de Saúde - SUS estabelecerá mecanismos de incentivos a participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais".

De acordo com a proposta, estariam sendo definidos os incentivos, diferentemente dos concedidos a entidades filantrópicas, mediante a constituição de parcerias estratégicas que contribuam tanto para o desenvolvimento científico e tecnológico do sistema público de saúde quanto para o atendimento qualificado à população.

12. Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde: diretrizes e estratégias

Modelo de atenção centrado no usuário Relação com os gestores e Planejamento e gestão da inserção no SUS rede Missão da unidade Modelo de alocação de recursos financeiros global ou misto Fortalecimento da capacidade gerencial das unidades Centralização hospitalares Metas quantitativas e qualitativas Organização do sistema

Figura 4 - Diretrizes da atenção hospitalar no Ministério da Saúde. Brasil, 2004

Política de urgência e emergência Hospitais de Hospitais de médio pequeno porte porte Qualisus Atenção ÁREA Internação domiciliar HOSPITALAR Hospitais do Ministério da Saúde Hospitais psiquiátricos (Reforma Psiquiátrica) Hospitais de Hospitais de ensino referência regional

Figura 5 - Enfoques estratégicos. Brasil, 2004

13. Imagem-objetivo, cenários futuros e políticas

A imagem-objetivo que se pode extrair da legislação básica do SUS e dos debates que vêm sendo travados nas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente nas duas últimas (11ª e 12ª), evidencia a vontade de se constituir um sistema de serviços de base territorial, regionalizado, hierarquizado - tendo como portas de entrada a atenção básica e os serviços de urgência/emergência – e integrado, contemplando a articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos (vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica) e ações diagnósticas, terapêuticas e reabilitadoras realizadas em unidades ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares interligadas por sistemas de referência e contra-referência.

Além disso, debates recentes25 fazem supor que se aspira a implantação de mecanismos de um financiamento adequados e suficientes, com eficiência e controle social da utilização dos recursos. Essas conclusões supõem, inclusive, a adoção de modelos de gestão do sistema e de gerência das unidades, especialmente as mais complexas, que permitam a elevação do desempenho com melhor relação custo-benefício, ao tempo em que sejam permeáveis ao controle público exercido com a participação de representações dos usuários.

Considerando que a reforma administrativa agregou, sob comando único, os departamentos responsáveis pela condução da política de reforma do modelo de atenção à saúde em seu conjunto - atenção básica; média e alta complexidade; ações programáticas estratégicas; regulação do sistema -, um dos grandes desafios para a atual gestão do Ministério da Saúde á possibilitar a realização de um processo de construção de cenários a partir da projeção das tendências atuais do sistema de serviços de saúde, envolvendo um conjunto de atores governamentais e não governamentais.

O desencadeamento de um processo dessa natureza, embora trabalhoso, seria extremamente útil, tanto do ponto de vista do fortalecimento da capacidade técnicogerencial nesse setor, quanto para conferir um grau maior de legitimidade às propostas que vêm sendo adotadas ou que venham a ser adotadas. Neste sentido, algumas ações podem ser vislumbradas:

Ver, por exemplo, relatório da 12º Conferência Nacional de Saúde. Uma síntese dos debates realizados em torno do eixo 5, Organização dos serviços de saúde, encontra-se em Teixeira, Dape/SAS, 2004.

- Produção de uma síntese das pesquisas que venham sendo feitas sobre a problemática da atenção hospitalar, de modo a enriquecer a análise de situação apresentada, inclusive com o aprofundamento da análise dos determinantes dos problemas atuais e a busca de alternativas coerentes com a imagem-objetivo do sistema integrado de saúde e, especificamente, com o modelo de atenção integral à saúde.
- Identificação de especialistas que possam produzir textos básicos sobre aspectos críticos da problemática hospitalar, como mecanismos de financiamento, modelos de gestão, alternativas organizacionais (redes assistenciais), etc., que possam subsidiar os debates preparatórios à "Conferência" de consenso e ajudem a criar um clima favorável à formulação de políticas coerentes, factíveis e viáveis na atual conjuntura.
- Elaboração de um documento básico, que contenha um conjunto preliminar de proposições políticas dirigidas ao enfrentamento dos cinco problemas principais apresentados, levando em conta o aperfeiçoamento da análise da situação dos hospitais e as sugestões e recomendações dos especialistas convidados a contribuir em cada área específica.

O Sistema Único de Saúde é o instrumento maior de uma proposta avançada de política de saúde, com fundamentação técnica, científica, econômica e jurídica, e densidade social. Foi conquistado no esteio de um intenso processo de disputa e mobilização que aponta, se aplicado em toda a sua radicalidade, para uma verdadeira reforma do Estado.

Em verdade, a separação artificial entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional, por um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médicosanitária, por outro, tem feito com que inúmeros e significativos esforços ainda alcancem um pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços. Sem uma definição de estratégia, sem grande dose de disposição e vontade política, não haverá eficácia social nas atividades oferecidas pelo SUS.

A reforma da atenção hospitalar no SUS exige visão estratégica e capacidade de articulação política para fazer frente à multiplicidade de interesses envolvidos e de problemas específicos enfrentados pelas diversas redes e estabelecimentos. Este documento deve ser visto, portanto, como mais um passo para a organização das idéias em torno do assunto, devendo ser ampliado, retificado, completado e aperfeiçoado com a colaboração de estudiosos, gestores e técnicos qualificados e experientes.