

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**

**RUBENS OCCHINI**

**Perfil da Oferta de Serviços Hospitalares e sua Utilização nos  
Hospitais Filantrópicos em Piracicaba**  
Uma análise do período de 2000 a 2004

**São Paulo  
2005**

**RUBENS OCCHINI**

**Perfil da Oferta de Serviços Hospitalares e sua Utilização nos Hospitais  
Filantrópicos em Piracicaba**

Uma análise do período de 2000 a 2004

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:  
Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Maria Malik

**SÃO PAULO  
2005**

Occhini, Rubens.

Perfil da oferta de serviços hospitalares e sua utilização nos hospitais filantrópicos em Piracicaba – uma análise do período de 2000 a 2004 / Rubens Occhini. - 2005.

171 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais – Piracicaba (SP). 2. Hospitais filantrópicos – Piracicaba (SP). 3. Política de saúde - Brasil. 4. Serviços de saúde – Financiamento - Brasil. 5. Seguro-saúde – Brasil. 6. Indicadores de saúde – Brasil. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(816.12)

**RUBENS OCCHINI**

**Perfil da Oferta de Serviços Hospitalares e sua Utilização nos Hospitais  
Filantrópicos em Piracicaba**

Uma análise do período de 2000 a 2004

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:  
Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

**Data de Aprovação:**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik (Orientadora)  
FGV - EAESP

---

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior  
FGV - EAESP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Schout  
HC - FMUSP

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Luiz Occhini (*in memoriam*) e Maria Leonor da Silva Damato, pelo amor doado, pelas lições de vida e exemplo como educadores.

À minha esposa Sonia e aos meus filhos Ricardo, Alexandre e Caio pela paciência, compreensão e pela alegria de ter me proporcionado uma família maravilhosa.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup>. Ana Maria Malik pela orientação, crítica, apoio, incentivo e pela enorme paciência na realização do trabalho.

Ao Dr. Amaury Groppo e à Maria Angélica Guercio pelas dicas e contatos que me permitiram acesso aos hospitais e entrevistados.

Aos Professores Dr. Álvaro Escrivão Jr., Dr. Djair Picchiali e aos meus colegas de Mestrado pelas aulas, ajuda, sugestões e amizade.

À Leila, secretária do PROAHSA, que atende a todos com o mesmo carinho e sempre está pronta para o trabalho.

À Dr<sup>a</sup>. Marizete Medeiros da Costa Ferreira, Diretora da DIR XV em Piracicaba, ao Dr. Fernando Ernesto Cárdenas, Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba, à Vanda Petean, Administradora da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba, ao Celso Romani, Administrador do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba e à Maria Virginia Mattos, Administradora do Hospital Independência, pelas valiosas entrevistas e apoio na realização do trabalho.

À Rita de Cássia Alencar da Silva do SIOPS em Brasília, que mesmo à distância foi fundamental para o levantamento de dados específicos do SUS.

À todos da Santa Casa de Piracicaba, em especial ao Wagner Marrano da Administração, Gerson da Informática, D<sup>a</sup>. Ivany do SAME, Luciana da Hemodiálise e Célia da Tomografia.

À todos do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, em especial a Luciana Garcia e Adriano de Custos, Celso da Informática, e Paola de Treinamento.

À todos àqueles que por ventura deixei de mencionar mas que de alguma forma participaram e me auxiliaram, meus mais sinceros agradecimentos.

“Para ser Grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”

**Fernando Pessoa**



## RESUMO

A dissertação versou sobre a análise da oferta de serviços hospitalares e sua utilização nos hospitais filantrópicos no Município de Piracicaba no período de 2000 a 2004. Os métodos de coleta de dados utilizados foram por meio de questionários estruturados e de entrevistas com os administradores dos hospitais, da diretora responsável pela Direção Regional da SES-SP e do Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba.

A oferta de serviços hospitalares foi medida por meio do número de leitos, diversidade e quantidade de métodos diagnósticos disponíveis e recursos humanos, e sua utilização foi medida por meio das internações, cirurgias e exames de diagnóstico além dos indicadores taxa de ocupação e tempo médio de permanência. A caracterização das fontes de financiamento foi obtida pela distribuição das receitas dos hospitais entre o SUS, Planos de Saúde e outras fontes.

Os dois hospitais filantrópicos do município são os únicos a fazerem atendimento SUS, e na área da Direção Regional, composta de 26 municípios com uma população de 1.377.753 habitantes, há apenas um único hospital municipal de pequeno porte.

O município tem uma cobertura de 56% de habitantes vinculados a algum plano de saúde, media superior à do Brasil e do Estado de São Paulo, denotando forte presença do financiamento privado.

Os resultados mostraram que a oferta de serviços hospitalares nesses estabelecimentos teve pequena evolução no período, com aumento de leitos SUS e redução de leitos utilizados por planos de saúde/particulares e limitado incremento de equipamentos. A análise do indicador tempo médio de permanência por financiador, detalhado por grupos de diagnósticos da CID 10, revelou diferenças importantes que podem limitar a utilização dos serviços pelo SUS. No período de análise, a prestação de serviços hospitalares atendeu além de Piracicaba outros 242 municípios de diversos estados do país.

Na visão dos entrevistados apesar do município ter apresentado tímido incremento na oferta de leitos e equipamentos, ainda há carência para atender a demanda existente. O excesso de oferta de serviços de cardiologia foi mencionado, mormente devido a transferência de alguns procedimentos cardíacos para hospitais universitários, o que deve reduzir a utilização desse serviço pelo SUS no município.

É percebida pelos entrevistados a presença dos movimentos de ambulatorização e desospitalização devido a incorporação de novas tecnologias e procedimentos médicos, à redução de custos e à expansão de serviços de hospital-dia no município. A seleção de indicadores mais importantes pelos entrevistados foi composta pela taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar, tempo de permanência e o número de cirurgias realizadas. Existem duas centrais de regulação de vagas, a da direção regional de saúde DIR XV e a do município, sendo esta última a responsável pelas autorizações de internação de urgência de outros municípios nos hospitais da cidade.

Palavras-Chaves: Políticas de Saúde no Brasil; SUS; Assistência Supletiva; Hospitais Filantrópicos; Oferta de serviços hospitalares; Financiamento no setor saúde; Indicadores hospitalares

## ABSTRACT

This dissertation focus on the analysis of supply hospital services and its utilization in the philanthropic hospitals in the city of Piracicaba between the years 2000 and 2004. The data was obtained by structured questionnaires and personal interviews made with hospital administrators, SES-SP Regional Director, and the Municipal Health Secretary of Piracicaba.

The supply hospital services was measured by bed numbers, diversity and quantity of available biomedical equipment and Human Resources, and its utilization was measured by internments, surgeries and diagnosis tests, besides the indicators occupation rate and average length of stay. The characterization of financing sources was obtained by the hospital income distribution among SUS, private health care plans and other resources.

These two philanthropic hospitals of the city are the only ones to serve SUS patients and in the regional area composed of 26 cities with a population of 1.377.753 inhabitants, there is only one small Municipal Hospital.

56% of the inhabitants in the city are covered by some private health plan, an average superior to Brazil's average and São Paulo State average, denoting a strong presence of private financing.

The results show that the supply hospital services in these establishments had little evolution in the period, with the increase of SUS beds and decrease of beds used by private health care plans and limited biomedical equipment growth. The analysis of average length of stay indicator by financier detailed by diagnostic groups of CID 10 revealed important differences that could limit the SUS services utilization. In the analysis period, the hospital services served besides Piracicaba, other 242 cities of different country states.

For the interviewed people, even though the Municipal District showed small increase in bed and supply equipment, there still is a lack to serve the existing demand. The excess of cardiologic services was mentioned, mainly due to the transference of some cardiac procedures to University Hospitals, which should reduce the use of this service by the SUS in the Region.

The interviewed people are aware of the presence of trend towards outpatient care and de-hospitalization movement due to incorporation of new technologies and medical procedures, cut in cost and the expansion of day-hospital services in the city.

The selection of the most important indicators made by interviewers people was composed by the occupation rate, hospital infection rate, average length of stay and the number of surgeries made. There are two vacancy control centers, the Regional Health Direction DIR XV and the Municipal District, this last one being responsible for the urgent internment authorization of other cities at the Piracicaba hospitals.

Key-Words: Health Policies in Brazil; Brazilian Health System; Supplementary Assistance; Philanthropic Hospitals; Supply Hospital Services; Health Field Financing; Hospital indicators

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – Operadoras ativas na ANS de 2000 a 2005	60
<b>GRÁFICO 2</b> – Número de equipamentos nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	99
<b>GRÁFICO 3</b> – Número de exames por equipamento nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	101
<b>GRÁFICO 4</b> – Número de máquinas de hemodiálise, pacientes atendidos, sessões realizadas e número médio de sessões por paciente, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	102
<b>GRÁFICO 5</b> – Taxa de ocupação anual nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	103
<b>GRÁFICO 6</b> – Taxa de ocupação de leitos SUS nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	104
<b>GRÁFICO 7</b> – Tempo médio de permanência anual nos hospitais Filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	105
<b>GRÁFICO 8</b> – Distribuição percentual das receitas dos hospitais Filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	106
<b>GRÁFICO 9</b> – Número de internações nos hospitais filantrópicos de Piracicaba – total, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particular, de 2000 a 2004	108
<b>GRÁFICO 10</b> – Internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, de 2000 a 2004	110

<b>GRÁFICO 11</b> – Internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares no Hospital B, de 2000 a 2004	110
<b>GRÁFICO 12</b> – Tempo médio de permanência por financiador, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	116
<b>GRÁFICO 13</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo VII da CID 10 – “Doenças do olho e anexos” em Piracicaba, de 2000 a 2004	117
<b>GRÁFICO 14</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo IX da CID 10 – “Doenças do aparelho circulatório” em Piracicaba, de 2000 a 2004	118
<b>GRÁFICO 15</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo X da CID 10 – “Doenças do aparelho respiratório” em Piracicaba, de 2000 a 2004	118
<b>GRÁFICO 16</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo XI da CID 10 – “Doenças do aparelho digestivo” em Piracicaba, de 2000 a 2004	119
<b>GRÁFICO 17</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo XIV da CID 10 – “Doenças do aparelho geniturinário” em Piracicaba, de 2000 a 2004	119
<b>GRÁFICO 18</b> – Tempo médio de permanência das internações SUS e de Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo XV da CID 10 – “Gravidez, Parto e Puerpério” em Piracicaba, de 2000 a 2004	120
<b>GRÁFICO 19</b> – Número de cirurgias nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	123

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Indicadores de Atenção Básica no município de Piracicaba e estado de São Paulo, de 2000 a 2004	8
<b>QUADRO 2</b> – Despesas <i>per capita</i> em saúde, totais e oriundos de recursos próprios dos estados e municípios do Brasil, de 2000 a 2004	10
<b>QUADRO 3</b> – Despesas <i>per capita</i> em saúde, totais e oriundos de recursos próprios do estado de São Paulo, de 2000 a 2004	11
<b>QUADRO 4</b> – Despesas <i>per capita</i> em saúde, totais e oriundos de recursos próprios do municípios de Piracicaba, de 2000 a 2004	11
<b>QUADRO 5</b> – Despesas <i>per capita</i> em saúde, totais e oriundos de recursos próprios dos municípios entre 200.001 e 400.000 habitantes, de 2000 a 2004	11
<b>QUADRO 6</b> – Número de leitos totais e leitos SUS por hospital em Piracicaba, julho 2005	12
<b>QUADRO 7</b> – Internações hospitalares SUS em Piracicaba, de 1998 a 2004	13
<b>QUADRO 8</b> – Localização dos Hospitais filantrópicos no Brasil, por região e estados da União	44
<b>QUADRO 9</b> – Internações SUS no Brasil – Total e hospitais Filantrópicos	45
<b>QUADRO 10</b> – Hospitais segundo o tipo de equipamento diagnóstico	48

<b>QUADRO 11</b> – Planos de Assistência Médica Supletiva em Piracicaba e número de beneficiários, em 2005	61
<b>QUADRO 12</b> – Oferta de leitos totais, leitos SUS totais e leitos SUS público por 1.000 habitantes, em 1992 e 2002	70
<b>QUADRO 13</b> – Planos de saúde de entidades privadas e públicas atendida pelos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	92
<b>QUADRO 14</b> – Leitos totais, leitos SUS e leitos de planos de saúde/particulares nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	93
<b>QUADRO 15</b> – Classificação anual de leitos por tipo de uso nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	94
<b>QUADRO 16</b> – Profissionais médicos por especialidade nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, em 2004	96
<b>QUADRO 17</b> – Número anual de funcionários de enfermagem, área administrativa e demais áreas de suporte nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	97
<b>QUADRO 18</b> – Número de funcionários por leito, excluídos médicos, de 2000 a 2004	98
<b>QUADRO 19</b> – Terceirização dos serviços de SADT nos hospitais filantrópicos de Piracicaba	100
<b>QUADRO 20</b> – Participação percentual das internações SUS entre os hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	109
<b>QUADRO 21</b> – Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde – CID 10	112



**QUADRO 22 – Caracterização dos entrevistados**

124

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Aplicação mínima e percentual aplicado em gastos com saúde, de acordo com a EC-29, no estado de São Paulo, de 2000 a 2004	31
TABELA 2 – Aplicação mínima e percentual aplicado em gastos com saúde, de acordo com a EC-29, no município de Piracicaba, de 2000 a 2004	31
TABELA 3 – Beneficiários de Planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, e cobertura da população, de 2000 a 2005	59
TABELA 4 – Evolução dos beneficiários por modalidade da operadora, de 2000 a 2005	59
TABELA 5 – Distribuição de beneficiários entre as operadoras, em 2005	60
TABELA 6 – Cobertura de Planos privados de saúde como % da população assistida , por unidade da federação, de 200 a 2003	62
TABELA 7 – Composição do financiamento do Sistema de Saúde no Brasil em 2002	67
TABELA 8 – Internações SUS totais e tempo médio de permanência, por código da CID 10 nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	113
TABELA 9 – Internações dos Planos de Saúde/Particulares e tempo médio de permanência, por código da CID 10 no hospital A, de 2000 a 2004	115
TABELA 10 – Origem de residência das internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/particulares, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004	122

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRAMGE – Associação Brasileira das Medicinas de Grupo  
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
AFOCAPI – Associação dos Fornecedores de Cana de Piracicaba  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
ASI – Ações Integradas de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão  
CEAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CF – Constituição Federal  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS  
DIR – Direção Regional do Estado de São Paulo  
EC – Emenda Constitucional  
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FEBRAFARMA – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica  
FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural  
GRUPEMEF – Grupo dos Executivos do Mercado Farmacêutico  
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMS – International Marketing Services  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social  
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social  
MF – Ministério da Fazenda  
MPAS – Ministério da Previdência Social  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PPA – Plano de Pronta Ação  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SIPAGEH – Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Justificativa	1
1.2. Piracicaba	6
1.3. Caracterização da rede hospitalar de Piracicaba	12
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo geral	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1. Políticas de Saúde no Brasil	19
3.1.1. SUS	31
3.1.2. Hospitais Filantrópicos	40
3.1.3. Sistema de Saúde Suplementar	57
3.2. Financiamento no setor Saúde	62
3.3. Oferta e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil	68
3.4. Indicadores Hospitalares	73
4. METODOLOGIA	79
4.1. Revisão Bibliográfica	79
4.2. Trabalho de Campo	80
4.2.1. Desenho do Estudo	80
4.2.2. Informações dos Hospitais	84
4.2.2.1. Dados Quantitativos	85
4.2.2.2. Dados Qualitativos	89
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
5.1. Tabulação e Análise dos dados	91
5.2. Entrevistas	124
6. CONCLUSÕES	130

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ANEXOS	143

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Justificativa**

Todo começo de um estudo traz consigo uma série de questionamentos prévios que cada pesquisador incorpora àquele trabalho; isto porque a verdadeira questão de pesquisa pode responder a quesitos não apenas metodológicos, tais como sua relevância e amplitude, mas também de natureza pessoal, vinculada e de certa forma dependente dos conhecimentos, valores e crenças de cada indivíduo.

Quando da escolha do tema da dissertação, estava decidido a estudar assuntos que estivessem relacionados às relações público-privadas na saúde, porque nessa interação estão presentes as visões da iniciativa privada, à qual estive ligado profissionalmente por mais de 20 anos na área farmacêutica, e a visão pública da saúde, cujos objetivos transcendem o mercantilismo presente na iniciativa privada estando voltada a garantir o preceito constitucional de bem estar da população em âmbito nacional. Para essa atribuição o Sistema Único de Saúde (SUS) exerce papel primordial, com um amplo leque de ações à saúde em diferentes níveis no Brasil.

Se por um lado conheci muito claramente as necessidades do negócio privado, onde eficiência e lucratividade são questões de sobrevivência no mercado e onde o consumidor paga por aquilo que usa, por outro não tinha uma compreensão mais detalhada da área pública com todas as suas implicações sociais. Entretanto é impossível negar o incômodo da distância entre o desejo expresso na Constituição concernente ao SUS e a realidade da assistência e atendimento especialmente no âmbito hospitalar, ainda que seus prestadores tenham o crédito de o fazerem pelo Estado e pela sociedade.

De certa forma há uma relação público-privada presente entre o SUS e os hospitais privados filantrópicos, mesmo porque há forte dependência entre a execução dos serviços contratados e o financiamento desses serviços. Nesses hospitais é possível realizar uma comparação entre os resultados obtidos por meio do financiamento do

setor público e privado na execução dos serviços de atendimento à população, sob diferentes óticas ainda que sob as mesmas necessidades de atendimento.

Há que se considerar a importância dos hospitais filantrópicos no Brasil. Eles representam cerca de 29% do parque hospitalar e um terço dos leitos SUS em nosso país (Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS – julho 2003). Tal setor cumpre desde funções básicas e isoladas em termos de vinculação a redes de serviços, particularmente no interior do país, até práticas médicas de última geração e elevado grau de complexidade, sobretudo nos grandes centros (UGÁ, 2004).

No Brasil, do total de 5.864 hospitais com atendimento SUS, com seus 441.591 leitos, 1.693 são de natureza filantrópica. Neles há 146.992 leitos, e nesse grupo, as Irmandades das Santas Casas de Misericórdia são historicamente seus mais fortes representantes, pois sempre estiveram, em sua raiz, ligadas à filantropia.

A decisão de analisar o comportamento da oferta de serviços hospitalares, sua utilização e a participação tanto do setor privado como do público na consecução do atendimento à população, procura verificar a hipótese de que a utilização dos serviços hospitalares tem não apenas grande dependência da oferta de serviços disponíveis, mas obedece também a uma restrição do financiamento, e que a presença da iniciativa privada não apenas contribui, mas é fundamental para o equilíbrio do sistema de saúde em nosso país.

Desses temas se desenhou meu trabalho de pesquisa que evidencia a oferta e utilização de serviços hospitalares com especial atenção ao financiamento.

As discussões relacionadas à saúde podem conter uma vasta dimensão de enfoques, sob pontos de vista de diferentes observadores, numa determinada área geográfica de estudo, de conhecimento e de tempo. A escolha do município de Piracicaba como local do estudo teve como origens, além de ser minha residência atual, o fato de ser um centro da Direção Regional do Estado de São Paulo (DIR XV) e referência regional e estadual em áreas como cardiologia, transplante renal, hemodinâmica e hemodiálise, o que lhe dá destaque no âmbito estadual.



Acrescenta-se o fato de que na região, composta por 26 municípios da DIR XV, cuja população é de cerca de 1.340.000 habitantes (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, 2004), há apenas um hospital público municipal de pequeno porte no município de Itirapina, cabendo quase que exclusivamente à iniciativa privada e principalmente por meio das Santas Casas o papel de prestador das internações hospitalares pelo SUS. Há portanto, não apenas no município de Piracicaba mas na região englobada pela DIR XV, uma confirmação da importância dos hospitais filantrópicos para a política pública de atenção hospitalar no Brasil. Sem eles não seria possível o atendimento integral da população por meio do SUS.

No Brasil, o financiamento da saúde é objeto de significativo aporte de recursos financeiros oriundo de diversas fontes de arrecadação nas diferentes esferas de governo e em grande parte da iniciativa privada. O mercado da iniciativa privada na saúde em 2004 foi de aproximadamente R\$ 34,5 bilhões (IMS; Grupemef/Febrapharma; ABRAMGE; UNIMED), que é equivalente ao orçamento fiscal e da Seguridade Social destinado ao Ministério da Saúde, que em 2004 foi de R\$ 36,5 bilhões (D.O.U. suplemento n.12, segunda-feira, 19 de janeiro de 2004).

Este trabalho procura mostrar, através da visão dos administradores hospitalares e de alguns representantes do poder público da saúde – membros da comissão bipartite, atuantes no município e região, uma tendência do perfil da oferta de serviços hospitalares no período de 2000 a 2004, e verificar seu crescimento ou incorporação de novos serviços; também será foco analisar as visões desse grupo, nas questões relacionadas a ambulatorização e desospitalização no município, na medida em que há evidências da tendência aos processos de ambulatorização no Brasil, como mostrou Maria Lucia Lebrão (“Evolução da morbidade hospitalar – Vale do Paraíba, 1975 a 1988”, 1994).

Os movimentos de ambulatorização e desospitalização são sob o aspecto lógico, uma tendência inexorável, uma vez que com a introdução de novas técnicas e novos equipamentos tem se obtido a redução do tempo do procedimento e da recuperação do paciente, proporcionando a alta médica em tempo mais curto. Por exemplo, atualmente as cirurgias de catarata são procedimentos que podem ser executados em serviço de hospital-dia com a utilização de facoemulsificadores para o implante

de cristalino. Tais recursos permitiram a redução do tempo do procedimento e recuperação do paciente, quando comparado às técnicas e equipamentos disponíveis há 10 anos atrás.

Estas reduções de período de internação também estão ligadas tanto aos aspectos psicológicos, pois é desejo para a grande maioria dos pacientes o rápido retorno à sua casa (respeitando que a decisão da alta médica deva prevalecer sobre esses desejos), como financeiros, pois a redução de permanência tende a significar menores custos e permite melhor utilização da capacidade instalada do hospital.

Aqui encontramos uma diretriz comum às organizações que é o esforço em utilizar, com maior eficiência, seus recursos físicos, humanos, técnicos e financeiros de modo a atender sua missão como organização e garantindo sua sobrevivência. No caso particular das instituições hospitalares, o caráter de assistência que as permeia, torna esta questão mais complexa pois o cumprimento dos serviços é foco constante de atenção e cobrança por parte da sociedade.

Na composição dos 4 pilares da pirâmide de atenção à saúde - promoção, prevenção, recuperação e reabilitação - o hospital ocupa a menor porcentagem de utilização pois está primordialmente encarregado da recuperação dos pacientes, ao mesmo tempo em que é depositário da máxima responsabilidade, pois tem a seu cargo a tarefa de solucionar problemas que não foram ou não puderam ser resolvidos em outros níveis de atenção à saúde (MALAGÓN-LONDOÑO et al., 2000). Podemos dizer que a complexidade da gestão da saúde tem nos hospitais a parcela mais importante da dimensão curativa, pois neles estão presentes as inúmeras faces da complexidade no tratamento da vida humana, sob princípios técnicos, éticos e morais.

Dentro do escopo da administração hospitalar, os indicadores também foi objeto de análise neste trabalho. Foram escolhidos 4 indicadores que pudessem fornecer tanto uma avaliação da eficiência como de qualidade, e por apresentarem estreita ligação à proposta deste trabalho no que diz respeito à oferta e utilização de serviços hospitalares. O primeiro, tempo médio de permanência, proporciona uma análise comparativa da utilização do serviço hospitalar segundo o financiador; o segundo,

taxa de ocupação, por ser uma relação direta entre a própria oferta e a utilização dos serviços. Os outros dois indicadores escolhidos foram o tempo médio de espera para a realização de exames de diagnósticos, e o tempo médio de espera da entrada do paciente no hospital e o início do tratamento cirúrgico ou ambulatorial.

As fontes de indicadores utilizadas foram as mesmas constantes no Relatório de Pesquisa de Álvaro Escrivão Jr. (2004). Nele estão relacionados aqueles identificados em várias instituições nacionais e internacionais e que compõem um amplo conjunto de indicadores úteis à administração de sistemas de saúde e hospitalar.

Por fim a atenção dada ao financiamento foi foco de atenção na medida em que é crescente sua importância nas políticas de saúde (MÉDICI, 1995). No Brasil com a Constituição de 1988, se consolida a presença do Estado como responsável pelo cuidado à saúde submetido aos princípios da integralidade, universalidade e equidade e explicita a presença da iniciativa privada na saúde como elemento complementar àquele estabelecido ao Estado, reiterando assim o papel de co-financiador da saúde em nosso país.

O financiamento dos serviços hospitalares por meio da iniciativa privada, se faz pelos hospitais como prestadores e pelas diferentes modalidades de assistência supletiva como operadores, tais como as medicinas de grupo, autogestão, seguradoras e cooperativas. Com dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que em 2005 cerca de 19% da população brasileira esteja coberta por algum tipo de assistência médica supletiva privada, o que corresponde a aproximadamente 35,3 milhões de habitantes.

A proposição do trabalho, em analisar a oferta e utilização dos serviços hospitalares no Município de Piracicaba, atendeu a expectativa do autor por abordar as relações público-privado, na medida em que todos os 5 hospitais na cidade são privados, cabendo a dois deles a disponibilização e execução de internações através do SUS, configurando a presença de diversas fontes de financiamento que regulam o fluxo de serviços de saúde hospitalar à população na região.

O trabalho também permitiu identificar, através da visão dos responsáveis pelos Hospitais e autoridades de saúde do município e região, os aspectos relacionados à tendência dessa oferta, à avaliação dos movimentos de ambulatorização e desospitalização, ao uso de indicadores e à relação entre os hospitais privados e o poder público.

## **1.2. Piracicaba**

A história da cidade começou em 1678 quando de Itu foi enviado Antonio Correa Barbosa para fundar uma cidadela no alto do Rio Piracicaba, que na língua tupi significa “*o lugar onde o peixe para*”.

Fundada com o nome de Vila Nova da Constituição, a cidade se desenvolveu com a cana de açúcar desde o início do século XVIII e com a expansão do comércio no interior da província de São Paulo. Mais tarde, já no século XX se desenvolveu e prosperou grande indústria metalúrgica que, ainda presente no início deste século, representa parcela importante da economia do município. A cidade manteve ao longo de sua história sua capacidade tecnológica nas áreas de agro e metalurgia. Atualmente conta com uma das mais modernas usinas de aço no Brasil e sedia, por meio de convênios com o Ministério das Minas e Energia e do Ministério da Agricultura o pólo de desenvolvimento de biocombustível no país.

Na área da educação, abriga um campus da Universidade de São Paulo, com uma das mais tradicionais escolas de agronomia do Brasil, a ESALQ – Escola Superior de Agronomia Luiz de Queiroz, um campus da UNICAMP, com a Uniodonto, e a Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), que oferece cursos nas áreas humanas e exatas.

Dentre as referências históricas do município, destaca-se também a área da saúde, já que ali foi fundada a 7ª Santa Casa de Misericórdia do Estado de São Paulo em 1854 (KHOURY, 2004).

Piracicaba, décimo terceiro município em área no Estado de São Paulo com 1.378,52 Km<sup>2</sup>, abriga uma população de 356.716 habitantes segundo a estimativa da SEADE para o ano de 2005. Com um PIB *per capita* de R\$ 11.493,60 em 2002, equivalente à média do Estado de São Paulo que foi de R\$ 11.352,67 (SEADE 2002) e 50,6% acima da média nacional (R\$ 7.631,00 – IBGE 2002), a cidade se destaca com a 13<sup>a</sup> posição no ranking dos exportadores do Estado de São Paulo, superando Campinas, com destaque para os derivados do aço e da cana.

O rendimento médio das pessoas responsáveis pelos domicílios no município foi em 2000 de R\$ 1.114,52 pouco superior aos R\$ 1.076,21 do estado de São Paulo. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2000 foi de 0,836, superior ao estado que foi de 0,814, classificando-a na 22<sup>a</sup> posição entre os 645 municípios do estado de São Paulo (SEADE).

A municipalização dos serviços de saúde em Piracicaba está alinhada com as políticas sociais descentralizadas preconizadas no SUS e pela Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96). O município exerce sua autonomia na gestão plena do município, onde tem grande papel regulador e é responsável pela materialização das políticas sociais de saúde.

Na área da saúde o município de Piracicaba dispunha em 2003 de um coeficiente de leitos SUS por mil habitantes de 0,83, menos da metade da oferta verificada no estado de São Paulo naquele ano que foi de 1,97. Entretanto no mesmo ano a despesa *per capita* com saúde no município foi de R\$ 203,63, superior em 18,8% da despesa *per capita* no estado de São Paulo que foi de R\$ 171,41 (SEADE).

Em relação aos indicadores de atenção básica merece destaque a cobertura da população com o Programa de Saúde da Família – PSF. Verifica-se que no município a evolução do percentual da população coberta pelo PSF registrou grande salto de 2000 a 2001 e praticamente se estabilizou nos anos posteriores, distinto do que ocorreu no estado de São Paulo, que paulatinamente vem apresentando crescimento a cada ano. Tal comportamento no município deve-se ao estável número de equipes do PSF até 2004 (20 equipes) (Quadro 1).

Outro indicador que merece atenção é a taxa de hospitalização por pneumonia que vem apresentando índices crescentes no período e já superaram em muito no ano de 2004 aqueles referentes ao estado de São Paulo. Neste item tem havido grande discussão ligada à questão ambiental no município e está primordialmente relacionada à queima dos canaviais para a colheita. É comum no período de junho a setembro a cidade ser coberta por uma “chuva de fuligem”, acarretando aumento da procura nos postos de saúde para tratamento de problemas respiratórios, principalmente em crianças. No quadro 1 podemos comparar ambos os índices do município e do estado de São Paulo, de 2000 a 2004.

Ano	% população coberta		Taxa de hospitalização	
	pelo PSF		por pneumonia (%)	
	Piracicaba	Estado de São Paulo	Piracicaba	Estado de São Paulo
2000	4,4	6,3	1,8	14,4
2001	17,3	10,1	18,4	17,0
2002	18,0	13,9	27,0	14,2
2003	18,2	16,9	26,0	15,3
2004	18,2	19,2	35,0	15,0

**QUADRO 1** – Indicadores de Atenção Básica do município de Piracicaba e estado de São Paulo, de 2000 a 2004

**Fonte:** DATASUS - Caderno de Informações de Saúde (<http://www.datasus.gov.br>) - gerado em 05/10/2005 às 17:20hs –elaboração do autor

Tanto a Constituição Federal como as leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142) estabelecem que saúde é direito de todos e dever do estado e suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade. Isso quer dizer que o direito de cidadania que deve ser exercido, institucionalmente, através dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal.

Em Piracicaba, atendendo a I Conferência Municipal de Saúde realizada em 1990, foi criado pela Lei 3.305/91 o Conselho Municipal de Saúde – CMS, antecipando-se a muitos municípios paulistas e estabelecendo por meio dele definições das prioridades da saúde no município.

Com relação à presença de operadoras de planos de saúde no município, estima-se um índice de cobertura em Piracicaba de 56% em 2005. Com 199.133 beneficiários do sistema privado de saúde (ANS, 2005) para uma população de 356.716

habitantes (SEADE, 2005), este índice é bem superior àquele estimado para o Brasil de 19% em 2005. Há mais de 30 operadoras e convênios atuando com presença nos serviços hospitalares. Tal presença do financiamento do setor privado é em grande parte oriunda da indústria e comércio instalados no município estabelecendo uma forte presença do setor privado na saúde.

Mais recentemente, movidos pela necessidade de estabelecer claros objetivos de desenvolvimento, a cidade de Piracicaba se pautou pelo compromisso assumido pelo Brasil e por mais de 170 países na Conferência sobre Meio Ambiente e o Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro de 1992, e criou por iniciativa da sociedade civil, com ajuda da iniciativa privada e do poder público do município, um projeto que se denominou “*Agenda 21 de Piracicaba - Piracicaba 2010*”. Este Projeto definiu diversos objetivos que seguiram o princípio da sustentabilidade ampliada e que foi relevante para a elaboração de uma agenda de desenvolvimento, num modelo capaz de conciliar a necessidade de crescimento e de prosperidade econômica, com justiça social e de proteção ao meio ambiente.

Através da Lei Orgânica do Município de Piracicaba, promulgada em 1º de agosto de 1990 e revisada em 1996, descrita no Título VIII: Da Ordem Social, Capítulo III: Da Saúde e Saneamento, Seção I: Da Saúde, descreve que a Saúde em seu sentido amplo é:

“entendida como condição plena de bem-estar bio-psicossocial, direito fundamental do ser humano e dever do Estado, assegurado através do desenvolvimento de políticas sociais e econômicas, que vise a eliminação dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...” (Lei Orgânica do Município de Piracicaba, pág. 59).

Apesar da importância da reafirmação desses princípios, a diretriz mais significativa da NOB-96 consiste no radical avanço na responsabilidade dos municípios pela gestão da política de saúde, atendendo “com integralidade, a demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal” (NOB-01/96).

O município de Piracicaba aderiu ao modelo de Gestão Plena do Sistema em 1998, o que, segundo a NOB-01/96, significa que passou a responder por todas as ações e serviços de saúde realizados em seu território sem distinção. A ele cabe também a gestão de todas as unidades — básicas e hospitalares — e dos serviços de saúde pública em seu território, como também os equipamentos privados.

Deve também se responsabilizar pela execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças, pelo controle, avaliação e auditoria dos serviços no município, pela operação do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais, pela elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), com garantia da referência intermunicipal e pela administração da oferta de procedimentos de alto custo/complexidade.

A execução dessa tarefa, exige cada vez mais a participação de recursos financeiros próprios do município a serem aplicados em saúde, conforme determina a Emenda Constitucional nº29 (EC-29), que estabelece percentuais mínimos de aplicação. Para o acompanhamento desses dados foi criado em 30 de abril de 1999, por meio da Portaria Interministerial nº 529, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), órgão da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento subordinada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Responsável pela coleta e sistematização e informações sobre as receitas e despesas com ações e serviços público de saúde, o SIOPS fornece relatórios financeiros por estado e município que permitem o acompanhamento, dentre outras informações, das despesas *per capita* dos totais aplicados em saúde assim como de recursos próprios em cada instância de governo (quadros 2,3,4,5).

Ano	População	Despesas Totais em Saúde por habitante	Despesas com Recursos Próprios por habitante
2000	163.704.729	R\$ 91,19	R\$ 44,78
2001	168.603.244	R\$ 106,58	R\$ 54,84
2002	170.016.646	R\$ 127,42	R\$ 70,17
2003	166.854.827	R\$ 145,25	R\$ 81,51
2004	158.232.471	R\$ 175,80	R\$ 96,40

**QUADRO 2** – Despesas *per capita* em saúde, totais e oriundas de recursos próprios dos estados e municípios do Brasil, de 2000 a 2004

**Fonte:** SIOPS em <http://www.siops.datasus.gov.br/indicadores.htm>



Ano	População	Despesas Totais em Saúde por habitante	Despesas com Recursos Próprios por habitante
2000	37.032.403	R\$ 111,59	R\$ 79,31
2001	37.630.106	R\$ 127,02	R\$ 90,64
2002	38.177.734	R\$ 152,26	R\$ 111,92
2003	38.704.600	R\$ 172,05	R\$ 123,07
2004	39.218.832	R\$ 207,36	R\$ 136,67

**QUADRO 3** – Despesas *per capita* em saúde, totais e oriundas de recursos próprios do estado de São Paulo, de 2000 a 2004

**Fonte:** SIOPS em <http://www.siops.datasus.gov.br/indicadores.htm>

Ano	População	Despesas Totais em Saúde por habitante	Despesas com Recursos Próprios por habitante
2000	329.158	R\$ 131,20	R\$ 69,50
2001	334.402	R\$ 158,39	R\$ 92,97
2002	339.772	R\$ 173,23	R\$ 100,20
2003	344.699	R\$ 203,94	R\$ 124,20
2004	349.610	R\$ 210,43	R\$ 120,58

**QUADRO 4** – Despesas *per capita* em saúde, totais e oriundas de recursos próprios do município de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** SIOPS em <http://www.siops.datasus.gov.br/indicadores.htm>

Ano	População	Despesas Totais em Saúde por habitante	Despesas com Recursos Próprios por habitante
2000	17.800.545	R\$ 92,41	R\$ 43,96
2001	18.609.296	R\$ 109,78	R\$ 54,89
2002	19.151.184	R\$ 125,98	R\$ 67,45
2003	19.896.811	R\$ 144,87	R\$ 78,04
2004	19.659.818	R\$ 173,13	R\$ 92,11

**QUADRO 5** – Despesas *per capita* em saúde, totais e oriundas de recursos próprios dos municípios entre 200.001 e 400.000 habitantes, de 2000 a 2004

**Fonte:** SIOPS em <http://www.siops.datasus.gov.br/indicadores.htm>

Importante mencionar que as despesas *per capita* totais no município de Piracicaba têm sido superiores, em todos os anos de análise, àquelas do país, do estado de São Paulo e do grupo formado pelos municípios brasileiros com população entre 200.001 e 400.000 habitantes. O mesmo não ocorre com as despesas *per capita* com recursos próprios, já que o estado de São Paulo em 2000, 2002 e 2004 apresentou valores maiores que Piracicaba.

As despesas *per capita*, totais e de recursos próprios no Município de Piracicaba têm crescido a taxas de 12,5% e 14,8% ao ano de 2000 a 2004, respectivamente, revelando alocações em saúde proporcionalmente maiores do município do que

aqueles oriundos de transferências da União e estado de São Paulo. Também merece destaque que as despesas *per capita* totais e com recursos próprios no município de Piracicaba foram, na média dos 5 anos, 35,8% e 50,8% superior àquelas do grupo formado pelos municípios brasileiros com população entre 200.001 e 400.000 habitantes.

### 1.3. Caracterização da Rede Hospitalar de Piracicaba

A rede hospitalar com atendimento de internação e cirurgia é composta de 5 Hospitais e de acordo com o Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) contava em julho de 2005 com um total de 709 leitos, sendo 329 destinados aos SUS (DATASUS) (Quadro 6). Esta oferta corresponde a 1,99 leitos por 1000 habitantes e 0,92 leitos SUS por 1000 habitantes no município. Este resultado é inferior ao do estado de São Paulo e do Brasil, que segundo o relatório de Indicadores e Dados Básicos 2004, apresentaram uma oferta de 2,26 e 2,45 leitos SUS por 1000 habitantes no ano de 2003 (DATASUS).

Os cinco hospitais são a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba, o Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, o Hospital Independência (pertencente ao grupo AMHPLA – medicina supletiva), o Hospital Unimed (pertencente à Unimed Piracicaba – medicina supletiva) e o Hospital e Maternidade Clínica Amalfi. Este último foi arrendado em junho de 2005 pelo Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, e está sendo reformado para oferecer serviços de hospital-dia. Apesar de não estar definida a quantidade, espera-se que alguns leitos desse hospital sejam destinados ao SUS.

Hospital	Leitos Totais	Leitos SUS
Hospital e Maternidade Clínica Amalfi	26	-
Hospital Unimed	96	-
Hospital Independência	50	-
Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba	199	119
Hospital da Santa Casa de Piracicaba	338	210

**QUADRO 6** – Número de leitos totais e leitos SUS por Hospital em Piracicaba – Julho 2005  
**Fonte:** DATASUS – CNES (jul/2005)

Na rede existente até 2000, incluía-se o Hospital Espírita Dr.Cesário Motta Junior (que contava com 237 leitos SUS), referência no tratamento de pacientes psiquiátricos da região e desativado naquele ano. Os pacientes foram transferidos para os municípios vizinhos, de Araras e Rio Claro, que continuam contando com serviços de internação psiquiátrica.

Dos 5 hospitais, apenas os dois primeiros têm leitos conveniados com o SUS, atendendo principalmente o município, com uma média de 17.810 internações SUS nos últimos 7 anos (Quadro 7).

Anos	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
<b>Total</b>	<b>17683</b>	<b>17605</b>	<b>18770</b>	<b>16630</b>	<b>17595</b>	<b>18086</b>	<b>18307</b>
dez	1581	1112	1092	1378	1267	1336	1432
nov	1203	1383	1546	1175	1376	1568	1639
out	1574	1378	1456	1551	1533	1474	1595
set	1405	1296	1902	1742	1463	1325	1342
ago	1629	1474	1758	1412	1590	1398	1575
jul	2003	1750	1735	1617	1492	1715	1372
jun	1650	1653	1752	1551	1472	1406	1560
mai	793	1558	1576	1427	1507	1845	1821
abr	1477	1381	1672	1248	1465	1483	1492
mar	1636	1433	1742	1161	1554	1653	1560
fev	1214	1420	1253	933	1497	1307	1403
jan	1518	1767	1286	1435	1379	1576	1516

QUADRO 7 – Internações Hospitalares SUS em Piracicaba, de 1998 a 2004

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

### Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba

A história das Santas Casas começa em 15 de agosto de 1498 com a fundação da primeira Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia, em Lisboa, Portugal, na capela de Nossa Senhora da Terra Solta. Sua missão assistencial e religiosa foi instituída por um “Compromisso” confirmado pelo Papa Alexandre VI em 1499 que estabelecia 14 Obras de Misericórdia que os irmãos deviam praticar, servindo de modelo a todas as Misericórdias. (História da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa – Disponível em [http://www.scml.pt/default.asp\\_site=list](http://www.scml.pt/default.asp_site=list) - acesso em 15 julho 2005).

As Santas Casas de Misericórdia tiveram sua denominação de Irmandades conforme nos diz Carneiro sobre o Cânone 707, “...a associação de fiéis, para exercer alguma obra de caridade ou de piedade, chama-se pia-união; se estiver constituída organicamente denomina-se irmandade”. (CARNEIRO, 1986).

No Brasil, em 1543 foi fundada a primeira Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, em Santos por Brás Cubas. As sucessivas fundações de Santas Casas no Brasil, chegaram em Piracicaba em 1854, 176 anos após a fundação da cidade. A Santa Casa de Piracicaba é a 41ª no Brasil e a 7ª no Estado de São Paulo, após as de Santos, São Paulo, Sorocaba, Itu, Jacareí e Guaratinguetá. (KHOURY, 2004).

Ao longo da história da saúde no Brasil, verificamos a luta pela sobrevivência do sistema que, desde a colonização, teve nas Santas Casas uma contribuição decisiva para o desenvolvimento da rede hospitalar. Podemos dizer que com as Misericórdias surgiu o sistema hospitalar brasileiro. Elas continuam a contribuir decisivamente com sua rede no atendimento da população. O SUS, uma das maiores instituições de saúde pública no mundo, se baseia nas tradições portuguesas que deram origem às Misericórdias, nas quais a Coroa gerenciava o sistema de saúde pública e contava com o auxílio dos nobres e da população para mantê-lo (MORATORI, 2004).

Ao longo de sua existência em Piracicaba, a Santa Casa passou por momentos de dificuldades, principalmente devido à falta de recursos provenientes das doações. Com a finalidade precípua de criar mecanismos capazes de gerar receitas adicionais que pudessem fazer frente à constante defasagem dos valores pagos pelo SUS e buscar fontes alternativas de recursos financeiros para as necessárias e contínuas modernizações, implantação de novas tecnologias e ampliações do hospital, foi criado em 1992 o Santa Casa Saúde, plano próprio da Irmandade de Piracicaba de assistência médica, que já representa parcela significativa das receitas da instituição.

Estabelecidas em seu planejamento anual, está previsto a realização de projetos que visam disponibilizar e capacitar o Hospital no atendimento de novas demandas. Entre estes projetos, destaca-se o centro de reprodução humana que estará preparado para executar os métodos de inseminação artificial e fertilização assistida,

o centro de cirurgia plástica, o centro de diagnóstico por imagem com a instalação de equipamento de ressonância magnética e a UTI pediátrica, ainda inexistente no município e na região da DIR XV. Foram concluídas em 2004 as obras de construção do Pronto Socorro Municipal, erguido com verbas federais sob a coordenação da Irmandade em terreno da entidade, que foi entregue ao município a título de comodato. Com 26 leitos, está aberto 24 horas por dia atendendo casos urgentes de alta complexidade.

Com uma história de 150 anos na cidade, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba, possui 338 leitos, sendo 210 destinados ao SUS e 128 aos convênios médicos e particulares. Com um corpo clínico de 256 médicos de várias especialidades, possui uma unidade exclusiva de serviço de emergência do coração onde são realizadas cirurgias cardíacas – EMCOR, tanto para o SUS como aos planos de saúde e particulares.

#### Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba

O Hospital dos Fornecedores de Cana pertence à Associação dos Fornecedores de Cana de Piracicaba (AFOCAPI), uma das 19 organizações de classe dos fornecedores de cana do Estado de São Paulo. Segundo a Associação, é a que possui maior número de fornecedores, com 3.826 associados de 58 municípios, responsáveis por aproximadamente 31% do total existente no estado.

O Hospital foi inicialmente construído para atender aos funcionários da Associação e familiares passando a estar credenciado ao SUS desde 1995. Conta atualmente com um total de 199 leitos, sendo 119 destinados ao SUS. Dos atuais hospitais no município, foi o terceiro a entrar em atividade, após a Santa Casa e o Hospital e Maternidade Clínica Amalfi.

É o único hospital no município de Piracicaba que dispõe de equipamento de ressonância magnética, sendo referência na região da DIR XV para tais exames, o que vem causando um estrangulamento para atender toda a demanda existente.

São mantidos, também, convênios com outras 27 entidades, dentre planos de saúde privados e de entidades de classe, atuando em diferentes especialidades. Possui

convênio com o Hospital Independência, que permite a utilização de suas UTI nos casos mais graves. Com o arrendamento do Hospital e Maternidade Clínica Amalfi, está executando obras de ampliação e requalificação das instalações para implantar serviço de hospital-dia no novo centro cirúrgico em reforma, o que também trará incremento de leitos SUS aos atualmente disponíveis no município.

#### Hospital Independência

O Hospital Independência foi inaugurado em 1998 e faz parte da Amhpla Cooperativa de Assistência Médica, uma cooperativa regional administrada de forma descentralizada exclusivamente por médicos. Originária de um grupo de médicos do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, a Amhpla iniciou suas atividades em 1985 utilizando, na época, instalações do próprio Hospital.

Dispondo de 50 leitos, conta com uma equipe médica de 114 profissionais médicos de diversas especialidades e equipe especializada, com uma estrutura tecnológica voltada para a realização de internações e cirurgias. Para suprir a falta de UTI em suas instalações o Hospital Independência mantém importante parceria com o Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, dispondo para isso de 2 ambulâncias UTI para o transporte.

Possui serviços de pronto - atendimento 24 horas, internações clínicas e cirúrgicas, laboratório de análises clínicas, farmácia onde se trabalha com dose unitária, nutrição e lavanderia.

#### Hospital Unimed

O Hospital Unimed pertence à Cooperativa Unimed de Piracicaba e iniciou suas atividades em 1976. Possui capacidade ocupacional de 80 leitos além de 5 leitos de UTI, 5 leitos de recuperação pós-anestésica e 6 leitos de observação.

Com 5 centros cirúrgicos e 1 sala de reanimação cardio-respiratória, possui pronto atendimento infantil e adulto, pronto socorro odontológico, ortopedia, imagenologia, enfermarias de clínicas médica e cirúrgica, pediatria, maternidade, berçário e UTI. Do total de 871 funcionários, 477 são médicos cooperados. O Hospital conta com

serviços de farmácia que utiliza sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária, governança e hotelaria, e enfermagem.

#### Hospital e Maternidade Clínica Amalfi

Com uma história de praticamente 40 anos, o Hospital e Maternidade Clínica Amalfi, conhecida simplesmente como Clínica Amalfi, iniciou suas atividades atendendo em consultórios. A construção da edificação iniciada em 1961 foi finalizada em 1966, com a implantação de centro cirúrgico, berçário, laboratório, cozinha, lavanderia e estruturas administrativas. Na época o Hospital começou a funcionar com 30 leitos e uma equipe de poucos médicos que se ampliou posteriormente.

A instituição foi pioneira na implantação da Urolitotripsia na cidade e foi referência regional na realização de cirurgias de pequeno e médio portes, entre elas as Cirurgias Plásticas, Gastroenterológicas, Vasculares, Pediátricas, Ortopédicas, Oftalmológicas, Urológicas, Videolaparoscópicas, Bucomaxilofaciais e Obstétrica, tendo sido precursora do parto sem dor na cidade, ainda em 1965.

O Hospital mantinha UTI, pronto socorro 24 horas, ambulâncias próprias, clínica obstétrica, berçário e um centro de imagenologia. O quadro de médicos mantidos pela Clínica Amalfi até o arrendamento era composto por mais de 150 profissionais atuando em, praticamente, todas as especialidades. O centro cirúrgico realizava até 20 cirurgias diariamente, contando com uma equipe composta por mais de 30 cirurgiões e 12 profissionais de enfermagem.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

O Objetivo geral deste estudo é analisar o perfil da oferta dos serviços hospitalares e sua utilização nos Hospitais Filantrópicos do município de Piracicaba, caracterizando suas fontes de financiamento, no período de 2000 a 2004.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos são:

- Verificar a evolução do perfil dos recursos hospitalares, em termos de área física das instalações, número de leitos, recursos tecnológicos e recursos humanos (corpo médico, enfermagem e administrativo dos hospitais).
- Verificar a participação das diferentes fontes de financiamento dos serviços hospitalares, no período definido.
- Caracterizar a evolução do tempo médio de permanência, por financiador e por classificação das internações pela CID 10, e caracterizar a taxa de ocupação dos hospitais.
- Caracterizar a utilização dos serviços hospitalares por origem de residência.



### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Políticas de Saúde no Brasil**

A Atenção à Saúde, no Brasil, é realizada através da combinação dos sistemas público, de acesso universal, integral e equânime, e do sistema privado, denominado de assistência suplementar (OPAS, 2001).

Ambos os sistemas foram estabelecidos na Constituição de 1988; o primeiro pela implantação do SUS, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com a participação das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, em rede articulada e com direção única em cada uma dessas esferas, exercidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, respectivamente; o segundo garantido pelo artigo 199 que especifica que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Constituição Federal, 1988).

Sem a pretensão de fazer uma profunda análise histórica do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, este capítulo se propõe a revisar de forma sucinta esta evolução, que esteve relacionada à evolução político-social e econômica da sociedade e mais tarde vinculada à ótica do capitalismo.

Na parte final abordaremos a Política de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, elaborada para o período de 2003 a 2006.

#### **BRASIL COLÔNIA**

No início da colonização no Brasil, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, apesar da criação ainda no século XVI dos cargos de físico-mor e cirurgião-mor pelo Conselho Ultramarino Português, não raro a população colonial preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas (BERTOLLI FILHO, 2001).

Com a vinda da família real ao Rio de Janeiro criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima cujas atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. Em 1813 no Rio de Janeiro e 1815 na Bahia, Dom João VI fundou as academias médico-cirúrgicas, logo transformadas nas primeiras escolas de medicina no país (BERTOLLI FILHO, 2001).

## BRASIL REPÚBLICA

No início da república não existia um modelo sanitário no país, deixando as cidades à mercê das epidemias. Como relata Bertolli Filho, devido à presença de diversas doenças que acometiam a população como a varíola, malária, febre amarela e posteriormente a peste, foi que pela primeira vez os governos republicanos elaboraram planos de combate às enfermidades que, diferentemente dos períodos anteriores não se limitavam à época de surtos epidêmicos, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Em 1903 Oswaldo Cruz foi nomeado pelo então Presidente do Brasil, Rodrigues Alves, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Polignano (1999) descreve que a forma um tanto impositiva de ação para o controle das doenças denominada modelo campanhista, se agrava com a Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, fortalecendo o modelo proposto.

Neste período foram criadas: uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de

isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

Na reforma promovida por Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população, a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico, e a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora baseada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do *sanitarismo campanhista* (MENDES, 1992).

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dada ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época.

Já no início do século XX, advindo da forte monocultura do café, iniciava-se o processo de industrialização no país, com uma urbanização crescente e a emigração de europeus como mão-de-obra. Nessa época os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Através de movimentos sociais, foram sendo conquistados alguns direitos sociais, quando foi aprovada em 24 de janeiro de 1923 a Lei Eloi Chaves,

considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) (POLIGNANO, 1999).

O sistema de saúde brasileiro foi caracterizado desde o início do século XX por um padrão dual que separava a saúde pública e a medicina previdenciária. A partir da década de 50, a assistência médico-hospitalar era disponível, no âmbito do setor público, apenas aos segurados da Previdência Social nos escassos estabelecimentos pertencentes aos estados e municípios (BARROS, 2003).

Pelo fato da lei ser aplicada apenas ao operariado urbano, foram precisos 40 anos para que houvesse a inclusão efetiva do trabalhador rural no campo da legislação previdenciária com a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (Lei 4.214, de 02 de março de 1963) que, entre outras medidas, criava o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por empregados das empresas, empresas, e consumidores dos serviços das mesmas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Ainda segundo Oliveira e Teixeira, no sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços médicos e funerários, e arcavam com a assistência aos acidentados no trabalho. Assim, através das reivindicações operárias, a criação das CAP's se firmava como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social.

#### DA REVOLUÇÃO DE 1930 ATÉ 1960

Com a crise de 1929 nos Estados Unidos da América do Norte e a crescente mobilização política na Europa, repercutiu no Brasil a crescente necessidade de um novo modelo de uso do poder, até então dominado pela política do café com leite entre São Paulo e Minas Gerais, que elegiam sucessivamente o Presidente da República. Com a eleição de Júlio Prestes, que não chegou a tomar posse, a junta

provisória assume por dez dias até que Getúlio Vargas é empossado como Presidente da República.

Nesse período foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado visando promover a expansão do sistema econômico e estabelecendo uma nova legislação que efetivamente garantisse essas mudanças. Foram criados o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e juntas de arbitramento trabalhista.

No que tange à previdência social, a política do estado pretendeu estender os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. Desta forma, as antigas CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa, como acontecia com as CAP's.

Em 1941 instituiu-se a reforma Barros Barreto onde se destacaram, entre outros, a instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar, a criação de órgãos executivos contra as endemias como malária, febre amarela e peste, e a atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional como o Instituto Nacional do Câncer (POLIGNANO, 1999).

Até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária era considerada secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

Segundo Nicz (1988) é a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial e conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos. Viabiliza-se então o crescimento de um

complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente as contratações de serviços de terceiros.

#### DE 1960 ATÉ OS ANOS 90

A partir de meados da década de 60 com o golpe militar, ocorreu forte capitalização da medicina, com financiamento público subsidiado e privado, e com a contratação em larga escala de serviços privados pelo Estado para a provisão de assistência médico-hospitalar aos empregados formais do mercado de trabalho e contribuintes autônomos (BARROS, 2003).

Apesar da legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde – SNS que preservava a fragmentação institucional e o caráter excludente da oferta de assistência médica e hospitalar, algumas iniciativas na década de 70 como o Plano de Pronto Ação (PPA), o FUNRURAL, o Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), permitiram a ampliação do acesso a serviços de saúde à população (BARROS, 2003).

Em 1966 o governo criou o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930, ficando subordinado ao Ministério do Trabalho. Instituiu-se assim um sistema dual de responsabilidade na saúde, pois enquanto o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, o Ministério da Saúde deveria elaborar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BERTOLLI FILHO, 2001).

A Constituição de 1967 pouca referência faz à saúde. No seu título II artigo 8, competia à União estabelecer planos nacionais de educação e saúde; no título III, artigo 158, inciso XV, era assegurada ao trabalhador assistência sanitária, hospitalar e preventiva. Mais à frente, no artigo 163, estabelecia que às empresas privadas competia preferencialmente, com o estímulo e apoio do Estado, organizar e explorar as atividades econômicas, configurando assim, a atuação do governo como suplementar aos serviços prestados pela medicina privada (CF, 1967).

É a partir da década de 70 que surgem as Medicinas de Grupo, quando as grandes e médias empresas firmam contratos com grupos médicos para substituir os serviços prestados pelo INPS.

Em meados da década de 70 a crise do modelo econômico no Brasil se faz sentir tanto pela crise do capitalismo internacional, com os reflexos da primeira crise do petróleo, como pela redução dos investimentos estrangeiros no Brasil.

Começam a ser visíveis os resultados das políticas adotadas, que priorizavam a medicina curativa, com seus aumentos de custos centrados na atenção médico-hospitalar de crescente complexidade. Com a menor arrecadação do sistema previdenciário devido à diminuição do crescimento econômico, e sua incapacidade de atender a uma parcela crescente da população sem carteira assinada e conseqüentemente não coberta pela Previdência, o sistema de saúde dá sinais de insuficiência no atendimento à população.

Nas décadas de 70 e 80 vários estudos analisaram o que se denominou capitalização da medicina, na medida em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e produtos industriais vinculados ao setor, além de financiar os investimentos e contratar serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas do setor (BRAGA e SILVA, 2001).

A partir da criação, no final dos anos 70, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), desenvolveu-se o Movimento Sanitarista. Suas discussões sobre os dilemas da política nacional de saúde levaram à publicação do documento “Pelo direito universal à saúde” que imputa ao Estado a necessidade de se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população, enfatizando que a assistência médico-sanitária “é direito do cidadão e dever do Estado” (BERTOLLI FILHO, 2001).

De acordo com Levcovitz (2003), na análise sobre a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão e políticas de saúde no Brasil, são estabelecidas cinco fases da trajetória da política de saúde no Brasil, no período de 1974 a 2000.

A primeira, no período de 1974 a 1979, denominada de teórico-conceitual, quando se consolidou o movimento brasileiro da reforma sanitária, que por meio de análise das relações Estado-Sociedade, formulava críticas à política social e de saúde. Respalhada por pesquisas desenvolvidas em Instituições de ensino de representatividade no país, a discussão teórica de revisão dos pressupostos que embasavam o pensamento em saúde exerceram papel fundamental na construção do projeto de reforma do setor saúde (LEVCOVITZ et al., 2003).

Dentre as políticas de saúde que possibilitaram o processo de reforma, destacam-se a configuração do PPA em 1974, que viabilizou a expansão da cobertura em saúde fortalecendo a proposta de universalização da atenção à saúde. A instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975, que se constituiu na primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde, assim como o PIASS, estendendo os serviços de atenção básica à saúde no Nordeste no país, também foram componentes importantes da reforma.

A segunda fase, classificada de político-ideológica, ocorreu entre 1980 e 1986, onde a discussão central era a extensão da cobertura dos serviços de saúde. Como marco político, foram elaboradas propostas mais operacionais como a criação, em 1983, das Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando a um novo modelo assistencial que incorporava o setor público e procurava integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

O mais importante marco porém, foi estabelecido em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como finalidade propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembléia Nacional Constituinte. Realizada em Brasília, teve como temário central a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do SNS em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do



setor saúde (SOUZA, em Guia de Acervo da Casa de Oswaldo Cruz ([www.coc.fiocruz.br](http://www.coc.fiocruz.br))).

Sua principal conquista foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência Social e, ao mesmo tempo, regionalizasse o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por outro lado afirmava-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticas e econômicas. Esta tendência à regionalização foi consubstanciada na Constituição Federal de 1988, que reorientou o setor saúde para uma forma descentralizadora, buscando reverter a baixa qualidade da gestão pública na área social (COSTA, 2001).

Ainda de acordo com Levcovitz (2003), a terceira fase, entre 1987 e 1990, classificada de político-institucional, avançou na consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma social. Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, estabelece-se uma estratégia-ponte para o SUS e serviu como um instrumento de continuidade ao processo de reforma da saúde.

## O FINAL DO SÉCULO XX

A partir de 1990 com a eleição de Fernando Collor de Melo, o Brasil vivencia um novo projeto de modernização implementado pelo governo, que visava a diminuição de gastos públicos e o incentivo à economia de mercado, ajustando-se à idéia de "Estado mínimo" e a uma nova ordem mundial que se impôs com o término da guerra fria, conceituada como neoliberal. Levcovitz (2003) classifica o período entre 1990 e 1998 como a fase político-administrativa, onde a preocupação central é com a implementação da reforma e a normatização do modelo proposto.

Assim, em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 é regulamentado o SUS, concebido na Constituição Federal de 1988. Ainda em 1990 a Lei 8.142/90, dispondo sobre a participação da comunidade no SUS e definindo a alocação do

Fundo Nacional de Saúde, cria a representatividade em todas as esferas de governo com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A partir de várias iniciativas, três movimentos são implementados: o primeiro é o processo de regionalização iniciado com as NOB's (Normas Operacionais Básicas) e NOAS (Normas Operacionais de Assistência); o segundo é a reorganização das funções nos níveis de gestão do SUS como regulação, gerenciamento e prestação de serviços; com ele são criadas agências reguladoras – ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar); o terceiro com o PSF (Programa de Saúde da Família). Todos esses movimentos têm em comum a descentralização do sistema.

Este caminho teve continuidade através do plano Diretor da Reforma do Estado em 1995 quando são colocadas, como principais funções do chamado Estado Social Liberal (BRESSER, 1998), as de regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo o Estado se afastar da produção e se concentrar em sua função reguladora (RIZZOTTO, 2001).

Segundo o Plano Diretor da Reforma do Estado, estavam envolvidos quatro problemas fundamentais: a delimitação do tamanho do estado; a redefinição do seu papel; a recuperação da governança, entendida como capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas e o aumento da governabilidade. Para tanto seriam necessários um ajustamento fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social, inovação dos instrumentos de política social, e a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar a governabilidade (Presidência, 1995, p.16).

A implementação de tais reformas permitiria a focalização do Estado no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a sua área de atuação por meio de três mecanismos. A privatização, por meio da venda de ativos públicos, que “não deveriam mais permanecer no setor público”; a “publicização”, ou transformação de órgãos estatais em “entidades públicas não-estatais”, de direito privado e sem fins lucrativos; e a terceirização, que seria a contratação de serviços prestados por terceiros.

Os processos de reforma setorial na saúde estão relacionados com aqueles mais amplos da reforma do Estado até porque, assim como na grande maioria dos países ocidentais, estão ligados aos crescentes gastos com os serviços médico-assistenciais prestados e dependem diretamente do financiamento estatal para sua plena execução. Com a implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o PSF, o Ministério da Saúde assume como política estratégica a inversão do modelo hospitalocêntrico para uma mudança no padrão assistencial, que dariam centralidade à atenção básica em saúde (RIZZOTTO, 2001).

Como política de reforma do setor saúde, em 1995 o Ministério da Saúde apresentou projeto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID para implantação do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Este projeto estaria voltado à recuperação da capacidade instalada e gerencial do sistema, e utilizou grande parte dos recursos à compra de mobiliário, equipamentos médico-hospitalares, instrumental e equipamentos de informática.

Por fim, segundo Levcovitz (2003), no período de 1999 a 2000, a última fase chamada de complementação jurídico-legal e técnico-operacional, vem com a criação da ANVISA e da ANS, ambas em 1999, que estabelecem regulamentações específicas voltadas a garantir à sociedade a qualidade de serviços adquiridos e do direito do consumidor.

Nesse contexto pode-se dizer que a trajetória da política de saúde no Brasil no período de 1974 a 2000 esteve estreitamente ligada à história de constituição do campo da Saúde Coletiva, onde política e reflexão teórica estiveram ligadas na construção de práticas de modelos de atenção à saúde (LEVCOVITZ et al., 2003).

## POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

No mandato vigente do Governo de Estado de São Paulo, foram estabelecidos eixos prioritários em sua política de saúde que visam direcionar os investimentos públicos para a universalização das oportunidades de desenvolvimento econômico e justiça social, por meio do estabelecimento de infra-estrutura física e de recursos humanos

que incentivem o incremento de investimentos privados, de modo a torná-los propícios à geração de trabalho e renda.

Dentro do escopo definido como políticas de saúde, foram definidas 10 grandes prioridades (A Política de Saúde do Governo do Estado de São Paulo – 2003 a 2006

- <http://www.saude.sp.gov.br>):

- a expansão da Assistência Farmacêutica no SUS;
- o investimento em setores estratégicos e de alta tecnologia para o SUS;
- o investimento na rede própria de hospitais do Estado;
- o investimento na rede hospitalar regional de referência do sistema;
- a expansão do PSF – Programa de Saúde da Família;
- a criação de novos centros de referência regionais;
- a recuperação da rede de Hospitais Filantrópicos do SUS;
- as ações de promoção e prevenção em saúde;
- a humanização no atendimento dos serviços estaduais;
- o acompanhamento, planejamento, monitoramento e assessoria da rede primária municipal de saúde.

Estas ações têm sido suportadas em parte, com o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/00, na medida em que o Estado tem destinado aplicações acima do percentual estabelecido nos últimos 5 anos, conforme a Tabela 1. A aplicação dos recursos conforme estabelecido pela EC-29 fornece, em parte, subsídios para a implementação dos programas mencionados, mas precisa continuamente estar provida de recursos federais diretos, como a revisão junto ao Ministério da Saúde do teto financeiro ao Estado, e indiretos, como aqueles aplicados através do REFOSUS nos hospitais filantrópicos, além da necessidade de revisão das tabelas de procedimentos pagos pelo SUS. O mesmo ocorre com o município de Piracicaba (Tabela 2).

**TABELA 1** – Aplicação mínima e percentual aplicado em gastos com a saúde, de acordo com a EC-29, no Estado de São Paulo, de 2000 a 2004

<b>ANO</b>	<b>Aplicação Mínima</b>	<b>Percentual Aplicado</b>
<b>2000</b>	7,00%	7,80%
<b>2001</b>	8,64%	8,94%
<b>2002</b>	9,48%	10,74%
<b>2003</b>	10,32%	12,26%
<b>2004</b>	12,00%	13,74%

**FONTE:** SIOPS em [http://siops.datasus.gov.br/acompanhamento\\_EC29.htm](http://siops.datasus.gov.br/acompanhamento_EC29.htm)

No Município de Piracicaba, a aplicação de recursos na saúde tem também superado o mínimo exigido pela EC-29, em todos os anos desde 2000 (Tabela 2).

**TABELA 2** – Aplicação mínima e percentual aplicado em gastos com a saúde, de acordo com a EC-29, no Município de Piracicaba, de 2000 a 2004

<b>ANO</b>	<b>Aplicação Mínima</b>	<b>Percentual Aplicado</b>
<b>2000</b>	7,00%	16,81%
<b>2001</b>	15,00%	19,40%
<b>2002</b>	15,00%	20,24%
<b>2003</b>	15,00%	23,18%
<b>2004</b>	15,00%	18,89%

**FONTE:** SIOPS em [http://siops.datasus.gov.br/acompanhamento\\_EC29.htm](http://siops.datasus.gov.br/acompanhamento_EC29.htm)

### 3.1.1. SUS

A Assembléia Nacional Constituinte dos anos 80 foi palco privilegiado de discussões sobre reformas. Inclusive a reforma do próprio Estado, e a Constituição de 1988, na contramão do movimento “neoliberal”, já iniciado pelos governos conservadores dos países centrais, registrou em letra as pressões resultantes dos movimentos sociais que reivindicavam o resgate de uma dívida social acumulada em 20 anos de autoritarismo, traduzindo a crença na força das leis e na autonomia do Estado em realizar as reformas estruturais, que conduzissem à uma realidade nacional mais eqüitativa e mais justa. (RIZZOTTO, 2001).

O SUS se constitui em um modelo original, diferente daqueles recomendados aos países em desenvolvimento na década de 90 pela OMS, sendo constituído através de Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080 de setembro de 1990) e que se tornou uma das concepções mais abrangentes da política social. Conforme Negri (2001) ele gerou profundas mudanças no setor de saúde, em especial a intensificações de transferências de recursos da União para Estados e Municípios.

A partir da evolução dos direitos sociais refletidos na história das Constituições do Brasil e em especial a clara explicitação na Constituição de 1988 dos deveres do Estado e direitos do cidadão em relação à saúde, pode-se perceber a crescente presença da saúde nas constituições de nosso país, além do contínuo detalhamento das fontes de recursos para o setor (GELIS, 2005).

A Constituição de 1988 no capítulo VIII *da Ordem social* e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988).

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

”As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (CF, 1988).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-a como um dos direitos da cidadania.

O SUS é entendido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Fica também explicitado que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. O SUS foi concebido como produto dos esforços de um processo de produção social da saúde, que reflete e foi pautado por alguns princípios doutrinários, a saber:

A Universalidade, entendida como o acesso às ações e serviços que devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; a Equidade, como um princípio de justiça social que deve garantir a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, de forma a proporcionar atendimento iguais para iguais necessidades; a Integralidade, que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades, incluídas aí a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Para o cumprimento desses princípios, busca-se instituir um amplo sistema organizado que contemple a Hierarquização, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, referência e contra-referência; a Participação Popular, ou seja, a democratização dos

processos decisórios, consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos de Saúde; e a Descentralização política e administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando em última instância, o município como gestor administrativo e financeiro do SUS.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na esfera de decisão federal que podem ser traduzidas no senso comum como escassez de financiamento. Estes fatos têm sido observados continuamente nas revisões orçamentárias, que obrigaram em determinados momentos o uso de empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), ou a criação de nova fonte de financiamento, como foi o caso da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, que institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF).

Apesar da Lei nº 9.311, em seu Artigo 18 estabelecer que o produto da arrecadação da contribuição seria destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde, na prática houve uma redução da dotação orçamentária do Ministério da Saúde por conta desta nova fonte, o que na prática constitui apenas uma substituição do financiamento existente.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas com o setor privado, que detém grande parte dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Em sua grande maioria estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem



de certa forma dificultando a proposta de hierarquização dos serviços (POLIGNANO, 1999).

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma Lei, em outro artigo, estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Mais tarde este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOB's que regulamentaram a aplicação desta lei.

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Complementarmente existiram as Normas Operacionais do SUS, que exercem função regulatória do processo de descentralização, do relacionamento entre gestores, do financiamento e alocação de recursos (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002).

Além disso, por serem as Normas Operacionais na forma de portarias ministeriais, têm caráter transitório o que permite sua alteração e substituição, dinamizando o processo de regulamentação em virtude das constantes mudanças nas necessidades do sistema de saúde (COSTA, 2003).

#### As Normas Operacionais

A NOB-01/91 redefiniu a lógica do financiamento e da organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento da atenção à saúde voltado à produção de serviços. Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA, para o financiamento das atividades ambulatoriais e a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, para o financiamento das internações hospitalares; definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde e definiu recursos para investimentos no setor saúde, com a criação da Unidade de Capacitação da Rede – UCR.

Esta NOB proporcionou a uniformização de tabelas únicas de repasse para assistência hospitalar, ambulatorial e de materiais para todos os estabelecimentos de saúde, a implantação de sistemas de informação centralizados e a definição dos critérios para descentralização de recursos de custeio e investimento.

A NOB-01/92 criou como instâncias gestoras colegiadas do SUS o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

A NOB-01/93 lançou o documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, dando maior ênfase à municipalização. Criou também as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde; e três condições de gestão municipal, incipiente, parcial e semi-plena, e duas estaduais, parcial e semi-plena.

A NOB-01/96 teve como finalidade principal promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor de atenção à saúde nos municípios e no Distrito Federal, permitindo o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais. Com ela foram definidas as responsabilidades sanitárias de cada gestor e instituídos dois níveis de gestão municipal, a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal, quando o município passa a ser responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão, enquanto a União normaliza e financia e o município gere e executa. Da mesma forma instituiu dois níveis de gestão estadual, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual; criou o Piso de Atenção Básica (PAB) e instituiu a PPI.

A NOB-01/96 estabeleceu, também, em relação ao financiamento federal do SUS, as Transferências Regulares e Automáticas Fundo a Fundo e a Remuneração por Serviços Produzidos, para assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de

vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças, mantendo neste último caso a modalidade da Transferência por Convênio.

A NOAS-01/01 estabeleceu que os Estados passavam da função de mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual, dando ênfase à regionalização ao invés da municipalização.

A NOAS-01/02 revoga a NOAS anterior e amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Em síntese, pode-se dizer que, no processo de implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde foi o que teve maior presença e avanço.

### O Financiamento

Segundo a Constituição Federal (Parágrafo Único, do artigo 198) o financiamento do SUS se dá pelo Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes. Portanto, o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal.

Confirmando esse conceito, em setembro de 2000, foi aprovada a EC-29, que determina a vinculação de receitas das três esferas de governo para o SUS, definindo percentuais mínimos de recursos para as ações e serviços de saúde, vinculados à arrecadação de impostos e às transferências constitucionais.

Portanto, desde o ano de 2000, passam a existir fontes de recursos e percentuais definidos para o SUS, o que antes não havia. Progressivamente, até 2004, a União teria que gastar no SUS, no mínimo, o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB – Produto Interno Bruto (5% em 1999). Os Estados e o

Distrito Federal terão que gastar, no mínimo, 12% do produto da arrecadação dos impostos próprios e dos que lhes são transferidos pela União, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos Municípios. O Distrito Federal e os Municípios terão que gastar, no mínimo, 15% do produto da arrecadação dos impostos próprios e dos que lhes são transferidos pela União e, no caso dos municípios, também pelos Estados.

### Municipalização

A municipalização da saúde, estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (Artigo 7º, IX, a), compreende dois aspectos, a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a Descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

A idéia, portanto, da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo, no sentido de que o Município pode assumir e atuar como base da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, particularmente na saúde, enquanto política pública. Como tributo a este movimento a municipalização da saúde no país é o programa social mais importante, na medida em que contribui efetivamente no processo da globalização pela base (HEIMANN, 2000).

Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus munícipes, pois não exime os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) e a sociedade da co-responsabilidade pela saúde. (CF, Artigo 194, caput).

A habilitação de um município em uma das condições de gestão definidas na NOAS-01/2002, Plena da Atenção Básica Ampliada ou Plena do Sistema Municipal, significa declarar compromissos assumidos, na pessoa do gestor municipal, perante os outros gestores do SUS – União, Estado e demais Municípios, e perante a população sob sua responsabilidade.

Cabe ressaltar a nomenclatura utilizada de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-01/96), onde gerência é a administração de um Serviço ou Órgão de

Saúde (Posto ou Centro de Saúde, unidade Mista, Hospital, Fundação, etc.), enquanto que gestão é a administração de um Sistema de Saúde, através das funções de direção ou comando, coordenação, planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Assim, os municípios que não aderiram ao processo de habilitação permanecem como simples prestadores de serviços, cabendo ao estado a gestão do sistema de saúde naquele município. Assim, embora possa exercer a gerência dos serviços próprios ou descentralizados, o município não pode exercer a gestão do sistema de saúde.

No palco de estudo do presente trabalho, constata-se que de acordo com a NOB-01/96, o município de Piracicaba está habilitado desde maio de 1998 como Gestão Plena do Sistema Municipal e segundo a NOAS-01/2002 como Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada desde junho de 2003. Até 2004, na região delimitada pelos 26 municípios componentes da DIR XV, 10 deles já estavam habilitados como de Gestão Plena do Sistema e 17 como Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

### Controle Social

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A partir da instituição dos Conselhos e Conferências, o SUS passou a contar com instâncias que abrangiam dois grandes campos de ações ou práticas: o campo do planejamento e controle de execução da política de saúde e o campo de articulação com a Sociedade (CARVALHO, 1995). Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos municípios, nos estados e no país.

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, onde foi criado o Sistema Único de Saúde. De quatro em quatro anos deve acontecer a Conferência Nacional de Saúde, após a realização das Conferências estaduais e municipais, onde são apontados os rumos para aperfeiçoamento do SUS.

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais.

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. São componentes dos Conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários. Entretanto os Conselhos de Saúde têm funcionado muito mais como instâncias legitimadoras das ações e decisões do Executivo ao invés de instâncias deliberativas como prevista em lei, ficando o exercício do controle público sobre as políticas e ações de saúde restritas ao acesso às informações processadas pelo poder executivo que acaba definindo a agenda desses conselhos (COHN, 2001).

### **3.1.2. Hospitais Filantrópicos**

Esta revisão trata da caracterização dos hospitais filantrópicos, basicamente segundo o “Estudo sobre Hospitais Filantrópicos no Brasil” financiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Seu objetivo foi elaborar um diagnóstico do perfil organizacional, de produção, gerencial e econômico-financeiro, além de realizar um censo no universo das unidades hospitalares filantrópicas do país.

Os hospitais filantrópicos caracterizam-se como importantes prestadores de serviços ao SUS, assim como à saúde suplementar, sendo objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica como o BNDES (PORTELA, et al., 2004).

Por estarem presentes em grande parte do território nacional, com relevante capilaridade e interiorização, são merecedores de atenção especial no que diz respeito à formulação de políticas na área da Saúde, até porque em número importante de municípios do interior são os únicos prestadores de serviços hospitalares. Nas cidades de maior porte são também prestadores de serviços de maior complexidade (PORTELA, et al., 2004).

A principal Lei que regulamenta o setor filantrópico, ainda em vigor, é a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/93), que define os requisitos necessários para uma entidade ser filantrópica. Ela institui o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado de composição paritária subordinado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ao qual cabe fixar as normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos. A LOAS/93 considera como entidades e organizações de assistência social beneficentes aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos pela lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo CNAS. O CEAS, conforme o Decreto 2.536/98, é um título que reconhece as entidades beneficentes de assistência social como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e que atuem no sentido de proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice, promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência, promover gratuitamente assistência educacional ou de saúde, e promover a integração no mercado de trabalho (MAKIYAMA, 2002).

O CEAS é uma exigência para a obtenção de diversas isenções fiscais e tributárias, passíveis de serem conseguidas pelas filantrópicas. Para sua concessão várias condições são exigidas. Em particular, para os hospitais, destacam-se duas exigências alternativas: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS (LIMA et al., 2004).

Existem diferentes atores no processo de regulamentação: o Ministério da Previdência Social (MPAS), o Ministério da Fazenda (MF), o Ministério da Saúde (MS), a CMB, e o CNS. O MPAS é responsável tanto pela concessão do CEAS por meio do CNAS, como pela isenção das contribuições sociais por meio do Instituto Nacional de Assistência Social (INSS). O MF é responsável pela isenção de tributos federais por meio da Secretaria da Receita Federal.

A concessão do Certificado de Filantropia e a obtenção das isenções e imunidades tributárias, em particular da cota patronal, por ser a de maior representatividade sob o ponto de vista financeiro, são de grande importância para os hospitais filantrópicos. Para eles, estas isenções são fundamentais na busca do equilíbrio financeiro devido à baixa remuneração paga pelo SUS principalmente aos serviços de baixa e média complexidade. Segundo a publicação sobre “Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira” em 2004, desde o início da implantação do SUS, os hospitais privados sem fins lucrativos foram os que tiveram maior volume de internações para o SUS. O MS, ciente das dificuldades financeiras por que passam estas instituições e com o intuito de estreitar seu relacionamento com elas, negociou com o MF a concessão de quatro linhas de financiamento para os hospitais filantrópicos (SAS/MS, 2004):

Pela Caixa Econômica Federal,

- 1) o Programa Caixa Hospitais, e
- 2) o Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS;

Pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES),



- 3) o Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS, e
- 4) a Linha de Financiamento de Empreendimentos (Finem) para o setor da Saúde (SAS/MS, 2004).

A Confederação das Misericórdias do Brasil foi criada em novembro de 1963 com o objetivo de unir e organizar as Santas Casas e os hospitais filantrópicos de todo o país. Atua na defesa, na proteção, na representação e assistência aos interesses sociais e econômicos das entidades federadas. De acordo com sua direção, pretende colaborar com os poderes públicos e outras entidades e associações cujo objetivo seja a “solidariedade humana e social” ([www.cmb.org.br](http://www.cmb.org.br)).

Segundo os dados da CMB, a concentração dos hospitais filantrópicos no Brasil predomina na região sudeste, com mais de 46% do total do país, atendendo a uma população de aproximadamente 43% do total de habitantes (Quadro 8).

Região	Municípios (1)	Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (2)	% de Hospitais nos Estados e Regiões	Área Km2	População em mil habitantes (3)
<b>00 – Brasil</b>	<b>5507</b>	<b>1755</b>		<b>8.547.403,50</b>	<b>174.860,3</b>
<b>1. Norte</b>	<b>449</b>	<b>40</b>	<b>2,3%</b>	<b>3.869.637,90</b>	<b>13.533,8</b>
Rondônia	52	2	0,1%	238.512,80	1.434,0
Acre	22	4	0,2%	153.149,90	599,0
Pará	143	12	0,7%	1.253.164,50	6.466,0
Tocantins	139	18	1,0%	278.420,70	1.209,0
Roraima	15	-	-	225.116,10	348,0
Amazonas	62	3	0,2%	1.577.820,20	2.958,0
Amapá	16	1	0,1%	143.453,70	518,0
<b>2. Nordeste</b>	<b>1787</b>	<b>373</b>	<b>21,3%</b>	<b>1.561.177,80</b>	<b>48.892,3</b>
Maranhão	217	27	1,5%	333.365,60	5.811,0
Piauí	221	9	0,5%	255.356,00	2.901,0
Ceará	184	83	4,7%	146.348,30	7.665,0
Rio Grande do Norte	166	50	2,8%	53.306,80	2.856,0
Paraíba	223	49	2,8%	56.584,60	3.497,0
Pernambuco	185	34	1,9%	98.937,80	8.093,0
Alagoas	101	11	0,6%	27.933,10	2.891,0
Sergipe	75	23	1,3%	22.050,30	1.849,0
Bahia	415	87	5,0%	567.295,30	13.329,0
<b>3. Sudeste</b>	<b>1666</b>	<b>819</b>	<b>46,7%</b>	<b>927.296,60</b>	<b>74.545,8</b>
Minas Gerais	853	324	18,5%	287,00	18.365,0
Espírito Santo	77	36	2,1%	31,00	3.207,0
Rio de Janeiro	91	77	4,4%	78,00	14.741,0
São Paulo	645	382	21,8%	375,00	38.233,0
<b>4. Sul</b>	<b>1159</b>	<b>433</b>	<b>24,7%</b>	<b>577.214,00</b>	<b>25.764,5</b>
Paraná	399	83	4,7%	199.709,10	9.809,0
Santa Catarina	293	130	7,4%	95.442,90	5.536,0
Rio Grande do Sul	467	220	12,5%	282.062,00	10.419,0
<b>5. Centro-Oeste</b>	<b>446</b>	<b>90</b>	<b>5,1%</b>	<b>1.612.077,20</b>	<b>12.124,0</b>
Mato Grosso do Sul	77	39	2,2%	358.158,70	2.144,0
Mato Grosso	126	18	1,0%	906.806,90	2.610,0
Goiás	242	33	1,9%	341.289,50	5.220,0
Distrito Federal	1	-	-	5.822,10	2.150,0

**QUADRO 8** – Localização dos Hospitais Filantrópicos no Brasil, por região e estados da União

**Fonte:** <http://www.cmb.org.br/informativos/distribuicao.htm> - 12/09/2005 - adaptado pelo autor

**Nota:** (1) – IBGE 2000

(2) – Atendimento SUS – Santas Casas e Hospitais Filantrópicos – Dez/2001 – DADTASUS

(3) – IBGE – estimativa com data de referência de 1º de dezembro de 2001

Os dados de internação pelo SUS evidenciam a importância dos hospitais filantrópicos no atendimento à população. Segundo dados do DATASUS, a participação desses hospitais na rede hospitalar SUS cresceu entre 2000 e 2002 de 26,8% para 28,1%. Alinhado a esta crescente representatividade, o total de internações SUS pelos hospitais filantrópicos cresceu de 34,6% em 2000 para 39,9% em 2004 (Quadro 9).

<b>ANO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>FILANTRÓPICOS</b>	<b>%</b>
<b>2000</b>	11.937.323	4.132.883	34,6
<b>2001</b>	11.756.354	4.033.980	34,3
<b>2002</b>	11.713.749	4.043.183	34,5
<b>2003</b>	11.638.194	4.302.567	37,0
<b>2004</b>	11.492.883	4.583.821	39,9
<b>2005 (Jan-Ago)</b>	7.632.593	3.017.352	39,5

**QUADRO 9** – Internações SUS no Brasil – total, hospitais filantrópicos

**Fonte:**DATASUS em <http://tabnet.datasus.gov.br>

### O Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil

O estudo foi promovido pelo BNDES com o objetivo de definir novas formas de atuação junto ao segmento hospitalar filantrópico de saúde, dada sua relevância na prestação de atendimento médico-hospitalar e seu inegável papel estratégico para a consecução do atendimento universal e integral, previsto no SUS.

Sua realização deu-se ao longo de 2001 e envolveu dados de 175 hospitais distribuídos em 102 entidades hospitalares filantrópicas, distribuídas em 3 grupos:

- 69 hospitais de 66 entidades, selecionados aleatoriamente do universo formado pelas entidades com número de leitos inferior a 599 (designado como Amostra);
- Universo total das entidades com 599 leitos ou mais, que corresponderam a 26 entidades e 96 hospitais (designado Grandes Entidades);
- 10 Hospitais escolhidos arbitrariamente entre aqueles não cadastrados no SUS portadores de certificado de filantropia (designado como Casos Especiais).

Na revisão a seguir restringimos as análises ao grupo designado como “Amostra”, para permitir fazer comparações com os hospitais filantrópicos em Piracicaba, dada a equivalência de seus portes com esse grupo. As análises estão divididas em 3 partes. A primeira parte destaca a caracterização geral e assistencial das entidades, a segunda é dedicada aos aspectos das estruturas, instrumentos e práticas de

gestão e a terceira apresenta referências da atuação desse setor no campo da saúde suplementar.

### Primeira Parte

Nesta parte do estudo se destacam aspectos de natureza institucional, aqueles relacionados à caracterização da rede como porte, complexidade e presença de equipamentos biomédicos, assim como aspectos relativos ao volume e tipo de produção de serviços.

#### Caracterização Institucional da amostra

Em relação à localização geográfica o estudo revela uma importante interiorização na distribuição dos hospitais, com a presença de 81,2% em cidades não metropolitanas ou capitais, aliado ao fato de 53,6% serem o único hospital no município. A Natureza estatutária dos hospitais é dividida em Sociedades Comunitárias (33%), Religiosa Católica (26%) e outras (35%).

Quanto ao Certificado de filantropia e isenções tributárias notou-se incongruência entre os cadastros do SUS e do CNAS, sendo por vezes a entidade isenta de tributos mas com situação irregular de filantropia e por outras, com certificado de filantropia e não isentas de tributos – (o relatório sugere que o cadastro no SUS precisa ser atualizado). Dos hospitais desse grupo, 29% tinham certificado válido e 18% com protocolos de renovação. Em relação ao recolhimento de tributos, 86% das entidades eram isentas do IRPJ, 73% isentas do CSLL e CPMF e 71% isentas da cota patronal do INSS e outros tributos municipais.

A maioria dos hospitais apresentou atividades paralelas à assistência médica, como aluguéis de imóveis, creches, atividades agropecuárias e asilo para idosos. Entretanto em nenhum dos grupos essas atividades representam parcela importante das receitas, que se concentram fortemente relacionadas à atividade de assistência médico-hospitalar.

### Caracterização Assistencial

Do grupo de hospitais da amostra composto por 69 hospitais, 73,3% deles tinham até 100 leitos, com média de 76,7 leitos (excluídos os leitos especiais), existindo correlação direta entre o número de leitos e o grau de complexidade do hospital. Apenas 27,5% deles possuíam UTI de adultos e 50,5% não apresentaram nenhum tipo de leito especial (UTI, isolamento, queimados).

As especialidades e serviços médicos mais freqüentes foram a clínica médica (100% dos hospitais), cirurgia geral e ginecologia (85,5%), obstetrícia (82,6%) e pediatria (81,2%). As atividades de ensino e pesquisa foram limitadas (2 hospitais com pesquisa e fonte específica de financiamento e 33,3% com atividades de ensino).

O levantamento de equipamentos biomédicos apontou a ausência de Raios X em 17 dos 69 hospitais do grupo, configurando precariedade em termos diagnósticos. Alguns equipamentos que expressam maior nível de complexidade na assistência como mamógrafos, tomógrafos e ressonância magnética, foram encontrados em 11,6%, 17,4% e 1,5% dos estabelecimentos. Metade dos hospitais referiu não ter nenhum equipamento por método ótico (Quadro 10).

<u>Tipo de Equipamento por imagem</u>	Hospitais	
	Número	%
Mamógrafo c/ comando simples	8	11,6
Raio X portáteis ou de mesa	52	75,4
Raio X p/ hemodinâmica	4	5,8
Tomógrafo computadorizado	12	17,4
Ressonância Magnética	1	1,5
Ultra-som ecógrafo	31	44,9
<u>Tipo de Equipamento por métodos óticos</u>	Hospitais	
	Número	%
Endoscópio das vias respiratórias	16	23,2
Endoscópio p/ trato digestivo alto	30	43,5
Colonoscópio	17	24,6
Laparoscópio	16	23,2
Videolaparoscópio	24	34,8
Microscópio cirúrgico	26	37,7
<u>Tipo de Equipamento por métodos gráficos</u>	Hospitais	
	Número	%
Eletrocardiógrafo	56	81,2
Ecocardiógrafo	16	23,2
Eletroencefalógrafo	11	15,9

**QUADRO 10** – Hospitais segundo o tipo de equipamento de diagnóstico

**Fonte:** BNDES, 2002 com elaboração do autor

Quanto ao nível de complexidade assistencial, houve predominância de hospitais de clínicas básicas sem UTI representando 44,9% da amostra. Como hospital geral nível II foram classificados apenas 5 hospitais (7,2%), não havendo registro de nenhum especializado. Para a classificação do tipo geral II, foram considerados os seguintes requisitos:

- possuírem registros de produção dos procedimentos de internação de alta complexidade com ao menos um dos seguintes procedimentos: transplante cardíaco, de fígado, de medula, de pulmão ou renal;
- no caso de procedimentos de neurocirurgia, foi necessário ter o equipamento de tomografia ou ressonância magnética;
- no caso de procedimento de cirurgia cardíaca, ter o equipamento de circulação do sangue extra-corpórea ou Raios-X com hemodinâmica;
- ter UTI ou Unitor.

A produção de serviços mostrou enormes limitações decorrentes das frágeis condições dos sistemas de informação. Dados de produção de serviços ao SUS, aos planos e seguros de saúde, à clientela particular e ao plano próprio, mostram que vários hospitais não detêm informações estruturadas. Considerada a realização de internações, 84% dos hospitais registraram serviços para planos e seguros de saúde, sendo apenas 8,6% para planos próprios.

Considerando a prestação e serviços, 78% dos hospitais registraram a realização de mais de 60% de internações ao SUS. A atenção domiciliar era presente em apenas 1 hospital e hospital-dia estava presente em 4 hospitais. Apenas 12 hospitais (17%) realizavam algum procedimento de alta complexidade (PAC ambulatorial ou internação) e os partos normais e cesáreas eram os maiores motivos de internação.

### Segunda Parte

Esta parte constituiu o objeto central do estudo e abordou questões relacionadas aos dirigentes, à estrutura organizacional e suas práticas gerenciais e aos Sistemas de Informação. Entretanto muitas questões avaliadas nesta parte do estudo não foram objeto da pesquisa realizada com os hospitais filantrópicos de Piracicaba, dessa forma poucas comparações poderão ser feitas.

No estudo foi construído um sistema de classificação como ferramenta de análise das características gerenciais que incluíram seis dimensões da estrutura da gestão: direção e planejamento, econômico-financeira, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informação. A classificação foi construída de acordo com o 3 níveis de desenvolvimento de cada dimensão: incipiente, em desenvolvimento e avançado.

Vale ressaltar que para o fim específico da classificação gerencial, foram excluídos tanto os conglomerados que não tiveram todas as variáveis coletadas, como as entidades filantrópicas constituídas por fundação de apoio, por não apresentarem características comuns aos sistemas de gestão hospitalar pesquisados no estudo, restando assim 63 hospitais do grupo denominado de amostra.

### Dirigentes das Entidades e dos Hospitais

Há 3 tipos de dirigentes: o próprio da entidade (designado como dirigente superior estatutário), o executivo profissional da entidade, e o executivo específico para o hospital. Da amostra, 95,5% dos hospitais possuíam o cargo de dirigente estatutário (exigência legal), 45,5% apresentaram cargo de dirigente executivo das Entidades preenchido por profissional específico e 49,3% apresentaram cargo de dirigente executivo do Hospital preenchido por profissional específico. Nesses casos, em que não há representantes dos cargos de dirigentes, a função poderia estar sendo exercida pelo dirigente estatutário, ou não estar preenchida. Apenas 12 entidades e hospitais possuíam os 3 profissionais simultaneamente e dos dirigentes estatutários, 58,7% dedicavam menos de 20 horas semanais à entidade/hospital.

### Aspectos organizacionais e de gestão geral dos Hospitais

Alguns aspectos práticos e instrumentais foram considerados nessa parte do estudo, tais como apoio externo por parte de outras organizações, existência e formalidade dos cargos de direção, autonomia do dirigente da unidade hospitalar, utilização de instrumentos gerenciais (organograma, planejamento, orçamento e marketing), além de indicadores de estruturação interna para os serviços técnicos (laboratório de análises clínicas, imagem, farmácia e serviço de arquivo médico e estatística – SAME).

Em sua maioria (45 hospitais que corresponderam a 65% dos hospitais filantrópicos da amostra) não recebiam apoio externo para suas atividades. Daqueles com apoio (20 hospitais ou 29%), 9 recebiam apoio de organizações religiosas e 11 de outras fontes (não precisados no estudo). Destacava-se também que alguns hospitais recebiam apoio externo de mais de uma entidade (ONG's internacionais, nacionais, organizações religiosas ou fundações privadas).

A análise dos cargos de direção existentes e sua condição de formalidade nos hospitais revelaram que quando tais cargos existem, a maioria deles são formais. Exceção deve ser feita às áreas de assessoria, não presente na maioria dos hospitais, que quando presentes são informais. Como exemplos, as assessorias de planejamento, qualidade, epidemiologia, comunicação e ouvidoria, não estavam presentes em 56,5%, 66,7%, 62,3%, 63,8% e 65,3% dos hospitais, respectivamente.



Em contrapartida os cargos de direção médica e de direção de enfermagem, estavam presentes em 94% e 90% dos hospitais.

A grande maioria (91,3%) tinha quadro próprio de direção superior e apenas 2 hospitais tinham estas funções terceirizadas. Quanto à autonomia na aquisição de materiais, contratação e demissão de recursos humanos e na contratação de obras de manutenção, acima de 76% dos hospitais referiram essa condição a seus dirigentes. Na falta de autonomia, as decisões eram normalmente tratadas no conselho da entidade e diretoria, e diziam respeito, em sua maioria, à obtenção de empréstimos e aprovação de orçamento. Destacou-se entretanto que cerca de 16% dos hospitais não tinham autonomia para aquisição de materiais e ao redor de 20% para a contratação/demissão de recursos humanos.

Serviços de diagnóstico e logísticos eram em sua maioria próprios do hospital, o mesmo sendo observado em relação a limpeza e lavanderia (acima de 92%). Os serviços mais freqüentemente terceirizados foram o laboratório de análises clínicas (58%), contabilidade (42%), manutenção (40,6%) e diagnóstico por imagem (20,3%). Notava-se também que em alguns serviços coexistiam as duas formas de propriedade.

Em relação aos serviços médico-assistenciais, em sua maioria são próprios, destacando-se como os mais freqüentemente terceirizados os serviços de anestesiologia (8 hospitais) e ginecologia-obstetrícia (6 hospitais). Cruzando-se os dados de terceirização e a existência da especialidade notou-se que a oncologia e cirurgia cardíaca eram as proporcionalmente mais terceirizadas. Praticamente um terço dos hospitais tinha todos os serviços próprios enquanto que a maioria (56,5%) tinha entre um e cinco serviços terceirizados.

Não foram respondidas mais da metade das perguntas sobre a utilização de instrumentos e práticas gerenciais, denotando um quadro gerencial de desenvolvimento limitado. Destacavam-se a existência de canais de comunicação com os clientes em 43,5% dos hospitais, organograma formal em 43,5%, orçamento anual 36,2%, plano formal em 26,1% e avaliação formal em 30,4%. A utilização de

ferramentas de gerência de qualidade foi encontrada em 29% dos hospitais do grupo da amostra.

### Gestão de Recursos Humanos

Os resultados encontrados nesta dimensão expressaram uma ação gerencial limitada e incipiente em termos de desenvolvimento e valorização dos recursos humanos no setor. A maioria dos médicos (diferentemente dos demais profissionais) não apresentou uma vinculação mais evidente com os hospitais onde trabalham, predominando a condição de cadastrado (51,3% dos casos), em que estão autorizados a realizar atividades médicas como profissional autônomo, seja por intermédio de pessoa física ou jurídica. Para outros profissionais da assistência (não médicos) com formação universitária, 62,8% são CLT, enquanto os terceirizados corresponderam a 11,2% e os autônomos a 10,5%.

A média de profissionais por leito foi de 2,07, com valor mínimo de 0,39 e máximo de 14,21. Se excluídos os médicos cadastrados esta relação, na média, foi de 1,69, com valor mínimo de 0,33 e máximo de 7,05. A rotatividade de pessoal (limitada ao quadro de profissionais celetistas dos hospitais) foi menor que 10% em 40,6% dos hospitais, enquanto em 26,1% deles a rotatividade foi superior a 20%.

A prática de incentivos aos funcionários era muito pouco difundida entre os hospitais. Incentivos de apoio a linhas de formação, capacitação técnico funcional e prêmios por antigüidade estavam presentes em cerca de 33% dos hospitais, enquanto a oferta de planos de saúde foi citada por 27,5% dos hospitais e a utilização de incentivos financeiros vinculados à produção em apenas 7,2% dos hospitais.

A maior parte dos hospitais (63,8%) apresentou um percentual de oferta de programas de treinamento inferior a menos de 5% dos profissionais celetistas. O recrutamento de pessoal dava-se principalmente através de indicação por profissionais da entidade e/ou pela seleção de currículos (84%).

### Gestão Econômica e Financeira

A pesquisa citada mostrou o baixo nível de utilização de instrumentos de gestão econômica. Instrumentos básicos como balanço anual foram encontrados em 50% das entidades, o balancete mensal em apenas 36% e auditoria contábil independente e controle do patrimônio (inventário anual e cálculo de depreciação) em 30%. Apenas 12% das entidades mantinham controle de custos e só 18% realizavam demonstrativos de custos e resultados. Quanto à captação de recursos para investimentos, a maioria (79%) não havia recebido recursos do REFORSUS.

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é bem diversificado, em sua maioria com grande dependência econômico-financeira em relação ao SUS, particularmente os hospitais de pequeno porte. Já as entidades de maior porte, sobretudo nas grandes entidades e nos casos especiais, apresentam melhor situação econômica, podendo ser associada à maior diferenciação de suas fontes de receita (GERSCHMAN et al., 2003).

### Tecnologia de Informação

Duas dimensões foram analisadas, a primeira em termos de estrutura - *hardware* - e a segunda relacionando os sistemas e facilidades gerenciais decorrentes de sistemas e programas em funcionamento.

A pesquisa revelou que 29% dos hospitais não possuíam computadores em 2001. Como 6 hospitais possuíam prontuário eletrônico, calculou-se que menos de 9% poderia ser considerado como dispondo de uma estrutura de tecnologia de informação mais complexa e diferenciada. Constatou-se a predominância de sistemas exclusivamente administrativos. Cerca de 80% relataram não possuir sistemas informatizados voltados para dar suporte à clínica.

Confirmando a limitada qualidade de dados de produção assistencial constatou-se que 41 hospitais (59,4%) não possuíam relatórios estatísticos de produção. Em relação à integração de sistemas da gestão da assistência (história clínica, exame físico, dados vitais, procedimentos realizados, diagnóstico principal, diagnóstico secundário, exames solicitação e resultados de análise clínicas e imagem e uso de medicamentos), 91,3% dos hospitais não a apresentaram.

### Níveis de Desenvolvimento Gerencial

Como descritos na segunda parte, para aferir o grau de desenvolvimento gerencial dos hospitais pesquisados, foi elaborada uma classificação tendo por base 70 variáveis que expressavam os diversos campos da gestão hospitalar. Esta classificação não pretendia analisar a qualidade ou mesmo a produtividade no plano médico-assistencial, mas tão somente o campo das estruturas de gestão dos recursos não-médicos ou não-assistenciais.

As dimensões consideradas foram: a) estrutura geral da direção e instrumentos de planejamento; b) gestão de recursos humanos; c) gestão econômico-financeira; d) gestão de serviços logísticos; e) tecnologias de informação; f) gestão de serviços técnico-assistenciais.

Os hospitais foram classificados em 3 estágios distintos de desenvolvimento gerencial: “incipiente” (abaixo de 5 numa escala de 0 a 10); “em desenvolvimento” (de 5 a 9.9 numa escala de 0 a 10); “avançado” (10 por se considerar que há plena correspondência de todas as variáveis ou todos os requisitos gerenciais). Como resultado final, a grande maioria dos hospitais do grupo da amostra (83%) foi classificada como incipiente e apenas 3% deles obtiveram escore final acima de 7. A média global para o grupo foi de 3,42.

### Terceira Parte

Esta última parte apresenta dados sobre 3 temas complementares e considerados na pesquisa. O primeiro considera a inserção das entidades hospitalares filantrópicas no sistema de saúde complementar (seja como operadoras de plano, ou como prestadoras de serviços ao mercado); a segunda analisa aspectos relacionados à inserção das entidades no SUS; a terceira aborda dados acerca dos controles e lógicas de regulação praticadas sobre o setor.

### Entidades e Hospitais Filantrópicos no Sistema de Saúde Complementar: Planos e Seguros de Saúde

A grande maioria era exclusivamente prestadora de serviços ao sistema de saúde suplementar (72,4% do total dos hospitais) e 7,3% eram simultaneamente

prestadoras e operadoras de planos próprios de saúde. Desse total, mais de 78% dos hospitais trabalhavam com até 20 operadoras e 40% deles com até 5 operadoras. Destacaram-se a Unimed como a principal operadora, em 65,2% dos hospitais, seguida pela Cassi, presente em 20,2%, e pelas seguradoras Bradesco e Sul América em 11,6%.

Segundo Ugá (2004) os planos próprios de hospitais filantrópicos encontram-se em sua imensa maioria em pequenos municípios com número pequeno de beneficiários, com maior peso dos planos individuais frente ao coletivo. Não operam exatamente dentro do mercado de planos onde se encontra a maioria das operadoras, porque muitas vezes como são únicas no município, concorrem na prática com o próprio SUS oferecendo a hotelaria como diferencial. Em municípios com outros serviços tem como fator competitivo seus preços, propiciado pelos incentivos fiscais e pelo fato de serem simultaneamente prestadores.

#### Os Hospitais Filantrópicos e o SUS

Verificou-se forte relação entre os hospitais e o SUS no que tange à produção de serviços prestados, até porque a porcentagem de municípios onde o hospital pesquisado é o único existente foi de 53,6%. A avaliação positiva de ações e programas do SUS, pelos hospitais, foi representativa de modo geral, destacando-se o Programa de Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que foram avaliados positivamente por 69,6%, 59,4% e 53,6% dos hospitais.

Também foi representativa a participação dos hospitais nos conselhos municipais de saúde onde praticamente 77% participa da maioria das reuniões. Nos conselhos estaduais há um comportamento inverso com apenas 11,6% participando de todas as reuniões.

#### Controle e Regulação Externa sobre Entidades e Hospitais

Este tópico relatava a prestação de contas dos hospitais filantrópicos a diversos organismos, compreendendo benefícios fiscais e aspectos sanitários, entre outros. O envio obrigatório de relatório ao INSS (até 30 de abril de cada ano), sob pena de perder o benefício de isenção da cota patronal, era exercido por 2 de cada 3

hospitais. De forma análoga, 71% dos hospitais não receberam visitas dos fiscais do INSS. No campo sanitário 87% receberam visitas do fiscal da Vigilância Sanitária e 59,4% dos auditores da assistência e auditores da área administrativa.

### Conclusões

Entre outras conclusões, o estudo mostrou que há fragilidade dos sistemas de informações, especialmente para dados qualitativos de produção assistencial e no âmbito econômico-financeiro. Há forte interdependência com o SUS tendo em vista que 79% da produção efetuada pelas unidades da amostra destinou-se ao SUS.

Em relação à complexidade, constatou-se que a maioria dos hospitais (74%) não possuía leito de UTI, 80% deles possuíam equipamento de RX, 45% deles possuíam ultrassom e 35% videolaparoscópio. Assim, qualquer estratégia para o fortalecimento do setor demandará uma importante incorporação tecnológica.

No aspecto econômico-financeiro, os hospitais da amostra revelaram uma participação do SUS na composição da receita de 64%, enquanto as operadoras responderam por 16%. Quanto às práticas gerenciais, 83% dos hospitais da amostra foram classificados no nível incipiente de desenvolvimento gerencial, revelando necessidade de aprimoramento mesmo para os que apresentaram melhor nível.

O setor filantrópico tem também uma participação importante como prestador de serviços para operadoras de planos e seguros. Na amostra pesquisada, menos de 20% não prestam serviços para o setor privado e, na média da amostra, cerca de 20% de todas as internações realizadas foram para o setor de saúde suplementar ou privado propriamente dito (GERSCHMAN et al., 2003). Estes resultados são inferiores aos encontrados nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, onde mais de 47% das internações de 2000 a 2004 foram realizadas para o setor privado.

Supunha-se uma freqüência maior de terceirizações no interior dos hospitais. Em todos os segmentos, os serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica (SADT) foram os mais citados como terceirizados. Entre eles, destacaram-se: os serviços de patologia clínica e de radiologia, terceirizados, respectivamente, em 58% e 20,3% dos hospitais da amostra; os serviços de patologia clínica, ultra-sonografia, tomografia e hemodinâmica, terceirizados em 27% dos grandes hospitais individuais;

os serviços de patologia clínica e ultra-sonografia, citados por 54% e 38% dos hospitais componentes de conglomerados; e os serviços de patologia clínica, radiologia, ultra-sonografia, hemoterapia, tomografia e hemodinâmica, terceirizados em mais de 50% dos hospitais especiais, segmento que apresentou maior terceirização de SADT.

Considerados o tamanho de seu parque hospitalar, sua grande participação na produção de internações para o SUS e sua dispersão e interiorização no território nacional, os hospitais filantrópicos merecem atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da Saúde. No entanto, o setor como um todo precisa ser compreendido em sua diversidade, com realidades diversas, exigindo, naturalmente, diferentes ações e tratamentos (LIMA et al., 2004). Apreende-se a necessidade de desenvolvimento do setor já que inúmeras estruturas e instrumentos gerenciais básicos sob lógicas minimamente racionalizadoras e voltados para a eficiência, encontraram-se ausentes em boa parte dos hospitais (LIMA et al., 2004).

Dado o expressivo tamanho do parque hospitalar filantrópico no Brasil, sua capilaridade e interiorização em todos os estados, e sua marcante participação na oferta e no volume de atendimentos e internações ao SUS, é da maior relevância que o Estado dedique especial atenção a este aliado na formulação de políticas públicas de saúde. Constituem-se assim, em importante ferramenta estratégica e aliado imprescindível na viabilização dos preceitos de integralidade, universalidade e equidade, previstos na Constituição.

### **3.1.3. Sistema de Saúde Suplementar**

Com o crescimento dos planos e seguros-saúde privados na década de 80 e da omissão da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990 na regulação desse setor, emergiram várias iniciativas do legislativo e executivo e de entidades profissionais voltadas à elaboração de um ordenamento jurídico-legal para a assistência médica suplementar (BAHIA, 2001). Condição no texto constitucional a uma estrita regulação do Estado, a participação da iniciativa privada

no sistema de saúde brasileiro envolveu 10 anos de negociações no Congresso Nacional até ser definida em Lei.

A Lei nº 9.656 de 3 de junho 1998 é o resultado dessas discussões que se iniciaram no Legislativo após a promulgação da Constituição Federal. Sua aprovação no Senado somente foi possível pela introdução de determinadas alterações no enunciado legal por meio de Medida Provisória – MP 2.177-44 de 24 de agosto de 2001, solução política adotada com a concordância dos atores envolvidos, para evitar que o setor permanecesse operando sem regras por mais tempo.

Como marco legal do processo de regulação, entende-se o conjunto formado pela Lei e a MP. A esse conjunto foi acrescida, em janeiro de 2000, a Lei 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde – ANS e lhe deu as atribuições de regulação do setor.

Esta Lei define como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades jurídicas de direito privado que atuam no setor de saúde suplementar, oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. Com base nas informações colhidas no setor, a ANS definiu 8 modalidades de operadoras: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestão (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

O setor de saúde suplementar reúne mais de duas mil empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Estão cadastrados na ANS cerca de 40 milhões de vínculos a planos de saúde - destes, cerca de 14% são vínculos a planos exclusivamente odontológicos. Como uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano, o número de beneficiários é superior ao número de indivíduos que utilizam os planos para realizar consultas, exames e/ou internações (ANS – <http://www.ans.gov.br>).

O subsistema de atenção médica supletiva, chegou a cobrir em 1989, 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total (MENDES, 1992). Em 2004 esta cobertura foi de cerca de 35 milhões, representando aproximadamente 19% da



população brasileira (ANS – <http://www.ans.gov.br>). Estes dados indicam uma redução na cobertura da população e uma certa estagnação no número de beneficiários, que podem estar vinculadas à Lei a partir de 1998 (Tabela 3).

**TABELA 3** – Beneficiários de planos médico-hospitalares com ou sem odontologia, e cobertura da população, de 2000 a 2005.

Ano	Total de Beneficiários	População Brasileira	% Cobertura
2000	35.013.680	172.334.535	20,32%
2001	34.256.870	174.860.332	19,59%
2002	34.136.987	177.397.944	19,24%
2003	34.703.074	179.947.309	19,29%
2004	35.287.050	182.508.370	19,33%
2005	35.314.797	183.793.267	19,21%

**Fonte:** ANS – relatório de setembro/05; IBGE – Estimativas da População – elaboração do autor  
**Nota:** dados de junho de 2005

Dos Planos existentes, as Medicinas de Grupo, seguidas pelas Cooperativas, são as modalidades com maior número de beneficiários. Pode-se notar também que no período em análise a modalidade Cooperativa foi a que apresentou maior crescimento em número de beneficiários (Tabela 4).

**TABELA 4** – Evolução dos beneficiários por modalidade da operadora, de 2000 a 2005

Ano	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
2000	5.895.026	8.651.347	1.328.542	13.298.869	5.826.251	35.000.035
2001	5.765.614	9.138.584	1.362.901	12.566.280	5.401.062	34.234.441
2002	5.743.079	9.520.698	1.370.292	12.910.245	4.570.058	34.114.372
2003	5.698.609	10.050.436	1.317.727	13.109.550	4.495.524	34.671.846
2004	5.483.698	10.661.256	1.312.926	13.215.159	4.575.272	35.248.311
2005	5.322.469	10.862.444	1.268.786	13.391.461	4.433.931	35.279.091

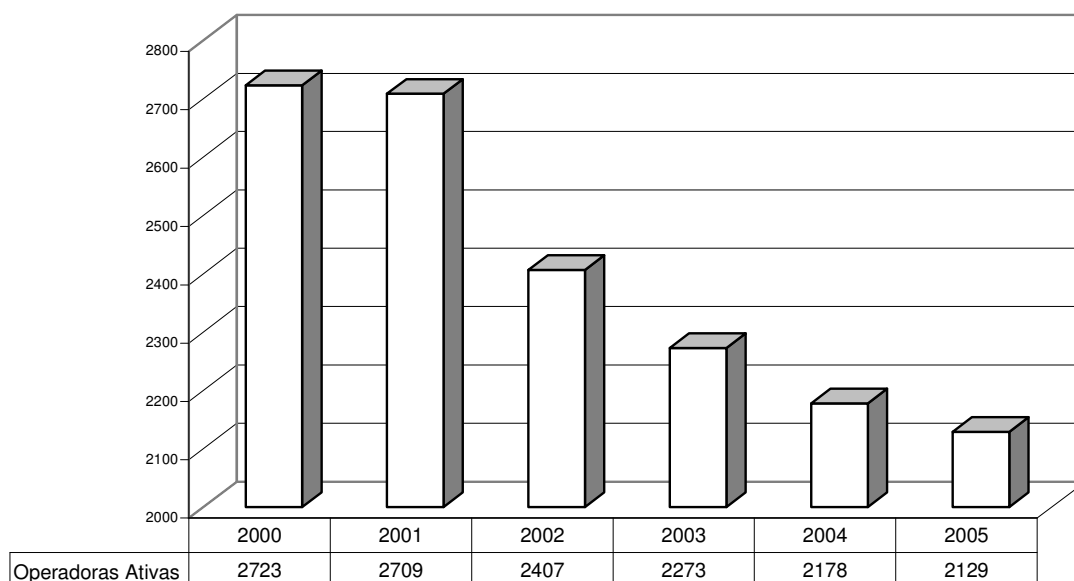
**Fonte:** ANS – relatório de setembro/05

**Nota:** dados de junho de 2005; existem 35.703 beneficiários em operadoras odontológicas com planos não-odontológicos; as administradoras não foram incluídas

Em 1998 apenas 39% dos titulares de planos privados de saúde mantinham vínculo direto com as empresas ou seguradoras. O restante tinha o acesso assegurado pelos empregadores (Bahia, 2001). Nos dados de 2005 divulgados pela ANS, esta participação direta reduziu-se para 21,3%, configurando a grande representatividade dos planos coletivos subvencionados pelas empresas.

O número de operadoras ativas junto a ANS tem diminuído desde 2002 conforme apresentado no gráfico 1, promovendo maior concentração de beneficiários entre essas operadoras. Em junho de 2005, os dados da ANS revelam um contingente de

90% de beneficiários, vinculados a 30% das operadoras no país (tabela 5). Entretanto podemos notar que o número de operadoras ativas em junho de 2005 (2.129) não corresponde ao número de operadoras que possuem beneficiários (1.295), significando que existem no país cerca de 835 operadoras com cadastro ativo na ANS mas que não possuem beneficiários.



**GRÁFICO 1** – Operadoras Ativas na ANS de 2000 a 2005

**Fonte:** ANS – relatório de setembro/05

**Nota:** dados de junho de 2005

**TABELA 5** – Distribuição de beneficiários entre as operadoras em 2005

Beneficiários	% acumulado de beneficiários	Operadoras	% acumulado de Operadoras
3.439.814	9,8%	2	0,2%
7.002.793	19,9%	7	0,5%
10.606.668	30,1%	15	1,2%
14.173.061	40,6%	26	2,0%
17.679.343	50,2%	46	3,6%
21.128.946	60,0%	79	6,1%
24.644.100	70,0%	131	1,1%
28.161.058	80,0%	220	17,0%
31.675.322	90,0%	393	30,3%
35.187.947	100,0%	1.295	100,0%

**Fonte:** ANS – relatório de setembro/05 – cadastro de beneficiários de 06/2005 – cadastro de operadoras 29/058/2005

**Nota:** dados de junho de 2005; existem 126.850 beneficiários ativos em 19 operadoras inativas; o total de operadoras representa o número de operadora com beneficiários

Em Piracicaba, encontramos quatro Planos de Assistência Médica Supletiva do município, sendo duas cooperativas, uma medicina de grupo e uma instituição filantrópica. Há também no município um Plano Odontológico – a Pro Master Assistência Odontológica. No quadro 11 destaca-se o número de beneficiários dos planos de assistência médica ativos no mês de julho de 2005. Cotejados com a população local, revelam uma penetração de 56%. Alia-se a isto, o fato de não estarem computados outros Planos de Assistência Médica, de outras origens que não o município, e que devem resultar em cobertura ainda maior da população.

<b>Plano de Assistência Médica</b>	<b>Registro ANS</b>	<b>Beneficiários</b>
AMHPLA Cooperativa de Assistência Médica	333221	49.256
Intermedici Piracicaba Assistência Médica	312282	8.337
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba	354562	54.961
UNIMED de Piracicaba	315729	86.579
Total de Beneficiários		199.133
População do Município		356.715

**QUADRO 11** – Planos de Assistência Médica Supletiva em Piracicaba e número de beneficiários, em 2005

Fonte: ANS e SEADE, com elaboração do autor

Tais dados reforçam a importância do setor sucro-alcóoleiro e metalúrgico como grandes empregadores e conseqüentemente, financiadores dos planos de saúde em Piracicaba, permitindo uma cobertura da população superior à encontrada no Brasil e no estado de São Paulo, conforme dados do IBGE para o período de 2000 a 2003 (tabela 6).

**TABELA 6** – Cobertura de Planos Privados de Saúde como % da população assistida por unidade da federação, de 2000 a 2003

UF	2000	2001	2002	2003
Rondônia	3,7	3,6	3,5	3,9
Acre	2,9	2,7	2,8	3,1
Amazonas	9,8	9,6	9,9	9,5
Roraima	5,2	5,0	4,8	4,7
Pará	5,5	5,2	6,2	7,0
Amapá	4,7	5,7	5,1	7,2
Tocantins	2,7	2,8	2,7	2,8
Maranhão	3,5	3,6	3,8	3,5
Piauí	4,2	3,8	3,8	4,0
Ceará	10,3	9,7	9,6	9,8
Rio Grande do Norte	9,5	9,2	9,2	9,5
Paraíba	7,6	7,5	7,6	8,0
Pernambuco	11,4	10,5	11,0	11,5
Alagoas	4,6	4,8	5,3	5,4
Sergipe	7,7	8,1	8,0	7,8
Bahia	8,4	7,7	8,0	8,3
Minas Gerais	21,2	21,1	20,2	19,3
Espírito Santo	22,1	23,0	23,4	22,1
Rio de Janeiro	30,4	29,8	29,2	30,6
São Paulo	43,3	41,2	39,1	39,1
Paraná	16,8	16,7	15,8	16,9
Santa Catarina	17,4	15,6	15,4	15,6
Rio Grande do Sul	11,1	11,5	11,9	12,7
Mato Grosso do Sul	10,7	9,6	12,7	12,7
Mato Grosso	7,3	7,4	7,9	8,0
Goiás	9,8	10,0	8,2	8,0
Distrito Federal	31,7	30,1	29,3	29,6
<b>Total</b>	<b>20,5</b>	<b>19,8</b>	<b>19,2</b>	<b>19,4</b>

Fonte: Ministério da Saúde – ANS – Sistema de Informações de Beneficiários; IBGE base demográfica

### 3.2. Financiamento no Setor Saúde

A Organização Mundial da Saúde estabelece que o propósito do financiamento da saúde é de disponibilizar recursos financeiros e de definir incentivos financeiros aos prestadores, de modo a garantir à população acesso a uma saúde pública efetiva e de cuidados pessoais com saúde (World Health Report, 2000). No Brasil, o histórico que precedeu a introdução do SUS revela que o financiamento da saúde foi alvo de mudanças sistemáticas. Na década de 80, a elaboração do Plano Conasp propunha a expansão da cobertura à população, universalizando o acesso às ações básicas de saúde, e desenhava a descentralização e regionalização do sistema de saúde

por meio da co-participação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social no financiamento e gestão do sistema (BARROS, 2003).

Para Barros (2003), a mudança principal foi em relação ao mecanismo de pagamento de serviços hospitalares prestados ao sistema público de saúde, substituindo a Unidade de Serviço (US) pela AIH. Já com o SUDS na segunda metade da década de 80, o financiamento passou a utilizar convênios entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que estabeleciam condições de transferência aos estados da rede de unidade ambulatoriais, recursos oriundos do sistema previdenciários, da contribuição para o financiamento social – FINSOCIAL e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Segundo Piola (2000) o financiamento do sistema público de saúde no Brasil é basicamente originário de contribuições sociais vinculadas à seguridade social, destinadas ao custeio do seguro social, da assistência social e da saúde. Entre essas fontes a contribuição sobre a folha de salários de empregados e empregadores vem desde 1993 sendo utilizada exclusivamente para o financiamento da Previdência Social, com vistas ao pagamento de pensões e aposentadorias.

Desde o início da vigência da Constituição de 1988, que determinou a universalização dos serviços de saúde, permanece a hegemonia da esfera federal na determinação do seu financiamento. Este, originário do Orçamento da Seguridade Social, não especifica a alocação dos recursos necessários para a execução dos serviços de atenção básica e curativa entre União, Estados e Municípios, mesmo com o processo decisório descentralizado existente nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (COSTA, 2003 e BARROS, 2003).

Os problemas enfrentados ao longo do caminho, levaram à adoção de medidas como o atraso ou parcelamento no pagamento aos prestadores, à utilização do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT para o pagamento de dívidas pendentes e conseqüentemente evitar o rompimento com a rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS. Sucessivamente foram obtidos recursos destinados a dar

sobrevida ao sistema. Este processo incluiu a criação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira - IPMF (mais tarde transformada em CPMF), que vigorou a partir de 23 de janeiro de 1997 com vigência temporária de um ano, mas que foi renovada sucessivamente até 1998 (COSTA, 2003; UGÁ e SANTOS, 2005).

Alia-se a isto o fato de estar em vigor uma defasada tabela de preços de procedimentos utilizada para pagamento aos prestadores conveniados ao SUS. Tais defasagens na tabela de preços têm determinado protestos dos prestadores privados conveniados com o sistema, que levou em alguns momentos à suspensão de atendimento hospitalar e ambulatorial eletivos, como o ocorrido em outubro de 2005 nas Santas Casas e hospitais filantrópicos no Brasil (JORNAL DE PIRACICABA – 19 de outubro de 2005).

No período que sucedeu a criação do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 em 1990, houve rápida expansão da demanda a ser atendida pelo sistema, até então dimensionado para atender uma parcela da população vinculada ao mercado formal de trabalho. Como consequência do descompasso entre oferta e demanda, aliado aos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados conveniados, houve progressiva degradação da qualidade de serviços oferecidos pelo sistema público, obrigando as esferas de governo estaduais e principalmente municipais, a assumirem progressivamente papéis de maior relevância no financiamento do sistema (BARROS, 2003).

No contexto dessa crise de financiamento e da precariedade no atendimento à população, o sistema privado de assistência à saúde que atuava, segundo a CF 1988 de forma complementar, teve sua expansão facilitada, sem que houvesse uma regulação específica do setor. Isto só ocorreu com a aprovação da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e posteriormente com a criação da Agência Nacional de Saúde Supletiva (ANS), por meio da Lei 9.961 de junho de 2000, que passou a exercer o controle desse setor (BARROS, 2003).

Na medida em que não se tinha vinculação de recursos da União para o setor saúde, contribuindo para que o financiamento no plano federal tivesse oscilações acentuadas, foi aprovada em 13 de setembro de 2000, a EC-29 com vistas a

assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (RIZZOTTO, 2000). Por ser uma elaboração mais técnica que política, procurou estabelecer metas de crescimento do financiamento de saúde alinhadas ao crescimento do país, vinculando o aumento de gastos ao do PIB brasileiro e determinando recursos mínimos a serem aplicados entre 2000 e 2004 nas ações de serviços públicos de saúde, pela União, Estados e Municípios.

Para Rizzotto (2000) a aprovação da EC-29 pode não significar mudanças significativas no financiamento do setor saúde, pois entende que ela “apenas sancionou o comprometimento atual dos gastos do município e do governo federal com a saúde”. Por outro lado esta vinculação reforça o compromisso das diferentes esferas de governo em cumprirem a destinação de recursos para a saúde, podendo ser acompanhadas e fiscalizadas pelas instâncias dos Conselhos de Saúde e pela sociedade de maneira geral.

Auxiliares no processo de descentralização, as transferências de recursos do SUS da União aos Estados e Municípios são realizadas por meio de três mecanismos distintos:

- 1) transferências fundo a fundo, que consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as condições de gestão do beneficiário estabelecidas na NOB-01/096;
- 2) transferência por serviços produzidos, pagos diretamente aos prestadores da rede estadual ou privados conveniados ou contratados de acordo com a tabela SUS, para os serviços realizados de acordo com a programação e autorização do gestor;
- 3) transferência por convênio, cujos recursos são repassados para o cumprimento de emendas parlamentares, a execução de programa e ações de saúde ou a assistência financeira suplementar.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os Fundos Estaduais e Municipais recebem recursos dos seus próprios orçamentos; o Fundo Municipal pode receber também recursos do Fundo Estadual se houver regras estabelecidas entre eles.

A partir da implementação da EC-29, aumenta a participação das esferas infranacionais, principalmente a municipal, no financiamento setorial. Em 2002, os municípios já estavam assumindo mais de 20% do gasto público em saúde, enquanto os estados que, diferentemente, haviam diminuído sua participação percentual no financiamento público da saúde, resgatam papel semelhante no financiamento do SUS (UGÁ e SANTOS, 2005).

A Emenda Constitucional estabeleceu que a União devia aplicar em 2000 o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de pelo menos 5% e, no período 2001 a 2004, devia destinar à saúde o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto, PIB (EC-29). Quanto às esferas infranacionais, a EC-29 dispôs que os municípios deviam destinar, até 2004, um mínimo de 15% de sua receita para o gasto com saúde e os estados e Distrito Federal deviam alocar, no mínimo, 12% da sua receita à saúde (EC-29).

A análise do financiamento do setor saúde deve considerar as parcelas oriundas de 3 distintos agentes:

- o Governo, que provê a oferta pública de serviços de atenção à saúde (prestados por unidades públicas ou privadas contratadas e/ou conveniadas ao SUS);
- as Famílias, que despendem despesa direta em serviços de saúde e na compra de planos e seguros de saúde;
- as Empresas, que oferecem coberturas de assistência médico-hospitalar suplementar aos seus empregados, seja mediante a compra de planos de saúde para os seus empregados e dependentes, seja pela oferta de serviços de saúde próprios e/ou o ressarcimento de gastos em saúde efetuados pelos trabalhadores da empresa (UGÁ e SANTOS, 2005).

A tabela 7 a seguir exhibe a composição do financiamento do SUS em 2002, destacando-se as receitas públicas por esfera de governo com os recursos destinados à saúde, e o gasto privado direto seja ele efetuado em consumo de serviços e medicamentos, e na compra de planos e seguros de saúde.



**TABELA 7** – Composição do Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil – 2002

ITENS POR ESFERA DE GOVERNO	Receita de Tributos (1) (R\$ milhões)	Recursos destinados à Saúde (2) (R\$ milhões)	% Recursos destinados à Saúde s/ total Financiamento
<b>PÚBLICO</b>			
<b>União</b> (COFINS, CSLL, CPMF, demais fontes)	276.761,0		
Sub-Total	276.761,0	29.341,1	25,44%
<b>Estados</b>			
Impostos e demais fontes	92.399,8		
Transferências da União	27.813,4		
Sub-Total	120.213,2	10.163,7	8,81%
<b>Municípios</b>			
Impostos e demais fontes	22.564,7		
Transferências da União	23.686,7		
Transferências dos Estados	32.859,4		
Sub-Total	79.110,8	10.968,7	9,51%
<b>Total Público</b>	476.085,0	<b>50.473,5</b>	<b>43,77%</b>
<b>PRIVADO</b>			
Gastos Privados direto das Famílias (4) (excluído gasto com planos de saúde)		39.778,5	34,50%
Gastos Privados com Planos e Seguros de Saúde		25.063,1	21,73%
<b>Total Privado</b>		<b>64.841,6</b>	<b>56,23%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>115.315,1</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** UGA e SANTOS, 2005 p.30 – adaptado pelo autor

**Nota (1)** Fontes públicas: União dados calculados pelo IPEA com base no SIDOR e SIAFI; Estados estimados pela equipe SIOPS com base nas nos Balanços Estaduais e, Municípios: dados informados até 17/12/2003 ao SIOPS por 4.770 municípios que representam 93% da população;

**Nota (2)** Fonte: POF-IBGE 2002/3, gastos privados com saúde subtraídos os gastos declarados no item planos e seguros de saúde;

**Nota (3)** Fonte: ANS 2004, dados do DIOPS ano base 2003. Contempla o financiamento efetuado por PF e PJ.

Nota (4): incluem gastos diretos aos prestadores (exames, consultas, materiais, tratamentos médicos e odontológicos e medicamentos)

Verificamos aqui que os gastos privados com saúde em 2002 foram superiores aos públicos, e que a chamada medicina supletiva, que atua como complementar ao sistema público, participa de forma relevante nos gastos gerais com saúde. É importante observar que, dos gastos privados em saúde, mais de 60% é despendido na compra direta de bens e serviços que não os planos de saúde. Reforçando a assertiva de Barros (2000), que aborda a hegemonia da esfera federal no financiamento da saúde, podemos notar na tabela 1 que duas importantes fontes de

recursos dos governos estaduais e municipais, são transferências federais, que representam 23,1% das receitas estaduais e 29,9% das receitas municipais.

Dada a alta concentração de renda da sociedade brasileira, a população de baixa renda não poderia ter acesso a um sistema suplementar ao SUS, caso esse financiamento não fosse dado pelo empregador. Além disso, o caráter regressivo dos impostos, como o ICMS, desfavorece a população de baixa renda cujo ônus do financiamento incide mais que proporcionalmente sobre sua renda do que a dos mais ricos. (UGÁ e SANTOS, 2005).

O caminho para uma solução perene para o financiamento da saúde parece ser árduo, na medida em que inúmeros aspectos determinantes, como produção nacional, distribuição de renda e efetivo compromisso público, precisam estar alinhados para que os crescentes custos da saúde possam estar equacionados pelas políticas públicas.

### **3.3. Oferta e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil**

De acordo com Castro, Travassos e Carvalho (2005), a oferta de serviços de saúde no Brasil segue o “*Inverse Care Law*” descrito por Hart (1971), pois não está distribuída segundo as necessidades de saúde e é derivada da desigualdade do gasto público federal *per capita* entre os Estados brasileiros e das diferentes capacidades de autofinanciamento dos Estados e Municípios.

Na medida em que a oferta é disponibilizada tanto pelo poder público como pelo privado, podemos agregar às razões descritas acima, que a desigual distribuição regional de renda em nosso país, induz a u’a maior oferta de serviços de saúde nas grandes áreas urbanas.

No estudo realizado por Castro, Travassos e Carvalho (2005), o principal fator associado às admissões hospitalares foi necessidade de saúde, mas os resultados sugerem a existência de efeito de demanda induzida pela oferta no caso dos leitos hospitalares. Um estudo sobre a demanda de serviços de saúde na Inglaterra

concluiu que “o número de leitos existentes é o número de leitos utilizados” (FORSYTH, 1960 apud RODRIGUES FILHO, 1983), ou em outras palavras, a oferta de leitos cria a demanda de serviços.

Numa análise da definição de necessidade de saúde, usamos o conceito de noção utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar consumir cuidados para melhorar seu estado de saúde (MALIK, 2001), seja ela categorizada em necessidade expressa, entendida como procura por cuidados, necessidade sentida, que é referida pelo indivíduo, ou necessidade normativa, que é tecnicamente definida pelos profissionais de saúde (PEREIRA, 1995).

A utilização de serviços de saúde é o resultado de múltiplos fatores, influenciados por necessidades biológicas de intervenção à saúde, acesso, demanda e uso real do serviço. Informações relacionadas às condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, culturais e ambientais da população são necessárias para avaliar e monitorar o uso de serviços de saúde, como uma base de planejamento (PAHO, 1999).

Quando analisamos a oferta de leitos hospitalares para internação em relação à população no Brasil, observamos que houve queda desse indicador de 3,65 para 2,70 leitos por 1.000 habitantes no período de 1992 a 2002 (SAS/MS-2004). Esta queda se verifica em todas as regiões do país, apesar de existirem diferenças entre elas tanto em número de leitos por habitante quanto pela redução percentual no período. Cabe ressaltar que os parâmetros de cobertura sobre a necessidade de leitos indicados pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1101/GM de 12/07/2002, apontam valores de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes (IBGE, 2002).

Nesse período a oferta de leitos em estabelecimentos públicos no Brasil caiu de 0,91 leitos por 1.000 habitantes em 1992 para 0,87 em 1999 e 0,84 em 2002. Paralelamente a oferta de leitos SUS mostrou índices por 1.000 habitantes de 2,59 em 1999 e 2,05 em 2002. Este quadro caracteriza que apesar da forte presença de hospitais não públicos na oferta de leitos SUS, houve um decréscimo mais acentuado na oferta de leitos desses hospitais do que aquele observado pelos Hospitais Públicos (IBGE – PAMS; 1992, 1999 e 2002) (Quadro 12).

	Leitos Totais	Leitos SUS totais	Leitos SUS públicos
<b>1992</b>	3,7	2,6	0,9
<b>2002</b>	2,7	2,1	0,8
variação %	-26,0%	-20,8%	-7,7%

**QUADRO 12** – Oferta de leitos totais, leitos SUS totais e leitos SUS públicos por 1.000 habitantes, em 1992 e 2002

**Fonte:** IBGE - PAMS 2002 – elaboração do autor

Para analisarmos a oferta e utilização de serviços de saúde no Brasil, há que se fazer a distinção dos estabelecimentos de serviços ambulatoriais (sem internação), de apoio à diagnose e terapia, e aqueles com internação. Esta separação é importante, pois durante os anos 90 houve simultaneamente formulações de políticas dirigidas ao processo de descentralização e autonomia dos municípios na gestão dos recursos destinados à atenção à saúde e a expansão dos planos privados de saúde e sua ampliação na relação com os diferentes prestadores de serviços (VIACAVA e BAHIA, 2002).

Para uma breve revisão dos dados disponíveis das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, foi utilizada a análise de Viacava e Bahia (2002) sobre a oferta de serviços de saúde com os resultados das pesquisas de 1992 e 1999, e agregados alguns resultados obtidos da última pesquisa de 2002 realizada através do REFORSUS, onde se delineia um panorama mais atualizado da oferta de estabelecimentos de saúde, considerando o porte, a especialização dos serviços e as modalidades de financiamento.

#### Estabelecimentos sem internação

Em 2002, o total de estabelecimentos sem internação somavam 46.428, sendo 75,6% públicos e 24,4% privados (não computados aqui os consultórios privados que não foram incluídos na pesquisa). Na comparação das pesquisas de 1992 e 1999 houve crescimento de estabelecimentos ambulatoriais públicos e privados sem internação, com taxas anuais de 4,9% e 4,6%, respectivamente. Entretanto enquanto no setor público a expansão é principalmente decorrente do crescimento de estabelecimentos com apenas um consultório, no setor privado ela é verificada nos estabelecimentos com mais de 10 consultórios.

Em 2002 a pesquisa revela que a totalidade dos estabelecimentos sem internação cresceu em relação a 1999 a uma taxa anual de 4,2%, sendo 5,4% no setor público e 1,0% no setor privado, mostrando uma desaceleração nas entidades mantenedoras privadas e uma aceleração nas públicas.

Acompanhando esta evolução, as pesquisas de 1999 e 1992 mostram que os recursos humanos nesses estabelecimentos cresceram de forma diferenciada, já que médicos e outros profissionais de nível superior cresceram a uma taxa anual de 6,0%, sendo 5,1% e 7,9% entre público e privado, respectivamente, enquanto técnicos e auxiliares cresceram a uma taxa anual de 17,5% e 2,3% entre público e privado, respectivamente.

Em relação ao financiamento, 75,9% de todos os estabelecimentos sem internação tinham como principal fonte o SUS; 20,4% tinham os Planos de Saúde e desembolso direto como principal fonte e o restante 3,7% dos estabelecimentos eram financiados tanto pelo SUS, como Planos de Saúde e desembolso direto.

#### Estabelecimentos de Apoio à Diagnose e Terapia

Os estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia refletem a marcante presença do setor privado, já que estes representavam 94,6% e 95,1% do total de estabelecimentos em 1992 e 1999, respectivamente. Tanto o setor público como o privado, mostraram crescimento entre as duas pesquisas de 1992 e 1999 com taxas anuais de 7,3% e 8,9%, respectivamente. Em 2002 o número total desses estabelecimentos cresceu à razão de 16,3% ao ano desde 1999, o que revela o intenso incremento ocorrido nesse período. Desse total de 4.200 novos estabelecimentos, 317 foram públicos e 3.883 privados, o que representou incrementos anuais desde 1999 de 23,6% para os públicos e 15,9% para os privados.

Como resultado, em 1999 o financiamento exclusivamente pelo SUS representava 5,8% do total, enquanto os Planos de Saúde e desembolso direto são fonte exclusiva de 71,0% dos estabelecimentos, cabendo os restantes 23,2% ao financiamento tanto pelo SUS, como Planos de Saúde e desembolso direto.

### Estabelecimentos com Internação

Os estabelecimentos com internação formaram um conjunto de 7.430 na pesquisa de 1992, atingindo 7.806 em 1999 e voltando a 7.397 em 2002. Apesar dos estabelecimentos públicos serem em número menores que os privados, a representatividade dos públicos cresceu de 28,5% para 33,5% e 35,0% nas pesquisas de 1992, 1999 e 2002, respectivamente. Com a premissa de que os estabelecimentos públicos e privados conveniados com o SUS pertencem ao segmento SUS, os resultados das pesquisas de 1992 e 1999 mostraram certa estabilidade na oferta entre estes tipos de estabelecimentos. Entretanto, em 2002 eles mostraram importante evolução (de 19,5%) em relação a 1999.

A utilização dos leitos no Brasil não acompanhou a redução de sua oferta, mantendo-se praticamente estável no período de 1992 a 2002. As internações foram 19.864.441 em 1992, 19.150.918 em 1999, e 19.967.198 em 2002. Tais variações significaram um aumento de 0,5% das internações no País, de 1992 a 2002. Cotejados com a oferta de leitos totais nesse período que era de 544.357 em 1992 reduzindo para 471.171 em 2002, obtemos uma relação de 36,5 internações por leito em 1992 que aumentou para 42,4 em 2002. Isto revela u'a maior utilização dos recursos de leitos disponíveis pelo sistema.

A evolução do número de leitos públicos ocorre em todo o país no período de 1992 a 1999 a uma taxa anual de 0,8%, enquanto os leitos do setor privado mostram uma involução de 2,5% anual no período. No geral há uma involução de 10,9% na oferta de leitos totais no Brasil nesse período. Esta tendência se confirma na pesquisa de 2002, quando o total da oferta continua em decréscimo, com redução de 2,8% de 1999 a 2002, sendo que no setor público permanece a taxa anual de crescimento de 0,8%, que representou 3.245 novos leitos no período, enquanto no setor privado a taxa anual de involução foi de 2,0%.

Em relação aos recursos humanos, os estabelecimentos com internação apresentaram uma redução do total de funcionários de 11,6% e 12,8% no período de 1992 a 1999 nos hospitais públicos e privados, respectivamente. As únicas categorias que mostraram discreto crescimento foram "outros profissionais de nível

superior” (não médicos) e os “administrativos”, que cresceram no setor público 1,7% e 23,4% respectivamente e 36,7% e 19,7% no setor privado.

Na pesquisa de 1999, o financiamento exclusivo pelo SUS é de 34,5% dos estabelecimentos com internação, 21,5% exclusivamente por Planos de Saúde e desembolso direto, enquanto que 44,0% são simultaneamente financiados pelo SUS, Planos de Saúde e desembolso direto.

### **3.4. Indicadores Hospitalares**

Na gestão de sistemas e serviços de saúde, o processo de tomada de decisão baseado em informações tem sido a diretriz consensual no planejamento efetivo e responsável da ação e na avaliação de suas intervenções. Esta diretriz pressupõe que fatos, dados e evidências observados sistematicamente, permitem conhecer o fenômeno de modo a poder estabelecer ações que visem seu controle (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Entretanto, a informação é um elo no processo de produção do conhecimento científico. Para compreensão da sistematização desse processo, utilizamos o conceito que estabelece a relação e concatenação entre observação, dado, indicador, informação e conhecimento (ALMEIDA FILHO e ROUQUARYOL, 2002 apud ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Segundo os autores, observação é um processo de identificação, seleção, coleção e registros sistemáticos de sinais concernentes a um caráter essencial de objetos naturais, culturais ou sociais. O dado é uma observação que recebe um significado, produzido por um sistema de codificação. Quando estes dados indicam parâmetros, entendidos como padrões ou referências, ou propriedade, são considerados indicadores.

Os indicadores são classificados segundo o uso a que se destinam e os tipos de dados empregados na sua construção, e devem possuir atributos como integridade, entendida como a completude dos dados referentes à medição efetuada, e

consistência interna, com valores coerentes e não contraditórios (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Nas organizações o acompanhamento dos resultados é crucial na medida em que eles podem identificar desvios e fraquezas que precisam de correção ou reorientação. Para o acompanhamento é necessário o estabelecimento de parâmetros de comparação pelo observador, pois constituem relações desejáveis entre variáveis e indicadores (RODRIGUES FILHO, 1983).

Segundo este autor, os indicadores podem ser instrumentos de medição, de *feedback*, de monitoramento, de comparação, de controle e de avaliação. Assim como em outros setores, na gestão hospitalar os indicadores e parâmetros podem ser utilizados na análise da eficácia, eficiência e efetividade na prestação de serviços médicos e assistenciais.

Os indicadores de saúde podem ter formas numéricas ou não, obtidos a partir dos sistemas de informação, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente. A partir desse conhecimento pode-se intervir para alcançar metas e objetivos estabelecidos pela organização ou sistema (CARVALHO e EDUARDO, 1988).

Inúmeras são as questões importantes em relação ao processo de avaliação de instituições de saúde, uma vez que, pelo próprio sentido da palavra, avaliar significa atribuir um valor. A avaliação pode ser entendida como uma técnica que transforma a informação em juízo valorativo. No sentido amplo, representa o valor referente a uma ação, a uma direção tomada, baseada em objetivos. Por isso a utilização de indicadores quantitativos tem sido cada vez mais valorizada, acreditando-se que produz evidências da qualidade (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Para a OMS é necessário um número mínimo básico de indicadores, para que se possa conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde (CARVALHO e EDUARDO, 1998). A esse respeito, quando se fala



em planejamento hospitalar, o número de leitos e a taxa de ocupação hospitalar são medidas básicas que deveriam ser observadas (RODRIGUES FILHO, 1983).

O SIPAGEH, assevera que a avaliação de desempenho dos hospitais é, hoje em dia, uma das principais preocupações do setor, uma vez que é através do seu resultado que se pode perceber se está ocorrendo uma gestão eficaz. As comparações entre instituições também são alvo de processos avaliativos, uma vez que planos de melhoria podem ser desenvolvidos com as contribuições advindas de instituições que já encontraram os caminhos e se dispõem ao estabelecimento de parcerias.

Entretanto a consistência de comparações entre instituições somente poderá ocorrer na medida em que os indicadores forem concebidos, aceitos e medidos de comum acordo, ou seja, quando houver padronização.

Como característica comum à grande parte dos sistemas de saúde, está o uso insuficiente, excessivo ou inadequado dos serviços de saúde; para tanto é necessário se conhecer a efetividade e a eficiência das ações de saúde por meio de um adequado monitoramento das fontes de dados e informações. A esse respeito é imprescindível que esteja garantida a fidedignidade dos dados e o monitoramento da qualidade dos indicadores, sob pena do usuário perder a confiança na informação produzida. (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Na saúde a análise sistemática requer o acompanhamento de indicadores padronizados, capazes de medir aspectos relevantes do estado de saúde de uma população e sua correlação com fatores condicionantes e determinantes. Esses indicadores devem compor um conjunto básico estabelecido de forma criteriosa e consensual pelos *stakeholders*, de modo a construir uma plataforma comum de trabalho.

A gestão por indicadores e parâmetros nos remete ao conceito de painel de observação (e como instrumento de gestão o *Balanced Score Card*) que pode ser utilizado para mensurar tanto ativos tangíveis como resultados quantitativos de desempenho (de custo, de produtividade, de qualidade), quanto ativos intangíveis como, o capital humano (competências e habilidades), o capital estrutural interno

(sistemas administrativos) e externo (apoio e interesse de seus clientes e prestação e confiabilidade dos fornecedores).

Na gestão dos serviços de saúde, os indicadores podem ser qualitativos, tais como clima organizacional, percepção da qualidade dos cuidados com a saúde (tanto pelos usuários como pelos profissionais de saúde), e pesquisa de satisfação com o cliente (pacientes e parentes/acompanhantes).

Também podem ser quantitativos, como índice de infecção hospitalar, taxa de ocupação, tempo médio de permanência no hospital, funcionários por leito, indicadores de custo de pessoal no hospital, ou específicas desse tipo de serviço como tempo de espera para atendimento, entre outros.

Cada indicador deve necessariamente ter seus atributos claramente expressos para que os usuários compreendam o significado dos dados produzidos e as suas limitações. Indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendência e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.

Uma relação de indicadores utilizados por instituições governamentais e não-governamentais nacionais e internacionais para avaliar o desempenho de sistema de saúde, pode ser obtida no *site* do Projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro - Pro-Adess da Fiocruz. Indicadores do PROAHSA (<http://www.hcnet.ups.br/proahsa>), Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (<http://www.saude.gov.br/ripsa>), Australian Institute of Health and Welfare - AIHW (<http://www.aihw.gov.au>) e National Health System – NHS do Reino Unido (<http://www.nhs.uk>), fornecem amplo e variado material de consulta.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA, criada por iniciativa conjunta do MS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reúne o esforço cooperativo de várias instituições representativas dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse para a saúde

no país. Tem como propósito subsidiar, com informações relevantes, os processos de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro.

Ela classifica os indicadores em 6 categorias: demográficos, sócio-econômicos, de mortalidade, de morbidade/fatores de risco, de recursos, e de cobertura. Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - IBD são o produto dessa ação, e divulgados por meio do DATASUS, responsável pela disponibilização pela internet e impressão dos folhetos anuais (RIPSA).

As diferentes classificações de indicadores e suas respectivas seleções por parte de cada organismo, refletem a importância das diferentes perspectivas que cada um deles pretende acompanhar, mesmo porque foram construídas com base em necessidades específicas. Para tanto é necessário saber claramente o que se quer mensurar, para que se quer mensurar e para quem o indicador terá uso. Assim, adaptando a definição de Escrivão Junior (2004), os indicadores “são medidas-síntese que contém informação sobre determinados atributos e dimensões relativos a eventos de interesse” dos *stakeholders*.

A informação é produzida a partir do processo de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação de dados (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004); por isso há consenso de que não é possível exercer gerência se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação. Na saúde a informação deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem sua atividade.

As informações para serem úteis ao processo de decisão, devem ter como atributos sua fidedignidade (conhecer sua origem), relevância (grau de importância pra o processo decisório) e disponibilidade (acessíveis para permitir resposta adequada em tempo ideal).

Por fim a informação torna-se conhecimento depois de referenciada num marco conceitual (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004). O conhecimento que as informações

permitem obter pode ser expresso por meio de um conjunto de indicadores e constituem ferramentas de monitorização das atividades e do alcance dos objetivos e metas.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Revisão Bibliográfica**

A revisão bibliográfica partiu das palavras-chaves orientadas à pesquisa realizada, que incluía: políticas de saúde, SUS, assistência supletiva, oferta de serviços hospitalares, indicadores hospitalares, hospitais filantrópicos e financiamento do setor saúde.

Foram pesquisadas com as palavras-chaves, bases de dados como DATASUS (<http://datasus.gov.br>), Pro-Adess (<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>), SEADE (<http://www.seade.gov.br>), Biblioteca Virtual em Saúde – BVS do Ministério da Saúde e BIREME/OPAS/OMS (<http://saudepublica.bvs.br>) e IBGE (<http://www.ibge.gov.br>). Foram pesquisados periódicos e publicações seriadas na área de Saúde Coletiva, como Cadernos de Saúde Coletiva e Revista de Saúde Pública, Relatórios de Pesquisa da FGV-EAESP, assim como, Revista de Administração de Empresas, Revista de Administração Pública, Revista USP, e publicações da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e BNDES, no período de 2000 a 2005.

Especificamente em relação aos indicadores de saúde, o modelo base das informações veio do relatório de pesquisa de Álvaro Escrivão Filho - *Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo*, além da consulta nos *sites* da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm>), do Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) (<http://www.economicas.unisinos.br/sipageh/home.php>), e do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROAHSA) (<http://www.hcnet.usp.br/proahsa>).

Vários *sites* foram pesquisados como fonte de pesquisa, como a da ANS (<http://www.ans.gov.br>), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) (<http://www.abramge.com.br/>), da Organização Pan Americana de

Saúde (OPAS) (<http://www.opas.org.br>), da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) (<http://www.fesehf.org.br>).

Por fim, as dissertações e teses da FGV-EAESP da Biblioteca Karl A. Boedecker e da USP (<http://www.teses.usp.br>) que continham as palavras-chaves sobre serviços hospitalares, hospitais filantrópicos e financiamento, foram foco de pesquisa. A tese de Everton Soeiro, em especial, serviu como base na revisão e análise da situação dos hospitais, além de materiais das disciplinas de Economia da Saúde, Políticas e Planejamento em Saúde.

## **4.2. TRABALHO DE CAMPO**

### **4.2.1. Desenho do Estudo**

O desenho do Estudo previa uma coleta de dados quantitativos (anexo 1) e qualitativos (anexos 2, 3 e 4). Os dados qualitativos seriam obtidos, seguindo roteiros adrede preparados, por meio de entrevistas pessoais junto aos administradores ou diretores clínicos dos hospitais, e junto aos representantes da CIB do Município de Piracicaba – o Secretário Municipal de Saúde e a Diretora da Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo na DIR XV.

Os dados quantitativos do período de 2000 a 2004 seriam coletados em cada um dos hospitais. Estavam relacionados ao dimensionamento de equipamentos diagnósticos, recursos humanos, número de leitos e utilização dos serviços disponíveis em cada um deles, aos dados sobre internações de pacientes que utilizaram planos de saúde ou particulares, e a indicadores do serviço.

Os dados relativos às internações SUS seriam obtidos diretamente do DATASUS. Importante mencionar que ao longo dos últimos anos o SUS desenvolveu uma ampla base de dados por meio de um órgão de informática, o DATASUS, que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Conta para isso com extensões estaduais, que constituem a linha de frente no

suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

Em sua base de dados constam informações a respeito dos indicadores de saúde, estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas, assistência à saúde e prestadores de serviços ao SUS, alimentadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES pelos próprios estabelecimentos, além de dados de produção e de epidemiologia e morbidade.

Sendo um órgão de informática de âmbito nacional, exerce papel importante como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação da Saúde, tendo como principais atribuições a manutenção das bases nacionais do Sistema de Informações de Saúde e a disseminação de Informações em Saúde, para a Gestão e o Controle Social do SUS bem como para apoio à Pesquisa em Saúde.

Dado o vasto volume de informações relativas a cada um dos hospitais habilitados pelo SUS, e apesar de estarem registradas na base de dados do DATASUS, não é possível obter pela internet informações de cada uma das internações em diferentes períodos, tais como, data de entrada e saída do paciente, valor de cada internação por AIH, diagnóstico principal e secundário classificado pela CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), número da AIH e valor total com o código do procedimento realizado, sexo e município de residência do paciente.

Por existir contato do autor com assessora do SIOPS, foi possível obter da base de dados provenientes do DATASUS todas as informações solicitadas sobre as internações SUS de cada um dos hospitais no município de Piracicaba, além daqueles relativos às despesas e receitas do município com os serviços de saúde.

Na definição preliminar do universo a ser pesquisado, foram considerados os 5 hospitais existentes na cidade de Piracicaba. Vale ressaltar que apesar do ano 2000 fazer parte do estudo, não foram coletados e analisados os dados referentes ao Hospital Espírita Cesário Mota Jr., desativado em 2000 e cujos 237 leitos SUS

disponíveis para internações psiquiátricas haviam sido transferidos para os Hospitais Psiquiátricos dos Municípios de Araras de Rio Claro, que compõem a DIR XV.

Como o presente trabalho se propõe a analisar o perfil da oferta e utilização dos serviços hospitalares em Piracicaba, todos os dados, tanto das entrevistas como as informações quantitativas, seriam agrupados e condensados para se elaborar um quadro único do município a partir desse grupo pré-definido, não objetivando identificar isoladamente os dados de quaisquer dos hospitais ou das respostas dos entrevistados.

A seqüência do trabalho de campo desenvolver-se-ia por meio do agendamento por telefone de um contato pessoal com o administrador ou o diretor clínico do hospital, e teria como finalidade apresentar e detalhar o projeto de pesquisa, inclusive utilizando os formulários previamente preparados, solicitando seu preenchimento, ou a permissão de acesso às informações ou pessoas encarregadas em cada área do hospital. Para este preenchimento estimava-se um prazo total de cerca de quatro semanas. Neste primeiro contato pessoal já seria agendada a entrevista com o administrador ou diretor clínico, que seria realizada num segundo momento, com uma duração média esperada de uma hora.

O objetivo de buscar os depoimentos dos diretores clínicos ou administradores dos hospitais visava obter, sob a ótica de cada um dos gestores dos hospitais, quatro aspectos relevantes para a interpretação das perspectivas atuais e futuras: o primeiro diz respeito à situação da oferta e utilização de serviços no município e no próprio hospital, na medida que são centros de internação e de procedimentos cirúrgicos para a população local e dos municípios vizinhos; o segundo é relacionado aos eventuais movimentos de ambulatorização e desospitalização observados no município; o terceiro, à seleção dos principais indicadores utilizados no hospital e o quarto, a relação desses hospitais com a gestão municipal de Saúde, frente à gestão ser na modalidade plena do sistema, uma vez que não existe hospital estatal no município, existindo apenas um hospital municipal de pequeno porte em Itirapina, município pertencente à região da DIR XV.



Os quadros para a coleta das informações quantitativas, separados em 4 blocos distintos, foram previamente elaborados, de modo a facilitar o agrupamento dos resultados dos hospitais para posterior análise. No primeiro bloco seriam solicitadas informações sobre a natureza e tempo de existência do Hospital, se realizava atendimento SUS e quais operadoras privadas de saúde compravam seus serviços; se os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica - SADT estavam disponíveis também para uso externo e qual seu grau de terceirização; se o hospital possuía unidades de urgência/emergência, ambulatório, centro cirúrgico e centro obstétrico; quais os procedimentos de alta complexidade executados; se o hospital mantinha ou não serviços de atenção domiciliar e quais as comissões existentes.

No segundo bloco eram levantadas informações anuais, do período entre 2000 a 2004, a respeito do número de leitos identificados por financiador, e a classificação por tipo de utilização (obstétrica, UTI, UTI neonatal, pediátrica, clínica, cirúrgica, entre outras); os recursos humanos (número de profissionais por categoria entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e administrativos, além do grau de terceirização desses profissionais). Ainda no segundo bloco eram solicitados dados anuais sobre a quantidade de equipamentos de diagnósticos – Raio X, Ultrassonógrafos, Eletrocardiógrafos, Ecocardiógrafos, Mamógrafos, Endoscópios, Videolaparoscópios, Tomógrafos e Ressonâncias Magnéticas. No caso do hospital realizar serviço de terapia renal substitutiva, eram solicitados o número de máquinas, o número de pacientes identificados por origem de residência e o número de sessões realizadas.

No terceiro bloco, era solicitada a área construída do hospital, os indicadores taxa de ocupação, tempo médio de permanência, tempo médio de espera entre a solicitação e a execução dos exames por equipamento do SADT, e o tempo médio de espera entre a entrada e o início do tratamento cirúrgico ou ambulatorial, para cada ano do período em análise.

Em relação ao financiamento era solicitado para cada um dos anos entre 2000 a 2004, qual a distribuição percentual da receita do Hospital entre os agrupamentos internações, SADT e outros, identificando receitas provenientes do SUS, de

particulares e de planos privados de saúde, sendo para estes últimos solicitados a discriminação por plano.

Por fim, o quarto bloco buscava obter, para cada ano do período considerado, o número de internações classificadas pelos capítulos da CID 10, com o respectivo tempo médio de permanência e origem de residência dos pacientes (divididos entre o município de Piracicaba, os municípios que compõem a DIR XV e demais municípios brasileiros); o número de exames diagnósticos realizados nos equipamentos levantados no segundo bloco, especificando a especialidade médica solicitante e a classificação do paciente entre internado ou não internado. Por fim, a quantificação de cirurgias, classificadas entre eletivas, emergenciais e ambulatoriais, com a respectiva origem de residência dos pacientes, nos mesmos anos de 2000 a 2004.

Os resultados dos levantamentos de cada hospital seriam então consolidados de modo a permitir uma análise da oferta e a utilização dos serviços hospitalares filantrópicos no município de Piracicaba no período de 2000 a 2004.

#### **4.2.2. Informações dos Hospitais**

Em março de 2005 foram enviadas aos 5 Hospitais do Município de Piracicaba cartas de apresentação solicitando a participação no estudo para fins estritamente acadêmicos. A partir de contatos feitos por telefone, foram agendadas visitas nos Hospitais Unimed, Santa Casa, Independência e Fornecedores de Cana.

O Hospital e Maternidade Clínica Amalfi não respondeu à solicitação, e apesar de várias ligações telefônicas o responsável não pode ser contatado. O acesso pode ter sido prejudicado já que o Hospital estava em tratativas para ser arrendado pelo Hospital dos Fornecedores de Cana, o que acabou ocorrendo em junho de 2005. Como as informações dos anos anteriores estavam sob a gestão dos diretores da Clínica Amalfi, depois de junho não foi possível obter desse hospital nenhuma resposta, mesmo contando com o auxílio do Hospital dos Fornecedores de Cana.

Foram visitados, então, 4 dos 5 hospitais da cidade. Nas visitas realizadas foram apresentadas as tabelas com as informações requeridas para preenchimento e agendadas as entrevistas com os administradores de cada um deles.

Como previsto no desenho do estudo, os dados de internações SUS para os dois hospitais filantrópicos foram obtidos diretamente com o SIOPS. Foi disponibilizado, a pedido do autor, informações de cada hospital, onde constava para cada internação, a data de entrada, data de saída, código da CID 10 do diagnóstico principal, e origem de residência, para os 5 anos do período de análise.

A seguir, serão tratadas separadamente as informações quantitativas e qualitativas.

#### **4.2.2.1. Dados Quantitativos**

Dos Hospitais com agendamento realizado, o Hospital Unimed foi o primeiro a ser visitado. No contato com o Diretor Clínico, foi analisado o questionário quantitativo e solicitado por ele um período para que se fizesse consulta junto à Presidência e Superintendência do Hospital sobre a possibilidade de fornecimento dos dados solicitados.

Após insistentes contatos telefônicos, muitas vezes sem sucesso, o Hospital Unimed enviou, no final de maio, correspondência diretamente à orientadora do presente estudo onde informavam estar "...impossibilitados de permitir o acesso às informações requeridas, uma vez que envolve conteúdo de interesse único desta instituição. Assim, tratando-se de indicadores exclusivos da Unimed de Piracicaba, entendemos não ser pertinente torná-los disponíveis a terceiros".

O segundo hospital a ser visitado foi a Santa Casa que em maio confirmou a autorização da Provedoria para participar no estudo, solicitando a presença do autor para fazer os levantamentos de dados, já que tinham recursos humanos limitados para conduzir a coleta de informações.

O processo de captura das informações demandou 5 meses, devido ao fato de muitas informações não estarem centralizadas e pela inexistência de dados estruturados conforme o modelo apresentado.

As informações relacionadas à natureza da Instituição, tipos de atendimento e serviços disponíveis foram obtidas por meio de relatórios anuais cedidos pela Administração. Desses relatórios também se obteve informações sobre leitos, dados gerais de recursos humanos, estrutura física e dados referentes à receita do Hospital.

Como os relatórios apresentavam o total de funcionários do corpo de enfermagem, o detalhamento das categorias profissionais desse grupo foi obtido posteriormente por meio da área de Recursos Humanos. Não foi possível obter a identificação da receita entre os itens de internações, SADT e outras fontes com os respectivos financiadores de cada uma delas, pois o hospital não faz esse controle, assim foi obtida apenas a distribuição percentual do total da receita entre SUS, Planos Privados de Saúde (sem identificação da distribuição por Plano) e outros, que incluíam doações, subvenção estadual, receitas não-operacionais e convênios com empresas, entre outros.

Nem todos os dados de equipamentos foram obtidos, seja porque não havia registro disponível de alguns deles, ou porque não existiam dados relativos a alguns anos do período solicitado. Além disso, alguns dos equipamentos eram terceirizados. Nesses casos, o contato teve que ser feito com a equipe privada responsável.

Dos equipamentos para os quais havia dados disponíveis obteve-se apenas o número de máquinas e exames realizados, não sendo possível obter a identificação de realização de exames entre pacientes internados e não-internados, nem da especialidade médica solicitante.

As informações sobre número de máquinas de hemodiálise, número de pacientes e sessões realizadas no período foram obtidas parcialmente, pois os dados de origem de residência dos pacientes não estavam disponíveis.

Dos indicadores solicitados, a taxa de ocupação e tempo médio de permanência foram obtidos com o SAME. Os demais indicadores solicitados não foram disponibilizados porque o Hospital não faz o acompanhamento deles.

A relação das internações dos 5 anos foi fornecida pela área de informática, que disponibilizou por meio de planilhas eletrônicas, as internações relativas a Planos de Saúde e Particulares (não identificados separadamente). A pedido do autor, os dados solicitados incluíam, por internação, a data de entrada, data de saída, código da CID 10 do diagnóstico principal e origem de residência do paciente.

Por fim, conseguiu-se os dados sobre número de cirurgias realizadas, mas sua classificação entre eletivas, emergenciais e ambulatoriais, assim como a origem de residência dos pacientes, não foram identificadas por não estarem registradas.

O terceiro hospital visitado foi o Hospital Independência, pertencente a Amhpla. A visita ocorreu em julho de 2005 e todas as informações solicitadas foram encaminhadas pela administradora do hospital à gerência da Amhpla para preenchimento.

Ao final daquele mês foi devolvido o questionário parcialmente respondido. Em relação aos leitos foi informado que não havia designação por tipo (clínico, cirúrgico, etc), pois "...são utilizados com grande rotatividade,...são quartos coletivos ou individuais, não existindo pediatria, centro obstétrico, UTI e UTI neonatal".

Não constavam os dados relativos aos indicadores, à distribuição da receita (entre internações, SADT e outros), às internações, às cirurgias realizadas, e estavam incompletos os dados referentes a alguns equipamentos. Visando a obter os dados faltantes, foi contatada a administradora, que informou não estarem disponíveis no hospital tais informações, ficando centralizadas na sede da Amhpla.

Apesar de ter havido contatos posteriores diretamente com o administrador da Amhpla, não houve sucesso nas tentativas em se obter tais informações. No último contato, ocorrido em 18 de outubro de 2005, foi obtido como resposta que se "estava avaliando a possibilidade de fornecer os dados solicitados".

Por fim, o Hospital dos Fornecedores de Cana autorizou a cessão dos dados em agosto, e forneceu por meio de discos compactos os relatórios produzidos pelo SAME que abrangiam grande parte das informações solicitadas.

A coleta terminou em início de outubro de 2005, mas alguns dados relativos ao ano de 2000 não foram obtidos por não estarem disponíveis. Entre eles, os referentes à terapia renal substitutiva, à taxa de ocupação e tempo médio de permanência, e ao total de exames de mamografia, endoscopia e tomografia.

Quanto aos indicadores tempo de espera para realização de exames, e tempo de espera para início de tratamento, não havia registro feito no período e mencionou-se que este acompanhamento não era feito. A informação de distribuição da receita da Instituição não foi identificada entre os itens de internações, SADT e outras fontes, sendo informado a distribuição percentual do total da receita entre SUS, Planos Privados de Saúde (sem identificação da distribuição por Plano) e outros.

Da mesma forma que na Santa Casa, a área de informática disponibilizou os dados de internações não SUS, com a data de internação, data de alta e origem de residência dos pacientes. Não foi possível obter os códigos da CID10 dessas internações, pois os campos não eram preenchidos nos relatórios existentes. Segundo o responsável pela área de informática, a partir de 2005 implantaram um novo sistema integrado de informações que permitirá análises mais detalhadas das ocorrências no hospital.

As informações sobre as cirurgias realizadas, foram obtidas sem a classificação entre emergenciais, eletivas e ambulatoriais, e sem a origem de residência dos pacientes, por não existir tal controle. Foi disponibilizado, entretanto, uma classificação entre pequenas, médias e grandes cirurgias, que não foi objeto de análise do trabalho.

Ficaram então disponíveis apenas as respostas dos dois hospitais filantrópicos, já que houve recusa por parte do Hospital Unimed, insuficiência de informações do Hospital Independência, e a impossibilidade de acesso ao responsável pela Clínica

Amalfi. Apesar de ter sido garantido o sigilo das informações, a hipótese para tal comportamento talvez esteja ligada ao receio de que estas pudessem ser identificadas pelos demais hospitais; no caso dos hospitais filantrópicos pode ter influenciado a prática de transparência inerente à sua atividade como prestadores de atendimento ao SUS assim como, dada a dimensão dos seus serviços, poderem utilizar as informações sobre o perfil do município para o seu planejamento.

#### **4.2.2.2. Dados Qualitativos**

As entrevistas foram realizadas com a coleta de dados já em campo, e puderam ser melhor exploradas, já que as discussões apoiadas pelo roteiro básico, puderam levar em conta os dados levantados. Foi possível identificar a visão dos gestores sobre a tendência da oferta de serviços hospitalares nos últimos 5 anos no município, assim como de cada hospital.

As questões dos possíveis movimentos de ambulatorização e desospitalização puderam abranger outros serviços além do hospitalar. Também foi identificado o uso de indicadores mais importantes para os hospitais que estariam sendo utilizados na gestão e planejamento de suas atividades. Por fim, as relações entre os hospitais e as esferas públicas de saúde num centro de referência hospitalar, sem hospitais públicos estatais, foi um tópico que pode refletir diferentes perspectivas, entre os hospitais e o poder público.

As entrevistas não foram gravadas sendo as anotações feitas durante a condução das mesmas. Os entrevistados que participaram do estudo foram os administradores do Hospital Independência, da Santa Casa e do Hospital dos Fornecedores de Cana, sendo as entrevistas realizadas em 29 de julho, 18 de agosto e 5 de setembro, respectivamente. Com exceção da entrevista na Santa Casa que precisou ser interrompida e ser retomada no dia seguinte, as demais tiveram duração média de 1 hora como previsto. Cabe mencionar que apesar do Hospital Independência não ter sido analisado nos dados quantitativos, o autor optou por incluir a entrevista com o administrador na análise dos resultados.

A entrevista com o Secretário Municipal de Saúde foi feita em 30 de agosto após auxílio no agendamento feito pela Secretária Municipal de Desenvolvimento Social. Apesar do limitado período à frente da Secretaria, já que o início da gestão foi em janeiro de 2005, o entrevistado tinha conhecimento da situação das questões hospitalares no município.

Como exceção ao previsto no desenho do estudo a entrevista com a Diretora da DIR XV foi respondida por escrito, já que no contato pessoal feito em 8 de agosto ela teceu vários comentários a respeito da regional, fornecendo material por meio de discos compactos, solicitando responder por escrito as questões a serem formuladas, no que foi atendida pelo autor.



## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como foram utilizados dois métodos para obtenção das informações pretendidas (a coleta de dados nos hospitais e as entrevistas com os administradores, secretário municipal de saúde e diretora da DIR XV), os resultados serão apresentados em dois capítulos distintos.

O primeiro trata das informações colhidas junto a cada hospital. Este se relaciona aos dados quantitativos, conforme descrito no desenho do estudo. Com vistas a caracterizar os financiadores, algumas análises serão apresentadas agrupando-se os dados referentes às internações SUS, de forma a poder compará-las com as internações relativas aos planos de assistência médica e com os particulares (desembolso próprio).

O segundo apresenta as visões dos administradores hospitalares, do Secretário Municipal da Saúde e da Diretora da DIR XV, obtidas por meio das entrevistas realizadas pessoalmente ou por escrito.

Uma vez que dos hospitais contatados, apenas o Hospital dos Fornecedores de Cana e a Santa Casa forneceram informações suficientes para uma análise de todos os itens solicitados, o trabalho que pretendia inicialmente estudar o universo dos hospitais de Piracicaba acabou por abordar os resultados apenas dos hospitais filantrópicos. Estes, ao mesmo tempo respondem pela maior oferta de leitos e são os únicos representantes do atendimento hospitalar pelo SUS no município.

Em respeito a confidencialidade dos dados fornecidos pelos hospitais, para as análises far-se-á uma apresentação em que eles não estejam identificados, sendo denominados como Hospital A e Hospital B.

### **5.1. Tabulação e Análise dos dados**

#### **Natureza, Atendimento e Serviços**

Os dois hospitais respondentes são organizações privadas, filantrópicas e os únicos a prestarem atendimento SUS no município. Assemelham-se aos hospitais do grupo “Amostra” descritos no Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil, definido pelo porte.

Os hospitais atendem uma ampla gama de planos de saúde e foram unânicos em afirmar que o paciente particular é muito pouco representativo nas internações. Mais de trinta diferentes planos de saúde, de empresas públicas e privadas, estão presentes nos hospitais, em todas as suas modalidades (Medicina de Grupo, Autogestão, Cooperativas e Seguro Saúde). No quadro 13 estão relacionados os planos provenientes de entidades privadas e públicas.

Entidades Privadas	AGF Saúde; Amhpla; Amil; Blue Life; Bradesco Saúde; Cabesp; CatBelgo; COOPUS; Coplacana; Embratel; Gama Saúde; Intermedici; Life Empresarial; Marítima Seguros; Mediservice; Nipomed; Omint; Protecadio; Santa Casa Saúde; Sepaco; Sul América Saúde, Unibanco Saúde; Unimed
Entidades Públicas	Assefaz (Ministério da Fazenda); Cassi (Banco do Brasil); Economus (Nossa Caixa); Fundação CESP; GEAP (Fundação de Seguridade Social); Saúde Caixa (CEF); Sabesprev (SABESP); SESI

**QUADRO 13** – Planos de Saúde de entidades privadas e públicas atendidos pelos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Observamos que a Santa Casa apresenta plano próprio de saúde, denominado Santa Casa Saúde, implementado em 1992. Assim, faz parte do reduzido grupo dos hospitais filantrópicos que possuem plano próprio, como identificado no Estudo sobre Hospitais filantrópicos no Brasil.

Ambos os hospitais realizam exames diagnósticos tanto para pacientes internados como não internados e possuem serviços de urgência/emergência, centro cirúrgico, UTI adulto e neonatal, centro obstétrico e ambulatório.

Quanto aos serviços de alta complexidade, ambos realizam cirurgia cardíaca e cardiovascular, transplante renal, neurocirurgia, gastroplastia e tratamento oncológico. Apenas o Hospital A possui serviços para tratamento de queimados e de portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA. Apesar de ambos realizarem serviços de alta complexidade em ortopedia, como prótese de bacia e cabeça de fêmur, o Hospital B não oferece este serviço ao SUS. Isto os qualifica

como hospitais gerais nível II descritos no Estudo estando entre os 27,5% dos hospitais que possuíam UTI.

Nenhum dos hospitais possui serviço próprio de atenção domiciliar, sendo relatado que alguns planos de saúde executam esse tipo de serviço no município.

A existência de Comissões variou entre os hospitais, sendo comum a eles a existência da Comissão de Infecção Hospitalar, a Comissão de Ética Médica e a Comissão de Revisão de Prontuário. No Hospital A, que apresentou maior número de comissões, também estão presentes a Comissão de Ética Médica, Ética Médica da Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Dietética, e Padronização de Materiais e Medicamentos, enquanto no outro hospital está presente a Comissão de Revisão de Óbitos.

#### Leitos, Recursos Humanos e Equipamentos

##### **Leitos**

Ao longo do período de 2000 a 2004 houve incremento de apenas 2 leitos do total disponível nos hospitais filantrópicos no município. Entretanto houve incremento de 14 leitos SUS acompanhada da redução de 12 leitos disponíveis para as internações de pacientes particulares e de planos de saúde.

Em 2004 dos 564 leitos disponíveis, 352 deles eram leitos financiados pelo SUS, o que correspondia a 62,4% do total. No quadro 14 podemos visualizar a evolução anual no número de leitos, discriminados entre leitos SUS e não SUS.

<b>Ano</b>	<b>Leitos Totais</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>Leitos Particulares/ Planos de Saúde</b>
2000	562	338	224
2001	551	338	213
2002	557	349	208
2003	562	350	212
2004	564	352	212

**QUADRO 14** – Leitos totais, leitos SUS e leitos particulares/planos de saúde nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Das informações obtidas, notamos uma redução no total da oferta de leitos em 2001, atingindo seu nível mais baixo no período com 551 leitos. De acordo com um dos hospitais, houve principalmente redução do número de leitos clínicos e cirúrgicos não destinados ao SUS, além de rearranjo da ala pediátrica para abrigar um incremento de leitos destinados ao SUS.

A relação de leitos SUS por 1.000 habitantes no município foi de 1,03; 1,01; 1,03; 1,01 e 1,00 para os anos 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004, respectivamente. Tais resultados mostram certa estabilidade na oferta de leitos SUS para a população de Piracicaba, sendo superior ao índice de 0,81 para o Brasil no ano de 2002, divulgado na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária pelo IBGE.

Para a classificação dos leitos de acordo com sua utilização foram realizados dois agrupamentos. O primeiro em relação a leitos clínicos e cirúrgicos pelo fato dos hospitais não apresentarem essa diferenciação, utilizando-os de acordo com a necessidade; o segundo em relação aos leitos de UCO (Unidade Coronariana) e os leitos de UCI (Unidade de Coronariana Intensiva), pois os hospitais apresentaram diferentes nomenclaturas (quadro 15).

<b>Tipos de Leitos</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Clínico / Cirúrgico	325	318	328	329	329
Obstétrico	75	76	75	75	75
Pediátrico	93	92	85	82	82
UTI Adulto	35	35	35	35	35
UTI neonatal	15	15	15	15	15
Semi-Intensivo	11	7	11	11	12
UCO / UCI	8	8	8	10	10
Ganho de Peso	0	0	0	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>562</b>	<b>551</b>	<b>557</b>	<b>562</b>	<b>564</b>

**QUADRO 15** – Classificação anual dos leitos por tipo de uso nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Pode-se notar uma redução de 11 leitos pediátricos, variando de 93 para 82 no período. Houve discreto crescimento de 4 leitos clínicos/cirúrgicos e 2 leitos nas unidades coronarianas de 2000 a 2004. Os leitos de ganho de peso que não

existiam até 2002 foram incorporados a partir de 2003 só em um hospital, todos eles destinados ao SUS. Foi relatado também por um hospital que no ano de 2001 os leitos semi-intensivos passaram por reformas, ficando temporariamente inativos.

Como se verifica, não existiam leitos de UTI pediátrica, levando os hospitais a utilizarem a UTI adulto para acolher os pacientes que deles necessitassem. Em 2005 o Hospital B passou a trabalhar com 4 leitos UTI pediátrico e o Hospital A tem planos de disponibilizar pelo menos 4 leitos em 2006, de acordo com a administração do hospital.

### **Recursos Humanos**

Os recursos humanos foram classificados por categoria funcional e observado seu grau de terceirização. É importante mencionar a impossibilidade de atribuir um número total de médicos atuante nos dois hospitais, pois foi mencionado que grande parte do corpo clínico é cadastrado e atua em mais de um hospital no município. Este achado também confirma o resultado obtido no Estudo sobre os Hospitais filantrópicos no Brasil onde predominava a condição de médicos cadastrados nos serviços. Como para esta identificação não havia tempo hábil, optamos por quantificar o número em cada hospital, sabendo que há superposição de profissionais nas especialidades médicas consideradas. Tampouco foi possível precisar o número de horas trabalhadas.

No quadro 16, estão identificadas as especialidades médicas e a ocorrência de cada uma delas nos hospitais participantes do estudo. Como um dos hospitais não possuía os registros anuais do seu corpo clínico, estando disponível apenas o do ano de 2004, optamos por apontar o quadro médico desse ano em particular.

	2004	
	Hospital A	Hospital B
<b>Corpo Clínico</b>		
Anestesiologista	11	9
Angiologista		2
Cardiologista	18	27
Cirurgião Buco-Maxilar	9	8
Cirurgião Cabeça-Pescoço	3	5
Cirurgião Cardíaco		1
Cirurgião Geral	24	6
Cirurgião Gastro		1
Cirurgião Pediátrico	4	2
Cirurgião Plástico	6	7
Cirurgião Torácico		2
Cirurgião Vascular	8	7
Clínico Geral/Clínico Médico	33	29
Dermatologista		5
Endocrinologista	9	3
Gastroenterologista		7
Geriatra		2
Ginecologista Obstétrico	23	31
Hematologista	5	3
Infectologista		3
Nefrologista		6
Oftalmologista	17	14
Oncologista	7	17
Ortopedista/Traumatologista	10	20
Otorrinolaringologista	11	16
Pediatra/Neonatalogista	34	27
Pneumologista	5	3
Radiologista	6	1
Reumatologista	4	1
Urologista	9	3
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>268</b>

**QUADRO 16** – Profissionais médicos por especialidade nos hospitais filantrópicos de Piracicaba em 2004.

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Chamou a atenção o fato da existência de alguns especialistas de cirurgia em apenas um dos hospitais, como cirurgião cardíaco, cirurgião gastro e cirurgião torácico. Entretanto, após consulta ao outro hospital, o mesmo alegou que no total de cirurgiões gerais estavam incluídos os profissionais que realizavam estes tipos de cirurgia.

Angiologistas, dermatologistas, gastroenterologistas, geriatras, infectologistas e nefrologistas foram verificados em apenas um dos hospitais, enquanto que

intensivistas, mastologistas e neonatologistas não estão presentes em nenhum deles.

No preenchimento dos dados sobre os demais profissionais de saúde e das áreas administrativas constantes no formulário, obtivemos diferentes formatos de informações de cada hospital. Assim, agrupamos em três categorias: enfermagem, onde estão identificados isoladamente os enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, e atendentes de enfermagem; administrativos, onde estão inclusos os funcionários diretamente envolvidos com a administração, custos, contabilidade, faturamento e informática; e outros que incluem pessoal de segurança, lavanderia, higiene, nutrição, jardinagem e outros.

Ambos os hospitais relataram que além dos profissionais de enfermagem, todas as demais categorias funcionais das áreas de administração, segurança, higiene, lavanderia, nutrição e outros mencionados como jardinagem, marcenaria e pintura, são funcionários contratados e não terceirizados (Quadro 17).

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Enfermagem</b>	<b>648</b>	<b>702</b>	<b>760</b>	<b>831</b>	<b>854</b>
Enfermeiros	80	86	94	102	104
Técnicos	285	310	335	366	377
Auxiliares	273	296	320	351	361
Atendentes	10	10	11	12	12
<b>Administrativos</b>	<b>307</b>	<b>318</b>	<b>303</b>	<b>356</b>	<b>373</b>
<b>Outros funcionários</b>	<b>464</b>	<b>530</b>	<b>551</b>	<b>595</b>	<b>672</b>
<b>Total</b>	<b>1419</b>	<b>1550</b>	<b>1614</b>	<b>1782</b>	<b>1899</b>

**QUADRO 17** – Número anual de funcionários da enfermagem, área administrativa e demais áreas de suporte, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

O número total de funcionários cresceu todos os anos a uma taxa média de 7,56% desde 2000. O grupo que mais cresceu foi de funcionários ligados às áreas de suporte, a uma taxa média anual de 7,90%, revelando em 2001 um crescimento acima da média dos demais anos. A área administrativa foi a que menos mostrou evolução no período, com uma taxa média de 4,99%, isto porque em 2002 foi a

única categoria que reduziu o quadro total de funcionários. Este fato foi relacionado principalmente a um dos hospitais, que mencionou dificuldades financeiras naquele ano.

A categoria de enfermagem mostrou crescimento médio anual de 7,15%, com especial destaque aos técnicos e auxiliares de enfermagem que cresceram 7,24% e 7,23% respectivamente na média anual. Ambas as categorias apresentaram de 2002 a 2003 u'a maior taxa de crescimento quando comparada aos anos anteriores e ao período de 2003 a 2004.

A média de funcionários por leito, excluídos os médicos, foi de 2,90 em 2002, estando dentro da faixa encontrada no Estudo dos Hospitais Filantrópicos que foi de 0,33 a 7,05, e cuja média havia sido 1,69. Entretanto no período de 2000 a 2004 levantados neste trabalho, há um evidente aumento desta relação em todos os anos, proveniente principalmente do crescimento de funcionários da enfermagem e das áreas de suporte (quadro 18).

Ano	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Funcionários por leito (ex-médicos)</b>	2,53	2,81	2,90	3,17	3,37

**QUADRO 18** – Número de funcionários por leito, excluídos os médicos, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

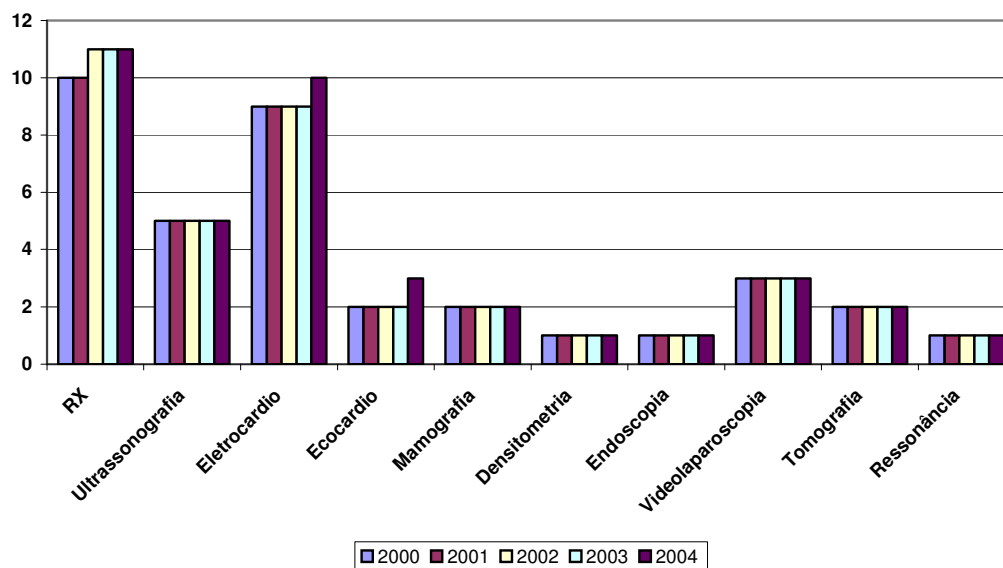
### **Equipamentos diagnósticos**

Os equipamentos de diagnóstico identificados incluem aqueles próprios e os terceirizados, que foram utilizados por pacientes internados ou não, tanto para pacientes do SUS como dos planos de saúde. Os equipamentos considerados foram os constantes da relação entregue com o questionário aos hospitais. A presença de todos os equipamentos nos dois hospitais (com exceção da ressonância magnética presente em apenas um), qualifica-os entre os hospitais melhor aparelhados da “Amostra” descrita no Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil.

Na grande maioria, o número de equipamentos não mostrou evolução no período de análise, apesar de ter havido substituições. Os únicos que mostraram crescimento



foram Raios-X e cardiógrafos. No gráfico 2 pode-se verificar a presença desses equipamentos nos hospitais durante o período de 2000 a 2004.



**GRÁFICO 2** – Número de equipamentos nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004  
**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Quanto à terceirização ou não dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica, foi relatada a existência de ambas as modalidades nos hospitais. No quadro 19 estão identificados os serviços de SADT por hospital e sua respectiva modalidade. Em um dos hospitais não há serviço de ressonância magnética, estando prevista para 2006 sua introdução, enquanto em outro não foi obtida nenhuma informação sobre equipamentos de densitometria.

<b>SERVIÇOS DE SADT</b>	Hospital A	Hospital B
Laboratório de análises clínicas	T	T
Raios-X	P	P
Ultrassonografia	P	T
Densitometria	P	NA
Mamografia	P	T
Eletrocardiografia	T	P
Ecografia	T	T
Endoscopia	T	P
Videolaparoscopia	T	T
Tomografia	T	T
Ressonância Magnética	NA	P
Nota: Próprio (P) - Terceiro (T) - Não Aplicável (NA)		

**QUADRO 19** – Terceirização dos serviços de SADT nos hospitais filantrópicos de Piracicaba  
**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

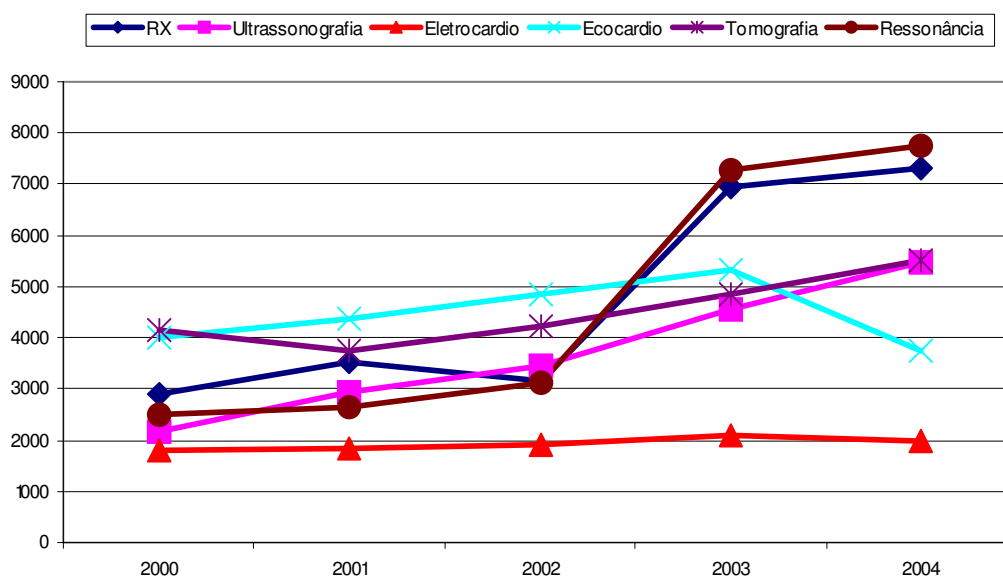
A terceirização é comum em ambos os hospitais para os serviços de laboratório de análises clínicas, ecografia, videolaparoscopia e tomografia. O único serviço próprio em ambos os hospitais é o de Raios-X.

### Exames

No levantamento do número de exames realizados constatou-se que muitos dos equipamentos em cada hospital não tinham históricos registrados durante todo o período de análise. De acordo com os responsáveis de cada equipamento, tais lacunas tiveram distintas razões, como a simples falta de registro, até orientação da supervisão em determinado período para “descartar tal acompanhamento”. Em um hospital em particular, o registro de exames de Raios-X foi parcialmente resgatado porque o funcionário responsável anotava em bloco de papel a utilização mensal do equipamento.

Deve-se mencionar também que não foi obtido em nenhum dos hospitais, a quantificação do número de exames referente ao uso de videolaparoscópio porque normalmente este equipamento está fisicamente locado nos centros cirúrgicos, não havendo mensuração do número de utilizações. Estes achados estão de acordo com o observado no Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil, que também identificou enormes limitações nas informações da produção de serviços.

Dessa forma, com a impossibilidade de se avaliar a tendência de utilização dos equipamentos em sua completude, o autor optou por apresentar a relação do número de exames realizados por equipamento daqueles cuja informação estivesse disponível em todo o período, permitindo mesmo que parcialmente, avaliar seu grau de utilização (Gráfico 3).



**GRÁFICO 3** – Número de exames por equipamento nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

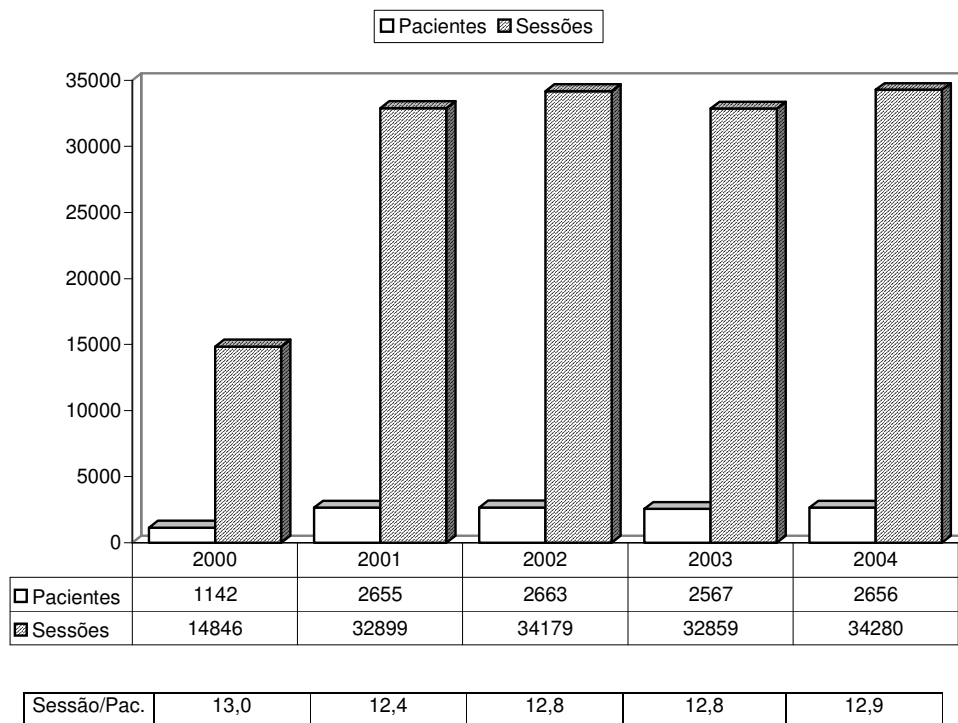
Pode-se notar que no período, o total de exames realizados por equipamento tem sido crescente para Raios-X, Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância Magnética. Desses equipamentos apenas o Raio-X teve incremento de aparelhos a partir de 2002, conforme mostrado no gráfico 2. Em relação aos cardiógrafos, a relação cai em 2004 devido ao incremento de novos equipamentos naquele ano.

Estes resultados mostram de modo geral crescimento do número total de exames realizados, além de revelar uma relação crescente de uso na maioria dos equipamentos. Também se espera que a disponibilidade de mais um equipamento de ressonância magnética a partir de 2006 se traduza inicialmente com a redução da relação de utilização verificada atualmente.

## Hemodiálise

O serviço de hemodiálise, oferecido pelos dois hospitais atende pacientes tanto do município como da região. Não foi possível obter os dados da origem de residência dos pacientes, já que os hospitais não apresentaram controle dessa informação no período de análise.

Apesar do serviço existir há mais de 5 anos, um dos hospitais não possuía os dados referentes ao ano de 2000, o que prejudicou a análise do período. Entretanto com um número constante de 39 máquinas de 2000 a 2004, notamos pequeno crescimento tanto do número de pacientes quanto das sessões realizadas, permanecendo praticamente constante o número médio de sessões realizadas por paciente (Gráfico 4).



**GRÁFICO 4** – Número de máquinas de hemodiálise, número de pacientes atendidos, número de sessões realizadas e número médio de sessões por paciente, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

**Nota:** No ano 2000 estão visualizados os dados de apenas 1 hospital, com exceção do número de máquinas

## Estrutura

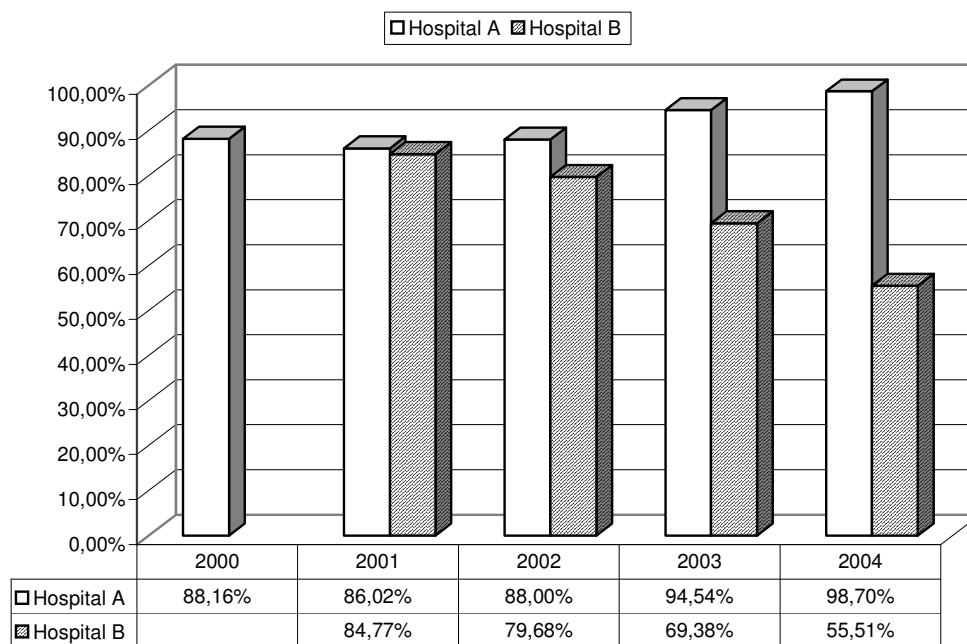
As áreas construídas dos hospitais são de 26.931 m<sup>2</sup> e 13.247 m<sup>2</sup>, com áreas de terrenos de 59.026 m<sup>2</sup> e 8.637 m<sup>2</sup>, respectivamente. Isto identifica um dos hospitais

com construção predominantemente vertical, enquanto outro possui área passível de expansão.

Ambos os hospitais nas visitas realizadas em 2005 estavam executando obras de ampliação e reforma em suas instalações, sejam para incorporar novos leitos ou novos serviços.

### Indicadores

Como descrito no item 3.2.2, apenas dois dos indicadores solicitados foram obtidos, a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência. O indicador Taxa de Ocupação não estava disponível para o ano 2000 em um dos hospitais. Na análise dos dados, observa-se uma contínua redução da taxa de ocupação no Hospital B, partindo em 2001 com 84,77% até atingir 55,51% em 2004. Em oposição, o Hospital A mostrou aumento de 2000 com 88,16% até 98,70% em 2004 (Gráfico 5).



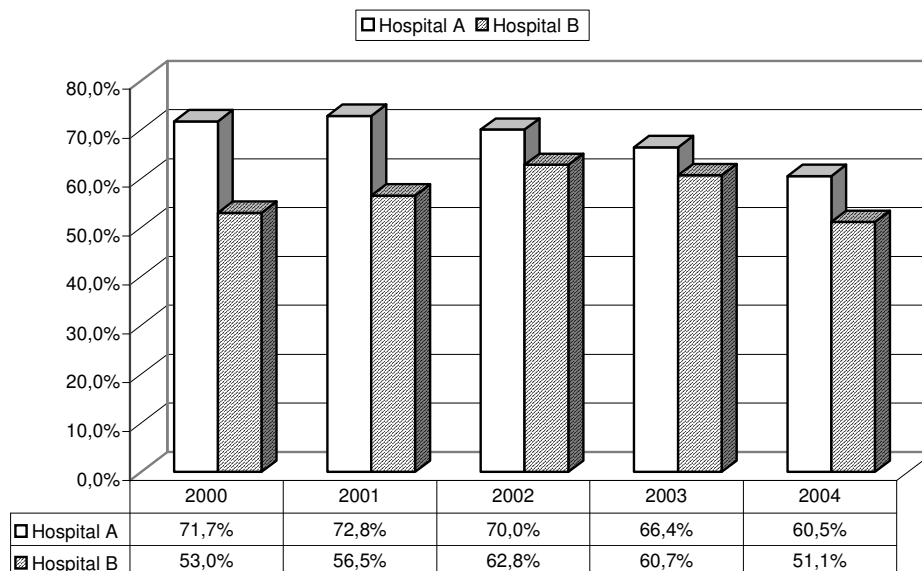
**GRÁFICO 5** – Taxa de ocupação anual nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

**Nota:** Informação do ano 2000 do Hospital B não disponível

Os dados de taxa de ocupação se apresentaram particularmente altos no Hospital A durante todo o período e no Hospital B em 2001. Apesar de terem sido fornecidos pelos hospitais, estes dados instigaram uma revisão que não foi possível ser feita.

Esta observação advém do cálculo feito pelo autor com as informações de internações SUS (fornecidos pelo DATASUS) e pelo número de leitos SUS fornecidos pelos Hospitais. No gráfico 6 a seguir, as taxas de ocupação de leitos SUS, têm decrescido em ambos os hospitais a partir de 2002. Tais resultados indicariam que a utilização de leitos extras nos planos de saúde/privados seriam prática comum nos hospitais.

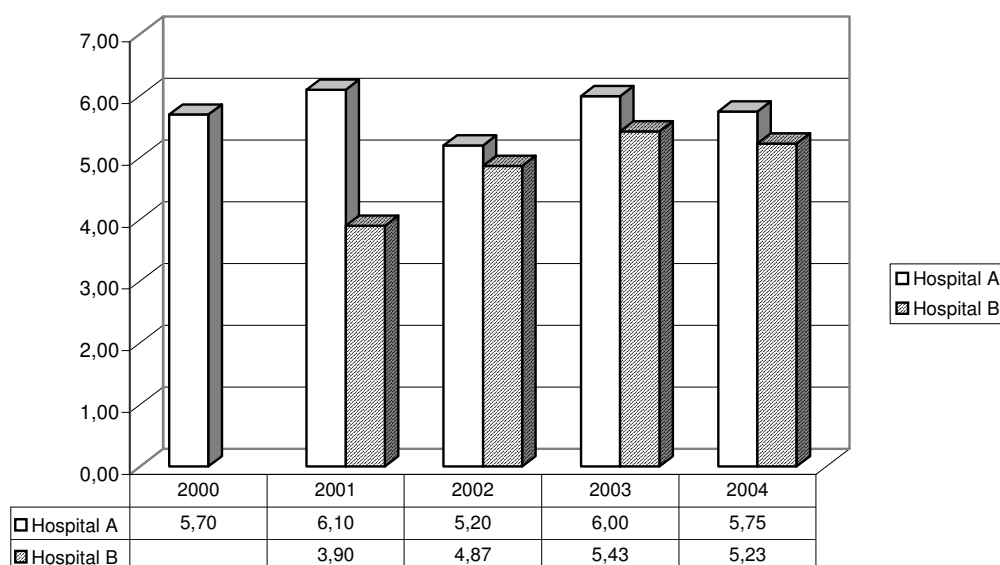


**GRÁFICO 6** – Taxa de ocupação de leitos SUS nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** DATASUS - Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

O indicador Tempo Médio de Permanência mensurado em dias foi fornecido pelos Hospitais por meio de relatórios do SAME. Um dos hospitais não forneceu o resultado do ano 2000 por não tê-lo disponível.

No Hospital A o indicador variou de um mínimo de 5,20 dias em 2002 até um máximo de 6,10 dias em 2001. Nos extremos do período de análise o tempo médio de permanência ficou entre 5,70 e 5,75 em 2000 e 2004, respectivamente, que foi muito próximo da média ponderada no período, de 5,74 dias. No Hospital B houve um crescente tempo médio de internação de 3,90 dias em 2001 até 5,23 em 2004. Nesse hospital a média ponderada nos 4 anos disponíveis foi de 4,85 dias (Gráfico 7). Estas variações podem estar relacionadas às diferentes freqüências das internações de acordo com a CID 10 ocorridas no período, em cada financiador.



**GRÁFICO 7** – Tempo Médio de Permanência anual nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

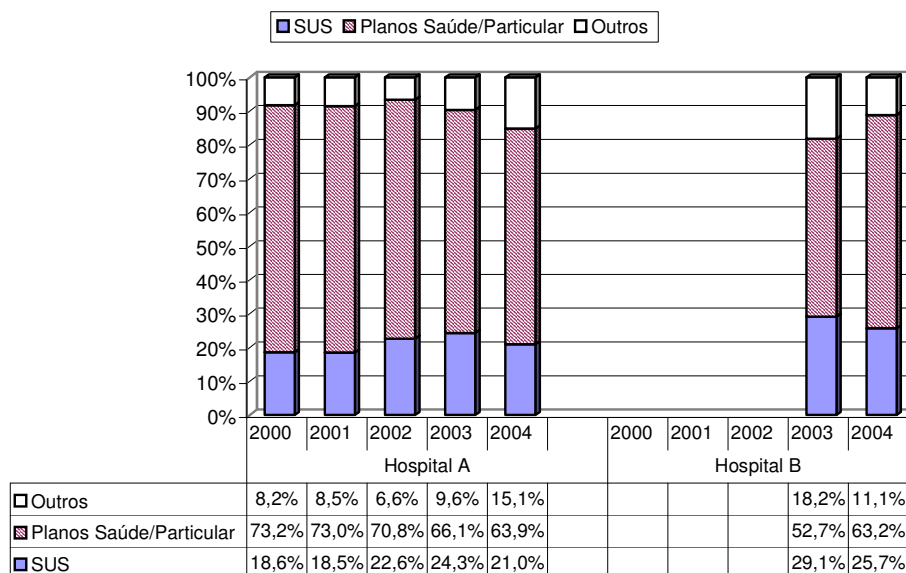
**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

**Nota:** Informação do ano 2000 do Hospital B não disponível

A falta de registro e acompanhamento de alguns indicadores solicitados aos hospitais também acabou por prejudicar a análise, o que reproduziu achado na pesquisa realizada por Ugá onde, “...os indicadores mais básicos e por isso mesmo mais esperados de serem registrados por boa parte dos hospitais – Tempo Médio de Permanência (TMP) e Taxa de Ocupação (TO) – obtiveram baixo registro em todos os grupos” (UGÁ, 2004).

### **Financiamento**

No levantamento da distribuição percentual das receitas das Instituições, os Hospitais A e B revelaram uma grande representatividade dos Planos Privados de Saúde, variando de um mínimo de 52,7% a um máximo e 73,2% no período, enquanto a receita proveniente do SUS variou de 18,5% a 29,1% (Gráfico 8).



**GRÁFICO 8** – Distribuição percentual das receitas dos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

**Nota:** Não disponíveis as informações referentes aos anos de 2000 a 2002 do Hospital B

Na medida em que as instituições realizam um mínimo de 60% do seu atendimento para o SUS, esta constatação reforça a tese dos baixos valores de reembolso realizados pelo SUS para os procedimentos de uma forma geral. Entretanto os hospitais fizeram referência aos valores de remuneração mais adequados, feitos pelo SUS, para os procedimentos de alta complexidade.

As demais fontes de receita, que incluem doações, receitas financeiras, receitas operacionais e não operacionais, além da subvenção estadual para os programas de oncologia, hemodiálise e para aquisição de medicamentos, tiveram uma participação de um mínimo de 6,6% até 18,2%.

Importante ressaltar que desta expressiva participação de 15,0% de “outras fontes de receita” verificada no Hospital A em 2004, mais da metade se constituiu de um convênio de prestação de serviços estabelecido com uma grande empresa industrial na região. Em relação aos 18,2% relativo ao Hospital B em 2003, não foi possível identificá-la junto à administração do hospital.

#### Internações, Exames e Cirurgias



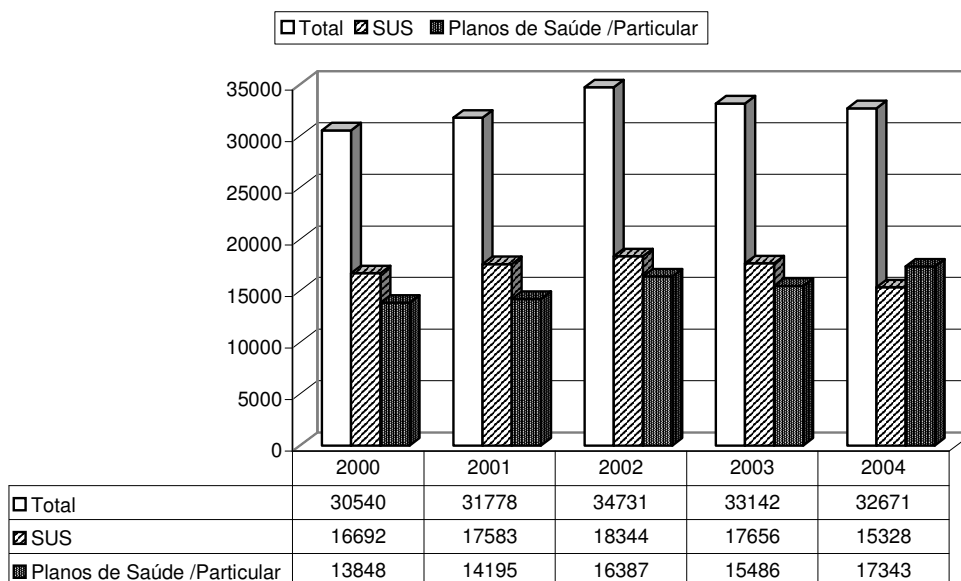
## **Internações**

Grande parte das informações relativas às internações foi obtida, nos dois hospitais, junto à área de informática que possuía banco de dados desses movimentos. Mesmo assim, algumas delas incompletas. Tal resultado é semelhante ao encontrado por Soeiro (2002), que relatou as mesmas dificuldades nos hospitais em Campinas.

As internações ocorridas nos 2 hospitais nos últimos 5 anos apresentaram u'a média de 32.572 por ano. Se cotejarmos esta média com a média populacional de Piracicaba no mesmo período, que foi de 339.687 habitantes, segundo dados do SEADE, obtemos uma relação de 9,59 internações para cada 100 habitantes, ou o equivalente a 9,59% da população do município.

Na edição de 2004 dos Cadernos de Atenção Especializada preparada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, destaca-se que “pelos parâmetros do Ministério da Saúde, estima-se que 7% a 9% da população teriam a necessidade de internações hospitalares durante o período de um ano” (Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira, pg. 37). Se considerarmos que nos resultados apresentados não estão computadas as internações dos demais hospitais do município de Piracicaba, podemos deduzir que esta relação será ainda maior.

O gráfico 9 mostra o resumo geral das internações por hospital nos últimos 5 anos, com destaque às internações SUS e de Planos de Saúde / Particular. Nota-se que a representatividade das internações SUS decresceram de 54,7% em 2000 para 46,9% em 2004. É importante voltar a registrar que os dados de internações SUS utilizados aqui não são os mesmos referentes aos pagamentos das AIH's, o que pode ocasionar desvios. Estes resultados diferem daqueles encontrados da maioria dos hospitais do Estudo sobre Hospitais filantrópicos no Brasil, cujo índice de internação SUS foi superior a 60%.



**GRÁFICO 9** – Número de internações nos hospitais filantrópicos de Piracicaba – Total, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Podemos observar que o volume de internações SUS decresceu de 16.692 a 15.328 no período, com u'a média de 17.121 internações anuais, refletindo uma queda média anual de 2,1%. Para efeito de comparação da relação de internações SUS por 100 habitantes, obtemos um índice de 5,04 que é inferior àqueles da média Brasileira e do Estado de São Paulo, que foram 6,74 e 5,71, respectivamente no período de 2000 a 2003, segundo dados do Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do IBGE – Base demográfica.

As internações dos Planos Privados de Saúde e Particulares mostraram uma evolução média anual ponderada de 5,8%, variando de 13.848 a 17.343 no período, com u'a média de 15.452 internações anuais, sendo 9,7% inferior à média SUS, no período.

Com estes resultados poderíamos inferir, como hipótese, que se o índice de internações pelo SUS é aquém da média Brasileira e do Estado de São Paulo, mas o índice total é superior ao esperado, então seriam as internações de planos de saúde/particulares que apresentam um alto índice. Isto seria mais contundente se as informações dos demais hospitais (que só atendem planos de saúde/particulares)

fossem agregadas. Este cenário é compatível com a alta cobertura dos planos de saúde na população do município, conforme identificado na introdução do trabalho.

Apesar de não existir uma análise de rotatividade de leitos nos hospitais, a idéia foi cotejar o número total de internações com o número de leitos no período de um ano. Assim obtivemos um índice de internações por leito, para os dois hospitais, para cada um dos financiadores, em cada ano de análise.

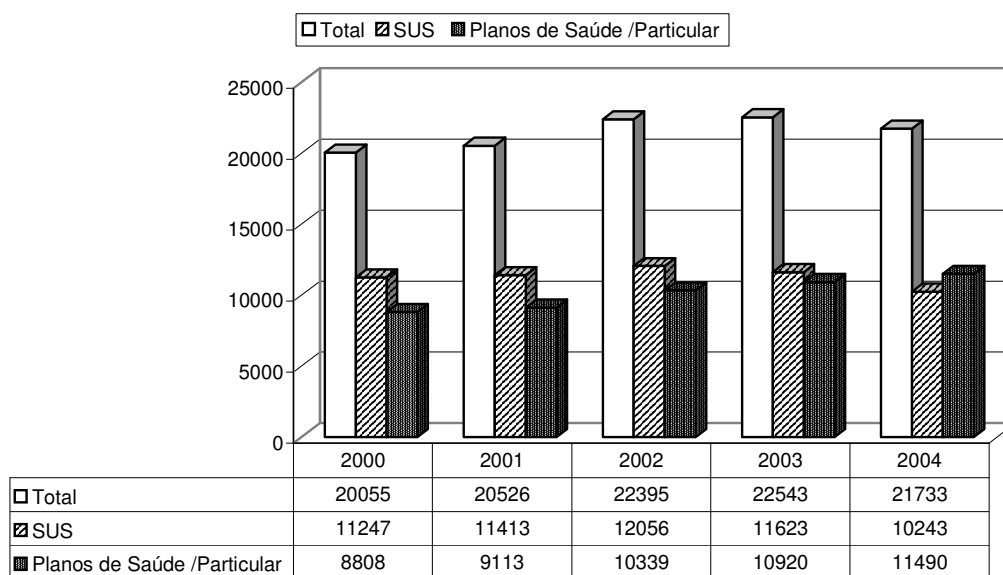
Estabelecendo-se a relação entre o número de internações SUS e o número de leitos SUS, obtemos índices de 49,39; 52,02; 52,56; 50,45 e 43,55 internações por leito, de 2000 a 2004 respectivamente, nos dois hospitais. Quando levantados estes mesmos índices para as internações dos Planos de Saúde/Particulares e o número de leitos, obtemos 61,82; 66,64; 78,78; 73,05 e 81,81 internações por leito em cada ano respectivamente. Fica claro que o giro dos leitos de planos privados/particulares foi superior em todos os anos ao dos leitos SUS, caracterizando u'a maior utilização desse recurso por parte do financiador privado.

A representatividade entre os Hospitais no total das internações SUS manteve-se praticamente estável no período, já que representaram aproximadamente dois terços e um terço do total entre o Hospital A e B, respectivamente (Quadro 20). Comparando-se os dados de internações de cada um dos hospitais A e B (gráficos 10 e 11), podemos observar que o Hospital A apresentou em todos os anos um volume maior de internações SUS que o Hospital B.

	2000	2001	2002	2003	2004
Hospital A	67,38%	64,91%	65,72%	65,83%	66,83%
Hospital B	32,62%	35,09%	34,28%	34,17%	33,17%

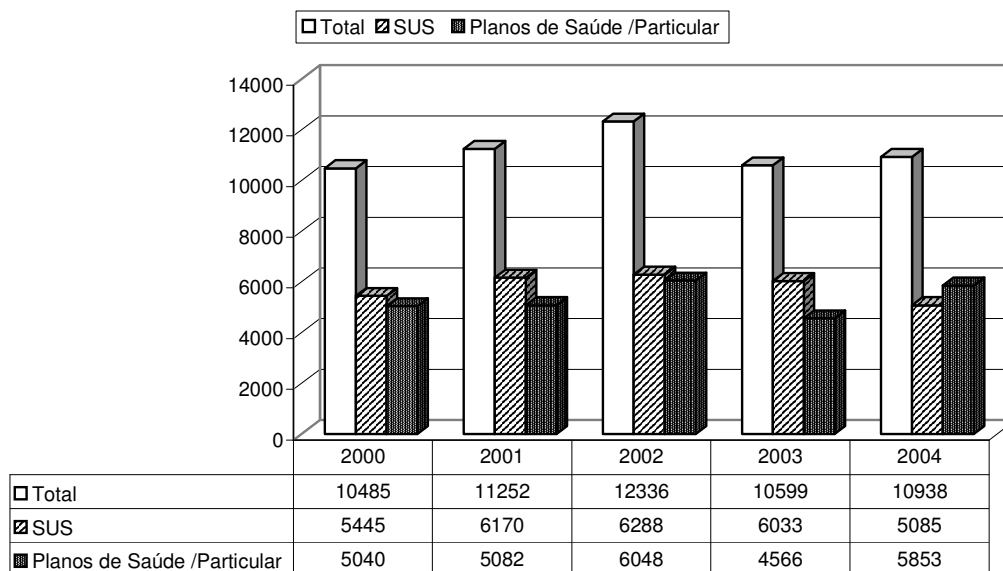
**QUADRO 20** – Participação percentual das internações SUS entre os Hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** elaboração do autor



**GRÁFICO 10** – Internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospital A, com elaboração do autor



**GRÁFICO 11** – Internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares no Hospital B, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospital B, com elaboração do autor

Para alcançar um dos objetivos do trabalho, de caracterizar a evolução do indicador tempo médio de permanência, de acordo com o financiador e por internações classificadas pela CID 10, era necessário ter obtido dos hospitais os dados das

internações não SUS com esta classificação, já que as internações SUS, conforme mencionado foram obtidas da base de dados do DATASUS.

Entretanto, apesar de apenas o Hospital A possuir o detalhamento do diagnóstico principal com o respectivo código da CID 10 nas internações não SUS, a análise mesmo limitada, identifica um ponto de atenção na comparação entre as internações dos diferentes financiadores, como vemos adiante.

Outro destaque diz respeito à forma como a identificação das internações pelo SUS é estabelecida. Na base de dados obtida, as internações relacionadas a cada ano obedecem ao ano de competência, isto é, ao ano em que ocorreu o pagamento da AIH e não necessariamente ao ano em que tal internação ocorreu.

De acordo com o DATASUS, tais diferenças de datas podem estar relacionadas a três fatores: AIH reapresentada por ter sido rejeitada em alguma competência anterior, AIH apresentada com atraso ou AIH referente a internação de longa permanência, quando são apresentadas várias AIH para u'a mesma internação em meses consecutivos. Na análise dos dados recebidos, estas diferenças de ano de internação e ano de competência chegaram, em casos esporádicos, a 5 anos.

Dessa forma, para que pudesse ser identificado o momento real da internação, isto é, da utilização do serviço pelo paciente, optou-se por considerar as internações na data em que ocorreram e não na data em que ocorreu o pagamento da AIH. Isto permite trabalhar com informações compatíveis entre internações SUS e dos Planos de Saúde e Particulares, já que estas têm o ano de competência exatamente no ano em que as internações ocorreram.

Com esta metodologia, o número de internações utilizadas não são as mesmas que se pode obter pelo DATASUS, na medida em que ele utiliza o ano de competência para identificar uma internação; além disso como há esta defasagem, algumas internações ocorridas desde 2000 pelo SUS, podem não ter sido relacionadas já que eventualmente alguns pagamentos das AIH ainda não foram feitos e portanto não são consideradas como internações.

Foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças 10 – CID 10 – já que os dados do SIH e das AIH estão estruturados com esta classificação, implantada pelo Ministério da Saúde a partir da competência de janeiro de 1998, compatibilizando o Sistema de Informação de Mortalidade com o de Morbidade.

Para identificação de cada um dos 21 grupos de diagnóstico relacionados em capítulos, o quadro 21 a seguir apresenta a descrição de cada um deles.

<b><u>CAPÍTULOS CID – 10</u></b>	
<b>I.</b>	<b>Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>
<b>II.</b>	<b>Neoplasias (tumores)</b>
<b>III.</b>	<b>Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários</b>
<b>IV.</b>	<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>
<b>V.</b>	<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>
<b>VI.</b>	<b>Doenças do sistema nervoso</b>
<b>VII.</b>	<b>Doenças do olho e anexos</b>
<b>VIII.</b>	<b>Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>
<b>IX.</b>	<b>Doenças do aparelho circulatório</b>
<b>X.</b>	<b>Doenças do aparelho respiratório</b>
<b>XI.</b>	<b>Doenças do aparelho digestivo</b>
<b>XII.</b>	<b>Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>
<b>XIII.</b>	<b>Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo</b>
<b>XIV.</b>	<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>
<b>XV.</b>	<b>Gravidez parto e puerpério</b>
<b>XVI.</b>	<b>Algumas afecções originadas no período perinatal</b>
<b>XVII.</b>	<b>Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>
<b>XVIII.</b>	<b>Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte</b>
<b>XIX.</b>	<b>Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas</b>
<b>XX.</b>	<b>Causas externas de morbidade e mortalidade</b>
<b>XXI.</b>	<b>Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde</b>

**QUADRO 21** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10

**Fonte:** Adaptado de <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>

Na tabela 8, que apresenta as internações anuais pelo SUS nos hospitais da pesquisa, verificamos que a maior frequência de grupos de diagnósticos estão nos dos capítulos IX, X, XI, XV e XIX (grifo nosso na tabela 8), que correspondem às “doenças do aparelho circulatório”; “doenças do aparelho respiratório”; “doenças do aparelho digestivo”; “gravidez, parto e puerpério”; e “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, que juntos representaram cerca de dois terços do total das causas de internação de 2000 a 2004 pelo SUS no município.

**TABELA 8** – Internações SUS totais e tempos médios de permanência por código da CID 10, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

ANO	2000		2001		2002		2003		2004	
<b>Tempo Médio de Permanência (dias)</b>	4,70		4,66		4,63		4,63		4,66	
<b>TOTAL INTERNAÇÕES</b>	<b>16692</b>		<b>17583</b>		<b>18344</b>		<b>17656</b>		<b>15328</b>	
CID 10	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.
Capítulo I	509	7,57	486	6,83	696	6,63	605	6,84	701	6,52
Capítulo II	654	6,67	715	5,87	1281	5,99	1296	6,07	1030	5,89
Capítulo III	181	5,07	193	5,53	129	6,01	152	5,94	119	5,76
Capítulo IV	294	6,87	267	7,61	347	5,88	370	6,01	298	5,45
Capítulo V	14	4,93	17	3,47	4	2,25	11	2,36	3	2,33
Capítulo VI	300	6,19	304	5,36	311	6,25	290	4,68	282	5,02
Capítulo VII	432	1,65	241	1,09	438	0,61	91	1,61	85	1,70
Capítulo VIII	80	3,10	58	3,23	59	2,07	51	1,69	54	2,39
Capítulo IX	<b>2059</b>	5,09	<b>2431</b>	4,83	<b>2479</b>	4,70	<b>2473</b>	4,55	<b>1926</b>	4,82
Capítulo X	<b>1563</b>	5,78	<b>1669</b>	6,30	<b>1835</b>	5,73	<b>1946</b>	5,19	<b>1968</b>	5,56
Capítulo XI	<b>1700</b>	4,66	<b>1913</b>	4,22	<b>1768</b>	4,46	<b>1794</b>	4,38	<b>1612</b>	4,29
Capítulo XII	212	4,04	219	4,50	190	5,51	249	6,21	176	4,57
Capítulo XIII	474	5,01	622	4,71	693	4,41	598	4,35	561	4,57
Capítulo XIV	1548	4,00	1558	4,36	1363	4,39	1376	3,64	1053	4,01
Capítulo XV	<b>4129</b>	2,93	<b>4174</b>	3,01	<b>4045</b>	3,02	<b>3825</b>	3,15	<b>3225</b>	3,19
Capítulo XVI	283	12,06	368	9,42	284	12,68	267	10,54	197	11,52
Capítulo XVII	99	5,38	65	6,07	128	5,11	139	4,11	122	4,69
Capítulo XVIII	211	3,67	371	4,44	339	4,27	302	4,07	356	3,49
Capítulo XIX	<b>1699</b>	5,40	<b>1562</b>	5,20	<b>1848</b>	4,89	<b>1738</b>	5,53	<b>1521</b>	4,88
Capítulo XX	1	3,00	2	16,50	2	2,00	0	0,00	0	0,00
Capítulo XXI	250	6,68	348	5,39	105	3,06	83	4,64	39	4,62

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba

**Nota:** dados trabalhados pelo autor

Quando comparamos as proporções de internações SUS de 2000 a 2003 em Piracicaba, devido às doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo, com as proporções de internações SUS por estes grupos de causa, no Brasil e Estado de

São Paulo, extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS do mesmo período, notamos diferenças sob o ponto de vista epidemiológico, pois enquanto as doenças do aparelho circulatório representaram 13,4% em Piracicaba, no Brasil e Estado de São Paulo foram de 10,1% e 11,1%, respectivamente. Da mesma forma as doenças do aparelho digestivo representaram 10,2% em Piracicaba, enquanto representaram 8,5% e 8,9% nas internações pelo SUS no Brasil e São Paulo, respectivamente. Nota-se o inverso na proporção das doenças do aparelho respiratório, que representou 10,0%, 15,6% e 12,3% em Piracicaba, Brasil e Estado de São Paulo, respectivamente.

Não foram formuladas hipóteses para estas diferenças, sendo mencionado apenas que as doenças do aparelho circulatório estariam basicamente associadas ao envelhecimento da população. Entretanto mesmo com problemas derivados de questões ambientais como a queimada da cana e as metalúrgicas, as doenças do aparelho respiratório, não tem uma incidência maior quando comparado com Brasil e o Estado de São Paulo, apesar de ser a 3ª causa de internação pelo SUS no município (excluindo as internações por causa de parto ou puerpério, que excepcionalmente constituem “doença”).

De maneira geral o tempo médio de permanência apresentou redução na maioria dos capítulos de doenças no período de 2000 a 2004 nas internações SUS, proporcionando uma redução de 4,70 para 4,66 dias no cômputo geral. Os capítulos de doenças que apresentaram crescimento no tempo médio de permanência foram os relativos a “doenças do sangue e órgãos hematopoéticos”, “doenças da pele e do tecido subcutâneo” e “gravidez, parto e puerpério”.

Para a montagem da tabela 9 que apresenta as internações anuais por grupo de diagnóstico da CID 10 dos Planos de Saúde e Particulares no Hospital A (uma vez que o Hospital B não dispunha dessa informação), um total de 3.184 registros de internações de 2000 a 2004, sem classificação na CID 10 foram alocados no capítulo XXI – “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde”. Desses 1.544 são relativos ao ano de 2004. Tal distorção não permite considerar os dados deste grupo de doenças como confiáveis, já que podem estar incluídos nele diferentes causas de internação.



Dentre as mais freqüentes causas de internação de pacientes de planos de saúde e particulares estão, à semelhança do encontrado nas internações SUS, aquelas devidas às “doenças do aparelho circulatório”, “doenças do aparelho respiratório” e “doenças do aparelho digestivo”. Entretanto diferem em relação ao grupo de internação pelo SUS, na representatividade das “doenças do aparelho geniturinário” e “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Juntos, estes cinco capítulos da CID 10 representaram ao longo do período de análise, mais de 53% das internações desse grupo de pacientes (grifo nosso na tabela 9).

**TABELA 9** – Internações dos Planos de Saúde/Particulares totais e por código da CID 10, com os respectivos tempos médios de permanência, no Hospital A em Piracicaba, de 2000 a 2004

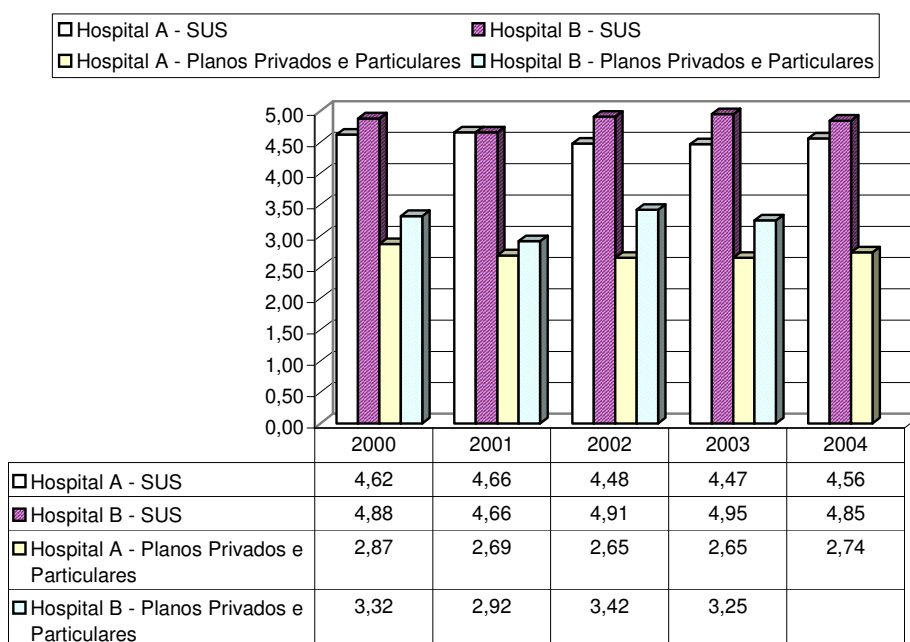
ANO	2000		2001		2002		2003		2004	
<b>Tempo Médio de Permanência (dias)</b>	2,87		2,69		2,65		2,65		2,74	
<b>TOTAL INTERNAÇÕES</b>	<b>8808</b>		<b>9113</b>		<b>10339</b>		<b>10920</b>		<b>11490</b>	
<b>CID 10</b>	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.	Total	T.M.P.
Capítulo I	212	3,08	339	2,75	452	2,91	417	3,02	355	2,99
Capítulo II	291	4,37	263	4,93	496	5,03	625	4,58	545	4,49
Capítulo III	78	2,31	65	2,45	38	2,61	40	3,95	27	4,07
Capítulo IV	284	3,35	184	2,91	185	2,74	161	3,18	167	3,50
Capítulo V	3	4,33	2	2,00	7	3,57	13	2,54	15	2,33
Capítulo VI	136	4,05	128	3,18	191	2,82	202	3,67	239	3,50
Capítulo VII	354	1,18	434	0,14	542	0,10	673	0,05	659	0,19
Capítulo VIII	40	0,43	21	0,38	59	1,12	68	1,12	58	1,09
Capítulo IX	<b>1257</b>	3,67	<b>1193</b>	3,17	<b>1314</b>	3,14	<b>1426</b>	2,97	<b>1365</b>	3,09
Capítulo X	<b>894</b>	3,33	<b>895</b>	3,31	<b>993</b>	2,78	<b>919</b>	2,93	<b>929</b>	3,14
Capítulo XI	<b>1115</b>	2,37	<b>1190</b>	2,34	<b>1265</b>	2,27	<b>1254</b>	2,20	<b>1190</b>	2,25
Capítulo XII	311	2,99	721	2,84	634	2,46	460	2,29	446	2,69
Capítulo XIII	579	2,51	574	2,17	603	2,47	622	2,90	612	2,73
Capítulo XIV	<b>874</b>	2,67	<b>953</b>	2,16	<b>1103</b>	2,23	<b>1285</b>	2,35	<b>1271</b>	2,39
Capítulo XV	528	2,13	452	2,14	448	2,15	433	2,24	427	2,27
Capítulo XVI	53	9,57	111	8,29	86	9,37	107	8,46	165	8,65
Capítulo XVII	26	3,73	29	4,93	40	3,28	52	2,31	41	2,61
Capítulo XVIII	<b>929</b>	2,27	<b>825</b>	2,63	<b>880</b>	2,66	<b>851</b>	2,45	<b>763</b>	2,56
Capítulo XIX	501	2,92	384	2,82	470	2,98	553	2,70	562	2,76
Capítulo XX	6	2,50	5	1,40	9	3,11	20	5,15	8	6,00
Capítulo XXI	337	2,86	345	2,75	524	2,59	739	2,74	1646	2,68

**FONTE:** Hospital A

**Nota:** dados trabalhos pelo autor

Estes resultados nos permitem comparar a relação do tempo médio de permanência entre as internações SUS e aquelas dos planos de saúde e particulares.

No gráfico 12 podemos observar que os tempos médios de permanência no Hospital B são continuamente superiores aos tempos médios de permanência no Hospital A, independente do financiador – SUS ou Planos de Saúde e Particulares. Além disso, os tempos médios de permanência das internações SUS são superiores em todos os anos aos tempos médios de permanência das internações dos Planos de Saúde e Particulares.



**GRÁFICO 12** – Tempo Médio de Permanência por financiador, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba; Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Este quadro geral, também é confirmado na grande maioria dos capítulos da CID 10, como podem ser vistos nas tabelas 8 e 9. A título de exemplo, destacamos nos gráficos 13, 14, 15, 16, 17 e 18, a seguir, uma comparação dos tempos médios de permanência do diagnóstico “Doenças do olho e anexos”, e daqueles grupos de diagnósticos de maior representatividade no volume de internações, entre o financiador SUS no município e os Planos de Saúde/Particulares do Hospital A.

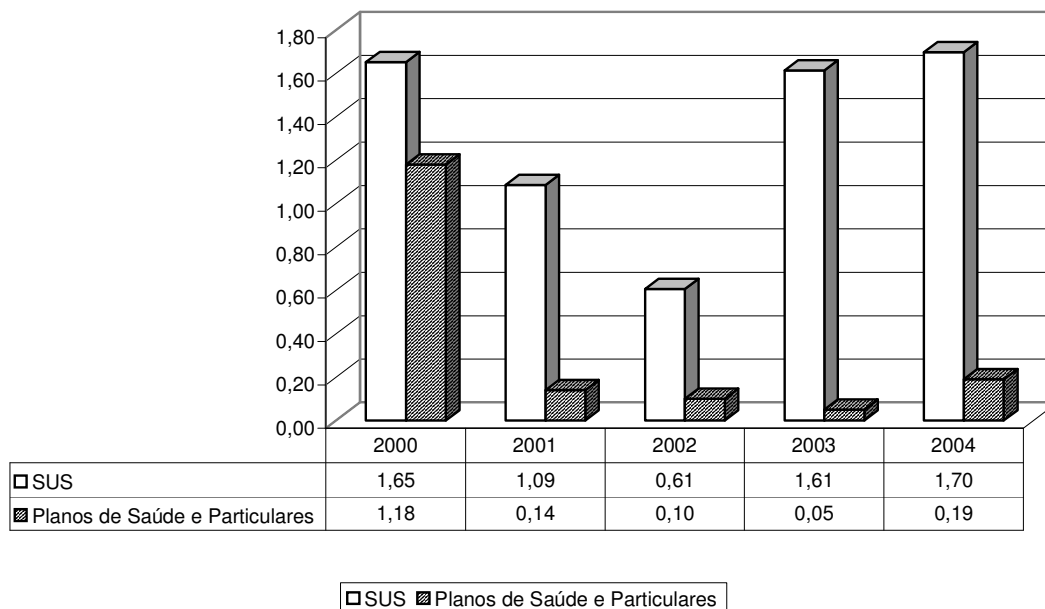


GRÁFICO 13 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares no Hospital A, no capítulo VII da CID 10 – “Doenças do olho e anexos”, em Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A, com elaboração do autor

Apenas para efeito de observação do gráfico acima, foi encontrado em 2000 um paciente de Plano de Saúde/Particular no Hospital A que teria ficado internado por 365 dias. Assumindo que este dado fosse incorreto por erro de digitação, e como tantos outros lá internados, o paciente tivesse obtido alta no mesmo dia, o tempo médio de permanência para este grupo de doença neste financiador, seria alterado para 0,15 dias ao invés de 1,18 dias, o que mostra a sensibilidade ao curto período de internação inerente a este grupo de doença.

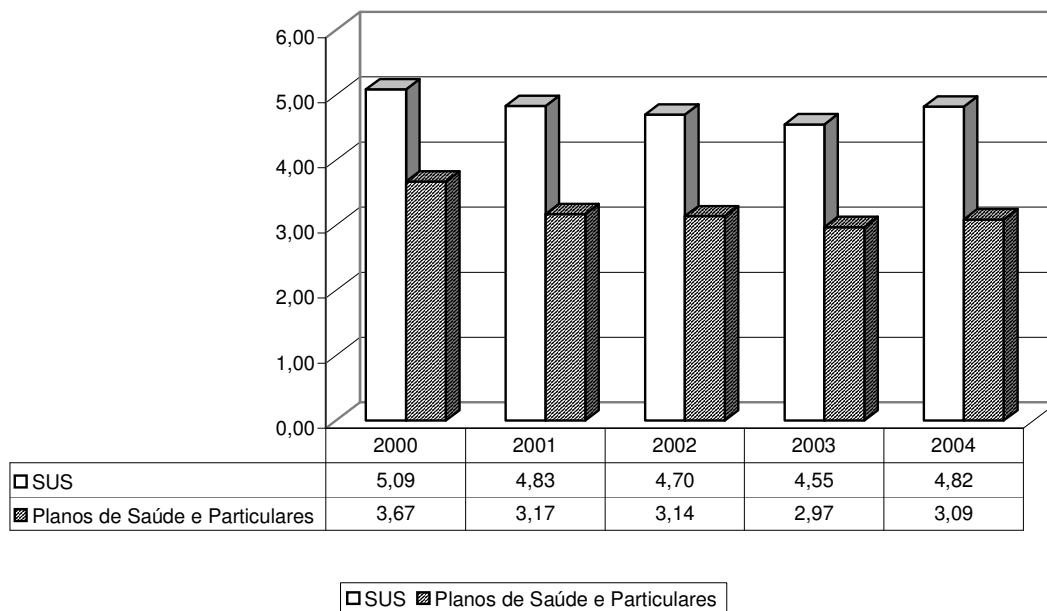


GRÁFICO 14 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares do Hospital A, no capítulo IX da CID 10 – “Doenças do aparelho circulatório”, em Piracicaba, de 2000 a 2004.

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A, com elaboração do autor

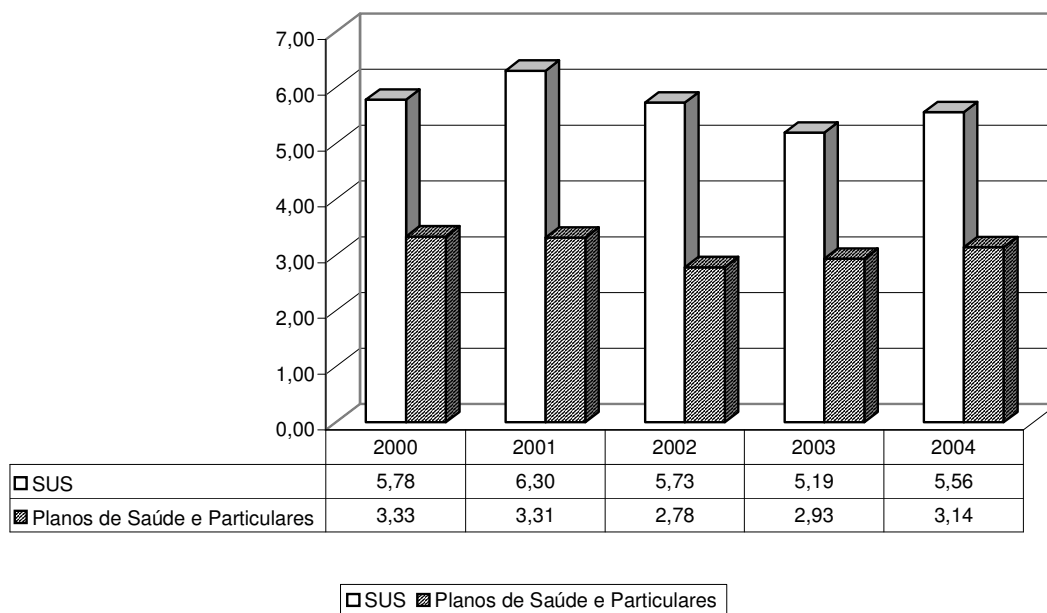


GRÁFICO 15 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares do Hospital A, no capítulo X da CID 10 – “Doenças do aparelho respiratório”, em Piracicaba, de 2000 a 2004.

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A com elaboração do autor

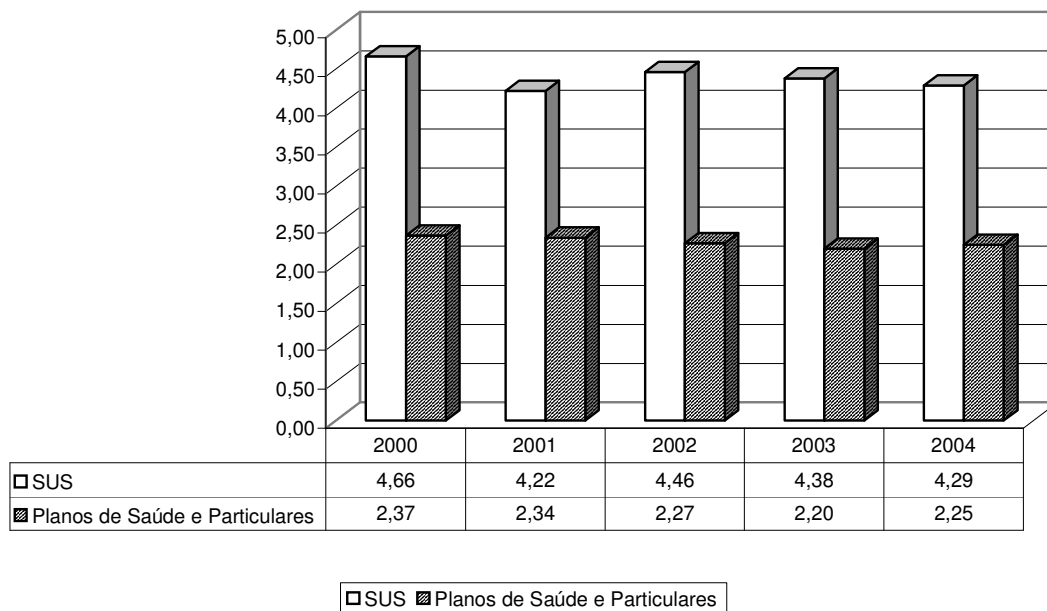


GRÁFICO 16 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares do Hospital A, no capítulo XI da CID 10 – “Doenças do aparelho digestivo”, em Piracicaba, de 2000 a 2004.

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A, com elaboração do autor

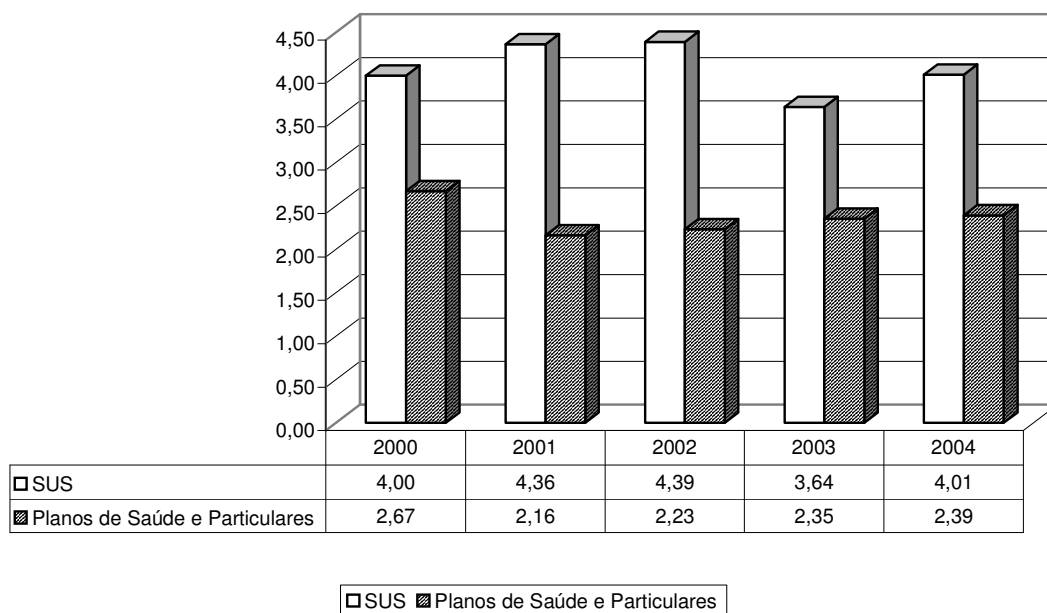


GRÁFICO 17 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares do Hospital A, no capítulo XIV da CID 10 – “Doenças do aparelho geniturinário”, em Piracicaba, de 2000 a 2004.

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A, com elaboração do autor

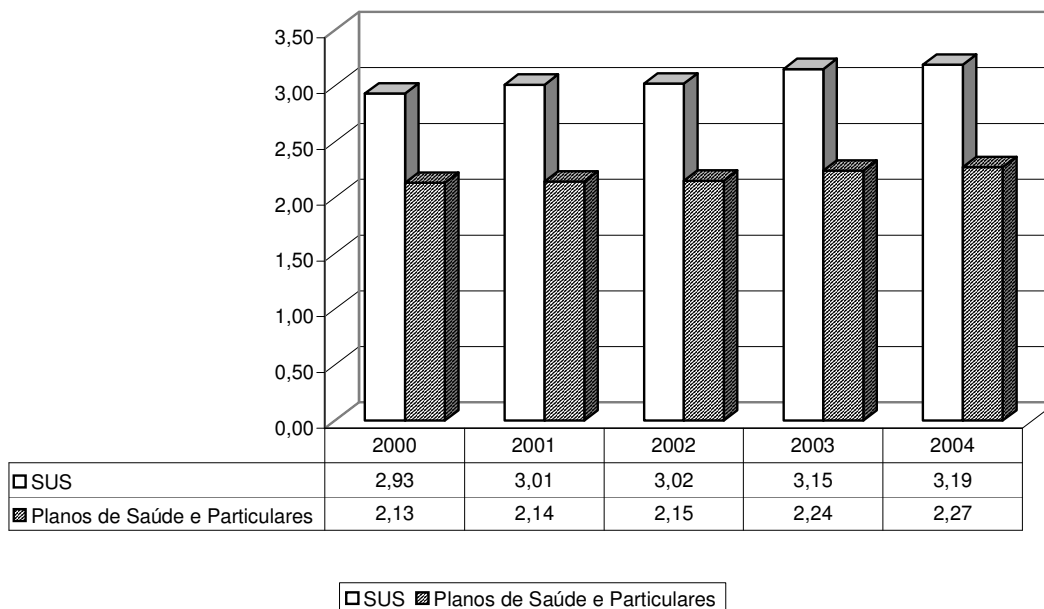


GRÁFICO 18 – Tempo Médio de Permanência das internações SUS e dos Planos de Saúde/Particulares do Hospital A, no capítulo XV da CID 10 – “Gravidez, Parto e Puerpério”, em Piracicaba, de 2000 a 2004.

**Fonte:** DATASUS – Município de Piracicaba e Hospital A, com elaboração do autor

Como vemos, alguns deles mostram clara diferença entre os dois tipos de financiadores. Tais fatos foram questionados às administrações dos dois hospitais que, de forma semelhante, atribuíram duas principais razões para as ocorrências:

- a primeira diz respeito ao tempo mínimo de internação que o SUS determina para cada diagnóstico, induzindo dessa forma que o paciente permaneça internado mesmo se eventualmente pudesse obter alta;
- a segunda pela falta de comprometimento médico pela baixa remuneração recebida pelo SUS, atrelado ao trabalho adicional em preparar relatórios de justificativa para uma alta antes do prazo mínimo.

Para exemplificar alguns desses casos, foi mencionado que numa internação de parto cesariana o tempo mínimo de internação pelo SUS é de 3 dias e o de cirurgia de catarata é de 1 dia. Apesar de existir a opção de determinar a alta médica antes do prazo mínimo, isto significa preparar relatórios ao SUS, onde se corre o risco de atraso no pagamento ou glosa, o que invariavelmente o hospital não quer assumir.

A partir deste fato se estabelece um ponto de discussão: este achado no hospital filantrópico em Piracicaba é encontrado nos demais hospitais do Estado de São Paulo e do Brasil?

Na tese de Soeiro (2000) apesar de não fazer uma comparação entre as internações SUS com as de planos de saúde, já chamava a atenção pelo fato do tempo médio de permanência das AIH em Estados como São Paulo e Rio de Janeiro serem elevadas, com 7,15 e 8,92 dias respectivamente, no ano de 1999.

Outrossim, há que se considerar a necessidade de verificar o perfil desses pacientes internados, tais como idade, doenças coadjuvantes e estado geral de saúde, que poderiam determinar um maior tempo de internação entre pacientes SUS e não SUS, o que este trabalho não se propôs.

Adicionalmente caberiam maiores análises no sentido de verificar em que medida se justifica um tempo maior de internação por exigência do SUS, sabendo que há carência de leitos para atender a população de forma geral. Se houvesse um comportamento de internações semelhante àquele encontrado nas internações dos Planos de Saúde/Particulares, poder-se-ia proporcionar um número significativamente maior de internações pelo SUS, com os leitos atualmente disponíveis.

A última informação objetivada em relação às internações era caracterizar o grau de invasão de pacientes oriundos de outros municípios, por meio da análise da origem de residência. Nos dois hospitais pode-se verificar que além de Piracicaba, pacientes de outros 242 municípios brasileiros estiveram internados no período de análise. Estiveram internados pelo SUS u'a média anual de 2.080 pacientes vindos de 165 diferentes municípios, excluído Piracicaba. De forma análoga, no caso de pacientes de Planos de Saúde/Particulares, a média anual de internação foi de 2.984 pacientes que vieram de 192 municípios.

Com os dados consolidados dos dois hospitais, notamos que na média do período de 2000 a 2004, as internações de pacientes do município representaram 84,4%, enquanto dos municípios componentes da DIR XV foram de 10,7% e o restante de

4,8% de outros municípios de São Paulo ou de outros estados brasileiros (Tabela 10).

**TABELA 10** – Origem de residência das internações totais, pelo SUS e pelos Planos de Saúde/Particulares, nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Intern.	%	Intern.	%	Intern.	%	Intern.	%	Intern.	%
<b>TOTAL</b>										
Piracicaba	26086	85,4%	26553	83,5%	29379	84,6%	27839	84,0%	27683	84,7%
Municípios da DIR XV	3082	10,1%	3644	11,5%	3697	10,6%	3668	11,1%	3289	10,1%
Outros Municípios	1372	4,5%	1581	5,0%	1655	4,8%	1635	4,9%	1699	5,2%
<b>SUS</b>										
Piracicaba	14846	88,9%	15007	85,3%	16115	87,8%	15345	86,9%	13887	90,6%
Municípios da DIR XV	1396	8,4%	1955	11,1%	1609	8,8%	1708	9,7%	1195	7,8%
Outros Municípios	450	2,7%	621	3,5%	620	3,4%	603	3,4%	246	1,6%
<b>Planos de Saúde e Particulares</b>										
Piracicaba	11240	81,2%	11546	81,3%	13264	80,9%	12494	80,7%	13796	82,8%
Municípios da DIR XV	1686	12,2%	1689	11,9%	2088	12,7%	1960	12,7%	2094	8,7%
Outros Municípios	922	6,7%	960	6,8%	1035	6,3%	1032	6,7%	1453	8,5%

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba

**Nota:** dados trabalhados pelo autor

Nas internações SUS a participação de pacientes do município foi de 87,8% no período de 2000 a 2004, enquanto os municípios da DIR XV representaram 9,2% e o restante de 3,0% vindos de outros municípios e estados. De forma análoga, as internações através dos Planos de Saúde e Particulares tiveram uma distribuição e 80,7%, 12,3% e 7,0% de pacientes oriundos de Piracicaba, de municípios da DIR XV e outros, respectivamente.

Pelos dados obtidos no período de 2000 a 2004, houve redução do fluxo de pacientes de fora do município especialmente no último ano, tanto em números absolutos como em termos relativos; houve também redução de pacientes SUS vindos de outros municípios, sejam da DIR XV ou dos demais municípios de São Paulo e outros estados do Brasil.

Quanto aos pacientes internados por Planos de Saúde/Particulares, houve redução dos oriundos dos municípios da DIR XV e crescimento daqueles de outros municípios de São Paulo e demais estados brasileiros. Com o crescimento das internações de pacientes de Piracicaba pelos Planos de Saúde/Particulares em

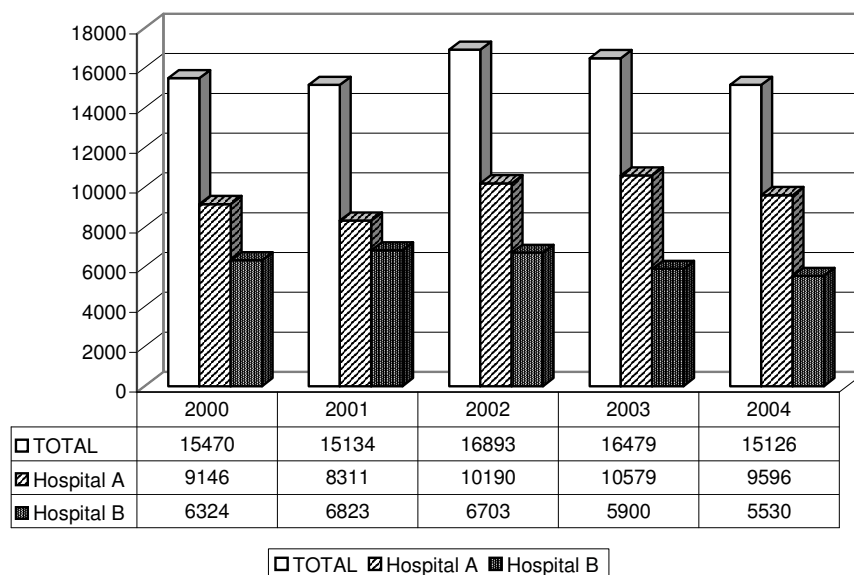


2004, a representatividade percentual desse grupo cresceu quando comparada aos anos anteriores.

### Cirurgias

Como descrito no item 3.2.2.1., as informações sobre o número de cirurgias não foram obtidas com a classificação desejada que permitiriam avaliar a frequência de procedimentos emergenciais, eletivos e ambulatoriais, nem tampouco a origem de residência desses pacientes.

Nos resultados obtidos podemos identificar u'a média de 15.820 cirurgias por ano, sendo o Hospital A responsável na média por aproximadamente 60% do total no período (Gráfico 19).



**GRÁFICO 19** – Número de cirurgias nos hospitais filantrópicos de Piracicaba, de 2000 a 2004

**Fonte:** Hospitais filantrópicos de Piracicaba, com elaboração do autor

Relacionando estas cirurgias com as internações ocorridas nos hospitais, pode-se verificar que a relação entre elas tem se mantido estável no período. Entre os hospitais, esta relação mostrou que o Hospital B realizou anualmente 26% mais procedimentos cirúrgicos por internação que o Hospital A, na média dos 5 anos. Como não foi discriminado o número de cirurgias por financiador, o cálculo dessa relação não pode ser realizado.

## 5.2 Entrevistas

### Caracterização dos entrevistados

A identificação dos cinco entrevistados (3 administradores hospitalares, o Secretário Municipal de Saúde e a Diretora da Regional de Saúde – DIR XV), inclui o cargo ocupado pelo profissional, sua formação acadêmica, tempo na que trabalha na instituição e o tempo que está no cargo atual. Por parte de alguns entrevistados, houve descrição de sua experiência profissional que foi agregada como nota no Quadro 22.

Organização	Cargo atual	Formação Acadêmica	Tempo na Instituição	Tempo no Cargo atual
Hospital da Santa Casa	Administrador	Enfermagem (1)	12 anos e 6 meses	7 anos
Hospital Independência	Administrador	Enfermagem (2)	7 anos	7 anos
Hospital dos Fornecedores de Cana	Administrador	Economia (3)	15 anos	15 anos
Secretaria Municipal de Saúde	Secretário Municipal de Saúde	Farmácia (4)	17 anos	8 meses
Direção Regional de Saúde do Estado	Diretor Técnico de Departamento	Medicina (5)	15 anos	8 anos

#### **QUADRO 22** – Caracterização dos entrevistados

Fonte: elaboração do autor

Notas: (1) Pós-graduação em administração hospitalar e MBA em gestão em Saúde (FGV-Unicamp); (2) Foi Secretária Municipal de Saúde no município de São Pedro – 1989/1992 e 1993/1996; (3) Pós-graduação em administração hospitalar, foi administrador do Hospital da Santa Casa onde trabalhou 23 anos; (4) É funcionário público de carreira no município e foi Diretor do Programa Estratégico do Ministério da Saúde – Programa DST-AIDS e foi consultor da Unesco para o Programa de AIDS - 2003/2004; (5) Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP

Antes de apresentarmos as respostas dos administradores dentro da abordagem prevista no desenho de estudo, algumas questões específicas sobre as dificuldades atuais em cada nível de gestão, abordadas exclusivamente com o Secretário Municipal de Saúde e a Diretora Regional de Saúde, são apresentadas a seguir.

Em que pese a não relevância para a região, a Diretora Regional de Saúde informou que há um único hospital público municipal na região da DIR XV, localizado no município de Itirapina, distante 69 km de Piracicaba. O hospital de pequeno porte

com 25 leitos, oferece basicamente serviços de maternidade. Tal informação não invalida a ausência de uma representação hospitalar pública estatal na região da DIR XV, na medida em que atende exclusivamente a população de pouco mais de 14.000 habitantes do município em questão.

#### Principais problemas na gestão municipal e regional

Em relação aos principais problemas nas respectivas áreas de gestão, o estrangulamento financeiro é compartilhado por ambos como o principal problema. Tal fato é devido a uma tabela defasada no pagamento aos prestadores filantrópicos e a valores fixos de repasse ao município, desde 1998 quando da pactuação da gestão plena. “Os exames laboratoriais são rotineiros, quando comparados há 7 anos atrás”, com uma demanda aumentada nos últimos anos. Desse modo acabam, “comprometendo a prestação de serviços, pois as necessidades da população acabam sendo reprimidas nos procedimentos eletivos, ou inadequadamente atendidas nas urgências por inexistência de ofertas e algumas especialidades”.

Atualmente a ortopedia é “gargalo” nos serviços hospitalares, tendo o município iniciado 2005 com um déficit de R\$ 650.000,00 no pagamento aos serviços prestados até 2004. Como os valores de pagamento para média complexidade são baixos, como por exemplo oftalmologia, os pequenos municípios adjacentes transferem para outros centros esse tipo de atendimento, “o que tem gerado até compra de medicamentos para pacientes de outros municípios”.

Quanto aos leitos SUS disponíveis, houve concordância entre os entrevistados de que tanto o município quanto a região necessitam de incremento para atender a demanda. Apesar disso, não há previsão de construção de hospital público no município. Foi mencionado que apesar dos recursos disponíveis estarem atendendo a demanda atual os trabalhos de prevenção deveriam ter sido maiores, o que pode levar a um esgotamento da capacidade de atendimento.

Atualmente há 20 equipes do PSF e pretende-se acrescentar mais 20 equipes até 2008 (quando termina o mandato do atual Prefeito). O índice de faltas nas consultas marcadas nos ambulatórios chega a 50%, o que compromete o atendimento e planejamento. Tal situação pode estar ligada à dificuldade de acesso da população,

o que tem demandado esforços da prefeitura nos projetos de transporte do município.

Após estas colocações dos gestores municipal e regional passamos a discutir os 4 grandes tópicos, conforme estabelecido no roteiro de entrevista.

#### Tendência da Oferta de serviços hospitalares em Piracicaba

Foi mencionado que a qualidade dos serviços melhorou devido a estrutura tecnológica, mas que o município ainda carece da oferta de leitos UTI neonatal e infantil.

Nos hospitais que atendem SUS mencionam um “estrangulamento” devido à crescente demanda, sem a correspondente disponibilidade de leitos. Em comparação com grandes centros urbanos como São Paulo e Campinas, foi mencionado que a oferta de hotelaria hospitalar ainda é devedora no município.

Houve crescimento nas instalações dos hospitais no período de análise, como ampliação para novos leitos UTI, laboratórios de análise clínica, unidades renal e oncológica novas, além de reformas nas instalações da maternidade SUS em um dos hospitais.

A aquisição de equipamentos para centro cirúrgico, salas de emergência, hemodinâmica e unidade renal puderam ampliar a capacidade de atendimento, e substituir equipamentos obsoletos. Houve incremento em equipamentos de Raios-X e cardiógrafos, conforme descrito nos resultados quantitativos e espera-se para 2006 a inclusão de novo equipamento de ressonância magnética no município. Prevê-se também para 2006 a ampliação do centro cirúrgico e novos leitos particulares em um dos hospitais, e com o arrendamento do Hospital e Maternidade Clínica Amalfi a ampliação da oferta de leitos SUS.

Foi mencionado por um administrador que há excesso da oferta de serviços de cardiologia, pois há muitos credenciados. A preocupação existe pois, por meio de portaria do SUS, foram transferidos exclusivamente para centros universitários, alguns procedimentos em cardiologia, ortopedia e neurologia. Apesar das técnicas

serem do conhecimento da comunidade médica local, e que continuam sendo feitas em pacientes privados, espera-se como consequência a redução da utilização pelo SUS desses serviços no município.

#### Ambulatorização e desospitalização

A percepção dos movimentos de ambulatorização e desospitalização foi unânime entre os entrevistados, e as razões descritas mostraram diferentes enfoques e argumentos.

Em relação a ambulatorização, foi mencionado que o crescimento de clínicas de diagnósticos para a realização de exames no município, antes executados em ambiente hospitalar, assim como o crescimento de clínicas que realizam cirurgias ambulatoriais, são sinais inequívocos desse movimento.

O próprio arrendamento do Hospital e Maternidade Clínica Amalfi pelo Hospital dos Fornecedoros de Cana, que será transformado em Hospital-dia, revela a tendência na disponibilização de instalações que permitem a execução de procedimentos em ambiente ambulatorial. A expansão dos serviços ambulatoriais de cuidados aos pacientes e a implantação das residências terapêuticas na área de saúde mental, foi mencionado como outro exemplo da ambulatorização.

Justificando o movimento de desospitalização, mencionou-se que “para as áreas clínicas e cirúrgicas, a melhor capacitação tecnológica garantiu maior resolatividade (sic) de algumas intervenções, como por exemplo a implantação de hospital-dia e o acompanhamento ambulatorial e o domiciliar em algumas condições”, e que “as novas tecnologias em equipamentos e medicamentos, aliados a novos procedimentos médicos são fatores que contribuem para esta tendência”.

Custos também foram mencionados como um dos fatores determinantes, quando um entrevistado afirma que “há de fato um movimento de desospitalização mais ligado ao aspecto financeiro, com a redução de custos e menor tempo de internação”, além de “o hospital ser fonte de infecção”. Entretanto foi mencionado que não há diferença no pagamento para procedimentos em regime de hospital-dia ou internação regular, que incentive a ambulatorização ou desospitalização.

Em resumo, na visão geral dos entrevistados, há no município ambos os movimentos, que pode estar alicerçados no número de leitos praticamente estável para uma população crescente nos últimos 5 anos, pela redução da relação de internações por habitantes nos últimos anos, e pelo crescimento de clínicas e ambulatórios privados no município.

#### Indicadores hospitalares

A menção de indicadores hospitalares foi pouco enfática por parte dos administradores, que mencionaram ser a taxa de infecção hospitalar, a taxa de ocupação e tempo médio de permanência as mais relevantes. Em dois hospitais foi mencionado o número de cirurgias realizadas como indicador relevante.

Não foi mencionado por nenhum dos administradores o uso dos indicadores para a elaboração de planejamento, nem tampouco ficou evidente a existência de objetivos claros disseminados no hospital para esses indicadores.

#### Relacionamento dos Hospitais com as esferas públicas (SMS e DIR XV)

A informação mais relevante no questionamento aos entrevistados, foi a descoberta da existência de duas centrais de regulação de vagas: a da Diretoria Regional de Saúde e a do Município. Tal relacionamento se iniciou com uma parceria inédita entre o município de Piracicaba e a DIR XV, com a implantação de uma Central Única de Regulação de Urgências em 1998, o que foi bastante positivo para a garantia de acesso adequado das demandas regionais, uma vez que os dois maiores hospitais da região estão localizados no município.

Porém, por razões políticas, a parceria foi desfeita. Atualmente os leitos de urgência dos dois hospitais, não são regulados pela Central de Regulação Regional, sendo prerrogativa da Central Municipal a autorização das internações de urgências de outros municípios nos hospitais da cidade.

No início tal situação provocou dificuldades para os hospitais que não sabiam bem a quem recorrer, relatando ter sido sofrível com a falta de controle das internações. Para os hospitais filantrópicos há melhor condição de diálogo com a gestão da Prefeitura atual e mencionaram que a relação melhorou muito.

Na visão do hospital que não atende SUS, não há interferência da gestão municipal, entendendo serem “ignorados” pelo poder municipal, não os utilizando, por exemplo, para programas de vacinação apesar de estarem disponíveis, segundo a administração. A exigência da ANS é que informem ao Ministério da Saúde o faturamento, número de cirurgias em base mensal, mas estes dados não são discutidos em nenhuma instância junto a SMS.

Por outro lado, foi mencionado por um Hospital filantrópico, que desde 1999 a Secretaria Municipal de Saúde promove uma simulação de catástrofe, com a participação do hospital, além de programas de vacinação. Tal depoimento reforça o tratamento diferenciado que o poder público municipal possui com os hospitais conveniados e não conveniados ao SUS. A integração das forças e experiências, além da amplitude de recursos hospitalares poderia ser utilizada em programas municipais como forma de exercer a plena gestão dos recursos de saúde do município.

## **6. CONCLUSÕES**

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar, para o período de 2000 a 2004, o perfil da oferta dos serviços hospitalares e sua utilização nos Hospitais Filantrópicos no município de Piracicaba, caracterizando suas fontes de financiamento. Para alcançar este intento procedeu-se a coleta de dados nesses hospitais, referente aos serviços disponíveis, à sua capacidade em termos de leitos, equipamentos e recursos humanos. Também foram obtidos dados relacionados às fontes de financiamento e a indicadores específicos, como tempo médio de permanência geral e taxa de ocupação dos hospitais. O grau de utilização foi medido pelo número de internações, exames de diagnóstico por equipamento e cirurgias realizadas.

Chamou a atenção, de forma geral no estudo, a dificuldade em se obter as informações solicitadas, seja por falta de registro e acompanhamento, seja pela precariedade com que várias informações foram obtidas. Não havia uma centralização de todas as informações. Registros descartados, dados incompletos e falta de mensuração, configuraram uma certa fragilidade dos sistemas de informação, especialmente para dados de produção assistencial e no âmbito de recursos humanos.

Os resultados evidenciaram que a oferta de serviços oferecidos pelos hospitais filantrópicos responde a uma ampla gama de complexidade, atendendo a mais de 30 planos de saúde de empresas públicas e privadas. Deve-se registrar também que, a exemplo de outras instituições filantrópicas no Brasil, um dos hospitais – Santa Casa de Misericórdia – possui plano de saúde próprio.

Com o crescimento de leitos SUS no período, o município mantém uma relação de leitos SUS por 1.000 habitantes superior à do Brasil. Entretanto os hospitais filantrópicos, deverão continuar vulneráveis a pressões sociais, na medida em que não há previsão de construção de nenhuma unidade hospitalar estatal. Fica assim “decretado”, que no futuro próximo as internações deverão continuar a serem prestadas pela iniciativa privada conveniada. Esta, por força da baixa remuneração paga pelos serviços prestados ao SUS, em especial aos procedimentos de baixa e



média complexidade, é instada a encontrar alternativas que permitam a sustentação financeira da operação, verificada pelo aumento de internações dos planos de saúde, nos últimos anos.

A carência de leitos de UTI infantil nos hospitais foi percebida como uma deficiência pelos entrevistados. A disponibilização desse recurso ainda em 2005 por um dos hospitais e a previsão de implantação para o próximo ano no outro hospital, são sinais do compromisso com esta necessária atualização.

Em relação aos equipamentos de diagnóstico, apesar da oferta ter se mostrado praticamente estável no período, há maior utilização dos recursos disponíveis verificado pela crescente produção de exames por equipamento. Ficou demonstrada a amplitude de recursos de diagnósticos disponíveis nos hospitais, com a presença de todos os equipamentos necessários aos procedimentos mais complexos.

Quanto à oferta de recursos humanos, houve limitações para analisá-las, pois além de não terem sido obtidas informações de todos os anos por falta de registro, muitos profissionais médicos atuam em mais de um hospital no município, impossibilitando o dimensionamento do universo atuante nesses hospitais. Entretanto o número de funcionários por leito, excluídos os médicos, compatível com o encontrado no Estudo sobre as Filantrópicas, revelou crescimento no período de análise,

A maior participação das fontes de financiamento privada nas receitas dos hospitais, quando comparadas ao SUS, além de contribuir para o equilíbrio econômico-financeiro dessas instituições, reflete a significativa presença da assistência médica supletiva no município. Revela assim, sob o ponto de vista do financiamento, uma atuação mais do que apenas complementar, conforme descrito na Constituição. Este fato é devido principalmente aos baixos valores pagos pelo SUS para os procedimentos de baixa e média complexidade quando comparados àqueles pagos pelos planos privados. Mesmo estes hospitais tendo que realizar um mínimo de 60% de atendimento ao SUS, a representatividade dessa fonte não foi superior a 30% em nenhum dos hospitais em qualquer ano do período.

O resultado verificado da taxa de ocupação nos hospitais, não permitiu uma análise conclusiva, entretanto parece indicar a utilização de leitos extras. Também foi objeto do estudo a caracterização da evolução do tempo médio de permanência por fonte de financiamento a partir dos grandes grupos de diagnósticos estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças – CID 10, e a caracterização da utilização dos serviços hospitalares por origem de residência, na medida em que o município é centro de referência regional no interior do Estado de São Paulo.

Este objetivo, se não plenamente atingido pela restrição de informações de um dos hospitais, foi alcançado, na medida em que este indicador apresentou resultados distintos em função do financiador, revelando a atenção que os planos de saúde dedicam à permanência do paciente no ambiente hospitalar.

A constatação de que o tempo médio de permanência das internações SUS foi maior que aquele registrado nas internações de planos privados/particulares, traz dúvidas que precisariam ser esclarecidas antes de se poder chegar a alguma conclusão. Não apenas o perfil dos pacientes, como idade, condições de saúde, doenças concomitantes e o próprio diagnóstico principal precisariam ser investigados numa amostra maior de hospitais, mas também as razões que levaram o SUS a estabelecer tempos mínimos de internação, que eventualmente podem estar associados a dados históricos de re-internações nesse grupo de pacientes.

De qualquer forma, este fato reduz a capacidade de se obter um número maior de internações pelo SUS, que é certamente um fator que exerce pressão para a obtenção de vagas, e que pode também produzir reações como o estabelecimento de controles e de restrições ao acesso.

Merece atenção todavia, que apesar da presença marcante do sistema privado de assistência médico-hospitalar nos hospitais analisados, em um deles, todos os pacientes que se utilizam do serviço de terapia renal substitutiva, estão vinculados ao SUS. Tal constatação não foi acompanhada da verificação do ressarcimento ao SUS pelos planos privados de Saúde através da Tabela Única para Ressarcimento de Procedimentos – TUNEP, mas evidencia a transferência da execução de procedimentos de maior complexidade e de maior remuneração ao SUS.

Quanto à utilização dos serviços hospitalares por pacientes de fora do município, mostrou que em certo grau há um nível estável de “invasão” no período de análise, entretanto nota-se que o número de pacientes SUS de fora do município tem reduzido a partir de 2002. Tal comportamento pode estar relacionado ao controle de vagas que o município passou a exercer em detrimento da utilização pela regional de saúde.

Finalmente, a visão dos administradores e representantes do poder público de saúde no município e região mostrou que, apesar da condição de gestão plena em que o município se encontra, não há uma utilização integrada com os hospitais privados não prestadores ao SUS. Além disso o mecanismo singular de existência de duas centrais de vagas - do município e da regional - constitui-se num desafio para as relações entre diferentes esferas de governo, beneficiadas atualmente por serem do mesmo partido político. Portanto, há oportunidade de maior sinergia entre as diferentes esferas de governo e a iniciativa privada no que tange a ações integradas de saúde no município.

Os movimentos de ambulatorização e desospitalização foram percebidos como presentes por todos os gestores. As evidências disso foram o crescimento de clínicas e ambulatórios privados no município e a ampliação de leitos em hospital-dia, relativizando o peso dos hospitais no sistema de saúde.

As restrições à obtenção das informações no estudo foram muitas, e suas conclusões precisam ser refletidas sob essas limitações. Entretanto como resultado fica o estímulo em procurar confirmar alguns achados da pesquisa dentro de um escopo maior de investigação, sempre movida pela contraposição entre o público e privado, agentes que se completam e se desafiam na realização de um serviço fundamental à comunidade, que é a atenção à saúde.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALBUQUERQUE, Manoel Maurício - *Pequena história da formação social brasileira* - Rio de Janeiro - Graal, 1981
- BARBOSA, Pedro Ribeiro (coordenador) et al. – *Hospitais Filantrópicos no Brasil* – Caderno 5, vol. 1, 2, 3 – Rio de Janeiro – BNDES, 2002
- BARROS, Elizabeth – *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto* – Organização Pan-Americana da Saúde – Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília , OPAS , 2003
- BERTOLLI FILHO, Cláudio – *História da Saúde Pública no Brasil* – São Paulo – Editora Ática, 2001
- BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. – *A mercantilização admissível e as política públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil* – In NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (organizadores) – *Brasil: Radiografia da Saúde* – Campinas-SP - Instituto de Economia – Unicamp, 2001
- BRASIL, Ministério da Saúde - *Balanço da Saúde no Governo FHC* - Brasília, 1998.
- BRASIL, Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* - Brasília, 1995.
- BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – *Plano Diretor da Reforma do Estado* – Novembro, 1995

- BRASIL – Ministério da Saúde – *Assistência de média e alta complexidade no SUS – 1995/2000* – Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2001
- BRASIL – Ministério da Saúde – *Assistência Hospitalar no SUS – 1995/1999* – Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2000
- BRASIL – Ministério da Saúde – *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar* – Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2002
- BRASIL – Ministério da Saúde – *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2004
- BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (organizadores) – *Reforma do Estado e administração pública gerencial* - Rio de Janeiro – Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998
- BRESSER PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. (organizadores) – *O público não-estatal na reforma do estado* – Rio de Janeiro – Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999
- CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. - *Planejamento e gestão em saúde* - Belo Horizonte - Coopmed, 1998 (Cadernos de saúde, 2)
- CAMPOS, G. W. S. – *Reflexões sobre uma proposta de gestão de sistema local de saúde* – RAP – Revista de Administração Pública, vol. 24, n. 4, p. 46-52, ago./out. 1990
- CAPUCCI, P. F. – *Uso de indicadores em sistemas locais de saúde: um estudo sobre municípios entre 100 mil e 300 mil habitantes no Estado de São Paulo* – Dissertação de mestrado – EAESP- FGV/SP, 1999

- CARNEIRO, Glauco – Poder das Misericórdias – a Santa Casa na história de São Paulo – São Paulo - Editora Press Grafis, 1986
- CARVALHO, A. I. et al. – *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social* – Rio de Janeiro – IBAM/FASE, 1995
- CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, M. B. P. – *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – vol.6 – São Paulo – Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998
- CASTRO, Mônica S. M. et al. – *Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil* – Revista de Saúde Pública, vol.39, nº 2, p. 277-284, Abril de 2005
- COHN, Amélia – *O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade* – Revista USP, nº 51, p. 6-15, São Paulo-SP, Coordenadoria de Comunicação Social, 2001
- COSTA, L. R. L. – *Os critérios de alocação de Recursos Financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002* – Dissertação de Mestrado, EAESP-FGV, São Paulo, 2003
- COSTA, Nilson Rosário – *A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectivas* - In NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (organizadores) – *Brasil: Radiografia da Saúde* – Campinas-SP - Instituto de Economia – Unicamp, 2001
- COSTA, Nilson Rosário - *Políticas públicas : justiça distributiva e inovação* - São Paulo - Hucitec, 1998
- COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (organizadores) – *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90* – Rio de Janeiro - Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública, 1996

- CURADO, I. B.; Souza, M. E. V.; MADEIRA, E. Y. – *Diretrizes para citações e referências* – 3ª edição – São Paulo – FGV-SP, 2005
- DRUCKER, P. F. – *Administração de Organizações sem fins lucrativos – princípios e práticas* – São Paulo - Editora Pioneira, 1990
- ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas – *O Financiamento e a Política de Saúde* - Revista USP, nº 51, p. 16-27, São Paulo-SP, Coordenadoria de Comunicação Social, 2001
- ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro – *Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo* – Relatório de Pesquisa nº 9 – FGV-EAESP, São Paulo, 2004
- ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOLDBAUM M. – *Informações para o monitoramento das desigualdades sociais e sanitárias* – Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 37 (2): 355-78, mar./abr., 2003
- FERNANDES, R. C. - *Privado porém Público – O terceiro setor na América Latina* - 2ª edição – Rio de Janeiro - Editora Relume Dumará, 1994
- FERREIRA, M. O. – *Políticas de Saúde no Brasil – análise de valores investidos de 1994 a 2002* – Universidade de Brasília – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – Brasília, DF, 2002
- FLEURY, Sonia – *Reforma do Estado, RAP* – Revista de Administração Pública - Rio de Janeiro, Vol.. 35, n. 5 - set./out. 2001
- FORTUNA, Affonso de Aragão Peixoto – *Especificidades da participação do Município no Sistema Único de Saúde* – Revista de Administração Municipal, IBAM – Rio de Janeiro, ano 49, nº 245, p. 31-38, jan./fev. 2004

- GELIS FILHO, Antonio – *Sistemas de Saúde e Constituição: análise da relação entre a presença de proteção constitucional do direito à saúde e mortalidade infantil em 112 países* – Tese de Doutorado – EAESP – FGV – São Paulo, 2005
- GERSCHMAN, S. V.; BARBOSA, P. R.; LIMA, S. M. L.; UGÁ, A. D.; Portela, M. C.; Vasconcelos, M. M. – *O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde* - RAP – Revista de Administração Pública – Vol. 37 – n. 2, p. 265-283, mar./abr. 2003
- GOULART, F. A. A.; MACHADO, L. M. – *Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento analítico* - Organização Pan-Americana da Saúde – Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – Brasília - OPAS, 2002
- HART, J.T. – *The inverse care law* – Lancet, 1971;1(7696):405-12
- HART, J.T. – *Commentary: three decades of the inverse care law* – BMJ 2000; 320(7226):15
- HEIMANN, L. S. et al. – *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal* – São Paulo – Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000
- KHOURY, Y. A. (coord.) – *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil* – Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: PUC-SP/CEDIC: FAPESP – São Paulo, 2004
- LEBRÃO, M. L. – *Evolução da morbidade hospitalar – Vale do Paraíba, 1975 e 1988* – Tese para Concurso de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP – São Paulo, 1994
- LEVCOVITZ, Eduardo; et al. – *Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)* -



Organização Pan-Americana da Saúde – Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde - Brasília - OPAS, 2003

- LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. – *Caracterização Gerencial dos Hospitais Filantrópicos no Brasil* - Caderno de Saúde Pública v. 10 n. 5 - Rio de Janeiro - set./out., 2004
- LODI, J. B. – *Governança Corporativa: o governo da empresa e o conselho de administração* – Editora Campus, 2000
- MAFFEZOLI, Lineu Carlos – *Políticas Sociais Descentralizadas: Análise da Municipalização dos serviços de saúde em Piracicaba*. In: TERCI, Eliana Tadeu (Org.). *O desenvolvimento de Piracicaba: história e perspectivas*. Piracicaba – Editora Unimep, 2001. Parte II p.185-234.
- MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón – *Administración Hospitalaria* – 2ª edición – Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2000)
- MAKIYAMA, M. N. - *Análise da Captação de Recursos em Hospitais Filantrópicos do Município de São Paulo* – Dissertação de Mestrado – EAESP –FGV – São Paulo, 2002
- MALIK, Ana Maria – *Oferta em Serviços de Saúde* - Revista USP, nº 51, p. 146-157, São Paulo-SP, Coordenadoria de Comunicação Social, 1989
- MÉDICI, André Cezar – *Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde* – In: Piola, S. e Vianna, S.M. (eds) *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde* – IPEA, Brasília - 1995
- MÉDICI, André Cezar – *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização* – São Paulo – Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994

- MORATORI, Nilma de Oliveira – *150 anos de história da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba* – Campinas - Somus Gráfica e Editora, 2004
- MOURÃO, Julio Olimpio Fusaro – *Piracicaba 2010 – realizando o futuro* – Piracicaba-SP, Piracicaba 2010, 2001
- NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo (organizadores) – *Brasil Radiografia da Saúde* – Campinas-SP - Instituto de Economia – Unicamp, 2001
- NICZ, Luiz F. - *Previdência social no Brasil* - In: GONÇALVES, Ernesto L. - *Administração de saúde no Brasil* - São Paulo - Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197
- OCKÉ-REIS, Carlos Otávio – *Challenges of the Private Health Care Plans Regulation in Brazil* – IPEA - Rio de Janeiro, 2004
- OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. – *Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde* – Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20, Sup. 2: S298-S309, 2004
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira - *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil* – Petrópolis - Vozes, 1985
- PAHO – *Setting up Healthcare Services Information Systems: A guide for requirement analysis, application specification and procurement* – Washington, D.C. – PAHO, 1999
- POLIGNANO, M. V. – *História das Políticas de Saúde no Brasil - uma pequena revisão*, 1999 – [disponível em <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf)>]

- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; CONSUELO, D. V. – *Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro – Estudo Delphi* – Brasília – IPEA, 2001
- PORTELA, Margareth C., et al.- *Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil* - Revista de Saúde Pública, vol. 38, nº 6, p.811-818, Dezembro 2004
- POSSAS, Cristina A. - *Saúde e trabalho – a crise da previdência social* - Rio de Janeiro, Graal, 1981
- RIZZOTO, M. L. F. – *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil no anos 90: um projeto de desmonte do SUS* – Tese Doutorado UNICAMP – Campinas, 2000
- RODRIGUES FILHO, José – *A Oferta e a Procura dos Serviços Médico-Hospitalares no Brasil* – Revista de Administração Pública, vol. 17, nº 3-4, p. 95-101, Out./Dez. 1983
- SOEIRO, Everton – *Análise do padrão das hospitalizações: um estudo em hospitais gerais de Campinas em 2000 – 2001* – Tese de Doutorado – USP - Faculdade de Saúde Pública, 2002
- TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica – *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde* – Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20, Sup. 2: S190-S198, 2004
- UGÁ, M.A.D., et al. – *Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos* – Relatório Final, Vol.1, Rio de Janeiro, 2004
- UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I. S. – *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro* – Relatório de Pesquisa – Projeto “Justiça no Financiamento do Setor Saúde”, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005

- VIACAVA, Francisco; BAHIA, Lúgia – *Oferta de Serviços de Saúde: Uma Análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (MAS) de 1999* - IPEA, Brasília – novembro 2002
- ZANARDO, Maria Laiz A. M. – *Gerenciamento das Operações Hospitalares como vantagem competitiva* - Tese de Doutorado - EAESP-FGV, São Paulo, 2004
- ZUCCHI, Paola – *Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde* – Dissertação de Mestrado – EAESP-FGV, São Paulo, 1995

**ANEXO 1. Formulário da pesquisa quantitativa nos Hospitais**NATUREZA , ATENDIMENTO E SERVIÇOS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

**Nome da Instituição:** \_\_\_\_\_

**Natureza jurídica:** \_\_\_\_\_

**Início das atividades (mês/ano):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Atendimento SUS:** (S/N) \_\_\_\_\_

**Atendimento Particular:** (S/N) \_\_\_\_\_

**Atendimento Convênios:** (S/N) \_\_\_\_\_

Se Sim, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SADT externo:** (S/N) \_\_\_\_\_

Se Sim, utiliza em instalação:    Próprio(    )    Terceiros(    )

Especificar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(ex: se todos os serviços são terceirizados; quem executa; etc.)*

**Hospital possui Unidades de:** **Urgência/Emergência** (S/N) \_\_\_\_\_

**Ambulatório** (S/N) \_\_\_\_\_

**Centro Cirúrgico** (S/N) \_\_\_\_\_

**Centro Obstétrico** (S/N) \_\_\_\_\_

**Hospital executa serviços de Alta Complexidade? (S/N)** \_\_\_\_\_

se Sim, especificar:

---

---

(Ex: AIDS, Cardiologia, Deformidade Craniofacial, Deficiência Auditiva, Gastroplastia, Implante Coclear, Neurocirurgia, Polissonografia, Oncologia, Ortopedia, ósteo-integrado, Tratamento para Epilepsia e Transplantes)

**Hospital executa serviços de Atenção Domiciliar? (S/N)** \_\_\_\_\_

se Sim, descreva as ações existentes:

---

---

---

---

**Comissões existentes no Hospital:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**LEITOS, RECURSOS HUMANOS E EQUIPAMENTOS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA**

**Número de leitos:**

	Total	SUS	Particular	Convênios
2000 -				
2001 -				
2002 -				
2003 -				
2004 -				

**Leitos por tipo:**

	2000	2001	2002	2003	2004
Clínico					
Cirúrgico					
Obstétrico					
Pediátrico					
U.T.I.					
Neonatal					
Reabilitação					

(ex: observação, hospital-dia, etc.)

**Recursos Humanos:**

## Número de Profissionais por categoria

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004
Alergologia					
Anestesiologia					
Angiologia					
Cardiologia					
Cardiologia Infantil					
Cirurgião buco-maxilar					
Cirurgião cabeça e pescoço					
Cirurgião cardíaco					
Cirurgião geral / Cm					
Cirurgião geral / gastro					
Cirurgião pediátrico					
Cirurgião plástico					
Cirurgião torácico					
Clinica geral / Cm					
Dermatologia					
Endocrinologia					
Geriatria					
Ginecologia					
Ginecologia /Obstetrícia					
Hematologia					
Hematologia pediátrica					
Homeopatia					
Infectologia					
Intensivista					
Mastologia					
Nefrologia					
Nefrologia pediátrica					
Neonatologia					
Neurologia					
Neurologia pediátrica					
Oftalmologia					
Oncologia					
Ortopedia					
Otorrinolaringologia					
Pediatria					
Pneumologia					
Psiquiatria					
Radiologia					
Reumatologia					
Urologia					



## Número de Profissionais por categoria

	2000	2001	2002	2003	2004
Enfermeiros					
Técnico em Enfermagem					
Auxiliar em Enfermagem					
Administrativos Total					
Administração					
Segurança					
Lavanderia					
Nutrição					
Outros					

	Próprio	Terceirizado
Serviços de Administração	( )	( )
Serviços de Segurança	( )	( )
Serviços de Lavanderia	( )	( )
Serviços de Nutrição	( )	( )
_____	( )	( )
_____	( )	( )

**Equipamentos** (próprios ou de terceiros disponíveis no hospital)

	2000	2001	2002	2003	2004
Rx					
Ultrassonografia					
Eletrocárdio					
Ecocárdio					
Mamógrafo					
Endoscópio					
Densitometria					
Videolaparoscópio					
Tomógrafo					
Ressonância Magnética					

**Possui Hemodiálise:**    Não (    )        Sim (    )

se Sim, especificar:

Anos	Número de Máquinas	Número de Pacientes			Sessões realizadas
		Piracicaba	Região DIR XV	Outros	
2000					
2001					
2002					
2003					
2004					

**ESTRUTURA, INDICADORES E FINANCIAMENTO NOS HOSPITAIS DE  
PIRACICABA**

**Área construída:** \_\_\_\_\_ m2 (ano de 2004)

**Taxa de Ocupação (%):  
(dias):**

**Tempo Médio de Permanência**

2000 \_\_\_\_\_

2000 \_\_\_\_\_

2001 \_\_\_\_\_

2001 \_\_\_\_\_

2002 \_\_\_\_\_

2002 \_\_\_\_\_

2003 \_\_\_\_\_

2003 \_\_\_\_\_

2004 \_\_\_\_\_

2004 \_\_\_\_\_

**Tempo Médio de Espera para SADT (da solicitação ao exame) por equipamento  
(dias / horas):**

Raios-X \_\_\_\_\_ Eletrocardio \_\_\_\_\_ Ecocardio \_\_\_\_\_

Ultrassom \_\_\_\_\_ Mamografia \_\_\_\_\_ Densitometria \_\_\_\_\_

Endoscopia \_\_\_\_\_ Videolaparoscopia \_\_\_\_\_

Tomografia \_\_\_\_\_ Ressonância Magnética \_\_\_\_\_

**Tempo Médio de espera para início do tratamento (cirúrgico ou ambulatorial)  
(dias / horas):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Distribuição da Receita da Instituição em percentual com Internações, SADT e Outras:**

	2000	2001	2002	2003	2004
<u>Internações do Total (%)</u> :					

	2000	2001	2002	2003	2004
% total com SUS:					
% total com particular:					
% total com convênios:					

	2000	2001	2002	2003	2004
% por convênio:					
Nome:					

	2000	2001	2002	2003	2004
<u>SADT do Total (%)</u> :					

	2000	2001	2002	2003	2004
Interno (%)					
Externo (%)					

	2000	2001	2002	2003	2004
% total com SUS:					
% total com particular:					
% total com convênios:					

% por convênio:	2000	2001	2002	2003	2004
Nome do Convênio:					

	2000	2001	2002	2003	2004
<u>Outros do Total (%)</u> :					

Se houver, especificar a fonte:

---

(ex: doações, aplicações financeiras, etc.)

INTERNAÇÕES, EXAMES E CIRURGIAS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

Diag. Principal (CID – 10)

INTERNAÇÕES – 2000

	Quant.	T.M.P. Piracicaba	Região DIR XV	Outros Municípios
Capítulo I				
Capítulo II				
Capítulo III				
Capítulo IV				
Capítulo V				
Capítulo VI				
Capítulo VII				
Capítulo VIII				
Capítulo IX				
Capítulo X				
Capítulo XI				
Capítulo XII				
Capítulo XIII				
Capítulo XIV				
Capítulo XV				
Capítulo XVI				
Capítulo XVII				
Capítulo XVIII				
Capítulo XIX				
Capítulo XX				
Capítulo XXI				

# INTERNAÇÕES, EXAMES E CIRURGIAS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

Diag. Principal (CID – 10)

INTERNAÇÕES – 2001

	Quant.	T.M.P. Piracicaba	Região DIR XV	Outros Municípios
Capítulo I				
Capítulo II				
Capítulo III				
Capítulo IV				
Capítulo V				
Capítulo VI				
Capítulo VII				
Capítulo VIII				
Capítulo IX				
Capítulo X				
Capítulo XI				
Capítulo XII				
Capítulo XIII				
Capítulo XIV				
Capítulo XV				
Capítulo XVI				
Capítulo XVII				
Capítulo XVIII				
Capítulo XIX				
Capítulo XX				
Capítulo XXI				

INTERNAÇÕES, EXAMES E CIRURGIAS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

Diag. Principal (CID – 10)

INTERNAÇÕES – 2002

	Quant.	T.M.P. Piracicaba	Região DIR XV	Outros Municípios
Capítulo I				
Capítulo II				
Capítulo III				
Capítulo IV				
Capítulo V				
Capítulo VI				
Capítulo VII				
Capítulo VIII				
Capítulo IX				
Capítulo X				
Capítulo XI				
Capítulo XII				
Capítulo XIII				
Capítulo XIV				
Capítulo XV				
Capítulo XVI				
Capítulo XVII				
Capítulo XVIII				
Capítulo XIX				
Capítulo XX				
Capítulo XXI				



# INTERNAÇÕES, EXAMES E CIRURGIAS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

Diag. Principal (CID – 10)

INTERNAÇÕES – 2003

	Quant.	T.M.P. Piracicaba	Região DIR XV	Outros Municípios
Capítulo I				
Capítulo II				
Capítulo III				
Capítulo IV				
Capítulo V				
Capítulo VI				
Capítulo VII				
Capítulo VIII				
Capítulo IX				
Capítulo X				
Capítulo XI				
Capítulo XII				
Capítulo XIII				
Capítulo XIV				
Capítulo XV				
Capítulo XVI				
Capítulo XVII				
Capítulo XVIII				
Capítulo XIX				
Capítulo XX				
Capítulo XXI				

# INTERNAÇÕES, EXAMES E CIRURGIAS NOS HOSPITAIS EM PIRACICABA

Diag. Principal (CID – 10)

INTERNAÇÕES – 2004

	Quant.	T.M.P. Piracicaba	Região DIR XV	Outros Municípios
Capítulo I				
Capítulo II				
Capítulo III				
Capítulo IV				
Capítulo V				
Capítulo VI				
Capítulo VII				
Capítulo VIII				
Capítulo IX				
Capítulo X				
Capítulo XI				
Capítulo XII				
Capítulo XIII				
Capítulo XIV				
Capítulo XV				
Capítulo XVI				
Capítulo XVII				
Capítulo XVIII				
Capítulo XIX				
Capítulo XX				
Capítulo XXI				

EXAMES REALIZADOS (int. = internado ; ñ int. = não internado)

RX		2000	2001	2002	2003	2004
Total						
E S P E C I A L I D A D E S	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					
M É D I C A S	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					
	intern.					
	ñ intern.					

## ULTRASSONOGRAFIA

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					

## ELETROCARDIO

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					
	_____ intern.					
	_____ ã intern.					

## ECOCÁRDIO

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					

## MAMOGRAFIA

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					

## DENSITOMETRIA

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					





## VIDEOLAPAROSCOPIA

2000

2001

2002

2003

2004

Total						
E S P E C I A L I D A D E S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
M É D I C A S	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					
	_____ intern.					
	_____ ñ intern.					





CIRURGIAS

<u>Tipo</u>	<u>Origem Paciente</u>	2000	2001	2002	2003	2004
Eletivas Total						
	Piracicaba					
	Região - DIR XV					
	Outros:					
Emergência Total						
	Piracicaba					
	Região - DIR XV					
	Outros:					
Ambulatorial Total						
	Piracicaba					
	Região - DIR XV					
	Outros:					

**ANEXO 2. Roteiro de entrevista aplicado aos Administradores Hospitalares**

Dados do entrevistado:

Nome \_\_\_\_\_

Formação acadêmica \_\_\_\_\_

Experiência profissional \_\_\_\_\_

Tempo na instituição \_\_\_\_\_

Cargo atual \_\_\_\_\_

Tempo no cargo \_\_\_\_\_

1. Que tendência vê no perfil da oferta de serviços hospitalares em Piracicaba nos últimos anos? Por quê as mudanças? (pacientes mais idosos, doenças crônicas, novas demandas, etc.).
2. Houve aumento das instalações do Hospital nos últimos 5 anos? Para que?
3. Houve investimentos em equipamentos nos últimos 5 anos? Quais?
4. Há excesso ou falta, de oferta de serviços hospitalares em Piracicaba? E no Hospital? Quais? Por que?
5. Há movimento de “ambulatorização” ou “desospitalização” em Piracicaba? Se sim, devido a que fatores? (tecnologia, custo, procedimentos médicos, medicamentos, etc).
6. Como se comportam os financiadores frente a esta tendência? Pagamento de mesmo procedimento em hospital-dia (por exemplo) são iguais aos de uma internação maior que 24 hs?
7. Que indicadores são os mais relevantes para o hospital?
8. Há atendimento SUS? Caso negativo, por quê não?

9. Como vê a intervenção do Município na gestão da saúde hospitalar, sabendo da não existência de hospital público estatal na cidade e região?
10. (Santa Casa e Fornecedores de Cana) Há financiamento federal, estadual ou municipal direto (sem ser o repasse através da SMS)? Caso positivo, como recebe o financiamento?

### **ANEXO 3. Roteiro de entrevista aplicado ao Secretário Municipal de Saúde de Piracicaba**

Dados do entrevistado:

Nome	_____
Formação acadêmica	_____
Experiência profissional	_____
Tempo na instituição	_____
Cargo atual	_____
Tempo no cargo	_____

1. Quais os principais problemas na gestão municipal em relação aos serviços hospitalares?
2. Que tendência vê no perfil da oferta de serviços hospitalares em Piracicaba nos últimos anos? Por quê as mudanças? (pacientes mais idosos, doenças crônicas, novas demandas, etc.).
3. Há movimento de “ambulatorização” ou “desospitalização” em Piracicaba? Se sim, devido a que fatores? (tecnologia, custo, procedimentos médicos, medicamentos, etc.).
4. Como se comportam os financiadores frente a esta tendência? Pagamento de mesmo procedimento em hospital-dia (por exemplo) são iguais aos de uma internação maior que 24 hs?
5. Há limitação de internações pelo SUS no município?
6. Há excesso ou falta, na oferta de serviços hospitalares em Piracicaba? Quais? Por que?
7. Há plano para construção de um hospital público municipal?



**ANEXO 4. Roteiro de entrevista aplicado à Diretora da DIR XV.**

Dados do entrevistado:

Nome	_____
Formação acadêmica	_____
Experiência profissional	_____
Tempo na instituição	_____
Cargo atual	_____
Tempo no cargo	_____

1. Há algum hospital público estatal (federal, estadual ou municipal) em algum município da DIR XV?
2. Quais os principais problemas na gestão regional em relação aos serviços hospitalares?
3. Que tendência vê no perfil da oferta de serviços hospitalares em Piracicaba nos últimos anos? Por quê as mudanças? (pacientes mais idosos, doenças crônicas, novas demandas, etc.).
4. Há movimento de “ambulatorização” ou “desospitalização” em Piracicaba? Se sim, devido a que fatores? (tecnologia, custo, procedimentos médicos, medicamentos, etc.).
5. Como se comportam os financiadores frente a esta tendência? Pagamento de mesmo procedimento em hospital-dia (por exemplo) são iguais aos de uma internação maior que 24 hs?
6. Há excesso ou falta, na oferta de serviços hospitalares em Piracicaba? Quais? Por que?